

Katarzyna Kowal
Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana
Długosza w Częstochowie

Doświadczenie ciała zrekonstruowanego protezą kończyny górnej – socjosomatyczne studium ciała biotechnologicznego

DOI: <http://dx.doi.org/10.18778/1733-8069.14.3.10>

Abstrakt Artykuł przyjmuje postać socjosomatycznego studium nad ciałem zrekonstruowanym protezą kończyny górnej. Jego podstawę empiryczną stanowią badania jakościowe przeprowadzone w grupie osób posiadających unilateralny lub bilateralny deficyt ręki (N=21), który w przypadku tej celowo dobranej grupy podlegał technologicznemu uzupełnieniu przy zastosowaniu zarówno protezy funkcjonalnej (mechanicznej bądź mioelektrycznej), jak i kosmetycznej. Zbieranie i analizowanie materiału empirycznego odbywało się zgodnie z założeniami i podstawowymi zasadami konstruktywistycznego ujęcia metodologii teorii ugruntowanej według Kathy Charmaz. W określeniu ramy teoretycznej sięgnięto do fenomenologii (Maurice Merleau-Ponty) oraz niektórych nurtów społecznego konstruktywizmu (Michael Foucault, Erving Goffman, Arthur Frank). Zasadniczą część tekstu stanowią analizy materiału empirycznego, które koncentrują się wokół problemu podmiotowego doświadczenia ciała biotechnologicznego na płaszczyźnie podejmowanego działania w wymiarze: 1) funkcjonalnym, 2) estetycznym, 3) zmysłowym, 4) interakcyjnym, 5) tożsamościowym. Pracę wieńczą wnioski dotyczące waloru aplikacyjnego prezentowanych badań na gruncie medycyny klinicznej.

Słowa kluczowe ciało, doświadczenie ciała, ciało biotechnologiczne, technicyzacja cielesności, rekonstrukcja technologiczna ciała, protezowanie ciała

W stronę biotechnologicznego ciała

Do niedawna ludzie, którzy urodzili się z deficytem kończyny bądź utracili ją wskutek urazu, choć w różnym stopniu akceptowali obraz swojego ciała, to uznawali ten stan rzeczy za ostateczny. Dziś niekompletnemu ciału przychodzi z pomocą nauka

i technologia medyczna, wyposażając je w protezy. Brakujące czy uszkodzone części ciała są zastępowane „nowymi”, sztucznie wytworzonymi. Dokonujący się w medycynie postęp nie tyle wiedzy, co technologii medycznej sprawia, że kolejne tkanki, narządy, a nawet całe fragmenty ciała ludzkiego, jeśli tylko ulegną „zużyciu”, mogą być z powodze-

Katarzyna Kowal, doktor nauk humanistycznych w zakresie socjologii, obecnie zatrudniona na stanowisku adiunkta w Zakładzie Socjologii Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego im. Jana Długosza w Częstochowie. Jej główne zainteresowania naukowe koncentrują się wokół socjomedycznego nurtu badawczego zdefiniowanego przez Roberta Strausa jako „socjologia w medycynie” (*sociology in medicine*) oraz tego nurtu socjologii ciała, który nazywany jest socjologią ucieleśnienia (*sociology of embodiment*). W swojej pracy naukowo-badawczej konsekwentnie korzysta ze strategii badań jakościowych, w realizacji których odwołuje się do metodologii teorii ugruntowanej, analiz biograficznych i socjologii wizualnej. Autorka książki *Między altruizmem*

a egoizmem. Społeczno-kulturowe uwarunkowania przeszczepów rodzinnych (Toruń 2011) oraz wielu artykułów naukowych i projektów badawczych z pogranicza socjologii, medycyny i etyki. Pełni funkcję sekretarza Sekcji Socjologii Zdrowia i Medycyny Polskiego Towarzystwa Socjologicznego.

Adres kontaktowy:

Zakład Socjologii
Instytut Nauk Społecznych i Bezpieczeństwa
Wydział Filologiczno-Historyczny
Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Długosza
ul. D. Zbierskiego 2/4, 42-218 Częstochowa
e-mail: k.kowal@ajd.czyst.pl

niem zastąpione przez maszyny i urządzenia. Ciało ludzkie zostaje medycznie skolonizowane przez coraz bardziej wyrafinowane wytwory technologiczne, do których współcześnie zaliczamy nowoczesne osobiste pompy insulinowe, endoprotezy stawu biodrowego zrastające się z kośćmi chorego, specjalistyczne pręty magnetyczne wszczepiane chorym ze skoliozą kręgosłupa, program zdalnej opieki nad pacjentami z mechanicznie wspomaganym sercem, a nawet technologie umożliwiające wychwytywanie nowych, obiektywnych objawów schizofrenii. Krokiem milowym w ortopedii i protetyce stało się opracowanie inteligentnej protezy, która naśladuje ruchy prawdziwej dłoni ludzkiej i pozwala odbierać wrażenia dotykowe. Bez wątplenia rozwój myśli technologicznej nie pozostaje bez wpływu na skuteczność współczesnych terapii medycznych nie tylko w wymiarze codziennej praktyki klinicznej, ale także działań profilaktycznych. Namysłu socjologicznego wymaga jednak fakt przejmowania przez

technologie medyczne coraz większej kontroli nad chorym czy okaleczonym ciałem i coraz śmielszego ingerowania w nie przez nowoczesne urządzenia i maszyny. W związku z powyższym uwadze socjologa nie może umknąć problem zmieniających się granic ciała człowieka, a w efekcie podważenia jego naturalnego statusu. Kwestionowanie tradycyjnych granic ludzkiego ciała, uznawanych dotąd w swojej nieodzowności istnienia za niepodważalne, rodzi niepokój. Uzależniająca ludzkie ciało ekspansja wytworów technologii, objawiająca się brakiem do nich fizycznego dystansu, sprawia, że technologiczny świat zewnętrzny stapia się z tym, co wewnętrzne, czyli przeżyciami podmiotu. Wraz z nieprawdopodobnym rozwojem technologii medycznych, jaki nastąpił w ciągu ostatnich dwudziestu lat, wiedza na temat tego, czym jest ciało w sensie ontologicznym, gdzie przebiegają jego granice i w jaki sposób ciało odbudowane technologicznie jest doświadczane z perspektywy podmiotu musi zostać zatem

uaktualniona. Naprzeciw tym oczekiwaniom wychodzą socjolodzy medycyny, którzy będąc coraz bardziej zorientowanymi somatycznie, wiele miejsca w swoich pracach poświęcają indywidualnym i społecznym konsekwencjom ingerencji zaawansowanych technologii medycznych w ludzkie ciało (Kelly 1992; Nettleton 2006). W ten nurt rozważań wpisuje się również problematyka niniejszego tekstu.

Medyczna strona zagadnienia

Proteza jest sztucznym uzupełnieniem braku kończyny, który zaistniał wskutek wad wrodzonych czy też doznanej amputacji będącej konsekwencją przebytej choroby (np. nowotworowej) bądź urazu mechanicznego. Proces konstruowania protezy kończyny górnej jest niezwykle skomplikowany z racji na trudność odtworzenia w niej potencjału do wykonywania tak różnorodnych, złożonych i precyzyjnych czynności, do jakich zdolna jest ręka ludzka. Samo zastosowanie konkretnego typu protezy ręki musi być poprzedzone dokładnym rozpoznaniem indywidualnych możliwości i potrzeb pacjenta.

Z uwagi na funkcje protez kończyn górnych obecnie na rynku ortopedyczno-protetycznym oferowane są trzy rodzaje protez: 1) protezy kosmetyczne; 2) protezy mechaniczne; 3) protezy mioelektryczne¹.

Protezy kosmetyczne jako typ protez najprostszyc w budowie sprowadzają się w swojej zasadniczej

¹ Dane dotyczące poszczególnych rodzajów protez uzyskałam w trakcie wywiadów pogłębionych z ekspertami instytucjonalnymi (chirurgami, ortopedami i rehabilitantami) (N=10) oraz podczas prowadzenia obserwacji uczestniczącej w miejscu badań.

funkcji do maskowania defektu spowodowanego amputacją kończyny. W założeniu protetyków mają one możliwie najdokładniej odwzorować wygląd utraconej ręki, co w przypadku deficytu unilateralnego odbywa się na zasadzie odtworzenia w protezie rozmiarów anatomicznych i kształtu drugiej kończyny. Z uwagi na przeznaczenie protezy bardzo istotne pozostaje dobranie odpowiedniego koloru pokrycia protezy, który będzie najbliższy karnacji ciała chorego. Uzupełnienie kosmetyczne wykonywane jest z masy silikonowej i plastiku, co przekłada się na niską wagę protezy. Protezę kosmetyczną określa sterowanie bierne, co w rzeczywistości oznacza, że poruszanie nią odbywa się na zasadzie manualnego ustawienia przy pomocy drugiej zdrowej kończyny. Z racji na bierny przegub łokciowy protezy nie spełnia ona żadnych funkcji mechanicznych. Choć przy użyciu protezy kosmetycznej niemożliwe jest chwywanie przedmiotów, to może ona spełniać funkcję pomocniczą przy wykonywaniu najprostszyc czynności.

Protezy mechaniczne są natomiast typem protez aktywnych, wyposażonych w mechanizmy, które umożliwiają wykonywanie podstawowych lub mniej skomplikowanych czynności dnia codziennego. Funkcje manualne tej protezy odbywają się poprzez rekonstrukcję ruchów dłoni, które umożliwiają czynności chwytania i obracania przedmiotów. Proteza mechaniczna składa się z czynnej dłoni lub innej końcówki chwytnej (na przykład w postaci haka), która sterowana jest zdrowymi częściami ciała jej użytkownika, a ściślej siłą mięśni kikutu i/lub obręczy barkowej poprzez poruszanie specjalnym systemem zawieszenia na szelkach lub linkach. Ten typ protez jest zalecany zwłaszcza

czym chorym, którym zależy na wykonywaniu ruchów w stawach protezowanej kończyny górnej.

Protezy mioelektryczne jako najbardziej zaawansowane technologicznie typ protez kończyn górnych dostępnych obecnie pacjentom działają na zasadzie odbioru i przetwarzania impulsów elektrycznych płynących poprzez elektrody z różnych mięśni. Gdy mięsień kikutu napina się lub kurczy, powstaje sygnał elektryczny, który uruchamia małe, elektryczne silniczki ulokowane w łokciu, nadgarstku lub dłoni protezy, wymuszając w efekcie jej ruch. Proteza mioelektryczna posiada najszerzy zakres ruchów spośród wszystkich protez kończyn górnych, dlatego polecana jest zarówno pacjentom, którzy urodzili się bez kończyny, jak i tym, którzy stracili ją w wyniku wypadku lub choroby. Zastosowanie tego typu protezy pozwala wypracować ruchy otwierania i zamykania dłoni, a także osiągać różne natężenie ruchu zaciskania palców. Najnowsze modele tego typu protez dają również możliwość uzyskania ruchu poruszania pojedynczym palcem, co poszerza umiejętność chwytu. Proteza mioelektryczna jest zasilana systemem baterii, dlatego jej użytkownik musi pamiętać o jej codziennym doładowaniu. Pewną alternatywą wobec protez mioelektrycznych, których zasadniczą słabością, mimo zaawansowania technologicznego, pozostaje nie tylko waga tego rodzaju protezy, ale przede wszystkim wysoki koszt jej zakupu, staje się proteza wytwarzana z pomocą technologii druku 3D (Lee i in. 2017).

Każdy z przedstawionych wyżej rodzajów protez posiada tę podstawową słabość, jaką jest pozbawienie czucia. Dlatego współcześni protetycy,

czepiąc z wiedzy i dokonań takich dyscyplin jak elektronika, informatyka oraz nauki o biomateriałach, stworzyli kolejny typ protezy ręki wyposażonej w sensory umożliwiające odczuwanie dotyku. Proteza bioniczna czy inaczej biomechaniczna jest najnowocześniejszym rozwiązaniem dla pacjentów zmagających się z niepełnosprawnością z powodu amputacji ręki (Ciancio i in. 2017). Podstawą jej stworzenia było opracowanie wszczepialnego neuronalnego interfejsu, czyli systemu pozwalającego skomunikować protezę z mózgiem. Jego zadaniem jest rejestrowanie bodźców i stymulacja mózgu, co pozwala pacjentowi zachować duży zakres kontroli motorycznej nad samą protezą, a także odbierać wrażenia dotykowe w kontakcie z chwytanymi przedmiotami. Proteza bioniczna jest zasilana elektrodami, które wszczepia się do obwodowego układu nerwowego. Przekazywany z mózgu do mięśni sygnał, że użytkownik protezy chce wykonać jakiś ruch, jest rejestrowany przez elektrody umieszczone na powierzchni skóry zachowanej części kończyny, co z kolei pobudza silniczki protezy do wykonywania ruchów. W skrócie oznacza to, że to człowiek steruje ruchami protezy za pomocą myśli (Antfolk i in. 2013). Ruch protezy bionicznej jest płynny, wierniej niż dotychczasowe protezy naśladujący ruch fizjologiczny ręki. Ten typ protezy umożliwia poruszanie każdym palcem oraz chwywanie nawet drobnych przedmiotów z odpowiednią do potrzeb tej czynności dynamiką i siłą. Przy użyciu protezy bionicznej pacjent potrafi nie tylko rozpoznać kształt dotykanych obiektów, ale także materiał (fakturę i twardość), z których są zbudowane. Ten najbardziej innowacyjny typ protezy wiąże się nie tylko z wysokimi kosztami jej zakupu, ale także kosztocłonnym serwisowaniem.

Przedmiot, problematyka i metoda badań własnych

Przedmiotem badań, które stanowią empiryczną podstawę niniejszego tekstu, jest zagadnienie cielesnej rekonstrukcji technologicznej, które stanowi jeden z najistotniejszych wątków doświadczenia niepełnosprawnego, bo pozbawionego kończyn(y) ciała. W badaniu doświadczenia ciała zrekonstruowanego protezą bądź protezami kończyny górnej w sposób szczególny interesowało mnie to, czy proteza jest przedłużeniem niepełnosprawnego ciała i ewentualnie, w jakim wymiarze: funkcjonalnym, estetycznym, zmysłowym, interakcyjnym, tożsamościowym, można ją za takie przedłużenie uznać. Metaperspektywę dla tak sformułowanego problemu badań stanowi zagadnienie granicy między naturalnym a kulturowym ciałem, a szerzej między biologią a technologią. W obliczu dość płynnego w socjologii ciała statusu pojęciowego ciała zrekonstruowanego przez protezy kończyn, ciało to nazywam synonimicznie „ciałem biotechnologicznym”, co również znacznie ułatwia prowadzenie dyskursu.

Badaną grupę stanowiły osoby z ubytkiem kończyn(y) górnej, który powstał na skutek doznanej amputacji urazowej (N=21). Co się tyczy zakresu posiadanego deficytu cielesnego, to 16 badanych doświadczyło amputacji unilateralnej (jednostronnej) ręki dominującej (u każdego z badanych była to ręka prawa), a 5 badanych doświadczyło amputacji bilateralnej (obustronnej) kończyn górnych. Dobór badanych miał charakter celowy, co znaczy, że spośród wszystkich chorych z tymi typami amputacji pozostających w czasie realizacji badań pod opieką

Oddziału Chirurgii Ogólnej Szpitala Powiatowego im. św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy wybrano tych, którzy doświadczyli rekonstrukcji ciała zarówno przy użyciu protezy funkcjonalnej (mechanicznej bądź mioelektrycznej), jak i kosmetycznej². Badanymi były osoby w przedziale wiekowym 18–58 lat, wśród których znalazło się 16 mężczyzn i 5 kobiet. Różna jest długość okresu funkcjonowania badanych z deficytem kończyn(y): 11 chorych żyje z nim nie dłużej niż 10 lat, 7 powyżej 10 do 20 lat, a 3 z nich funkcjonuje w ciele pozbawionym ręki bądź rąk dłużej niż 20 lat.

Zrozumienie cielesnych doświadczeń osób funkcjonujących w zrekonstruowanej protezą formie ciała nie byłoby możliwe bez odwołania się w badaniach socjologicznych do strategii jakościowej. Opierając się na metodologii teorii ugruntowanej w ujęciu konstruktywistycznym według Kathy Charmaz (2013), z każdym z badanych przeprowadziłam wywiad intensywny, który z racji na swój charakter „pozwala na dogłębne zbadanie konkretnego tematu lub doświadczenia i tym samym stanowi użyteczną metodę prowadzenia badań interpretacyjnych” (Charmaz 2013: 39). O wyborze tej metody badań zdecydował właśnie jej interpretacyjny potencjał, z którym wiąże się szansa uzyskania bogatych danych empirycznych³. Aby były one możli-

² Prezentowane badania stanowią zaledwie niewielką część szerszego projektu badawczego autorki tekstu, który poświęcony był doświadczeniu ciała poddawanego różnym rodzajom zabiegów rekonstrukcyjnych, w tym rekonstrukcją protetyczną, zabiegom replantacji, autoprzeszczepieniom i transplantacjom utraconych części ciała. Badania we współpracy z wymienionym ośrodkiem realizowane były w latach 2014–2016.

³ Z racji na swój pogłębiony charakter wywiad intensywny pod wieloma względami jest podobny do bardziej utrwalonego w polskiej literaturze metodologii badań jakościowych wywiadu swobodnego. Polegając na typologii wywiadów według

wie szczegółowe, skoncentrowane i w pełny sposób oddawały badane zagadnienie, należało pozwolić respondentom nie tylko na opis interesujących badaczkę doświadczeń cielesnych, ale także pokierować rozmową tak, aby skłonić uczestników badania do ich własnej interpretacji. Wywiad opierał się na przygotowanym wcześniej ogólnym scenariuszu rozmowy, w którym znalazło się kilka bardzo ogólnych i otwartych pytań dotyczących doświadczenia zrekonstruowanego protezą ręki ciała w życiu codziennym. Każdorazowe otwarcie się respondenta w udzielaniu odpowiedzi na tak skonstruowane pytania uruchamiało aktywność badaczki w stronę uszczegóławiania poruszanego wątku i ogniskowania wokół niego kolejnych, częściowo ustrukturyzowanych pytań i zachęt do zgłębiania tematu poprzez dodatkowe informacje, wyjaśnienia i uzasadnienia. A te dotyczyły uczuć, myśli, działań, intencji i znaczeń związanych z konkretnymi, opisanymi wcześniej sytuacjami i wydarzeniami. W formułowaniu pytań starałam się możliwie czerpać z opisu doświadczeń samych badanych, w czym inspirowałam się badaniami K. Charmaz w grupie chorych cierpiących na choroby przewlekłe (Charmaz 1983; 1997). Pozwoliło mi to poznać albo utwierdzić się w znaczeniu stosowanych przez badanych terminów, co miało bezpośrednie przełożenie na spójność prowadzonych później analiz. Nieodłącznym staraniem badaczki przez cały czas trwającej od 90–120 minut rozmowy było dążenie do stałego zgłębiania uzyskiwanych danych, bo choć wywiad intensywny

stopnia ich standaryzacji stworzonej przez Jana Lutyńskiego, wywiad intensywny pozostaje najbliższy techniką jego przeprowadzania wywiadowi swobodnemu ukierunkowanemu, który jest usytuowany pomiędzy wywiadem swobodnym mało ukierunkowanym a wywiadem swobodnym ze standaryzowaną listą poszukiwanych informacji (Przybyłowska 1978: 63 za Konecki 2000: 169).

ny „może mieć formę rozmowy”, to odróżnia go od niej to, że „wywiad sięga głębiej niż zwykła rozmowa” (Charmaz 2013: 40). Wsłuchiwanie się w wypowiedzi badanych nie mogło odbywać się w oderwaniu od równoczesnej obserwacji ciała każdego z uczestników badania, co ma ogromne znaczenie dla zrozumienia opisywanych podmiotowych sposobów doświadczenia jego technologicznej rekonstrukcji.

Rama teoretyczna

Jako że zarówno w zbieraniu, jak i analizie danych jakościowych opierałam się na założeniach konstruktywistycznej metodologii teorii ugruntowanej według K. Charmaz, inspiracje metodologiczne czerpałam z fenomenologii oraz niektórych nurtów społecznego konstruktywizmu. Sformułowana poniżej rama teoretyczna, której konieczność określenia jest bliska temu właśnie rozumieniu badania jakościowego, zawierać będzie wskazania co do umiejscowienia i konceptualnego rozumienia poniższych analiz. Punktem wyjścia do ich prowadzenia staje się jednak poświęcenie nieco miejsca na wyjaśnienie rozumienia najważniejszego „pojęcia uczulającego” (Charmaz 2013: 217), za które musi być tutaj uznane „ciało”.

Zasadniczym punktem poniższych analiz jest ciało jako realny, materialny obiekt i jego żywe doświadczenie. Badani pozostają zanurzeni w fizyczności własnego ciała, co oczywiście wyznaczone jest poprzez kontekst medyczny, w jakim osadzone jest jego doświadczenie od momentu doznanego urazu. Nade wszystko skupię się zatem na fenomenologii wcielenia tych, których ciała zostały wyposażone

w protetyczne elementy. Zgodnie z fenomenologiczną perspektywą patrzenia na ciało należy je widzieć przede wszystkim jako byt fizyczny, ustrukturyzowany i zobiektywizowany, który sam siebie doświadcza (ciało jako ciało). Maurice Merleau-Ponty (2001: 117), którego filozofia fenomenologiczna miała kluczowe znaczenie dla socjologicznego do wartościowania materialnego charakteru ludzkiej fizyczności, pisze, że „ciało nie jest [...] zbiorem organów umieszczonych obok siebie w przestrzeni. Posiadam je w sposób niepodzielny i znam pozycję każdego ze swoich członków dzięki «cielesnemu schematowi», który je wszystkie zawiera”. Skoro ciało jest całością, którą dysponujemy, wypada jeszcze przyjrzeć się jego przestrzenności. „Ciało własne jest źródłem wszystkich innych przestrzeni, samym ruchem ekspresji, tym, co rzutuje znaczenia na zewnątrz, udzielając im miejsca, tym, co sprawia, że zaczynają one istnieć jak rzeczy, pod naszymi rękami, przed naszymi oczami”⁴ (Merleau-Ponty 2001: 166). Ciało jest dynamiczne, zwrócone do świata, jest „wehikułem bycia w świecie, a mieć ciało to dla żyjącej istoty wiązać się z określonym środowiskiem, utożsamiać się z pewnymi projektami i stale się w nie angażować” (Merleau-Ponty 2001: 100). Tak rozumiane ciało nie jest przedmiotem, co Merleau-Ponty (2001: 112) wyjaśnia poprzez opis sposobu, w jaki ciało odnosi się do siebie samego, a który nazywa zjawiskiem „podwójnych doznań”. Bo choć filozofia fenomenologiczna wyeksponowała materialność ciała, to autor *Fenomenologii percepcji* przekonuje, że ciało jako „przedmiot afektywny”,

jako ciało „żywego podmiotu” odróżnia się poprzez „wyjątkowy charakter ruchów” od wszystkich innych „przedmiotów zewnętrznych”. Aby wykonać ruch ciałem, „nie muszę go prowadzić do celu ruchu, bo ono czuje go od początku i wybiega w jego stronę” (Merleau-Ponty 2001: 113). I to właśnie ta cecha ciała, jaką jest dostępność odczuć, sprawia, że nie jest ono postrzegane przez fenomenologów jako sama tylko „bryła cielesna” (*der Körper*), ale także „ciało żywe” (*der Leib*) (Husserl 1982: 141).

O tym, że ciało nie może być rozpatrywane wyłącznie w kategoriach jego materialności, przekonują także teoretycy osadzeni w różnych nurtach społecznego konstruktoryzmu⁵. Mam tutaj na uwadze dwóch teoretyków o pozornie radykalnie odmiennym spojrzeniu na ciało: uznawanego za poststrukturalistę Michela Foucaulta oraz symbolicznego interakcjonistę Ervinga Goffmana. O ile Foucault interesuje się ciałem kontrolowanym przez dyskursy, to Goffman koncentruje się na ciele jako komponencie działania. Podkreślając ich zasługi dla ukształtowania konstruktoryzmu koncepcji ciała, Chris Shilling zwraca uwagę na wspólne dla obu teoretyków poglądy na ciało. „Obaj autorzy uznają [...], że ciało zajmuje w życiu ucieleśnionych podmiotów centralne miejsce, utrzymując jednocześnie, że znaczenie ciała jest w ostatecznym rozrachunku podtrzymywane przez «struktury» społeczne, istniejące poza zasięgiem jednostek” (Shilling 2010: 84). Dlatego nie

⁵ Argumenty społecznych konstruktoryzistów wyklarowały się jako rama teoretyczna w momencie przystąpienia do pisania wstępnej wersji niniejszego tekstu, co zgodnie z moim rozumieniem założeń konstruktoryzmu teorii ugruntowanej wymagało przeglądu literatury przedmiotu (Charmaz 2013: 195–225).

⁴ Z wielości ujęć i opisów ciała M. Merleau-Ponty’ego wybrałam to, które osadzone jest w kontekście rozważań nad przestrzennością i motorycznością ciała, co zapewnia kompatybilność z prowadzonymi niżej analizami empirycznymi.

poprzestaję na analizach ciała poddanego technologicznej rekonstrukcji wyłącznie jako bytu materialnego, ale traktuję je również jako obiekt, w którym swoje miejsce znajduje dyskurs i jako obiekt, który jest przez ten dyskurs kontrolowany. Ciało zrekonstruowane protezami kończyn jest konstytuowane przez zewnętrzne siły, przez myśl naukową i techniczną. Jest miejscem, w którym lokalizuje się wiedza-władza. Jak zaznacza Foucault (1993: 33), „władzy tej nie narzuca się zwyczajnie i po prostu, jak nakazu czy zakazu, tym, którzy jej «nie mają» – ona w nich i ich blokuje, istnieje w nich, ma w nich oparcie, tak samo jak oni w swej walce z nią opierają się na ujęciach, jakie im narzuciła”. I choć Foucaultowi zarzuca się, że jego analizy są „w jakiś sposób odcieleśnione”, a samo ciało „rozpuszcza się w determinującej władzy dyskursu”, to jednak w jego pracach obecne jest zainteresowanie ciałem jako realnym bytem w kontekście skutków dyscyplinującego oddziaływania na nie wiedzy naukowej i rozwoju technologicznego (Shilling 2010: 93). Obecny natomiast w zebranych materiale empirycznym wątek kontroli i zarządzania własnym ciałem nie może być rozpatrywany w oderwaniu od kontekstu porządku interakcyjnego E. Goffmana (2006), który przecież także mocno akcentuje fizyczność ciała jako istotnego komponentu podmiotowości jednostki. Nie mogę nie uwzględnić też tego autora na temat wpływu ciała na kształtowanie tożsamości osobistej i tożsamości społecznej, które okazują się bardzo pomocne dla wytyczenia kierunku czynionych analiz. Szczególnie, że podejściu Goffmana właściwa jest koncentracja na ciele indywidualnym, a znaczna część jego rozważań na temat piętna dotyczy osób doświadczających niepełnosprawności (Goffman 2005).

Tym, co nie pozwoliło mi jednak zamknąć niniejszej ramy teoretycznej na tezach M. Foucaulta i E. Goffmana jest słabe podkreślenie przez obu autorów sprawczej istotności ciała. Sprawczość ciała, która okazuje się kluczowym wymiarem doświadczenia ciała zrekonstruowanego protezą kończyny górnej, uzasadnia odwołanie się w tym miejscu do teorii ciała używanego w działaniu Arthura Franka. Choć podejście do ciała A. Franka jest typowe dla społecznego konstruktoryzmu, to w znaczący sposób przełamuje jego ograniczenia. Mimo że Frank przyznaje rację konstruktoryzmu i dostrzega znaczenie dyskursów i instytucji dla rozwoju ciała, to centralną kategorią swojej teorii ciała czyni „korporalność ciała” (*the corporeality of bodies*), którą uznaje za „trzeci wymiar ich struktury”. „Ciała, rzecz jasna, nie powstają z dyskursów i instytucji, lecz z innych ciał, a konkretnie, ciał kobiet. [...] Ciało, które powstaje w łonie matki, przekształca się (na lepsze lub gorsze) w swoim życiu, umiera i rozkłada się” (Frank 1991: 49). Ciało jako zjawisko korporalne, które pozostaje według Franka „nieubłagalnym faktem”, poprzez dostarczanie odpowiednich środków, ale też i poprzez stwarzane ograniczenia, samo przez się wpływa na to, w jaki sposób go doświadczamy (Frank 1991: 49). Koncepcja „problemów działania” A. Franka (1991: 47–54) i właściwy jej sposób mówienia o ciele, jawiąca się tutaj jako pomost między fenomenologią a społecznym konstruktoryzmem, staje się teoretyczną ramą prezentowanych badań własnych z powodu takich jej parametrów jak: 1) zerwanie z dualizmem natura-kultura; 2) traktowanie ciała jako zjawiska zarazem społecznego i korporalnego; 3) zainteresowanie przeżywaniem ciała przez człowieka; 4) koncentracja na zasadniczych problemach ucieleśniania z perspektywy jednostki;

5) ustanowienie kontekstu działania jako najważniejszego dla ciała. Rzecz jeszcze bardziej uściślając, punktami stycznymi analiz doświadczania ciała biotechnologicznego z teorią strukturacji ciała i społeczeństwa jest obecność w nich wszystkich czterech zaproponowanych przez A. Franka (1991: 54) problemów używania ciała w działaniu: „1) kontroli; 2) pragnień; 3) relacji wobec innych; 4) samoodniesienia”, które rozwiązywane są za pomocą takich środków jak: „1) dyscyplina; 2) konsumpcja; 3) siła; 4) rozpoznanie”.

Pragnę w tym miejscu z całą stanowczością podkreślić, że nie szukam dla swoich analiz potwierdzenia tego, czy i na ile w doświadczaniu ciała zrekonstruowanego protezą kończyny górnej obecne są elementy opisanych wyżej teorii i nurtów. Zaprezentowana rama teoretyczna jako perspektywa interpretacyjna pełni rolę wspierającą i doskonalącą wobec odkryć i analiz czynionych przez autorkę tekstu.

Analiza materiału empirycznego

Analiza doświadczania ciała zrekonstruowanego protezą kończyny górnej została przeprowadzona poprzez pryzmat jego działania, a ściślej problemów, jakie stoją przed działającym ciałem protezowanym, oraz sposobów reagowania na nie⁶. Zakres

⁶ Analiza materiału empirycznego została poprzedzona transkrypcją treści audio zarejestrowanych podczas przeprowadzania wywiadów intensywnych. Następnie dane zostały poddane wstępnemu kodowaniu czasownikowemu, w którym badaczka sięgnęła po metodę kodowania „wiersz po wierszu”, starając się przy tym, zgodnie z logiką „odkrycia” metody teorii ugruntowanej, zachować możliwie otwartą postawę wobec wyłaniających się w badaniu nowych, nieposzukiwanych dotąd wątków. Drugi etap konceptualizacji materiału jakościowego polegał na kodowaniu skoncentrowanym, które opierało się na wyselekcjonowaniu najbardziej znaczących analitycznie kodów, co zrodziło konieczność ponownego kontaktu z bada-

prowadzonych analiz obejmuje pięć najważniejszych wymiarów doświadczania ciała biotechnologicznego na płaszczyźnie podejmowanego działania: 1) funkcjonalny; 2) estetyczny; 3) zmysłowy; 4) interakcyjny; 5) tożsamościowy⁷. Choć poziom analiz wyznacza ciało jednostki, to w przyjętym sposobie patrzenia na ciało obecne są dwie perspektywy: korporalna i społeczna.

Funkcjonalność biotechnologicznego ciała

W tej części analiz empirycznych chciałabym znaleźć odpowiedź na pytanie, na ile proteza jest funkcjonalnym przedłużeniem pozbawionego kończyn ciała. Sprawność ciała protezowanego i jego praktyczne zaangażowanie przedstawię w oparciu o dane dotyczące doświadczania ciała poddanego technologicznej rekonstrukcji z zastosowaniem protez mechanicznych lub mioelektrycznych jako tych, po które badani sięgali w najwcześniejszym etapie adaptacji do życia w sfragmentaryzowanej formie ciała.

Od momentu utraty kończyn(y) badani funkcjonują w wielości dyskursów o ciele. Według wiedzy gro-

nymi celem pogłębienia wcześniej zgromadzonych danych. Niezwykle pomocne dla należytego przygotowania się do wejścia na poziom kategorii konceptualnych w konstruowaniu teorii ugruntowanej okazało się pisanie not. Zgodnie z naturą badań jakościowych aktywność badaczki nie miała charakteru linearnego. Określało ją ciągle cofanie się do świata empirycznego, w czym odwoływano się do strategii teoretycznego pobierania próbek, którą wykorzystywano do momentu nasycenia własności kategorii teoretycznych (Konecki 2000; Glaser, Strauss 2009; Charmaz 2013).

⁷ Pięć zaproponowanych wymiarów doświadczania ciała wyposażonego w protezę kończyny górnej odpowiada wymiarom doświadczania biologicznej ręki. Ich obecność została również potwierdzona wyłonieniem się w trakcie analizy materiału empirycznego tożsamy z nimi kategorii konceptualnych.

madzonej i obowiązującej w dyskursie medycznym, okaleczone brakiem kończyn(y) ciało może być uzupełnione protezą lub przeszczepem, choć to drugie rozwiązanie ciągle budzi sporo kontrowersji u części specjalistów⁸. Pojawiający się w dyskursie medycznym ortopedzi i traumatolodzy wyznaczają te normy dotyczące niepełnosprawnego ciała, według których powinno być ono zaopatrzone w protezę. Od chirurgów i transplantologów ci sami chorzy otrzymują inną definicję formy ciała, a wraz z nią nową ekspertyzę dotyczącą tego, w jaki sposób jeszcze lepiej zarządzać swoim niepełnosprawnym ciałem, aby przybliżyć je do kryteriów adekwatności. John O’Neill (1985), który w swojej książce zatytułowanej *Five Bodies. The Human Shape of Modern Society* porusza zagadnienie biotechnologicznej granicy projektowania człowieka i transplantacji, zwraca uwagę, że ideologicznie praktyka medyczna opiera się dziś nie na humanistycznym, a mechanistycznym modelu w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych. Jürgen Habermas (2003: 32), pisząc o technicyzacji natury ludzkiej, przekonuje z kolei, że dopóki jej obietnicą będzie „medycznie uzasadniona nadzieja na życie zdrowsze i dłuższe”, spotykać się ona będzie ze społeczną akceptacją. Dyskursywna wiedza medyczna i wynikająca z niej władza nad niekompletnym ciałem dyscyplinowała badanych normatywnie przede wszystkim w kierunku protezowania:

Doktor mówił mi, że lepiej zrobić protezę z tego względu, że proteza jest sztywna. Mówił, że będę so-

⁸ Na podstawie badań własnych prowadzonych wśród lekarzy opiekujących się badaną grupą chorych wolno mi stwierdzić, że profesjonaliści medyczni zaangażowani w dyskurs o ciele niepełnosprawnym posiadają różne definicje „normalności” ciała.

bie nią mogła coś przytrzymać, docisnąć, że ta proteza się bardziej mi przyda niż przeszczep ręki. (kobieta, 29 lat)

Mój lekarz nie chciał słyszeć o przeszczepie. Zapytał się mnie, czy chcę mieć wściekłą protezę?! Bo jak w przeszczepie będę miał przykurcz, to tak to będzie wyglądać. A więc on przede wszystkim zalecał mi protezę, która zawsze jest według niego lepsza niż ręka z jakimiś przykurczami. Wylał na mnie kubek zimnej wody w kwestii przeszczepu, dosłownie wyżył się na mnie i na koniec rozmowy zaproponował mi zakup protezy elektrycznej. (mężczyzna, 30 lat)

W socjologicznym rozumieniu proteza jest dobrem nabytym, jednym z wielu, w posiadaniu których pozostają badani. Od ich statusu społeczno-ekonomicznego zależy w dużej mierze jakość fantomu. Po najnowocześniejsze mechaniczne lub mioelektryczne protezy kończyny górnej sięgali ci badani, którzy nie chcieli wypaść z obowiązującego potocznego dyskursu ciała i tych możliwości, jakie z niego współcześnie dla ciała wynikają. Osoby te, w sposobie odnoszenia się do swojej cielesności, określają liczne reżimy, z których najważniejszym jest właśnie ten związany z samą koniecznością używania protez. Wybór tego rodzaju protezy jako pierwszego typu uzupełnienia posiadanego deficytu cieleśnego tłumaczyli tym, że chcieli w jak największym zakresie przystosować swoje ciało do instrumentalnego użytku:

Protezy za pół miliona złotych! Pomyślałem, że to będzie coś naprawdę rewelacyjnego. Technika tak poszła do przodu przecież w protezach. Pokładałem w nich ogromne nadzieje. Chciałem być dzięki tym

protezmom sprawniejszy. Chciałem żyć jak wszyscy, aktywnie, uprawiać sport, jeździć samochodem, potem może kupić motocykl. Myślałem, że uzyskam choć pięćdziesiąt procent sprawności ręki. (mężczyzna, 36 lat)

Chciałam z tymi protezami elektrycznymi ubrać się, uczesać, umalować. Chciałam założyć na nie rękawiczki i iść kwiatki posadzić w ogródku. Nie chciałam zmieniać swojego stylu życia, nie chciałam przestać pracować czy dbać o siebie. (kobieta, 51 lat)

W protezowaniu ciała okaleczonego deficytem kończyn(y) nie chodzi o podniesienie sprawności ciała na zasadzie ulepszenia tych jego możliwości, które osoba ta posiadałaby, doświadczając kompletnego ciała. Tu chodzi o wyrównanie tej sprawności do tego poziomu, który gwarantowałoby posiadanie kompletnego ciała. Istotą funkcjonalności i sprawności ciała technologicznego, jeśliby za takie uznać protezę ręki, podobnie jak i ciała biologicznego, jest zachowanie kontroli zarówno nad nim samym, jak i obiektami znajdującymi się w jego otoczeniu. W wyobrażeniu badanych proteza kończyny górnej jako „nowa ręka” miała zastępować tę utraconą, co polegałoby na wykonywaniu nią wszystkich tych czynności, do których zdolna była naturalna kończyna. Mimo że proteza jest elementem sztucznym, badani oczekiwali od niej sprawnego funkcjonowania, porównywalnego z tym, jakiego doświadczali w swoim zintegrowanym biologicznie ciele. W motywacji i oczekiwaniach badanych, którzy zdecydowali się na zakup tego typu protezy, na plan pierwszy wysuwa się argument uczynienia swojego ciała bardziej sprawnym, co znaczy takim, na którym można polegać w działaniu. Używając języka

A. Franka (1991: 51), w owej kontroli nad ciałem chodzi o „przewidywalność występu ciała”. Oto zgłaszane w tym kontekście potrzeby respondentów:

Najpierw kupiłam mechaniczne protezy rąk z nadzieją, że będę sobie umiała coś zrobić, poradzić w życiu, że nie będę zależna, że ja sobie coś zrobię sama. Ja chciałam być bardziej sprawna. Nie kupowałam protez dla efektu kosmetycznego. Bo jakby to miało być dla efektu kosmetycznego, to mogłam sobie kupić od razu takie nieruchome, a ja je kupowałam dla sprawności, żebym ja potrafiła coś w życiu swoim zrobić, jeszcze coś umieć. I nie bać się czegoś robić, wiedzieć, że dam sobie radę. (kobieta, 51 lat)

Ciało zrekonstruowane protezą ręki w swoim praktycznym zaangażowaniu jest nieustannie narażone na doświadczanie nowych sytuacji. Niepewność cielesnych reakcji i brak utrwalonych schematów postępowania wzbudza lęk. Już samo założenie protezy wymaga odpowiedniego poziomu sprawności ruchowej. O ile możliwe pod względem technicznym jest założenie protezy w przypadku jednostronnego deficytu ręki, to w sytuacji braku obu kończyn górnych protezowanie ciała, nawet tylko przy użyciu jednego fantomu, jest nieosiągalne i zawsze wymaga pomocy innych osób. Od pierwszych prób używania protezy ta forma rekonstrukcji cielesnej jawiła się badanym jako technika dyscyplinowania ciała, która wymaga wysiłku połączonego z uporem i konsekwencją działania. Te nakłady oceniane są jednak jako zbyt wysokie, skoro nawet najbardziej zaawansowana technologicznie proteza szybko okazuje się balastem. Nie tylko nie satysfakcjonuje sprawnościowo badanych, bo nie spełniała swoich zasadniczych funkcji, ale wręcz opisywana

jest jako ta, która obniża sprawność ciała. Właściwie nie ma takich czynności, w których proteza pomagałaby respondentom. Jest natomiast wiele takich czynności, w których ta proteza ewidentnie przeszkadza i dodatkowo utrudnia funkcjonowanie:

Mam protezy na obie ręce. To są najlepsze protezy elektryczne, jakie teraz są w Polsce. Ale te protezy mi nie dają. Nie pomagają mi w życiu w ogóle. Jeszcze bardziej się czuję w nich niepełnosprawny, niż jestem. Zawsze się zastanawiam nad każdym ruchem protezą, czy dam radę go wykonać, czy nie. (mężczyzna, 36 lat)

Ja nie ufam tym protezom wszystkim. Nie ma takich protez, które oddałyby mi chociaż ruch palcami. W mojej pierwszej protezie mogłam wziąć kubek i się napić, ale i tak sama [bez korzystania z protezy – przyp. KK] potrafiłam to lepiej zrobić. Proteza mechaniczna, którą miałam, nie pozwoliła mi być samodzielną w sytuacjach intymnych, jak na przykład ubieranie się czy mycie. A mi na tym zależało. Wydałam naprawdę mnóstwo pieniędzy na protezy, a ich nie noszę, bo są uciążliwe. (kobieta, 18 lat)

Co ciekawe, na etapie sprawnościowego rekonstruowania pozbawionego kończyn(y) ciała badani zaprzeczali jakimkolwiek potrzebom estetycznym, które miałyby być realizowane w odniesieniu do ciała. Wyraźne dezawuowanie troski o wygląd ciała odbywa się tu na rzecz instrumentalnego usprawnienia ciała protezowanego. Skoro proteza funkcjonalna w żaden sposób nie podnosi estetyki ciała, a przeciwnie, poprzez samą swoją obecność w znaczący sposób ją odbiera, jedynym słusznym staraniem badanych okazywała się dbałość o uczynienie

z ciała skutecznego narzędzia działania. I to głównie na tym polega sposób jego przeżywania na tym etapie cielesnej rekonstrukcji:

Chciałam, żeby te protezy rąk mnie usprawniły, choć wiedziałam, że one będą wyglądać jak metalowe protezy. Ale mi na estetyce nie zależało. Ja na początku nie chciałam mieć protez kosmetycznych. (kobieta, 18 lat)

Chciałam mieć takie protezy rąk, żeby one miały jakąś funkcję. Nie chciałam najpierw protez estetycznych, bo po co mi one, skoro nic nimi nie będę mogła zrobić. Ja nie chciałam mieć protez tylko z racji na wygląd. (kobieta, 29 lat)

Ciało jest teraz takie, że co bym nie robił, już nic nie pomoże. Nie zmienia mi się gabaryty. Nawet jakbym urosł do dwóch metrów, to i tak nic to w moim wyglądzie nie zmienia. Nie jest taki, jak powinien być. Tylko o funkcję protezy muszę walczyć. (mężczyzna, 23 lata)

Ciało zaopatrzone w mechaniczną bądź mioelektryczną protezę kończyny górnej doświadczane jest jednak przede wszystkim jako niesprawne, zawodzące w działaniu. Zasadniczo badani twierdzą, że już samo wyposażenie ciała w ten typ protezy jest równoznaczne z utratą możliwości pełnego kontrolowania działań. Przejawia się to przede wszystkim w słabym zintegrowaniu komponentów protezy z ciałem biologicznym. Zarówno proteza mechaniczna, jak i mioelektryczna stwarzają ograniczenia sprawnościowe ciała poprzez swoją substancję i formę. Na ogół każda z tych protez jest cięższa od biologicznej kończyny, a poprzez sztywność swojej konstrukcji jest doświadczana

jako element zniewalający ciało badanych. Im doskonalsza technologicznie proteza, tym badani chętniej uznają ją za element potencjalnie zastępujący biologiczną kończynę i tym większe oczekiwania sprawnościowe wiążą z jej używaniem. W istocie jednak zwiększenie przez protezę wydajności funkcjonalnej okaleczonego ciała zależy nie tylko od stopnia zaawansowania technicznego protezy, ale też szeregu innych czynników, w tym warunków fizycznych ciała, jak na przykład rodzaju i wysokości amputacji:

Nawet te parę procent sprawności więcej proteza mi nie dała. Wszystko jest chyba lepsze od protezy. Niech pani protezą w moim przypadku, z takim kikutem otworzy drzwi. Nie da się! (mężczyzna, 51 lat)

W jednej kończynie zachował mi się nadgarstek, więc proteza wydłużyła mi rękę o jakieś dziesięć centymetrów. Przez to jak jem, to mi to utrudnia trafienie łyżką do ust. (mężczyzna, 36 lat)

Ograniczenia, które się tutaj pojawiają, wynikają z braku podporządkowania technologicznych części ciała procesom wolicjonalnym. Proteza, choć wkomponowana w ciało i w pewnym wymiarze z nim zespolona, w istocie nie jest tymże ciałem i nie może być przez nie w pełni kontrolowana:

Ja na początku używania tej protezy elektrycznej wypróbowałem ją, ćwiczyłem, starałem się, długo pracowałem mięśniami, strasznie się przy tym denerwowałem. I ze względu na to, że się denerwowałem, to te mięśnie mi zaczęły drżeć i ta proteza nie wiedziała, w którym momencie jest. Te czujniki wariowały i tę protezę wykrzywiało. Ona dosłownie

stała dęba. Praktycznie nic nie mogłem nią zrobić. Trzeba się zastanawiać, co zrobić, żeby się napiął ten mięsień, czy drugi, czy trzeci, czy nadgarstek, czy dłoń, czy łokieć. Dopiero jak się uspokoilem, to po pół godziny ta proteza mi zeszła na dół. No a potem miałem problem, żeby ona znowu poszła do góry. (mężczyzna, 36 lat)

Przejawem owego niedającego się skontrolować nieposłuszeństwa protezowanych części ciała, jakiegokolwiek nie byłyby one zaawansowane technologicznie, jest specyfika ich ruchów. Jeśli ten udaje się w ogóle uzyskać, to ma on charakter robotyczny, pozbawiony płynności, szarpany, a przez to w żaden sposób nieoddający ruchów ludzkiej ręki. Mimo czynionego nieustannie wysiłku skupiania uwagi na wykonywaniu ruchów w obrębie poszczególnych części protezowanej kończyny, takich jak otwieranie i zamykanie protezowanej dłoni czy zginanie łokcia, efekt może okazać się zupełnie odwrotny. Dzieje się tak choćby w sytuacjach przeżywania silnego napięcia nerwowego, w których proteza mioelektryczna „zachowuje się” zupełnie inaczej, niż chce tego jej właściciel. Ciało technologiczne jest krnąbrne, żyje własnym życiem i to raczej ciało biologiczne musi mu się podporządkować, aniżeli ono „zechce” temu drugiemu ulec. Refleksja ta dotyczy także zgodności parametrycznej, w jakiej musi stale pozostawać ciało biologiczne względem protezy. Raz zespolone ze sztuczną częścią ciała musi zachowywać pierwotne parametry tego zespolenia, co warunkuje trwanie ciała w biotechnologicznej postaci. O ile na etapie projektowania zaopatrzenia ortopedycznego proteza jest dopasowywana rozmiarem, kształtem, wyglądem do ciała biologicznego, to już po wykonaniu protezy

ciało naturalne musi stale dopasowywać się do niej w swoim kształcie i możliwościach:

U mnie wygląda to tak, że jak mi kikut choć troszkę schudnie, to ta proteza momentalnie robi się jakby luźniejsza i ona mi tak lata i okręca się. Nie mogę do tego dopuszczać. Bo proteza jest ciągle taka sama, a z kikutem dzieją się różne rzeczy. (kobieta, 29 lat)

W owej niezmienności swojej substancji proteza ręki ma tę przewagę nad kończyną z krwi i kości, że nie podlega procesom naturalnego starzenia ani też nie doświadcza zmęczenia czy przeciążenia. Mogłoby się zatem wydawać, że ciało technologiczne może być eksploatowane z większym natężeniem niż ciało biologiczne, czego nie potwierdzają jednak doświadczenia badanych. Jego ułomnością jest stała konieczność serwisowania protezy i naprawiania powstałych w procesie zużycia usterek. Ponadto, mimo nieożywionego charakteru jej materii, proteza kończyny musi być utrzymywana w należyтым stanie higienicznym. Oznacza to niezwykle czasochłonną czynność mycia, czyszczenia, a nawet dezynfekowania jej niektórych elementów, co wymaga uprzedniego rozłożenia protezy na poszczególne komponenty. Do tego, w przypadku protezy mioelektrycznej, dochodzi jeszcze nieodzowna, bo warunkująca jej działanie, czynność codziennego doładowywania baterii. Technicyzyczne skojarzenia związane z opisanymi wyżej obowiązkami sprawiają, że badani czują się mniej naturalni, a nawet mniej ludzcy. O doświadczeniu swojego ciała jako ciała robotycznego traktują wypowiedzi przywołanych niżej badanych:

Kupiłem najpierw taką protezę czynnościową. Zepsułem ją dosłownie w trzy dni. Potem to napra-

wianie, ciągle myślenie, żeby się nie zepsuła znowu. Ciągły serwis, czyszczenie, skręcanie i rozkręcanie. Czułem się jak maszyna. (mężczyzna, 36 lat)

W tej protezie mechanicznej wyglądam jak cyborg. To najnowsza proteza elektryczna, wygląda jak ręka robota. Pełno w niej kabli, baterii, przełączników i przycisków. (mężczyzna, 34 lata)

Proteza nie jest substytutem brakującej części ciała danym raz na zawsze. Wciąż można sięgać po protezy nowsze i lepsze pod określonymi względami. Ciało biotechnologiczne „nie lubi” impasu. Musi stać się otwarte na ciągłą zmianę, niekończące się nigdy protezowanie, seryjne sięganie po najnowsze protetyczne wynalazki techniki. Aby spotęgować funkcjonalność ciała biotechnologicznego, protezy są stale ulepszone. I choć badani dostrzegali moment, w którym ich proteza „zestarzała się”, to nie szła za tym chęć udoskonalania ciała w tym względzie. Skoro zasadniczym problemem doświadczenia ciała na etapie jego funkcjonalnej rekonstrukcji okazywała się niemożność sprawowania kontroli nad samą protezą, badani porzucali ten rodzaj uzupełniania posiadanego deficytu cielesnego, zanim jeszcze zdołali przejść do etapu starań o przejęcie kontroli nad przedmiotami.

Estetyka biotechnologicznego ciała

Nieusatysfakcjonowani sprawnością ciała zrekonstruowanego, zarówno protezami mechanicznymi, jak i mioelektrycznymi, w kolejnym etapie badani odwoływali się do protezy kosmetycznej. Za uzupełnieniem niekompletnego ciała tym typem protezy kończyny górnej przemawiały wyłącznie

względy estetyczne. Estetyka protezy miała być przede wszystkim wyznaczona jej podobieństwem do kończyny biologicznej. Oczekiwaniem badanych było posiadanie protezy antropomorficznej, czyli takiej, która mimo bycia materią nieożywioną, będzie posiadać takie „cechy ludzkie” jak na przykład paznokcie, linie papilarne dłoni i palców, naczynia krwionośne, znamiona barwnikowe czy zgodną pod względem karnacji powłokę imitującą skórę:

Chciałem protezę kosmetyczną, bo mówili mi, że nic nie będzie różnicy, bo ona jest z takiego tworzywa skóropodobnego. No i faktycznie, przyjrzałem się, nic prawie różnicy nie było, bo żyły było na niej widać, paznokcie, tylko tyle, że gumowe. Na początku ta proteza mi się podobała. Założyłem sobie kurtkę, sweter, to ucieszyłem się bardzo, normalnie, jakbym dwie ręce miał. Zrobiłem sobie tak, że kciuk od tej protezy założyłem na zewnątrz kieszeni, a resztę palców schowałem do kieszeni. Proteza była takim zmyleniem. I moja bratowa, jak mnie zobaczyła, to pomyliła mnie z moim bratem bliźniakiem, który ma normalnie dwie ręce. Nie poznała wcale, że ja mam protezę. A to było na odległość tylko kilku metrów. (mężczyzna, 38 lat)

Estetyka protezy kosmetycznej jest mierzona tym, na ile efektywny jest kamuflaż faktu protetycznej rekonstrukcji ciała. Chodzi o to, aby proteza była portretem anatomicznym utraconej kończyny o najwyższym stopniu realizmu. Skuteczność estetyczna tego typu protezy przekłada się na całe niekompletne ciało, które zyskuje większą atrakcyjność wizualną poprzez kompletny i symetryczny obraz, a co za tym idzie wyprostowaną postawę i utrzymywanie równowagi. Estetyka to ten wymiar doświadczania

ciała technologicznie zrekonstruowanego, w którym proteza najmniej wydziela się od ciała biologicznego. I to właśnie dlatego badani pozostają z nią w uzależniającym związku:

Kupiłem protezę, żeby nie było widać, że ja nie mam tej ręki. Tylko dla efektu kosmetycznego. Lepiej się z tym kamuflażem czuję psychicznie. Ludzie nie patrzą tak, nie przyglądają się, nie wytykają palcami. Proteza mi pomaga tylko w kosmetyce. (mężczyzna, 36 lat)

Czuję się w towarzystwie bardziej swobodnie wtedy, kiedy nie widać, że czegoś mi brakuje. Dla swojego samopoczucia zakładam tę protezę, obowiązkowo zanim wyjdę z domu. (mężczyzna, 37 lat)

Jak wychodzę z domu, to muszę mieć protezę kosmetyczną założoną na tego kikuta. Ja się wtedy czuję, jakbym był w stu procentach bez żadnego uszczerbku. Po prostu ta proteza w mojej głowie pełni funkcję ręki. Kiedy proteza jest, jest wszystko. Kiedy tej protezy nie ma, to czuję się wśród ludzi nagi. Czegoś mi brakuje. Ludzie się wtedy patrzą. I ja to robię właśnie dla innych ludzi. Bo jak mam protezę, to czuję jakbym miał rękę. Ta proteza kosmetyczna bardzo mi pasuje. (mężczyzna, 34 lata)

Założenie protezy kosmetycznej to jest efekt kosmetyczny tylko dla otoczenia. Tylko dla otoczenia efekt będzie inny. Dla mnie jest taki sam. (mężczyzna, 51 lat)

Z analizy powyższych wypowiedzi wynika, że estetyczne protezowanie ciała, choć mocno uwarunkowane reakcjami otoczenia społecznego, służy (choć bardziej w wymiarze emocjonalnym niż

estetycznym) przede wszystkim samym badanym. Często pojawiające się w zebranych materiale empirycznym zapewnienia o zakładaniu protezy „dla innych ludzi” wydają się pomyleniem przyczyny ze skutkiem. To bowiem określony sposób reagowania ludzi wymusza konieczność protezowania ciała, zanim badani znajdą się w przestrzeni publicznej. W owej motywacji „dla innych ludzi”, która *de facto* powinna brzmieć „z powodu innych ludzi”, nie chodzi bowiem o to, aby uchronić przed przykrymi następstwami kontaktu z niekompletnym ciałem partnerów interakcji, ale by chronić siebie. Nie sposób doszukać się tu przesłanek, które wskazywałyby, że badani wykazują się empatyczną postawą wobec innych ludzi, nie chcąc dostarczać im trudnego w odbiorze widoku nieestetycznego przecięż kikutu. Jeśliby tak było, niekonieczne byłoby zaopatrywanie się w protezę, a wystarczyłoby taki sposób kamuflażu, jak założenie na kikut rękawiczki czy przysłonięcie go długim rękawem ubrania. W przesłankach skłaniających badanych do protetycznej rekonstrukcji wyraźny jest natomiast motyw odzyskania, pozornej, bo pozornej, ale jednak wizualnie kompletnej formy ciała. Proteza ma zapobiec tym reakcjom społecznej widowni, które poprzez swój stygmatyzujący charakter sprawiają, że jednostka „staje się [...] osobą zdyskredytowaną, stojącą naprzeciw nieakceptującego ją świata” (Goffman 2005: 52). Wyraźnie sygnalizowana niechęć do patrzenia na swoje protezowane ciało pokazuje natomiast, że zakładanie protezy kosmetycznej nie jest estetycznym pragnieniem badanych:

Wkurza mnie ta proteza, ale bez protezy to nawet do sklepu nie pójde. Ale czasami to nie mogę na nią patrzeć. Wszędzie chodzę w protezie. Ale zakładam

zawsze długi rękaw na nią, żeby jej samemu nie widać. (mężczyzna, 36 lat)

Ja nie lubię protezy, nie lubię, bo ona mi się nie podoba. Ja ją ubieram dla innych ludzi, żeby nie rzucało się im w oczy, że ja nie mam tej ręki. (mężczyzna, 37 lat)

Protezowanie ciała nie dostarcza satysfakcji estetycznej płynącej z wrażeń wzrokowych samego jego właściciela. Typowe protezy kosmetyczne, po które sięgają badani, są mało spersonalizowane pod względem estetycznym. Opisując je, badani używali określenia „gumowe rękawice”. Przede wszystkim są odpłciowione, jakby zostały stworzone poza dychotomicznym podziałem na to, co kobiece i męskie. Z tych noszonych przez respondentów płci męskiej mogłyby równie dobrze korzystać badane kobiety i na odwrót. Kłopotliwa estetycznie w percepcji badanych jest też nienaturalna gładkość powierzchni protezy, brak na niej nie tylko owłosienia czy właściwych tkance skóry zmarszczeń, ale też tych wszystkich znamion biologicznej ręki (linii papilarnych, znamion barwnikowych), które zapewniają jej niepowtarzalność. Uniwersalność estetyczna protezy wyraźnie utrudnia afirmację protezy i jej tożsamościową symbiozę z biologicznym ciałem. A to połączenie, także w fizycznym wymiarze, nie jest łatwe, jeśliby uwzględnić jego efekt estetyczny. Niechciana i niezamierzona rozpadlina bądź obrzęknięta bruzda cielesna, jakie powstają na styku tych dwóch bytów w wyniku tendencji kikuta do zmiany swojej objętości, daleko odbiegają od oczekiwanych rezultatów wizualnych tej rekonstrukcji. I właśnie to miejsce, które można uznać za symboliczną granicę między biologią a technologią w ciele badanych, staje się powodem ich największej udręki estetycznej.

Zmysłowe doświadczenie biotechnologicznego ciała

Odbieranie wrażeń zmysłowych to ten obszar doświadczenia własnej cielesności przez badanych, w którym ciało najslabiej integruje się z protezą, a proteza najslabiej integruje się z ciałem. Proteza nie współgra na poziomie odczuć z biologicznym ciałem. Wydziela się z niego przede wszystkim z powodu nieodbierania bodźców zmysłowych. Jako wytwór technologiczny drażni swoją obecnością za każdym razem, gdy w zastępowanym fragmencie ciała odmawia czucia. Nie oznacza to jednak, że z protetyczną rekonstrukcją ciała nie wiążą się żadne odczucia zmysłowe.

Przyjrzyjmy się najpierw samej substancji protezy kończyny górnej, która bez względu na typ i przeznaczenie (sprawnościowe bądź kosmetyczne) okazuje się niezwykle problematyczna właśnie w sferze zmysłowego przeżywania jej obecności w ciele. I tak, proteza kosmetyczna, wykonana najczęściej z silikonowego tworzywa, różni się temperaturą od reszty ciała, co oznacza, że niezmiennie zachowuje temperaturę niższą. Dzieje się tak, mimo pozostawania protezy w zespoleniu z biologicznym ciałem. W wymiarze odczuć zmysłowych badany w sposób szczególnie dokuczliwy przeszkadza stałe termiczne doświadczenie protezy jako zimnej, zwłaszcza że odczucia te „przenoszą się” na fragmenty ciała pozostające w bezpośrednim zetknięciu z fantomem:

Chciałam mieć tę protezę, żeby mi zwyczajnie nie było zimą w ten kikut zimno. Ale było zupełnie odwrotnie, bo ta proteza mnie właśnie bardziej ziębiła, kikut mi marznął od protezy. (kobieta, 18 lat)

Proteza funkcjonalna, po którą sięgali badani, jest natomiast cięższa od biologicznej kończyny, za co odpowiadają takie komponenty jej budowy jak stalowe przewody łączące protezę z mięśniami kikutu oraz elementy jej mechanicznego zawieszenia w postaci leja czy mocujących protezę pasów bądź szelek:

Ta proteza w ogóle jest za ciężka dla mnie, bo tutaj [respondent demonstruje – przyp. KK] nachodzi szyna, bo w środku tam są pręty. W tej protezie są zakładane takie szelki, aż tutaj, poza łokieć, a ta proteza jest wciskana na kikut. Te szelki zakłada się tutaj pod pachami. No i to wszystko jest bardzo ciężkie i niewygodne. (mężczyzna, 38 lat)

Odczuwanie protezy jako ciężaru dla ciała nie wynika zresztą wyłącznie z faktycznego ciężaru fantomu, ale potęgowane jest brakiem jego skoordynowania ruchowego i czuciowego z ciałem biologicznym:

Proteza jest dla mnie jak piąte koło u wozu. To jest dla mnie wielki kłopot. Ona się nie zachowuje jak ciało. Ta moja nowa proteza kosmetyczna waży niby dwadzieścia procent tego, co normalna ręka, ale to jest pomylka. Porażka! Nie umiem się do tego dostosować. Dla mnie to jest straszne dźwigać tego kłopot. (mężczyzna, 36 lat)

Nawet najnowocześniejsze protezy kosmetyczne, w rzeczywistości nieporównanie lżejsze od naturalnej kończyny, poprzez sztywność formy oraz nieodbieranie wrażeń zmysłowych doświadczane są jako cięższe pod względem swojej wagi niż naturalna ręka. Co istotne i ciekawe, badani używający protez mechanicznych bądź mioelektrycznych, za-

wsze cięższych od biologicznej kończyny i również pozbawionych czucia, nie doświadczali ich w kategoriach ciężaru fizycznego, o ile protezy te spełniały choć w nikłym stopniu funkcję sprawnościową.

Kolejnym zmysłowym doświadczeniem, które pochodzi z protezowanej kończyny, są wrażenia słuchowe związane z jej ruchem. Polegają one na emitowaniu hałaśliwych dźwięków o mechanicznym charakterze, które przypominają te wydawane przez urządzenia techniczne. Według interpretacji badanych dźwięki te znacząco dehumanizują sposób przeżywania obecności protezy w ciele i oddalają ją tożsamościowo od podmiotu:

Ta proteza jest na silikonie, jest taka wkładana. I jak się porusza, to ciągle tylko słycać takie tryt, tryt, tryt. Takie odgłosy wydaje, jak się nią porusza. Jak robot się czuje, a nie człowiek. To nie jest to, co powinno być. (mężczyzna, 32 lata)

Najbardziej jednak akcentowanym w wypowiedziach badanych doświadczeniem zmysłowym, które wiąże się nierozzerwalnie z protezowaniem ciała, jest ból. Obecność protezy wyzwała odczucia bólowe i prowadzi do tego, co Drew Leder (1990: 84) nazywa „dys-zjawieniem się ciała”. Ból, doświadczany w ciele organicznym i w nim umiejscowiony, sprawia, że cała uwaga z protetycznej części ciała przenosi się właśnie na ciało biologiczne, które przypomina o swojej niekompletnej formie:

Proteza stwarza mi ból, bo ona ma taki silikonowy wkład i do tego są czujniki. I ta proteza bardzo ciasno wchodzi. I jeżeli ja nią ćwiczę czy coś innego robię, to mi się te czujniki odciskają. Maksymalnie

dają radę wytrzymać z protezą dwie godziny. (mężczyzna, 36 lat)

Bolały mnie te ręce bardzo. Z powodu tych protez stałe miałam na kikutach wysypki, opuchnięcia, siniaki mi końcówki kikutów. (kobieta, 51 lat)

Latem mam zawsze odparzoną skórę na kikucie. U mnie nie ma w protezie przyssawki, tylko pasy. Proteza wżyna się w ciało. Moje ciało się nie dostosowało do tego. Mam stale otarcia, bąble. (mężczyzna, 36 lat)

Miejszem najbardziej dotkliwie odczuwanego bólu jest szczyt kikutu, do którego bezpośrednio przylega proteza ręki. Pojawiające się tam na skutek przewlekłego drażnienia, uciskania i tarcia protezą powikłania w postaci otarć, obrzęków i owrzodzeń nieustannie przypominają o pewnym niedopasowaniu spotykających się w tym obszarze materii⁹. Skoro jednak ciało samo na siebie zakłada protezę, należy zastanowić się nad tym, czy ograniczenia i ból, jakie wiążą się z protezowaniem, nie są formą samoudręczenia czy samoukarania za jego nieadekwatną formę. Jakikolwiek siły zewnętrzne nie skłaniałyby badanych do korzystania z protez, to ostatecznie samo ciało się protezuje i skutkiem tego samo ciało ściąga na siebie te wszystkie niedogodności. Proteza jako ciało technologiczne bezsprzecznie szkodzi ciału naturalnemu, które staje się jej ofiarą. Doświadczenie bólu w trakcie zespolenia protezy z ciałem ostatecznie zniechęca do tego typu

⁹ Jeśli chory nie podejmie leczenia tych zmian, mogą one doprowadzić do poważnych komplikacji uniemożliwiających w efekcie dalsze korzystanie z protezy. Dane uzyskane w trakcie wywiadów z ekspertami instytucjonalnymi (chirurgami, ortopedami i rehabilitantami) (N=10) zaangażowanymi w opiekę nad badaną grupą chorych.

rekonstrukcji. Pozbycie się bólu jest uwarunkowane pozbyciem się protezy. Nie oznacza to jednak całkowitej ucieczki od „dys-zjawienia się ciała”. O ile ból wywołany kontaktem kikuta ze sztucznymi komponentami protezy uda się tu wyeliminować, to ciało okaleczone deficytem kończyn(y) nie może w sposób bezproblemowy wycofać się ze świadomości. Nie znika z refleksowania i przeżywania i nie można go nazwać tylko „korporalnym tłem” (Leder 1990: 25). Nadal pozostaje ciałem chorym, bo dewiatywnym w swojej biologicznej formie.

Ciało zrekonstruowane protetycznym uzupełnieniem kończyny górnej jest zamknięte w sensie afektywnym, bo nie jest w stanie ani okazywać, ani odbierać zmysłowych wrażeń dotykowych. Choć wyłączone są w tym zakresie „tylko” protezowane ręce, w rzeczywistości wyłączone z tych odczuć zostaje całe ciało. Zmysłowe doświadczenie ciała biotechnologicznego jest według ocen badanych ułomne. Oto jak o swoim nieczującym zaprotezowanym ciecie opowiada jeden z respondentów:

Nie umiem korzystać teraz z życia. Nie zakładam protezy nigdy do zbliżeń z narzeczoną, bo przecież proteza w tych kontaktach nie spełnia żadnej funkcji. Dotykaniem nią ciała kobiety jest bez sensu. Nic nie daje, bo nic nie czuję. Może gdybym miał tę najnowszą protezę, to bym ją zakładał do tych kontaktów, ale tak to bez sensu. W ogóle jak się ma protezy, to całe ciało jest od nich takie zesztyniałe i bardzo napięte. Takie odrętwiałe w czuciu. I to odbiera ochotę na seks. (mężczyzna, 34 lata)

Skoro proteza w żaden sposób nie pomaga w odczuwaniu, ciało zaprotezowane jest tym, które wyzbywa

się pragnień, nie pożąda. Z oporem wchodzi w kontakty cielesne, można by powiedzieć, że izoluje się cielesnie od innych ciał. A. Frank (1991: 52) takie ciało, które niechętnie wchodzi w relacje z innymi, nazywa ciałem „monadycznym i zamkniętym w sobie”. Nie będąc zdolnymi do obierania przyjemnych doznań, protezowane części ciała nie są włączane w aktywność seksualną. Sfera odczuć zmysłowych jest tą, w której wyposażeni w protezy nie czują się swoimi ciałami. „Osoba «ma» albo «posiada» ciało w sensie materialnym (*Körper*) tylko o tyle, o ile – egzystencjalnie – «jest» ciałem (*Leib*)” (Habermas 2003: 58). Obecność protezy jako wytworu technologii przeszkadza w doświadczeniu własnego ciała jako ciała żyjącego i przeżywaniu go podmiotowo w sposób nieograniczony. Znamienne w tym kontekście są słowa jednego z głównych twórców fenomenologii, Edmunda Husserla (1982: 141), który pisze: „moje własne ciało, [...] jako jedyne wyróżnia się tym, że nie jest samą tylko cielesną bryłą, lecz właśnie ciałem żywym (*Leib*), jedynym obiektem w obrębie mojej poprzez abstrakcję uzyskanej warstwie świata, któremu opierając się na doświadczeniu przypisuję posiadanie pól wrażeńowych (*Empfindungsfelder*), pól przynależnych do niego, choć na różne sposoby (pole wrażeń dotykowych, pole wrażeń ciepła i zimna itd.)”. Dlatego w relacjach badanych dość mocno zaznacza się wątek tęsknoty za utraconą kończyną górną. Chcąc powrotu do ciała naturalnej kończyny, ujawniają rodzaj nostalgii za żywą, czującą ręką.

Interakcyjne doświadczenie ciała biotechnologicznego

W tym wymiarze doświadczenia ciała zrekonstruowanego protezą kończyny górnej, który dotyczy

relacji z innymi, proteza jest nieodłącznym elementem składowym ciała badanych. Skoro ciało, jak twierdzi Bryan S. Turner (2008: 52) w swoim głosie krytycznym wobec fenomenologicznych interpretacji ucieleśnienia, jest także „społecznie konstruowane i społecznie doświadczane”, przyjrzyjmy się teraz społecznym dyspozycjom ciał badanych.

Mimo że proteza kończyny górnej ogranicza interakcyjnie, jej obecność w ciele jest postrzegana przez badanych jako ta, która daje im prawo do cielesnego zaistnienia na płaszczyźnie społecznej. I choć w doświadczeniu tak zrekonstruowanego ciała wpisane jest pragnienie interakcyjnej ekspresji, nie znajduje ono realizacji na płaszczyźnie kontaktów z innymi ludźmi. Posiadanie w części protetycznego ciała sprawia, że badani czują się niepewnie w kontaktach międzyludzkich. Na ogół osoby, z którymi wchodzi w interakcje, pomijają w geście powitalnym protezę ręki, jakby kwestionując jej obecność. Wiele wskazuje na to, że u podłoża takich reakcji leży nieuznanie protezowanej kończyny za byt cielesny, w który wpisane byłyby określone znaczenia i symbole, jak ma się to w przypadku ręki ludzkiej. Wymusza to niejako zwrócenie się ku tej części ciała, która pozostaje naturalna. U osób z unilateralem deficytem kończyny górnej jest to druga ręka, natomiast u osób posiadających deficyt bilateralny, ta część ciała, która pozostaje w najbliższym fizycznym położeniu z tą kończyną, do której adresowane są określone gesty (np. prawy bark). W jednej z możliwych interpretacji tej sytuacji można przyjąć, że uścisk sztucznej ręki miałby podważać autentyczność samego gestu powitalnego, odmawiać mu szczerości i czynić go tak udawanym jak sama proteza:

Ja sobie brałem tę protezę w drugą dłoń. Palce dały się zgiąć, bo były z gumy, no więc dało się zrobić tak, żeby je zgiąć i wyprostować, tylko trzeba było sobie pomóc drugą dłonią. I nawet chciałem w ten sposób dawać „cześć” tą protezą, jak chciałem się przywitać. Brałem tę protezę w drugą rękę i podawałem tej osobie. Ale ludzie tak dziwnie reagowali. Mówili, co będziesz się witał protezą, dawaj lewą rękę. A ja przecież bym to potrafił, bo przećwiczyłem w domu i dawałem radę. Ale koledzy tak nie chcieli się witać, w ogóle jakoś dziwnie wszyscy reagowali na protezę. Ja jej już później nie zabierałem z domu, bo to bez sensu było. (mężczyzna, 38 lat)

Powyższa relacja badanego obrazuje wysiłek, który wkłada w to, aby został uznany przez „normalsów” za pełnoprawnego członka społeczeństwa (Goffman 2005: 19–20). Jak zauważa Anthony Giddens (2012: 84), „aby być w pełni kompetentnym uczestnikiem życia społecznego, to znaczy takim, który na równi z innymi bierze czynny udział w procesie wytwarzania i odtwarzania relacji społecznych, trzeba umieć skutecznie panować nad swoją twarzą i ciałem”. „Jeżeli nie możemy mieć pewności, że nasze ciała będą funkcjonować «normalnie», to – jak twierdzi Sarah Nettleton (2006: 71) – nasza interakcja ze światem społecznym staje się ryzykowna, nasza zależność od innych może się pogłębić, a co za tym idzie nasze poczucie własnego ja może zostać podważone”. Cytowany wyżej mężczyzna nie tylko wyposaża swoje niekompletne ciało w protezę, ale przygotowuje się do tego, aby włączyć sztuczną rękę do interakcji społecznej, chcąc uczynić jej przebieg normalnym i niczym niezakłóconym. Martin Heidegger, który w *Parmenidesie* formułuje liczne twierdzenia na temat znaczenia ręki, w jednym z nich utrzymuje, że

mowa i ręka to dwa aspekty składające się na definicję istoty człowieka, które nigdy nie mogą być od siebie oddzielone. Skoro „ręka ma w sobie istotę człowieka”, to jej deficyt może być rozumiany jako zagrożający uznawaniu się za człowieka (Heidegger 1982: 119 za Turner 1992: 111). Podważanie przez partnerów interakcji realności protez jako części ciała powoduje, że respondenci wycofują protezę z inicjowania kontaktów społecznych, a w skrajnych przypadkach wycofują się z nich sami. Relację ciała biotechnologicznego do innych ciał określa zatem raczej uległość niż dominacja i podporządkowywanie ich sobie. Strach w relacjach z innymi ludźmi pojawia się w kontekście wszystkich tych interakcji, które opierają się na nieodzowności zaistnienia w nich fizycznego kontaktu cielesnego (np. podanie ręki w geście powitalnym). To właśnie w tych sytuacjach dochodzi do cielesnego wycofania. Niekiedy następuje ono zanim jeszcze dojdzie do odrzucenia protezowanego ciała. W obawie przed nim badani sami przedwcześnie odrzucili tych, od których potencjalne odrzucenie mogłoby pochodzić. Stało się tak dlatego, że „nosiciel piętna dzieli na ogół z nami przekonania na temat tożsamości; (...) normy, które ktoś taki przejmuje od społeczeństwa, sprawiają, że doskonale zdaje sobie sprawę z tego, co bywa uznawane za jego słabość, a to z kolei każe mu choćby przelotnie podzielać opinię, iż faktycznie nie jest w stanie sprostać stawianym mu wymaganiom” (Goffman 2005: 37–38).

Na pewien rozdzwięk w sposobie społecznego doświadczania ciała zrekonstruowanego protezą ręki mogą wskazywać te dane, które z jednej strony świadczą o odrzuceniu tej formy cielesnej przez partnerów interakcji społecznych, a z drugiej o ist-

nieniu dyskursywnego nacisku na protezowanie ciała jako „typowego zachowania czy sposobu radzenia sobie w sytuacji okaleczenia deficytem kończyn(y)” (Kowal 2016: 142). Samo korzystanie z protezy musi być zatem uznane za przejaw kontroli społecznej nad okaleczonym ciałem i dyscyplinowania go nie tylko przez medyczny, ale i potoczny dyskurs. Ciało technologicznie zrekonstruowane jawi się jako Foucaultowski pasywny obiekt, który podlega kontroli społecznej nie tyle przez „reprezję” co przez „stymulację” (Foucault 1980: 57). Ciało pozbawione kończyn jest nieadekwatne, nienormalne, a skoro nie spełnia obowiązujących norm biologicznych, wizerunkowych i interakcyjnych, musi być doprowadzone do odpowiedniej formy. Siła dyskursu jest tą, która każe kontrolować swoje kalectwo. Badani nie doświadczyli w tym kontekście możliwości wyboru:

Koszulę ubieram i protezę, żeby już każdy nie patrzył, że ja nie mam tej ręki. [...] Jak parę razy wyszedłem z domu bez, to każdy mówił: „On nawet protezy nie ma”. A ja przecież miałem protezę, nawet taką lepszą, tylko po prostu źle się z nią czuję. Dlatego z protezy korzystam tylko wtedy, kiedy wychodzę do ludzi. Inaczej ludzie od razu patrzą na mnie w środowisku. (mężczyzna, 32 lata)

Jak wyjechałem do Afryki, nie było tam takiego przymusu noszenia protezy ze strony ludzi, nic takiego nie czułem. Nie chodziłem w protezie w ogóle. W Polsce, czy w którymkolwiek kraju Europy nie byłem, to czułem, że protezę muszę nosić. Te spojrzenia ludzi, te uwagi, te pytania, to wszystko działało na mnie tak, że czułem presję, żeby ją włożyć. (mężczyzna, 30 lat)

Niedoskonałości protezy, które ujawniają się w jej interakcyjnym używaniu, rodzą zakłopotanie badanych. Zwłaszcza jeśli nie udaje się im odegrać swoich ról, przez co interakcja ulega przerwaniu. „Wina” za ten stan rzeczy przypisywana jest zawsze ciału, a ściślej obecnym w nim elementom sztucznym:

Ja mówię do mojego syna: „Dziecko, dlaczego mnie męczycie tymi protezami?”. Jeździł ze mną na rehabilitację, uczył mnie tych protez prawie rok czasu. A ja płakałam i cały czas mówiłam, że ja nie chcę tych protez. Wszyscy z rodziny mówili, że tak trzeba, żeby się uczyła z nimi żyć. A ja nic nie potrafiłam przez nie zrobić. Nawet wnuczki wziąć na ręce, pobawić się z nią, przewinąć. Co ze mnie za babcia? (kobieta, 51 lat)

Takie sytuacje, jak ta wyżej opisana, skutkują buntem wobec protezowania ciała, a nawet całkowitym odrzuceniem fantomu. Postawa ta z reguły jednak trwa dopóty, dopóki otoczenie społeczne znów nie przypomni poprzez określone mechanizmy kontroli o konieczności uzupełnienia ciała za pomocą technologicznych elementów. Wówczas proteza zostaje na powrót włączona w przebieg interakcji społecznych. Zwłaszcza jeśli badani stają wobec konieczności wejścia w interakcję z osobą nieznaną, która nie miała dotąd wiedzy na temat ich statusu cielesnego. Tym okolicznościom zawsze towarzyszy szczególnie kontrola nad protetyczną częścią ciała, która ma być w swojej pozorności tak zarządzana, aby partner interakcji nie zorientował się, jaka jest jej rzeczywista natura. Zawsze w tego typu sytuacjach istnieje ryzyko, że prawdziwy status kończyny zostanie obnażony, ale badanym nie chodziło tak naprawdę o to, aby je zupełnie wyeliminować. Ich intencją było raczej możliwie jak najdalsze odsunię-

cie w czasie momentu, w którym partner interakcji dowiadyuje się o rzeczywistej tożsamości cielesnej badanych, co w ich oczekiwaniu ma osłabić reakcję dyskredytującą.

Związek z protezą jest zatem doraźny, bo nawiązywany tylko okazjonalnie na potrzebę zainicjowania określonej interakcji społecznej. Przyjmując Goffmanowską dramaturgiczną perspektywę (Goffman 2000), chodzi w nim o występ ciała, w trakcie którego badani mają u swoich partnerów interakcji wywrzeć wrażenie „bycia w całości”:

Noszę protezę na imprezy. Jak ubieram garnitur, to ubieram też protezę. Proteza jest mi potrzebna do tego właśnie, żeby wyglądać cało, żeby na jakiejś takiej poważniejszej imprezie nie rzuciło się w oczy, że nie mam tej ręki, że ten rękaw bimba. (mężczyzna, 37 lat)

Proteza, która jak maska ma zakryć przed innymi przypadkowość obecnej, niekompletnej formy ciała, jest środkiem samokontroli badanych. Ma pokazać inną, nieautentyczną postać ciała, którego rola polega tu na utajnianiu „niezgodności pomiędzy pozorną a rzeczywistą tożsamością społeczną” (Goffman 2005: 33). Narzucając sobie rygor zakładania protezy zawsze wtedy, kiedy badani wchodzi w relacje z ludźmi, chcą zachować kontrolę nad ciałem, co ma być gwarantem kontrolowania przebiegu samej interakcji. Bo choć nasza jaźń, jak przekonują zwolennicy teorii interakcjonizmu, urzeczywistnia się w trakcie interakcji społecznych, to kluczowe znaczenie ma „prezentacja ciała w codziennym życiu” (Turner 2008: 41). Ta doraźna cielesna autokreacja jest podyktowana obawą przed sklasyfikowaniem badanych jako „niepełnowartościowych” uczestników

interakcji społecznej (Goffman 2005: 32). Choć warto w tym miejscu równocześnie zaznaczyć, że oni sami nie uważają protezowania za skuteczną formę przeciwdziałania stygmatyzacji. Założenie protezy nie uwalnia od piętna, którego przecież doświadczali także zanim jeszcze zaopatrzyli swoje ciało w fantomy. W rezultacie, nawet nie mając w tym względzie uprzednich doświadczeń, badani nabywali przekonania, że taka kategoryzacja i tak istnieje, a nawet została już wobec nich poczyniona, bez względu na to, czy i z kim zechcą wejść w interakcję.

Tożsamość biotechnologicznego ciała

Skoro ciało uznawane jest za „oczywisty aspekt osoby”, wyposażenie go w protezę kończyny górnej nie może pozostać bez wpływu na relację ciała do „ja” (Kelly, Field 1996: 248). Nieodzowne staje się tutaj dokonanie redefinicji tej relacji, której istotą staje się dystansowanie tożsamościowe od ciała, a czego przyczyną jest obecność w nim wytworów technologii medycznej. Niepewne swego ludzkiego statusu ciało oddziela się od osoby, co oznacza, że jedność ciała i „ja” zostaje zerwana. Dochodzi tutaj do tego, co być może najtrafniej oddaje anglojęzyczny termin Roberta F. Murphy’ego (1999: 67) *disembodiment*, a co z kolei Anthony Giddens (2012: 88) nazywa swoistym „odcieleśnieniem”. Ciało jako byt materialny jest doświadczane w pewnej separacji czy oddzieleniu od tożsamości osobowej, ale tym, na czym koncentrują się badani, jest przede wszystkim zintegrowanie własnej tożsamości cielesnej. W obrębie jej samej dochodzi bowiem do istotnego rozdzielenia, który powstaje wskutek niedającego się pogodzić funkcjonowania w bezpośrednim zetknięciu z naturalnym ciałem jego technologicznych sub-

stytutów. Proteza jest bowiem tym uzupełnieniem okaleczonego deficytem kończyny górnej ciała, który zagraża doświadczeniu w nim jedności. Jako coś, co zagraża spójnej tożsamości cielesnej, proteza nie może być włączona do schematu własnego ciała, przez co jest z dala od niego utrzymywana. Relacja ciała z samym sobą polega tu na „dysocjowaniu się od swojej korporalności” (Frank 1991: 52). Opisując swoją relację z protezą ręki, badani używali zwrotów zaświadczyających o tym, że dystans ten prowadzi do wytworzenia tego rodzaju relacji w obrębie samej tylko tożsamości cielesnej, w której „proteza nie jest częścią mojego ciała”, a „moje ciało posiada protezę”:

Proteza to proteza, ręką nigdy nie będzie. Zdejmuję ją i wkładam do szafy. Kosmetyczną traktowałem jak ubranie, jak rzecz do noszenia. A tę mechaniczną, z tym chwytakiem, to przecież traktuję jak sztucce, jak hak do łapania różnych przedmiotów. (mężczyzna, 37 lat)

Tym, co sprawia, że badanym z trudem przychodzi włączenie protezy do własnej tożsamości cielesnej, są opisane wyżej problemy z doświadczaniem jej obecności w wymiarze sprawnościowym, estetycznym, zmysłowym i interakcyjnym. Odkrywczego podniecenia, jako osobie realizującej badania, dostarczyło autorce niniejszego tekstu spostrzeżenie, że badani nie mówią o protezie „moja ręka”. Takie określenie nie pojawiło się w trakcie żadnego z przeprowadzonych wywiadów. Chcę od razu zaznaczyć, że nie było w tym świadomego unikania tego typu sformułowań ani reflektowanej autokorekty, a raczej mamy tu do czynienia z naturalnym sposobem odnoszenia się do protezy, który pozostaje zgodny

ze stopniem tożsamościowej identyfikacji z nią. Proteza nie jest nazywana „ręką” i nie jest za taką uznawana. Proteza jest rodzajem narzędzia, w które w podyktowaniu różnymi motywami zaopatrywane jest ciało. Dyskusji podlegać może wyłącznie to, jaki jest zakres jego przydatności w poszczególnych obszarach codziennego funkcjonowania. Bezdyskusyjna natomiast pozostaje kwestia włączenia protezy do tożsamości cielesnej badanych, bo to oznaczałoby ponoszenie odpowiedzialności za jej działanie.

Kolejny argument przemawiający za utrzymywaniem tożsamościowego dystansu od protezy dotyczy kubatury jej obecności w ciele. Ciało zrekonstruowane protezą kończyny górnej zyskuje wszak status hybrydy, bytu w różnych proporcjach naturalnego i sztucznego. Jeśliby jednak wziąć pod uwagę stosunek objętości w nim materii organicznej i elementów technologicznych, to proporcje przeważają oczywiście na rzecz ciała biologicznego. Dotyczy to zarówno jednostronnego, jak i obustronnego zaprotezowania ciała. Większy zakres technologicznego uzupełnienia posiadanych deficytów cielesnych nie wiąże się z podjęciem wysiłku na rzecz uznania protez za własną część ciała.

W tożsamościowym uznaniu protez za część ciała przeszkadza też fakt, że rekonstrukcja ciała za pomocą protezy ręki nie ma charakteru trwałego. Proteza nie jest połączona z ciałem biologicznym na stałe. Nie dochodzi tutaj do takiego przekroczenia granicy „między naturą «zewnątrzną» a «wewnętrzną»”, która rodziłaby potrzebę stworzenia nowych regulacji normatywnych, jak ma się to w przypadku innych przejawów technicyzacji natury ludzkiej wyznaczonych postępowaniem genetyki molekularnej

i biotechnologii (Habermas 2003: 31). Okaleczone deficytem ręki ciało biologiczne i jego sztuczne uzupełnienie nie stanowią pod tym względem zintegrowanego układu zamkniętego. Jeśli zachodzi taka potrzeba, proteza jest zakładana, a jeśli przestaje być użyteczna w określonym wymiarze swojej obecności, zostaje zdjęta. I ten aspekt w znaczący sposób wyznacza problemy związane z rekonstrukcją tożsamościową tak zespolonego ciała.

I wreszcie, tożsamościowe problemy ciała biotechnologicznego są wyznaczone przez tymczasowość jego formy. Ciało pozbawione kończyn(y) doświadczane jest bardziej w kontekście przyszłości niż teraźniejszości. Należy na nie spojrzeć jak na ciało, które wyzbywa się przypadkowości, albo dla którego przypadkowość przestaje być problemem. A. Frank (1991: 79) taki styl obchodzenia się z ciałem nazywa ciałem komunikatywnym, a więc takim, którego „istotną cechą [...] jest to, że jest ono ciałem w procesie tworzenia się”. Choć autorowi przychodzi z trudem wskazanie typowych przedstawicieli tego stylu używania ciała, to zwraca uwagę na jego obecność między innymi właśnie w praktykach medycznych nakierowanych na troskę o ciało (Frank 1991). Jeśli utratę kończyn(y) można potraktować jako przypadek, to już wszystkie zabiegi nakierowane na uzupełnienie deficytów cielesnych, czy to poprzez protezowanie coraz doskonalszymi technologicznie protezami (np. typu bionicznego), czy transplantowanie brakujących części ciała, ową przypadkowość ciała przekuwają na możliwość. Warto przy tym zaznaczyć, że nieodzownym warunkiem kwalifikacji do zabiegu przeszczepienia kończyny jest „zachowana czynność ręki z użyciem protezy” (Chełmoński, Jabłecki 2011: 44).

Sygnalizowane w pierwszych zdaniach tej części tekstu oddzielenie ciała od tożsamości, z którym mamy tu do czynienia, oznacza, że badani nie czują się dobrze ze swoimi zrekonstruowanymi technologicznie ciałami, co znów prowadzi do wytworzenia relacji typu „posiadam ciało”, a nie „jestem swoim ciałem”. U podłoża owego złego cielesnego samopoczucia leży jego niekompletna forma, która pociąga za sobą obecność w ciele wytworów sztucznych. Kłopotliwy związek tychże z biologicznym ciałem wzmacnia niepewność badanych nie tylko wobec możliwości tak zrekonstruowanego ciała, ale przede wszystkim wobec jego statusu. Można by rzec, że dochodzi tutaj do „zachwiania poczucia bezpieczeństwa ontologicznego” (Giddens 2012: 86). Analiza zebranego materiału upoważnia do sformułowania wniosku, że badani postrzegali protezę ręki jako zagrażającą poczuciu tożsamości cielesnej w pełnoludzkim wymiarze. To właśnie dlatego w doświadczeniu swojego zrekonstruowanego protetycznie ciała granica między tym, co biologiczne i technologiczne jest tak wyraźnie zaznaczona. Ryszard W. Kluszczyński (2001: 75–76) pisze w tym kontekście, że „nowe technologie stają się rozszerzeniami, przedłużeniami ludzkiego ciała i jako takie wpływają na kształt tożsamości. Samo ciało, jego definicja, historia, płęć i substancja, także ulegają rozmaitym przetworzeniom, co nie pozostaje bez wpływu na sposób pojmowania tożsamości”. Połączenie biologicznego organizmu z protezą, zwłaszcza typu funkcjonalnego, narzuca tożsamościowe skojarzenia z człowiekiem-cyborgiem¹⁰, wobec których w do-

świadczenie tak zrekonstruowanego ciała wkrada się pewien paradoks. Oto badani, dążąc do uczynienia protezy kończyny bardziej użyteczną we wszystkich omówionych powyżej wymiarach działania, siłą rzeczy dążą do pogłębienia z nią związku, jednocześnie jednak wyraźnie od tego uciekając z obawy przed mogącymi wyniknąć w następstwie owego zbliżenia tożsamościowymi konsekwencjami.

Wnioski

Technologiczna interwencja w cielesność badanych nie przynosi oczekiwanych przez nich rezultatów. Najpoważniejsze rozczarowanie protezą kończyny górnej dotyczy jej wymiaru funkcjonalnego. Wyniki analiz zaprezentowanego powyżej materiału badawczego upoważniają do sformułowania wniosku o tym, że bez względu na rodzaj protezy typu funkcjonalnego (mechaniczny czy mioelektryczny) wyposażeni w nią badani, nie potrafiąc przejąć nad nią kontroli, nie mogli polegać na niej w zakresie sprawnościowym. Jeśli chodzi o wymiar estetyczny doświadczenia ciała biotechnologicznego, to tutaj proteza typu kosmetycznego spełnia swą funkcję, przy zastrzeżeniu, że satysfakcja estetyczna jest nie tyle podzielana przez podmiot, co jego otoczenie społeczne. Korzyści, które dzięki kosmetycznemu uzupełnieniu posiadanego deficytu cielesnego są udziałem badanych, muszą być postrzegane przede wszystkim w kategoriach emocjonalnych. W wymiarze doświadczenia zmysłowego proteza ręki jest natomiast bytem zupełnie milczącym, co nie oznacza jednak, że ciało biologiczne nie jest z nią w żaden sposób powiązane w tym zakresie przeżywania. Ciało zrekonstruowane jedno-

roduction współautorstwa Johna J. Macionisa i Kena Plummera (Macionis, Plummer 2008: 754).

stronną lub obustronną protezą kończyny górnej jest nie tylko indywidualnym projektem, ale także obiektem podlegającym społecznej kontroli. Jej sensem jest swego rodzaju nakaz „bycia w całości”, który jednak pozostaje w wyraźnym rozdźwięku z możliwościami realizacji owej „całości” w interakcjach. I wreszcie, ciało zrekonstruowane protezą kończyny jest czymś radykalnie zaprzeczającym związkom z „ja”. Bardzo złożona i niejednoznaczna jest kwestia doświadczenia biotechnologicznego ciała w kontekście poczucia człowieczeństwa. O ile większa użyteczność protezy we wszystkich wymiarach jej przeżywania mogłaby prowadzić do zrekonstruowania tożsamości cielesnej badanych, a co za tym idzie osłabienia dystansu ciała biotechnologicznego od tożsamości osobowej, to jednocześnie stwarzałaby ryzyko narodzin tożsamości cyborga. Wobec takich treści podmiotowego doświadczenia zrekonstruowanego protezą kończyny górnej ciała badani jawią się nie tylko jako wykonawcy tej technologicznej rekonstrukcji, ale także jej ofiary.

Jako socjologowi medycyny trudno jest mi nie dostrzec waloru aplikacyjnego zaprezentowanych wyników badań. Socjosomatyczna wiedza na temat doświadczenia przez badanych technologicznej odbudowy niekompletnego i przez to dysfunkcjonalnego ciała może okazać się przydatna profesjonalistom medycznym. Zakres tej przydatności wyznaczony jest

Bibliografia

Antfolk Christian i in. (2013) *Sensory feedback in upper limb prosthetics*. „Expert Review of Medical Devices”, vol. 10, s. 45–54.

Charmaz Kathy (1983) *Loss of Self: A Fundamental Form of Suffering in the Chronically ill*. „Sociology of Health and Illness”, vol. 5, s. 168–195.

przede wszystkim uzyskaniem większego wglądu w chorego i jego sposób przeżywania niepełnosprawności. Zwłaszcza że uchwycenie subiektywnych doświadczeń chorych korzystających z protez kończyn górnych wymyka się tradycyjnemu poznaniu klinicysty, w którym bazuje się wyłącznie na obiektywnym pomiarze funkcji i motoryki ciała. Efekty technologicznej rekonstrukcji cielesnej nie ograniczają się wyłącznie do funkcjonalności biofizycznej ciała, ale przekładają się również na estetyczny, zmysłowy, interakcyjny i tożsamościowy wymiar jego przeżywania. Uwzględnienie w poznaniu lekarza kontekstu pozamedycznych problemów pacjentów doświadczających stechnologizowanej cielesności może okazać się bardzo cenne już na etapie rozważań decyzji o metodzie rekonstrukcji (proteza kończyny *versus* transplantacja kończyny). Znacznie ułatwia to oparcie badań autorki na perspektywie chorego, który przedstawia własne interpretacje tych autentycznych doświadczeń. Odsłaniane przez niego znaczenia i sensory związane z przeżywaniem obecności we własnym ciele elementów technologii medycznej powinny zostać potraktowane jako humanistyczne dopełnienie konwencjonalnych poczynań lekarzy. Efektywniejsze zrozumienie chorego, mogące okazać się skutkiem recepcji tej wiedzy, ma ogromne znaczenie wobec dokonującego się w medycynie rekonstrukcyjnej postępu technologicznego, który niesie ze sobą ryzyko jej dehumanizacji.

Charmaz Kathy (1997) *Good Days, Bad Days. The Self in Chronic Illness and Time*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.

Charmaz Kathy (2013) *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik po analizie jakościowej*. Przełożyła Barba-

ra Komorowska. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Chełmoński Adam, Jabłecki Jerzy (2011) *Kwalifikacja biorców kończyny górnej* [w:] Zbigniew Kuzyszyn, red., *Spoleczno-etyczne aspekty transplantologii*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo, s. 43–46.

Ciancio Anna Lisa i in. (2017) *Current Achievements and Future Directions of Hand Protheses Controlled via Peripheral Nervous System* [w:] Marta Bertolaso, Nicola Di Stefano, eds., *The Hand. Perception, Cognition, Action*. Cham: Springer International Publishing, s. 75–94.

Foucault Michel (1980) *Body/Power* [w:] Colin Gordon, ed., *Power/Knowledge. Selected Interviews & Other Writings 1972-1977 by Michel Foucault*. New York: Pantheon Books, s. 55–62.

Foucault Michel (1993) *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*. Przełożył Tadeusz Komendant. Warszawa: Aletheia – Spacja.

Frank Arthur W. (1991) *For a Sociology of the Body: an Analytical Review* [w:] Mike Featherstone, Mike Hepworth, Bryan S. Turner, eds., *The Body. Social Process and Cultural Theory*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications, s. 36–102.

Giddens Anthony (2012) *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. Przełożyła Alina Szulżycka. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Glaser Barney G., Strauss Anselm L. (2009) *Odkrywanie teorii ugruntowanej. Strategie badania jakościowego*. Przełożył Marek Gorzko. Kraków: Zakład Wydawniczy Nomos.

Goffman Erving (2000) *Człowiek w teatrze życia codziennego*. Przełożyli Helena Datner-Śpiewak, Paweł Śpiewak. Warszawa: Wydawnictwo KR.

Goffman Erving (2005) *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*. Przełożyły Aleksandra Dzierżyńska, Joanna Tokarska-Bakir. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Goffman Erving (2006) *Rytuał interakcyjny*. Przełożyła Alina Szulżycka. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Habermas Jürgen (2003) *Przyszłość natury ludzkiej. Czy zmierzamy do eugeniki liberalnej?* Przełożyła Małgorzata Łukasiewicz. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Haraway Donna J. (1991) *Simians, Cyborgs, and Women: The Reinvention of Nature*. New York: Routledge.

Husserl Edmund (1982) *Medytacje kartezjańskie z dodaniem uwag krytycznych Romana Ingardena*. Przełożył Andrzej Wajs. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Kelly Michael (1992) *Self, Identity and Radical Surgery*. „Sociology of Health and Illness”, vol. 14, s. 390–415.

Kelly Michael, Field David (1996) *Medical Sociology, Chronic Illness and the Body*. „Sociology of Health and Illness”, vol. 18, s. 241–257.

Kluszczyński Ryszard W. (2001) *Spoleczeństwo informacyjne. Ceberkultura. Sztuka multimedialności*. Kraków: Rabid.

Konecki Krzysztof T. (2000) *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Kowal Katarzyna (2016) *Oczekiwania i motywacja transplantacyjna potencjalnych biorców kończyny górnej – teoretyczno-badawcze studium socjologii fenomenologicznej*. „Folia Sociologica”, t. 59, s. 123–150.

Leder Drew (1990) *The Absent Body*. Chicago: University of Chicago Press.

Lee Kyo Ho i in. (2017) *Hand Functions of Myoelectric and 3D-Printed Pressure-Sensored Prosthetics: A Comparative Study*. „Annals of Rehabilitation Medicine”, vol. 41, s. 875–880.

Macionis John J., Plummer Ken (2008) *Sociology. A Global Introduction*. Harlow: Prentice Hall.

Merleau-Ponty Maurice (2001) *Fenomenologia percepcji*. Przełożyli Małgorzata Kowalska, Jacek Migasiński. Warszawa: Fundacja Aletheia.

Murphy Robert F. (1999) *The Damaged Self* [w:] Kathy Charmaz, Debora A. Paterniti, eds., *Health, Illness, and Healing*. So-

ciety, Social Context, and Self. An Anthology. Los Angeles: Roxbury Publishing Company, s. 62–71.

Nettleton Sarah (2006) *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge: Polity Press.

O’Neill John (1985) *Five Bodies. The Human Shape of Modern Society*. Ithaca: Cornell University Press.

Shilling Chris (2010) *Socjologia ciała*. Przełożyła Marta Skowrońska. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Turner Bryan S. (1992) *Regulating Bodies. Essays in Medical Sociology*. London: Routledge.

Turner Bryan S. (2008) *The Body and Society. Explorations in Social Theory*. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore: Sage.

Cytowanie

Kowal Katarzyna (2018) *Doświadczenie ciała zrekonstruowanego protezą kończyny górnej – socjosomatyczne studium ciała biotechnologicznego*. „Przegląd Socjologii Jakościowej”, t. 14, nr 3, s. 178–205 [dostęp dzień, miesiąc, rok]. Dostępny w Internecie: <www.przegladsocjologiijakosciowej.org>. DOI: <http://dx.doi.org/10.18778/1733-8069.14.3.10>.

Experience of the Body Reconstructed with an Upper Extremity Prosthesis—Sociosomatic Study of the Biotechnological Body

Abstract: The paper has the form of a sociosomatic study of the body reconstructed with an upper limb prosthesis. Its empirical basis is a qualitative research carried out in a group of people with a unilateral or bilateral hand deficit (N=21), which in this purposefully selected sample has been technologically supplemented using either a functional (mechanical or myoelectric) or a cosmetic prosthesis. The empirical material has been gathered and analyzed in line with the assumptions and basic principles of the constructivist approach to grounded theory methodology according to Kathy Charmaz. The theoretical framework is based on phenomenology (Maurice Merleau-Ponty) and some trends in social constructivism (Michael Foucault, Erving Goffman, Arthur Frank). The main body of the paper contains analyses of empirical material focused on the issue of subjective experience of biotechnological body with regard to undertaken activities in the 1) functional, 2) aesthetic, 3) sensory, 4) interactive, 5) identity-related dimensions. The paper closes with conclusions concerning possible applications of the presented research in clinical medicine.

Keywords: body, body experience, biotechnological body, technicality of corporeality, technological reconstruction of the body, body prosthetics