

Przeżycia fantomowe u osób z deficytem kończyn(y) – perspektywa fenomenologiczna

Phantom limb sensations in persons with limb deficit – a phenomenological perspective

KATARZYNA KOWAL

Zakład Socjologii, Wydział Nauk Społecznych, Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie

Wprowadzenie. Przeżycia fantomowe to pojęcie, które używane jest dla opisanego zjawiska urojonej kończyny. Jego zakres wykracza poza bóle fantomowe, bo oprócz nich obejmuje także odczuwanie obecności nieistniejącej kończyny, które w sensie neurofizjologicznym nie przysparza choremu dolegliwości bólowych. Zjawisko fantomowe uważane jest współcześnie za naturalną konsekwencję przypadkowej bądź klinicznej amputacji kończyny.

Cel badań. Poznanie i analiza sposobu, w jaki chorzy funkcjonujący z deficytem kończyn(y) doświadczają przeżyć fantomowych. Za teoretyczny układ odniesienia przyjęto filozofię fenomenologiczną francuskiego myśliciela Maurice'a Merleau-Ponty'ego, której wybór był podyktowany wyeksponowaną w niej materialną perspektywą spojrzenia na ciało ludzkie.

Materiał i metoda. Aby pokazać, w jaki sposób fakt utraty kończyn(y) wpływa na doświadczanie własnego ciała, przeprowadzono wywiady z chorymi okaleczonymi jednostronnym lub obustronnym ubytkiem kończyny (N=15). Za metodę badań posłużył indywidualny wywiad pogłębiony, który w przypadku każdego z respondentów został przeprowadzony zgodnie z założeniami socjologii interpretatywnej (rozumiejącej).

Wyniki. Urojona w trakcie przeżywania bólów fantomowych ręka czy noga posiada cechy rzeczywistej kończyny chorego. Odczuwanie obecności nieistniejącej kończyny polega na tym, że chory mimo świadomości braku kończyny w swoim ciele, nie doświadcza jej utraty. Najbardziej typowym objawem składającym się na zespół urojonej kończyny niezwiązanym z bólem jest zachowanie możliwości poruszania kończynami fantomowymi. W odczuciu badanych, urojenie nieistniejącej kończyny wyzwalają poręczne przedmioty znajdujące się w ich przestrzeni życiowej, które rodzą nawyk sięgnięcia po nie. Przeżycia fantomowe ulegają wygaszeniu, jeżeli chory pogodzi się ze swoim kalectwem i związaną z nim niemożnością wykonywania pewnych zadań oraz uzna, że określone przedmioty nie są już dla niego użyteczne.

Wnioski. Doświadczanie nieistniejącej kończyny jawi się jako milcząca negacja kalectwa. Zgodnie z fenomenologiczną perspektywą „bycia w świecie”, tym co odrzuca kalectwo jest ucieleśnione Ja, które jest zaangażowane w fizyczny i społeczny świat chorego, wiąże go z przestrzenią i każe stale angażować się w określone projekty.

Słowa kluczowe: *fantom, kończyna fantomowa, przeżycia fantomowe, zjawisko urojonej kończyny, percepcja ciała, doświadczanie ciała, fenomenologia Maurice'a Merleau-Ponty'ego*

Introduction. Phantom limb sensation is the term used to describe a phenomenon of an illusory limb. Its scope exceeds phantom pains because in addition to them it comprises also the sensation of presence of the missing limb, which in the neurophysiological sense does not cause any pain to the patient. The phantom limb experience is currently regarded as a natural consequence of an accidental or clinical limb amputation.

Aim. The aim of the conducted sociological research was to find out and analyse the manner in which patients functioning with a limb deficit experience phantom sensations.

Material and method. In order to show how the loss of (a) limb(s) influences the experience of own body, patients (N=15) with unilateral or bilateral limb loss were interviewed. The research method was an Individual In-Depth Interview, which was conducted with each of the respondents according to the assumptions of interpretative (understanding) sociology.

Results. The arm or leg, imagined during phantom pains, has the features of the patient's real limb. The feeling of presence of the missing limb means that the patient, though aware of the limb loss, does not feel the lack of the limb in his body. The most typical symptom of not pain-related imaginary limb syndrome is the retained ability to move the phantom limb. The respondents feel that the phantom limb sensation is stimulated by everyday objects present in their life space, which trigger the habit of picking them up. Phantom sensations are extinguished if the patient comes to terms with his disability and the associated inability to perform certain tasks, and decides that some objects are not useful to him any more.

Conclusions. The phantom limb experience seems to be the silent negation of disability. According to the phenomenological perspective of “being in the world”, disability is rejected by the embodied ego, which is involved in the patient's physical and social world, links him to the space and tells him to be constantly involved in certain projects.

Key words: *phantom, phantom limb, phantom sensations, imaginary limb phenomenon, body perception, body experience, Maurice Merleau-Ponty phenomenology*

© Hygeia Public Health 2014, 49(1): 91-97

www.h-ph.pl

Nadesłano: 29.11.2013

Zakwalifikowano do druku: 20.12.2013

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr n. hum. Katarzyna Kowal
Zakład Socjologii, Wydział Nauk Społecznych, Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie
ul. D. Zbierskiego 2/4, 42-218 Częstochowa, Polska
tel. +48 34 378 31 92, fax +48 34 378 31 13
mobile: +48 602 684 001, e-mail: k.kowal@ajd.czest.pl

Wprowadzenie

Przeżycia fantomowe to pojęcie, które używane jest dla opisanego zjawiska urojonej kończyny. Jego zakres wykracza poza bóle fantomowe, bo oprócz nich obejmuje także odczuwanie obecności nieistniejącej kończyny, które w sensie neurofizjologicznym nie przysparza choremu dolegliwości bólowych. Zjawisko fantomowe, jak bywa również określane odczuwanie nieobecnego narządu lub części ciała, uważane jest współcześnie za naturalną konsekwencję przypadkowej bądź klinicznej amputacji kończyny.

Rodzaj, częstotliwość i charakterystyka jakościowa doznań składających się na zjawisko kończyny fantomowej może się znacznie różnić. Jeśli chodzi o ból fantomowy, to podawany w literaturze przedmiotu odsetek pacjentów go doświadczających waha się od 42,2% do 78,8% [1-4]. Choć odczucie bólu fantomowego zgłaszają pacjenci po amputacji różnych części ciała (oczu, języka, zębów, nosa, piersi, penisa, jelit, pęcherza), to najczęściej pojawia się on właśnie po amputacji kończyny [5]. Ostatnie badania pokazują, że doświadczenie bólu fantomowego jest powszechniejsze po amputacji kończyn górnych niż dolnych. Wiadomo też, że ból fantomowy częściej występuje u kobiet niż mężczyzn [6, 7]. Może wystąpić od razu po amputacji bądź w ciągu kilku lat po utracie kończyny. Według najnowszych doniesień badawczych istnieją dwa szczytowe okresy, w których pacjenci zaczynają doświadczać bolesnych doznań fantomowych. Pierwszy przypada na miesiąc po amputacji, drugi występuje po roku od amputacji [3]. Znane są też wyniki badań, które potwierdzają zmniejszającą się częstotliwość występowania bólu fantomowego wraz z upływem czasu od amputacji [6, 7]. Najczęstszymi postaciami bólu fantomowego kończyny są: mrowienie, rwanie, kłucie, drętwienie [8]. Co ciekawe, pacjenci po obustronnej amputacji kończyn nie doświadczają silniejszego bólu fantomowego niż ci, którzy przeszli jednostronną amputację [9]. Większość pacjentów, którzy utracili kończynę doświadcza stałej obecności fantomu [10]. U niektórych występują doznania dodatkowe, niezwiązane z bólem, takie jak swędzenie, mrowienie czy uczucie napinania mięśni. Doznania te pojawiają się w niejednakowych odstępach czasowych, mogą dotyczyć różnych części fantomu i mają zróżnicowaną intensywność [11].

Cel badań

Poznanie i analiza sposobu, w jaki chorzy funkcjonujący z deficytem kończyn(y) doświadczają przeżyć fantomowych, w zakresie których wliczono ból fantomowy oraz doznania niezwiązane z bólem. Za teoretyczny układ odniesienia wobec tak sformułowanego celu badawczego przyjęto filozofię fenomenologiczną francuskiego myśliciela Maurice'a Merleau-Ponty'ego (1908-1961), której wybór był podyktowany wyeks-

ponowaną w niej materialną perspektywą spojrzenia na ciało ludzkie. Fenomenologiczna interpretacja przeżyć fantomowych ma stanowić uzupełnienie czysto fizjologicznych i psychologicznych interpretacji tego zagadnienia. Pomocna w wyjaśnieniu i zrozumieniu zjawiska urojonej kończyny okazuje się fenomenologiczna perspektywa „bycia w świecie”, zgodnie z którą ciało ludzkie jest podstawą ludzkiej sprawczości i doświadczania świata.

Materiał i metoda

Badaniami socjologicznymi objęto grupę chorych okaleczonych jednostronnym lub obustronnym ubytkiem kończyny (N=15). Za metodę badań posłużył indywidualny wywiad pogłębiony (*Individual in Depth Interview – IDI*), który w przypadku każdego z respondentów został przeprowadzony zgodnie z założeniami socjologii interpretatywnej (rozumiejącej). Wspólną cechą badanych jest to, że wszyscy utracili kończynę(y) wskutek urazu mechanicznego. Tym, co natomiast ich odróżnia, jest liczba brakujących kończyn i wysokość amputacji. W grupie badawczej znaleźli się pacjenci funkcjonujący z ubytkiem kończyny górnej bądź dolnej oraz ci, którzy utracili zarówno kończynę górną, jak i dolną. W tabeli I zamieszczono istotne z punktu widzenia podjętej w badaniu problematyki dane dotyczące badanej grupy.

Tabela I. Charakterystyka badanej grupy
Table I. Characteristics of the studied group

Lp.	Płeć	Wiek	Zakres ubytku ciała
1.	M	51 lat	deficyt kończyny górnej
2.	K	18 lat	deficyt kończyn górnych, deficyt kończyny dolnej
3.	K	29 lat	deficyt kończyn górnych, deficyt kończyny dolnej
4.	M	36 lat	deficyt kończyn górnych
5.	K	51 lat	deficyt kończyn górnych
6.	M	42 lata	deficyt kończyn górnych
7.	M	36 lat	deficyt kończyny górnej
8.	M	36 lat	deficyt kończyny górnej
9.	M	32 lata	deficyt kończyny górnej
10.	M	37 lat	deficyt kończyny górnej
11.	M	38 lat	deficyt kończyny górnej
12.	M	29 lat	deficyt kończyn dolnych
13.	M	31 lat	deficyt kończyny górnej
14.	M	38 lat	deficyt kończyny górnej
15.	M	30 lat	deficyt kończyny górnej

Wskazana grupa respondentów pozostaje pod opieką Ośrodka Replantacji Kończyn, Mikrochirurgii, Chirurgii Ręki i Chirurgii Ogólnej Szpitala im. św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy. Badani z deficytem kończyn górnych przeszli kwalifikację jako potencjalni biorcy ręki, co oznacza, że nazwisko każdego z tych chorych zostało zamieszczone na aktywnej liście oczekujących na zabieg transplantacji. Takimi

kwalifikacjami nie zostali, póki co, objęci badani pozbawieni kończyn dolnych, których obecność w grupie potencjalnych biorców tego narządu nie znajduje uzasadnienia medycznego.

Przedstawione poniżej analizy zostaną wzbogaczone o przywoływane bezpośrednio wypowiedzi badanych, które stanowią empiryczną ilustrację tego, w jaki sposób zniekształcone zostało doświadczanie przez chorego własnego ciała po amputacji kończyn(y).

Wyniki

Urojona rzeczywista kończyna

Odczucie urojonej kończyny w badanej grupie chorych było najsilniejsze w pierwszych dwunastu miesiącach po amputacji kończyny lub urazie, który spowodował jej utratę. Według relacji badanych przyjmowało ono wówczas postać bólów fantomowych, które pojawiały się nieregularnie – co kilka miesięcy, co kilka tygodni lub nawet codziennie. Ból fantomowy trwał od kilku minut do kilku godzin. W jego opisie pacjenci podkreślali, że był nieprzyjemny, bardzo dokuczliwy i posiadał charakter napadowy. Przyjmował postać kłucia, mrowienia, rwania, ucisku lub silnego skurczu. Chorzy określali ten ból także jako przeszywający, promieniujący, dający uczucie parzenia albo rozrywania tkanek. Na ogół ból ten wpływał negatywnie na sen i nastrój badanych. Zdarzało się, że ograniczał aktywność chorych i pozbawiał ich chęci na kontakty towarzyskie. Relacjonując doznania bólowe chorzy zaznaczali, że doświadczany przez nich ból fantomowy nie miał stałej lokalizacji, był odczuwany w różnych częściach kończyny fantomowej. Co istotne, urojona w trakcie przeżywania tych bólów ręka czy noga „pojawiająca się” w terażniejszym ciele chorego, choć nie była z nim tożsama, choć do niego nie należała, była tą samą ręką czy nogą, którą chory utracił w wypadku. Brakująca kończyna zachowywała często tę samą pozycję, jaką rzeczywista kończyna zajmowała w chwili doznania urazu. Potwierdzają to przywołane niżej wypowiedzi respondentów:

To były przede wszystkim bolesne skurcze. Miałem takie skurcze, jakby mi się dłoń zacisnęła. [mężczyzna, 36 lat, deficyt kończyn górnych]

To wyglądało tragicznie. Palce się prostowały, wykrzywiały, jakby mi się w druty kolczaste gdzieś tam wkręcały. [kobieta, 51 lat, deficyt kończyn górnych]

Czułem coś takiego, że mam tę rękę tak bardzo zacisniętą, że aż wręcz czułem, jak krew mi krążyła. To był taki ból! Czułem, jakby mi coś tę dłoń przebiło. [mężczyzna, 36 lat, deficyt kończyny górnej]

Mi tę rękę zmiażdżyło, jak ten samochód szorował... Jak ją później jeszcze zobaczyłem na tych zdjęciach, to były

pozrywane paznokcie i ten ból mi tak został jeszcze po amputacji. Czasem nawet w nocy się budziłem i to po prostu bolało. Te paznokcie mnie bolały. [mężczyzna, 36 lat, deficyt kończyny górnej]

Te bóle często pojawiały się w rękach. U mnie to było... Ja miałam takie odczucie, mam takie porównanie, jakby mnie ktoś ciął żyłkami po tych rękach, głównie po palcach, tak na tych końcach gdzieś. Bardzo nieprzyjemne odczucie to było, okropne. [kobieta, 29 lat, deficyt kończyn górnych i kończyny dolnej]

Badany, który w trakcie doświadczania bólu odczuwał swoją nieistniejącą rękę zacisniętą w pięść, przyznał, że taką właśnie pozycję przyjęła jego ręka w momencie wypadku. Mężczyzna, który stracił kończynę górną w wypadku samochodowym, odczuwał w swojej nieistniejącej ręce ból pozrywanych paznokci, gdyż takiego rodzaju zranienia doświadczyła jego rzeczywista kończyna w chwili urazu. Inni badani, którzy utracili kończynę bądź kończyny w podobnych okolicznościach, odczuwali w swojej nieistniejącej ręce czy nodze utkwione fragmenty karoserii samochodu lub odłamki szkła. Charakterystycznym odczuciem dla tych badanych, których ręce zostały zmiążdżone przez maszyny rolnicze czy przemysłowe, był ból łamanych czy wyginanych palców. Badana, której ręce zostały odcięte przez pociąg, doświadczała odczucia porównywalnego do tego, jakie wywołuje cięcie skóry rąk żyłką.

Obecność nieistniejącej kończyny

Uporanie się z bólami fantomowymi nie odbywa się poprzez odrzucenie urojonej kończyny, a przeciwnie – poprzez uznanie jej obecności. Chorzy przyznawali wszak, że bóle kończyny fantomowej wyraźnie stawały się słabsze pod wpływem masażu nieistniejącej ręki bądź nogi lub próby wprowadzenia jej w ruch. Chwyatanie fantomową ręką przedmiotów czy chodzenie na fantomowej nodze w odczuciu chorych wyraźnie zmniejszało wrażenia bólowe. Wraz ze zmniejszaniem się bólów fantomowych, chorzy zaczęli doświadczać odczucia stałej obecności nieistniejącej kończyny. Wyraźnie odczuwali jej przynależność do ciała. Widoczny był też określony stosunek emocjonalny badanych wobec tych doznań. Samo wspomnienie utraconej ręki stanowiło niejako zaproszenie do podjęcia tej czynności, którą chory we wspomnieniach przywoływał. I tak w trakcie prowadzonego wywiadu, badani czuli, że nieistniejąca ręka spoczywa na ich kolanie. Potrafili opisać, w jakim znajduje się położeniu oraz jak poruszają palcami. Odczuwali w niej ciepło. Nie było w tych przeżyciach żadnego odniesienia do przeszłości. Badani nie przypominali sobie utraconej przez siebie kończyny, oni ją w tym momencie czuli:

W tej chwili, jak tak siedzimy, to jest ona tak złożona (pacjent pokazuje sposób, w jaki palce dłoni nieistnie-

jącej są splecione z palcami ręki rzeczywistej – przyp. autorki). *Także ja ją jeszcze mam, jeszcze ją tutaj mam!* [mężczyzna, 51 lat, deficyt kończyny górnej]

Czuję, że mam dłonie, ja je cały czas czuję! Ja teraz ruszam nimi, proszę zobaczyć! Ruszam palcami, w tej chwili o... tak (badana demonstruje – przyp. autorki). *Ale ja czuję te dłonie cały czas, teraz... o tutaj czuję takie guły na nich. Tutaj jest dłoń, tutaj palce.* [kobieta, 51 lat, deficyt kończyn górnych]

Odczuwanie nieistniejącej kończyny przybierające postać doznań niezwiązanych z bólem charakteryzuje się brakiem jednoznaczności co do jej obecności. Po doznaniem urazu każdy z badanych stwierdził brak kończyny w swoim ciele, co nie było jednak równoznaczne z doświadczeniem jej utraty. Zebrany materiał empiryczny pozwala na sformułowanie wniosku, że badani tak naprawdę nie stracili tej kończyny, bo ciągle odczuwali jej istnienie i liczyli na nią. Mimo świadomości deficytu kończyny, stale traktowali ją jako część swojego ciała. Można by rzec, że zachowali ją przy życiu:

To jest tak, że jak ja nie widzę tego, nie patrzę na to, to ja tę rękę mam. Mam ją! [mężczyzna, 51 lat, deficyt kończyny górnej]

Ja cały czas czuję te ręce i nogę. Normalnie je czuję! Jakbym nie patrzyła na siebie, to bym w sumie nie wiedziała, że ich nie mam. Po prostu czuję je! [kobieta, 18 lat, deficyt kończyn górnych i kończyny dolnej]

Otwartość nieistniejącej kończyny na działanie

„Posiadanie” urojonej kończyny oznacza także pozostawanie otwartym na wszystkie działania, do których ta kończyna jest zdolna. Chory zachowuje możliwość poruszania kończynami fantomowymi. Jest to najbardziej typowy objaw niezwiązany z bólem składający się na zespół urojonej kończyny. Doświadczając zjawiska kończyny fantomowej badani zachowywali pole praktyczne, które mieli przed doznaniem urazem. I tak, nieistniejącą rękę podawali w geście powitalnym, pokazywali nią kierunek, gestykulowali a nawet chwyтали przedmioty. Opis kinestetycznych wrażeń pochodzących z kończyny fantomowej zawierają poniższe wypowiedzi:

Mniejszą skalą problemu byłoby, gdybym lewą rękę stracił, a nie prawą, bo to się jednak prawą ręką na powitanie wyciąga. I ja ją podawałem, ale tej ręki przecież nie było. [mężczyzna, 30 lat, deficyt kończyny górnej]

Chcę coś pokazać palcem, no to pokazuję kikutem, a czuję, że palcem. [mężczyzna, 31 lat, deficyt kończyny górnej]

Ja ruszam teraz moimi dłońmi i jak rozmawiamy, to ja cały czas gestykuluję, czuję to wyraźnie. [kobieta, 51 lat, deficyt kończyn górnych]

Próbowałem tą prawą ręką, której nie miałem, łapać łyżkę i jeść. I mama mi wtedy tę łyżkę wkładała do lewej ręki. [mężczyzna, 30 lat, deficyt kończyny górnej]

Jest takie uczucie, że mam tę rękę. Ubieramy choinkę, a ja próbuję tą ręką łapać bombkę, tyle, że ręki nie ma. Bombka potraskana, a ja za chwilę znowu chwytam w tę rękę następną. [mężczyzna, 31 lat, deficyt kończyny górnej]

Wrażenie posiadania nieistniejącej kończyny sprawia, że chorzy próbowali wykonywać nią takie ruchy, jak przed amputacją. Włączali kończynę fantomową do swojego życia. Czuli, że mogą wykorzystywać swoją urojoną rękę zarówno w działaniach o charakterze celowym, jak i nawykowym.

Poręczne przedmioty a odczuwanie nieistniejącej kończyny

W odczuciu badanych, to poręczne przedmioty znajdujące się w ich przestrzeni życiowej domagały się kończyny, której ci nie mieli. Poręczne przedmioty (pojęcia tego używam w tym kontekście dla określenia przedmiotów obsługiwanych zarówno przez ręce, jak i nogi) wyzwalały nawyk sięgnięcia po nie. I tak na przykład rower domagał się, by chwycić kierownicę obiema rękami, by wprowadzić go w ruch przy użyciu nóg:

Rower jest dla ludzi z dwoma rękami. Chciałem sobie nim pojeździć i coś przy nim porobić. Chciałem sobie komputer naprawić, pomajsterkować przy nim. Chciałem wbić gwoźdźnia w ścianę, wziąć wiertarkę i wywiercić jakiś otwór. Ale wszędzie były potrzebne dwie sprawne ręce! [mężczyzna, 30 lat, deficyt kończyny górnej]

Te praktyczne przedmioty domagające się w swojej obsłudze pomocy rąk lub nóg istniały dla badanych o tyle, o ile wzbudzały w nich myśli o ich użyciu, o ile poruszały ich wolę. Jeżeli przedmioty te jawiły się dla nich jako gotowe do użycia, chory zatracał się w nich. Sięgając po nie, wykonywał ruchy w niezmienny sposób, jakby ignorował fakt braku kończyn(y) w swoim ciele. Doświadczając przy tym zaburzeń percepcji własnego ciała i gubił ocenę swoich możliwości praktycznych. Bywało, że towarzyszyły temu doznania niebólów, takie jak drapanie, swędzenie czy mrowienie. Dopóki poręczne przedmioty otaczające chorego z ubytkiem kończyn(y) wyzwalały w nim chęć ich użycia, dopóty odczuwał on nieistniejącą kończynę. To swoiste zapomnienie o swoim kalectwie:

Teraz jest czasami takie zajście, że gdzieś coś chcę zrobić i wtedy czuję, że palce u tej ręki, której nie mam przecież, zaczynają się prostować, automatycznie to czuję. Bo ja tę rękę zacząłem „używać”. I często myślę sobie tak, że może bym sobie to albo tamto tą ręką zrobił, a to nie tędy droga. [mężczyzna, 32 lata, deficyt kończyny górnej]

U mnie te fantomy się odzywają w takich wyzwaniach, kiedy te nogi by mi się przydały, jak o tym bardzo myślę, to czuję, jak mi coś ściska stopę, albo czuję, że palce mi się ruszają, że coś mnie tam drapie, no tak, jakby te nogi były. Takie odczucia są. [mężczyzna, 29 lat, deficyt kończyn dolnych]

U jednego z badanych przeżycia fantomowe wzbudzała chęć zagrania na fortepianie, który stał w pokoju jego rodziców. Ilekroć przechodził obok tego instrumentu, miał ochotę na nim zagrać:

Ja czuję tę rękę zawsze wtedy, kiedy widzę fortepian i chcę na nim zagrać. Wtedy najbardziej te fantomy występują, ja wtedy cały czas myślę o graniu na nim. [mężczyzna, 38 lat, deficyt kończyny górnej]

Daje się dostrzec pewien schemat, w oparciu o który badany mężczyzna doświadczał w odniesieniu do tej konkretnej czynności urojonej kończyny. Widząc fortepian badany podejmował w myślach próbę gry na tym instrumencie. Napotykał w tym działaniu jednak na przeszkodę, wszak brakowało mu drugiej ręki. Zdawał sobie sprawę z tego, że nie ma możliwości, aby w tym momencie tę przeszkodę pokonać. Mimo to, wolicjonalnie nie rezygnował z działania. Można powiedzieć, że został zablokowany w chęci gry na fortepianie, stale mając chęć grania. I tak, od tej pory przy każdym zetknięciu się z tym instrumentem wciąż na nowo podejmował to działanie w myśli. Mimo upływu czasu od podjęcia próby gry na fortepianie, badany nie zapominał o tym niemożliwym dla niego do wykonania zadaniu, nie wycofywał się, nie zamykał się na nie. Pozostawał otwarty na grę na fortepianie zarówno na poziomie myśli, jak i w faktycznym działaniu motorycznym.

Wygaszenie zespołu urojonej kończyny

Jeżeli przedmioty domagające się użycia kończyn(y) nie wzbudzały już w badanych myśli i chęci ich użycia, ci przestali postrzegać je jako poręczne. Przedmioty te przestawały niejako istnieć dla chorych, którzy tym samym uwalniali się od doświadczania obecności nieistniejącej kończyny. Przeżycia fantomowe ulegały wygaszeniu, jeżeli chory pogodził się ze swoim kalectwem i związaną z nim niemożnością wykonywania pewnych zadań oraz uznał, że określone przedmioty nie są już dla niego użyteczne:

Po prostu ja nie umiałem się do tego przyzwyczaić, że nie mam tej ręki, nie wiem, jak to nazwać. Teraz się może przyzwyczaiłem, zaakceptowałem to może, nie wiem... Ja nie przyjmowałem tego, że nie mam ręki, a teraz to widzę bardziej realistycznie i już tej ręki nie odczuwam. [mężczyzna, 36 lat, deficyt kończyny górnej]

Jak coś mnie czeka, jakieś wyzwanie, to wtedy czuję te swoje nogi. Coś mnie tam w stopie świerzbi albo drapie.

Ale ja staram się wtedy to zaakceptować, że nie mam tych nóg, no i wtedy to jakoś przechodzi. Jakbym tak nie potrafił, to bym cały czas na bólach fantomowych chodził. [mężczyzna, 29 lat, deficyt kończyn dolnych]

Jeśli zespół urojonej kończyny ustępował, odczucia chorego sprowadzały się do odczuwania samego kikuta.

Dyskusja

Zespołu urojonej kończyny nie sposób w pełni wyjaśnić posiłkując się interpretacjami fizjologicznymi czy psychologicznymi. To, co bowiem łączy te dwa rodzaje wyjaśnień to wyraźne zawężenie interpretacji zjawiska urojonej kończyny do kategorii świata obiektywnego, w którym jak pisze M. Merleau-Ponty „nie istnieje nic pośredniego między obecnością i brakiem” [12]. Poza kategorie obiektywne wychodzi natomiast fenomenologiczne wyjaśnienie doświadczania nieistniejącej kończyny. Punktem wyjścia tych interpretacji jest założenie, zgodnie z którym „świadomość ciała obejmuje całe ciało, dusza rozciąga się na wszystkie jego części, zachowanie wykracza poza układ centralny” [12]. Świadczy to o akcentowanej przez Merleau-Ponty’ego jedności somatyczno-biologicznej i psychologiczno-duchowej sfery człowieka. Przeżycia fantomowe są niejako potwierdzeniem i uzewnętrznieniem tej jedności ciała i duszy w codziennym doświadczaniu chorych. Jak pisze dalej ten francuski myśliciel, „jeżeli (...) u człowieka po amputacji jakiś bodziec zastąpi pobudzenie związane z amputowaną nogą na linii przekazu, która prowadzi od kikuta do mózgu, to pacjent będzie odczuwał nieistniejącą nogę, ponieważ dusza jest połączona bezpośrednio z mózgiem, i tylko z nim” [12].

Świadomość urojonej kończyny według fenomenologicznej interpretacji M. Merleau-Ponty’ego jest dwuznaczna. „Pacjent zdaje się zapominać o kalectwie i liczyć na swoje urojenie jak na rzeczywistą kończynę” [12]. Potwierdzeniem tego są próby chwytania nieistniejącą ręką przedmiotów, które choć zakończone niepowodzeniem, nie zniechęcają chorego do podejmowania następnych. Z niezwykłą dokładnością potrafi też opisać osobliwe własności urojonej ręki, jej wygląd, położenie i motoryczność. Praktycznie traktuje ją jak rzeczywistą kończynę. „Urojona ręka nie jest przypomnieniem, jest *quasi-teraźniejszością*” [12]. Aby jej użyć, nie potrzebuje jasnej i wyraźnej percepcji swojego ciała, „wystarczy mu, że ma je ‘do swojej dyspozycji’ jako pewną niepodzielną możliwość” [12]. Można by rzec, że chory włączający nieistniejącą kończynę do swojego działania domyśla się swojej urojonej ręki, która „jest w nim niewyraźnie zawarta” [12]. Odczucia człowieka, któremu zostaje amputowana kończyna przypominają te, które towarzyszą nam w sytuacji śmierci przyjaciela. Możemy stwierdzić fakt jego śmierci, co jednak nie

oznacza, że go straciliśmy. Dopóki bowiem będziemy go zachowywać „w horyzoncie swojego życia”, nie doświadczymy jego straty [12]. Co prawda znika nam z oczu, ale jednak odczuwamy jego istnienie. Chory z amputowaną kończyną choć stwierdził jej fizyczny brak w ciele, nie odczuwa tej straty, bo dalej się z nieistniejącą kończyną liczy. „Urojona ręka – jak twierdzi Merleau-Ponty – nie jest przedstawieniem lub wspomnieniem ręki, ale jej dwuznaczną obecnością” [12]. Odrzucenie kalectwa zgodnie z interpretacją fenomenologiczną nie jest rozmyślną decyzją chorego, którą ten podejmowałby po rozważeniu różnych możliwości. Wola odrzucenia niekompletnego ciała nie zostaje wyraźnie sformułowana. „Doświadczenie amputowanego ramienia jako istniejącego (...) nie należy do porządku myślenia” [12]. W istocie chory nie zdradza takich stanów, które wskazywałyby na to, że odrzuca swoje okaleczone ciało. Wręcz przeciwnie, na poziomie uświadomionym przyznaje, że lubi swoje ciało i akceptuje je, mimo jego niekompletnej formy. Odczucie nieistniejącej kończyny bierze się zatem stąd, że chory nie będąc w stanie stawić czoła sytuacji utraty kończyny, odrzuca swoje kalectwo pragnąc o nim zapomnieć.

W pewnym sensie zatem zjawisko urojonej kończyny podobne jest do stłumienia w jego rozumieniu psychoanalitycznym. To ostatnie polega wszak na zablokowaniu w staraniach związanych z realizacją jakiegoś przedsięwzięcia, w którym napotyka się na określoną przeszkodę. I tak nie potrafiąc zwalczyć tych trudności albo zrezygnować z działania zostajemy w swoich staraniach zablokowani. Oznacza to, że będziemy wciąż od nowa podejmować realizację tego przedsięwzięcia w myślach. „Upływający czas nie zabiera ze sobą niemożliwych projektów, nie zamyka się nad traumatycznym doświadczeniem, człowiek wciąż pozostaje otwarty na tę samą niemożliwą przyszłość jeśli nie na poziomie jawnych myśli, to przynajmniej w swoim faktycznym byciu” [12]. A zatem chory odczuwa nieistniejącą kończynę ponieważ nie jest w stanie pogodzić się z jej utratą. Przyjmując konsekwentnie fenomenologiczną interpretację zjawiska, urojona ręka jest „stłumionym doświadczeniem dawnej terażniejszości, która nie chce stać się przeszłością” [12]. Merleau-Ponty powołując się na pracę Jeana-Paula Sartre zatytułowaną *Esquisse d'une théorie des émotions* nazywa ten stan „emocjonalnym impasem”, w którym chory „rozbija na kawałki obiektywny świat”, poszukując „symbolicznej satysfakcji w działaniach magicznych” [12, 13]. Innymi słowy, chory po amputacji kończyny niszczy obiektywny świat, bo ten przypomina mu o jego kalectwie. Wycofuje się z prawdziwego działania i ucieka w autystyczne przeżycia, które woli od rzeczywistości. Wszystko to daje mu iluzję posiadania nieistniejącej kończyny. Iluzji, która zaciera rzeczywistość, ale choremu z deficytem kończyny daje satysfakcję.

Ciało ludzkie według autora „Fenomenologii percepcji” jest integralną częścią podmiotu – Ja. „Ja nie znajduję się (...) przed moim ciałem, tylko jestem w moim ciele, a raczej jestem moim ciałem” [12]. Zgodnie z fenomenologiczną perspektywą „bycia w świecie”, „tym co w nas odrzuca kalectwo i chorobę, jest Ja zaangażowane w pewien fizyczny i międzyludzki świat, które nadal wyęcza siły, odnosząc się do swojego świata wbrew słabościom i amputacjom, i które właśnie dlatego *de iure* ich nie uznaje” [12]. Doświadczenie nieistniejącej kończyny jawi się zatem jako milcząca negacja kalectwa, które ogranicza chorego, bo przeciwstawia się naturalnemu ruchowi ciała, powstrzymuje chorego przed rzuceniem się w wir jego zadań i trosk, ogranicza zaangażowanie w dobrze mu znany świat. „Ciało – według Merleau-Ponty’ego – 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” [12]. „Być ciałem to (...) być związanym z pewnym światem; nasze ciało nie jest najpierw w przestrzeni, ale z przestrzenią” [12]. W tym kontekście posiadanie urojonej kończyny znaczy tyle samo, co bycie otwartym na działanie, na kompletny świat, który chorego otacza. Ten świat pozostaje dla chorego niezmiennie kompletny, był kompletny przed amputacją i pozostaje taki nadal. Dalej występują w nim poręczne przedmioty. Wciąż obecny jest w nim projekt pisania, grania na fortepianie, spacerowania, jazdy na rowerze, majsterkowania czy ubierania choinki. Otwartość na ten kompletny świat wpisana w doświadczenie nieistniejącej kończyny przynosi choremu określone korzyści. Tą najważniejszą jest „pewność swojej cielesnej integralności” [12]. Funkcjonując w kompletnym świecie i pozostając na niego otwartym, chory z deficytem kończyn(y) czuje się posiadaczem kompletnego ciała. „Ale świat, który zaśłania przed nim jego kalectwo, równocześnie je przed nim odsłania” [12]. Chory, któremu amputowano kończynę, doświadcza niemożności połączenia się z kompletnym światem. Tym, co odsłania przed chorym jego kalectwo, są nade wszystko przedmioty, które wzbudzają w nim zwyczajowe intencje ich użycia, a których z powodu braku kończyn nie może on włączyć do swojego działania. „W ten sposób w całości (...) ciała wyodrębniają się rejonu ciszy” [12]. Chory wie o swoim kalectwie i jednocześnie o nim zapomina, zapomina o nim i jednocześnie o nim wie. W takim samym stopniu w jakim udaje mu się zapomnieć o kalectwie, dowiaduje się o nim. I odwrotnie, w takim samym stopniu w jakim dowiaduje się o swoim kalectwie, udaje mu się o nim zapomnieć. Ten paradoks M. Merleau-Ponty nazywa „paradoksem całego bycia w świecie”, który polega na tym, że „zwracając się do świata, zatracam swoje intencje percepcyjne i swoje intencje praktyczne w przedmiotach, które ostatecznie ukazują mi się jako wcześniejsze od tych intencji i wobec nich zewnętrzne, które jednak

istnieją dla mnie tylko o tyle, o ile wzbudzają we mnie myśli lub poruszenia woli” [12]. W myśl interpretacji fenomenologicznych zespół urojonej kończyny polega na tym, że chory z amputowaną kończyną postrzega przedmioty jako użyteczne, mimo że nie może już nimi manipulować. Według Merleau-Ponty’ego ciało człowieka zawiera warstwę ciała nawykowego zwanego ciałem habitualnym (*corps habituel*), w którym zawierają się możliwości wykonywania określonych funkcji, np. poruszania się, gestykulowania oraz warstwę ciała aktualnego (*corps actuel*), które podlega okaleczeniom, schorzeniom i ograniczeniom. Doświadczenie nieistniejącej kończyny oznacza, że gesty nawykowe posługiwania się ręką bądź nogą, choć zniknęły jako możliwości z warstwy ciała aktualnego, dalej są niejako zagwarantowane w ciele habitualnym [12]. Ponieważ siedliskiem przyzwyczajzeń nie jest ciało biologiczne, chory nie mógł ich utracić wraz z amputowaną kończyną. Przyzwyczajenia nie umiejscawiają się też w myśleniu. Ich właściwym miejscem jest ciało rozumiane jako „pośrednik pewnego świata” [12]. Mimo zachowania przyzwyczajzeń dających „możność poszerzenia swojego bycia w świecie”, chory z deficytem kończyn(y) nie jest w stanie połączyć się z przedmiotami, które miałyby stać się dla niego „przedłużeniem ciała” [12].

Wygazzenie zespołu urojonej kończyny ma szansę nastąpić, jeśli poręczne przedmioty przestaną być dla chorego tym, czym on aktualnie manipuluje, a zaczynają być postrzegane jako te, którymi można manipulować. „Rzecz poręczna musiała przestać być ‘czymś poręcznym dla mnie’, a stać się czymś ‘poręcznym w sobie’” [12]. Co to oznacza dla percepcji włas-

nego ciała u tych chorych? Najkrócej rzecz ujmując – konieczność postrzegania ciała w perspektywie jak najbardziej ogólnej w połączeniu z jego bezosobowym doświadczaniem.

Wnioski

Fenomenologiczna interpretacja zjawiska urojonej kończyny, rzucająca na nie nowe światło, może zostać uznana za cenne uzupełnienie wyjaśnień fizjologicznych i psychologicznych. Natura fenomenologii nakazywała dociekać istoty doświadczania przeżyć fantomowych. Dzięki osadzeniu badań w faktycznym świecie, czasie i przestrzeni chorych możliwe stało się wyjaśnienie mechanizmu doświadczania nieistniejącej kończyny. I tak na podstawie analiz działań nawykowych podejmowanych przez fantomową kończynę, jej ekspresji ruchu, zachowań motorycznych, używania przez nią przedmiotów i poruszania się w przestrzeni, wolno stwierdzić, że doświadczanie urojonej kończyny jest milczącą negacją kalectwa. Zgodnie z fenomenologiczną perspektywą „bycia w świecie”, tym co odrzuca kalectwo jest ucieleśnione Ja, które jest zaangażowane w fizyczny i społeczny świat chorego, wiąże go z przestrzenią i każe stale angażować się w określone projekty. Posiadanie urojonej kończyny znaczy tyle samo, co bycie otwartym na działanie, na kompletny świat, który chorego otacza. W myśl interpretacji fenomenologicznych zespół urojonej kończyny polega na tym, że chory z amputowaną kończyną postrzega przedmioty jako użyteczne, mimo że nie może już nimi manipulować.

Piśmiennictwo / References

- Richardson C, Glenn S, Nurmikko T, et al. Incidence of phantom phenomena including phantom limb pain 6 months after major lower limb amputation in patients with peripheral vascular disease. *Clin J Pain* 2006, 22(4): 353-358.
- Probstner D, Thuler LCS, Ishikawa NM, et al. Phantom limb phenomena in cancer amputees. *Pain Practice* 2010, 10(3): 249-256.
- Schley MT, Wilms P, Toepfner S, et al. Painful and nonpainful phantom and stump sensations in acute traumatic amputees. *J Trauma* 2008, 65(4): 858-864.
- Reiber GE, McFarland LV, Hubbard S, et al. Service members and veterans with major traumatic limb loss from vietnam war and OIF/OEF conflicts: survey methods, participants, and summary findings. *J Rehabil Res Dev* 2010, 47(4): 275-297.
- Weeks SR, Anderson-Barnes VC, Tsao JW. Phantom limb pain: theories and therapies. *Neurologist* 2010, 16(5): 277-286.
- Davidson JH, Khor KE, Jones LE. A cross-sectional study of post-amputation pain in upper and lower limb amputees, experience of a tertiary referral amputee clinic. *Disabil Rehabil* 2010, 32(22): 1855-1862.
- Hirsh AT, Dillworth TM, Ehde DM, et al. Sex differences in pain and psychological functioning in persons with limb loss. *J Pain* 2010, 11(1): 79-86.
- Wilkins KL, McGrath PJ, Finley GA, et al. Prospective diary study of nonpainful and painful phantom sensations in a preselected sample of child and adolescent amputees reporting phantom limbs. *Clin J Pain* 2004, 20(5): 293-301.
- Rayegani SM, Aryanmehr A, Soroosh MR, et al. Phantom pain, phantom sensation, and spine pain in bilateral lower limb amputees: results of a national survey of Iraq-Iran war victims’ health status. *J Prosthet Orthot* 2010, 22(3): 162-165.
- Foell J, Bekrater-Bodmann R, Flor H, et al. Phantom limb pain after lower limb trauma: origins and treatments. *Int J Low Extrem Wounds* 2011, 10(4): 224-235.
- Kooijman CM, Dijkstra PU, Geertzen JH, et al. Phantom pain and phantom sensations in upper limb amputees: an epidemiological study. *Pain* 2000, 87(1): 33-41.
- Merleau-Ponty M. *Fenomenologia percepcji*. Fundacja Aletheia, Warszawa 2001: 91-174.
- Sartre J.-P. *Esquisse d’une théorie des émotions*. Hermann, Paris 1939.