



Ciało i dotyk w nauce praktyk fizjoterapeutycznych z perspektywy socjologii ucieleśnienia

Julia Krzesicka

Wydział „Artes Liberales”,
Instytut Stosowanych Nauk Społecznych
Uniwersytet Warszawski
juliakrzesicka@gmail.com

Przyjęto 31 lipca 2018; zaakceptowano 18 września 2019; opublikowano 27 grudnia 2019

Abstrakt

Niniejszy artykuł¹ porusza problematykę socjologicznych i antropologicznych aspektów pracy fizjoterapeutów – „zawodowych dotykaczy” – dotyczących ciała i dotyku. Rozpatruje je w kontekście nauki praktyk fizjoterapeutycznych, którą można postrzegać jako istotną część procesu „stawania się” fizjoterapeutą. Studenci i studentki poszerzają i redefiniują w trakcie tego procesu zakres znaczeniowy pojęć „ciała” i „dotyku” – wchodzenie w rolę medycznego profesjonalisty sprawia, że stają się one dla nich *narzędziem pracy*. Specyfika tej roli społecznej sprawia, że proces ten przebiega nie tylko na poziomie „konstruktów myślowych” (poprzez redefiniowanie struktur istotności posiadanej wiedzy i budowanie nowych zasobów wiedzy specjalistycznej), ale też na poziomie samej cielesności. Poprzez poznanie perspektywy i doświadczeń zarówno studentów, jak i pracujących fizjoterapeutów, pogłębione zostaje rozumienie roli dotyku i ciała w praktyce fizjoterapeutycznej.

Słowa kluczowe: ciało; dotyk; ucieleśnienie; fizjoterapia; pacjent; *body work*.

Fizjoterapeuta jest praktykiem. To właśnie nauka praktyk fizjoterapeutycznych (interakcji między pacjentem a fizjoterapeutą), rozumiana jako dynamiczny proces osadzony w materialności takich sytuacji, jest centrum rozważań niniejszego artykułu. Sama praktyka, jako konceptualny węzeł, jest pojęciem o tyle poręcznym, że pozwala spojrzeć na pracę fizjoterapeuty wielopłaszczyznowo. Z jednej strony, pojęcie to nieco wymusza postrzeganie

¹ Artykuł powstał w oparciu o fragmenty pracy dyplomowej pod tytułem *O stawaniu się „zawodowym dotykaczem”*. *Ciało, dotyk i intymność w perspektywie pracy fizjoterapeuty* (promotor: dr hab. Mariola Bieńko), obronionej w 2018 roku w ramach studiów II stopnia w Instytucie Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego.

interakcji między pacjentem a fizjoterapeutą w pełnym „zmysłowym” wymiarze, dla którego centralnymi są ciało, jako przedmiot i podmiot interakcji, jak i dotyk – jako jeden z kluczowych modusów interakcji (Kelly i in., 2018). Z drugiej strony, praktyka jest pojęciem, które może posłużyć jako punkt wyjścia do poszukiwania perspektywy badawczej uwzględniającej takie „osadzone w cielesności doświadczenie” (Bukraba-Rylska, 2013, s. 108). W pewnym stopniu koncepcja ucieleśnienia (*embodiment*) może pomóc w osiągnięciu takiej perspektywy, zwłaszcza w obliczu niezdatności perspektyw „językowych” do rozumienia praktyk społecznych ze względu na to, że – jak stwierdza cytowana przez Izabellę Bukrabę-Rylską Ewa Klekot – „relacji, których podstawą jest kontakt zmysłowy, nie można sprowadzić do języka” (Klekot za: Bukraba-Rylska, 2013, s. 148). Stąd, zdaniem Bukraby-Rylskiej, skoro „socjologia i tak zwykła korzystać z gruntu «pożyczonego bądź wyżebranego», przynajmniej raz niech wybierze dla siebie coś bardziej odpowiedniego niż stanowisko zmuszające do notorycznej lewitacji w sfery odcieleśnione i zdematerializowane” (s. 119).

Zamiast więc „notorycznie lewitować w sferze odcieleśnionej i zdematerializowanej”, starałam się skupić na tym, co tu-i-teraz: na procesie nauki pracy fizjoterapeuty z ciałem drugiej osoby, który można traktować jako część szerszego procesu „stawiania się” fizjoterapeutą. Tylko niewielka część literatury, zdaniem Gwyneth Owen, podejmuje wątek liminalnego etapu wytwarzania się ciała fizjoterapeuty i związanych z nim profesjonalnych praktyk (Owen, 2014, s. 54). W moim odczuciu ten etap rytuału przejścia (van Genep, 1960), wiążący się z nieokrzepnięciem w nowej roli społecznej i profesjonalnej, wydaje się najciekawszym momentem – stąd to przede wszystkim na nim, jako na „czasem dyskomfortowym procesie nauki, w którym uczniowie dyscyplinują swoje ciała, aby powielać praktyki generowane przez ich nauczycieli” (Owen, 2014, s. 56), skupię się w niniejszym artykule. Przez to artykuł ten wpisuje się w szerszy nurt tekstów, które nie tylko teoretyzują na temat cielesności, ale także ją badają (zob. np. Kowal, 2012; Niedbański, 2015; Jakubowska, 2016).

1. Praca (z) ciałem

Proces ten wprowadza studentów i studentki w do tej pory mniej lub bardziej nieznaną świat pracy (z) ciałem – *body work* (Gimlin, 2007). W jego ramach poznaje się nie tylko profesjonalne techniki pracy własnym ciałem, ale też uczy się indywidualnych technik dystansowania się w warunkach braku fizycznego dystansu, a przez to – zarządzania intymnym wymiarem takiej pracy (Gimlin, 2007, s. 359). Praca z ciałem drugiej osoby zdaje się być terenem, zwłaszcza w socjologicznej optyce, w którym łatwo o goffmanowską „utrata twarzy” – bezpośredniość kontaktu fizycznego jest czynnikiem, który wzmacnia ryzyko wystąpienia różnorodnych nieporozumień². W rozgrywaniu takiej sytuacji pomaga

² Z czym zgadza się Carrie Anne Purcell (2011), podkreślając, że „konsekwencje dotykowych interakcji, kiedy coś pójdzie w nich nie tak, mogą być bardziej dotkliwe dla «normatywnego porządku» niż w przypadku komunikacji werbalnej, na której skupiał się Goffman” (s. 61).

zarówno szpitalna scenografia, jak i odpowiedni strój – są one symbolem instytucjonalnego namaszczenia fizjoterapeuty na jego drodze stawania się tytułowym „zawodowym dotykaczem”³. Ostatecznie warto mieć na uwadze także to, że wiedza potrzebna do pracy z ciałem drugiej osoby w dużej części jest wiedzą pozadyskursywną: wszak „nabywanie cielesnych predyspozycji odbywa się w dużej mierze pozawerbalnie, ponieważ nie sposób nazwać czy wyrazić pewnych doświadczeń, nie wszystko też zostało nazwane. Niektóre praktyki ciała zostały udyskursowane, [...] podczas gdy inne trudno jest nazwać” (Jakubowska, 2015, s. 175). Z pomocą w nazywaniu i rozumieniu konkretnych cielesnych doświadczeń przychodzą różne dyskursy, które potrafią formatować doświadczanie w różny sposób, wydobywając na wierzch jedne elementy, a zasłaniając inne. Walka o dominację w nazywaniu konkretnych doświadczeń pomiędzy konkurencyjnymi dyskursami jest także częścią procesu stawania się fizjoterapeutą – takie „dyskursywne zmagania” (Grant, Giddings, Beale, 2005) studentów i studentek dotyczą ścierania się zwłaszcza naukowego dyskursu medycznego z nieprofesjonalnym „dyskursem codzienności”.

Studenci i studentki fizjoterapii uczą się nie tylko poprzez studiowanie książek, lecz także poprzez praktykę – jest to niezbędny element ich nauki, dzięki któremu są w stanie rozwinąć profesjonalne kompetencje. Samo wejście w praktykę nie jest jednak prostym procesem – nie wystarczy „po prostu praktykować” czy przełożyć zdobytą wcześniej teoretyczną wiedzę na konkretne sposoby zachowania czy czynności (Skøien, Vågstøl, Raaheim, 2009, s. 268). Nauka nie odbywa się w próżni – można mówić o jej usytuowaniu nie tylko przestrzennym, lecz także o usytuowaniu w konkretnej „wspólnocie praktyki” (Wenger, 1999). Wejście w ramy takiej wspólnoty jest procesem stopniowym, związanym ze zdobywaniem kolejnych poziomów „wtajemniczenia” – naukę w jej ramach można opisać jako przechodzenie od stanu partycypacji częściowej, marginalnej, do stanu pełnego uczestnictwa. Nauka interakcji na początku polega na symulacji – student wchodzi w rolę zarówno specjalisty, jak i pacjenta; często jest także modelem, na którym pokazywane są reszcie grupy poprawne techniki i sposoby pracy. Takie cielesne praktyki, w różnych konfiguracjach interakcyjnych (student–student, student–wykładowca), są źródłem cielesnej wiedzy, która może być przekazana tylko za pomocą interakcji (Dahl-Michelsen, Solbrække, 2014, s. 672).

³ Choć trudno ustalić pochodzenie tego terminu, to jedną z pierwszych pozycji, w której się pojawia, są *Zachowania intymne* Desmonda Morrisa, wydane po raz pierwszy w 1971 roku. Określenia *professional touchers* używa także Diane Ackerman w swojej *Historii naturalnej zmysłów* z 1991 roku. Terminu tego używają także Emilia Dadura i Agnieszka Wójcik (2014) w artykule poświęconym dotykowi w relacji fizjoterapeuta–pacjent, powołując się na jego niemiecki źródłosłów (*Berufsberührer*). „Zawodowi dotykacze” to określenie, które używane jest przez wymienionych autorów w odniesieniu do wszystkich zawodów, których istota sprowadza się do bezpośredniego fizycznego kontaktu z klientem – a więc lekarzy, fryzjerów, masażystów, instruktorów fitness i tym podobnych. Do grupy tej należy oczywiście zaliczyć także fizjoterapeutów.

2. Przeteoryzowane ciało socjologiczne, niedoteoryzowane ciało fizjoterapeutyczne

Koncentrowanie się na badaniu osób, których uwikłanie w cielesność jest pozornie bardziej widoczne (a fizjoterapeutę z pewnością do takiej kategorii można przypisać), choć jest częstą praktyką w obszarze badań z zakresu socjologii ciała, to jednak, jak podkreśla Honorata Jakubowska, nie daje gwarancji, że uda się „faktycznie dotrzeć do samego ciała/cielesności”, które „nieustannie wymykają się analizom socjologicznym” (Jakubowska, 2005, s. 13). Choć stwierdzenie, że „doświadczenie naszego świata jest cielesne” wydaje się banałem, to jednak kiedy próbujemy przekuć i uwzględnić takie „naturalne cielesne nastawienie” w badaniach – zarówno jako przedmiot badań (a więc cielesne doświadczenia osób badanych), jak i jako pewną perspektywę badawczą – staje się to problematyczne. Trudności te mogą wynikać z logiki rządzącej odczuwaniem własnego ciała, które w codziennym doznawaniu świata przez jednostkę jest zazwyczaj po prostu neutralne, przezroczyste – znika z naszej świadomości, do czego nawiązuje tytuł książki Drew Ledera – *The Absent Body* (Leder, 1990).

Socjologiczne rozumienie procesu „wymazywania” ciała ze świadomości czy, jak ujął to Chris Shilling, jego „nieobecnej obecności” (którą można odnieść zarówno do fenomenologicznego doświadczenia własnej cielesności, jak i samego statusu ciała w teoriach socjologicznych), można pogłębić, patrząc nań przez pryzmat teorii Pierre’a Bourdieu. Jak pisał on: „pozory biologii i jej realne skutki będące efektem długiego, kolektywnego procesu uspołecznienia tego, co biologiczne, i biologizacji tego, co społeczne, przenikają się i mieszają, odwracając porządek przyczyn i następstw” (Bourdieu, 2004, s. 10). Nie tylko więc samo ciało biologiczne jest na co dzień „nieuświadomalne” – także „ciało społeczne”, jako część konstytuująca *homo duplex*, jest w ten sposób znaturalizowane. Jak pisze Małgorzata Maciejewska: „wcielone kategorie społeczne ulegają procesowi naturalizacji i są nieuświadomiane. Są niezwerbalizowanym elementem zdrowego rozsądku i czymś, czego się nigdy nie kwestionuje, gdyż traktuje się je jako element porządku naturalnego” (Maciejewska, 2010, s. 37). Dlatego też, aby badać ciało, należy, jak sugeruje Maciejewska, „zakwestionować dominującą epistemologię cielesności, innymi słowy – na nowo podjąć refleksję nad tym, co zapoznane, czyli *zapomniane*” (s. 37). Dotyczy to nie tylko samych ciał, ale także otaczających ich przedmiotów, które stają się „przedłużeniem” jednostki w świecie społecznym – takie przedmioty są „używane» równie bezrefleksyjnie jak nasze ciało” (s. 37–38).

W samym teoretyzowaniu o ciele w naukach społecznych odbijają się echa filozoficznych koncepcji kształtujących myślenie socjologów na ten temat. Szczególnie wpływową była kartezjańska dualistyczna koncepcja człowieka, która – jak podkreśla Jakubowska – stała się punktem zwrotnym w „(nie)mówieniu o ciele w naukach społecznych” (Jakubowska, 2009, s. 103). Kartezjańskie *cogito ergo sum* jest kwintesencją całej koncepcji, która przyznając prymat człowiekowi jako „rzeczy myślącej”, zmarginalizowała rolę cielesnego pierwiastka, sprowadzając go do roli *maszyny* (Raniszewska-Wyrwa, 2010). Pomimo

wpływu kartezjańskiego dziedzictwa, ciało w naukach społecznych nie zostało zmarginalizowane, głównie za sprawą fenomenologii, która pozwoliła na nowo przeformułować relację jednostki z ciałem. Za jej sprawą ciało przestało być „traktowane jedynie jako obiektywny przedmiot, zewnętrzny wobec «ja»” – stało się „ważnym elementem «ja»” (Jakubowska, 2009, s. 108).

Biorąc pod uwagę trudności badawcze, jakich następczą próby empirycznego badania ciała/cielesności, być może słuszną jest teza o przeteoretyzowaniu socjologii ciała (Jakubowska, 2005, s. 19). Sytuacja ta, przynajmniej zdaniem Davida A. Nichollsa i Barbary E. Gibson, wygląda odwrotnie w przypadku fizjoterapeutów (zwłaszcza akademickiej części tego środowiska) – w jego ramach zadziwiająco rzadko podejmuje się refleksję nad ciałem jako konstruktem teoretycznym. W konsekwencji fizjoterapeuci praktykują swój zawód niejako w roztargnieniu, nie dostrzegając kompleksowości uwikłania ciała w teorię – staje się ono dla nich niemalże „historyczną oczywistością” (Nicholls, Gibson, 2010, s. 498). Cytowana przez nich Simon Williams także zgadza się z taką perspektywą, pisząc, że „fizjoterapia zdaje się być w paradoksalnej relacji względem ciała, które jest wszechobecne w praktyce, ale nieobecne w teorii” (s. 498). Nicholls i Gibson wskazują, że pomimo bogatej literatury i żywego zainteresowania ciałem na przestrzeni ostatnich dwóch dekad w ramach nauk humanistycznych i społecznych, niewiele z tych idei przeniknęło do obiegu refleksji fizjoterapeutów (s. 498).

Od początku formowania się dyscypliny fizjoterapii (przynajmniej w kontekście historii anglosaskiej) ciało osadzone było w ramach metafory ciała jako maszyny, co doprowadziło do znaturalizowania przez nią biomechanicznej perspektywy. Takie usytuowanie myślenia fizjoterapeutów o ciele z jednej strony legitymizuje pracę fizjoterapeutów⁴, ale z drugiej – może prowadzić do dehumanizacji spojrzenia na pacjenta, przyczyniając się do zmarginalizowania innych aspektów pracy fizjoterapeutów, na przykład roli opieki. Jak podkreślają Nicholls i Gibson: „nie można zapominać, że normalizacja pewnych zachowań w stosunku do ciała przez pierwszych fizjoterapeutów niesie ze sobą jednocześnie konieczność marginalizacji innych” (Nicholls, Gibson, 2010, s. 501). Istotna jest ich zdaniem świadomość, że kształtowanie imaginarium fizjoterapeutów przez metaforę ciała jako maszyny było procesem historycznym, stąd nie można traktować tej perspektywy jako jedynej słusznej – obecnie można dostrzec coraz bardziej świadome próby (re)kalibracji takiej perspektywy. Z jednej strony można mówić o „socjologizacji” ciała w fizjoterapii, o wytwarzaniu podejścia bardziej *holistycznego*, które oprócz biomedycznych aspektów uwzględnia także aspekty kulturowe, ekonomiczne, geograficzne czy psychologiczne. Z drugiej strony, trend ten zdaje się być charakterystyczny nie tylko dla fizjoterapii – jego echa można dostrzec także w najaktualniejszych refleksjach z obszaru socjologii ciała. Fizjoterapia i socjologia zdają się być w takiej perspektywie swoimi antagonistami, uwięzionymi i jednocześnie definiowanymi przez pułapkę kartezjańskiego dualizmu – fizjoterapia w „ciele”, a socjologia

⁴ W końcu „medycyna i psychologia posiadają społecznie akceptowane środki, dzięki którym mogą leczyć i normalizować jednostkę” (Maciejewska, 2010, s. 36).

w „duchu”. Pojawiające się więc postulaty Nichollsa i Gibson (2010) na polu fizjoterapii o usocjologizowaniu ciała naturalistycznego czy Bukraby-Rylskiej na polu socjologii o naturalizacji ciała socjologicznego⁵ można odczytywać właśnie jako próby przełamania kartezjańskiego dualizmu.

3. W stronę fenomenologii i ucieleśnienia

W przypadku obu dyscyplin kategorią pomocną w takim przeformułowywaniu myślenia o ciele może być kategoria ucieleśnienia (*embodiment*). Pojęcie to, choć ma swoje korzenie w refleksji nauk poznawczych, gdzie mówi się bardziej o ucieleśnieniu poznania⁶, w ramach nauk społecznych przybrało nieco inne znaczenie, co może dawać wrażenie, że stało się ono kolejnym zapożyczonym modnym słowem, wpisanym w falę następnego „zwrotu” w humanistyce. W przypadku socjologii, jak pisze Jakubowska,

obecnie coraz popularniejsze stają się teoretyczne rozważania, ale również badania, które koncentrują się już nie wokół ciała, lecz ucieleśnienia. Nie należy ich jednak moim zdaniem rozpatrywać w kontekście rozwoju socjologii ciała czy ucieleśnienia w Polsce, ale raczej nowej propozycji wyjaśniania działań jednostek, zyskującej coraz szersze grono zwolenników. (Jakubowska, 2005, s. 21)

Tak rozumiane ucieleśnienie traktowane jest, zdaniem Jakubowskiej, jako

kategoria analizy mająca pomóc przewyciężyć od zawsze istniejący w socjologii dualizm – podmiotowość versus determinacja strukturalna (*agency vs structure*)⁷, a badania skupiają się na wpisanych w ciało tendencjach do działania czy – używając słów Kaufmanna – wcielonych schematach operacyjnych. Choć badania te nie dotyczą bezpośrednio ciała/cielesności, a znajdują swoje zastosowanie między innymi w coraz popularniejszej socjologii codzienności, to wpływają na spojrzenie na ciało w obrębie całej socjologii, dowartościowując te jego aspekty, które dotyczą doświadczenia. (Jakubowska, 2005, s. 21)

Ucieleśnienie może być postrzegane także jako remedium na negatywne skutki przemian zainicjowanych przez paradygmat postmodernistyczny – stanowisko takie zdaje się zajmować Bukraba-Rylska. Chodzi tutaj o proces postmodernistycznej dekonstrukcji, który doprowadził do

definitywnej degradacji poszczególnych wymiarów obiektywnej rzeczywistości do roli korelatu świadomości. W rezultacie filozofia i socjologia, antropologia i kulturoznawstwo kompletnie zatraciły poczucie realności obiektów, fizyczności świata społecznego, materialności

⁵ Jako ciała, które do tej pory było bardziej wirtualne, osadzone w narracji i definiowane przez (kon)tekst, niż realne, tym samym będąc w swoistej „przepaści ontologicznej» między rzeczywistością a kategoriami, w które naukowcy starają się ją ująć” (Bukraba-Rylska, 2017, s. 193).

⁶ Czym jest ucieleśnione poznanie w przystępny sposób wyjaśniają na przykład Andrew D. Wilson i Sabrina Golonka (2014).

⁷ Z takim ujmowaniem problemu, zrównującym dualizm przedmiotu/podmiotu z dualizmem struktury/agencji, nie zgadza się jednak Nick Crossley (2001), twierdząc, że mają źródła w dwóch odmiennych od siebie (i stąd niesprowadzalnych do siebie) tradycjach myślenia – socjologicznej i filozoficznej – przez co obszary znaczeniowe tych terminów nie pokrywają się.

wytworów kultury, a także cielesności (w sensie nieusuwalnej fizjologii) człowieka, zaś miejsce ontologii zajęły zmultiplikowane ponad wszelką miarę epistemologic (Bukraba-Rylska, 2013, s. 14).

W kontekście ciała oznacza to, między innymi, sprowadzenie go do dyskursywnej sfery zmieniających się znaczeń, a więc do badania nie jego materialności, ale jego reprezentacji i wiążących się z nimi sensów (Bukraba-Rylska, 2017, s. 190–191). Ucieleśnienie, jako perspektywa zwracająca się ku ciału i materialności, pozwala z powrotem postrzegać człowieka jako „obdarzonego zmysłami i wrażliwego na doświadczenia jakie niesie obcowanie z innymi ciałami” (w tym zarówno ludźmi, jak i przedmiotami), a samo społeczeństwo nie jako „ład wynikający z racjonalnie pomyślanych struktur czy też zespół funkcji stanowiących pochodną systemu”, lecz bardziej jako „swoistą przemianę i transformację materii, [...] «żywy metabolizm»” (s. 187).

Kategoria ta pozwala odpowiedzieć na bolączki nie tylko współczesnej socjologii, ale też fizjoterapii: ucieleśnienie jest formułą, która pozwala dostrzec aspekty ciała chorego i zdrowego do tej pory zakryte przez dominujący dyskurs biomedyczny, jak subiektywne, fenomenologiczne doświadczanie choroby czy pośredniczącą rolę instytucji społecznych w jej cielesnym doświadczaniu (Nicholls, Gibson, 2010, s. 503). Ciało staje się więc węzłem, który pozwala łączyć różne poziomy myślenia o rzeczywistości i przełamywać tym samym pułapkę dualizmu. Zdaniem Gwyneth Owen, istnienie dwóch różnych epistemologicznych perspektyw względem ciała (jednej, bazującej na dualistycznym podziale na ciało/umysł, oraz drugiej – próbującej przełamać ten dualizm przez konceptualną integrację tych pojęć w koncepcji ucieleśnienia) przekłada się na opisywanie dwóch różnych form praktyki pracy fizjoterapeutów w literaturze: praktyki naukowej, wytwarzanej przez opozycje przedmiot/podmiot, i praktyki dynamicznej/interaktywnej, wytwarzanej przez dwa równorzędne, ucieleśnione podmioty w trakcie ciągłego procesu ich wspólnej pracy nad doświadczaniem i wytwarzaniem fizjoterapii (Owen, 2014, s. 43–45). Zmedykalizowane spojrzenie, bazujące na dualizmie, uprzywilejowuje ciało-przedmiot – stały, stabilny, racjonalny byt, kosztem ruchu, który, zdaniem Owen, jest centralnym aspektem wytwarzania zarówno praktyk, jak i tożsamości fizjoterapeutów (s. 45). Stąd w koncepcji ucieleśnienia widzi ona szansę na uwzględnienie obu tych aspektów, pozwalając tym samym badać proces kreowania fizjoterapii jako profesjonalnej praktyki medycznej, dla której dystynkcji kluczowe są zarazem fizyczność, jak i praktyki ruchu/dotyku (s. 45). Wychodząc z perspektywy socjologii ciała i ucieleśnienia, Owen buduje ramę teoretyczną integrującą te dwie perspektywy – patrzenia na ciało „z zewnątrz” (*outside-in*) i patrzenia na ciało od środka (*inside-out*) – poprzez połączenie ze sobą foucaultowskiej koncepcji „ustrukturyzowanego ciała” (*structured body*) i fenomenologicznej koncepcji „ciała żywego/żyjącego” (*lived body*). Zdaniem Owen, dzięki temu, że w obu koncepcjach cielesność nie jest „przezroczysta” i jednocześnie zaangażowane są oba poziomy teoretyzowania (*outside-in* oraz *inside-out*), przełamany zostaje dualizm myślenia o ciele: „zamiast redukować ciało do bezcielesnego obiektu, ucieleśnienie pozwala postrzegać ciało jako dynamiczny interfejs pozwalający na eksplorowanie dyskursywnych praktyk, żywych doświadczeń, sposobów bycia i robienia” (s. 51).

Taki podział nie jest niczym nowym w fenomenologicznie zorientowanych badaniach, dotyczących zwłaszcza świata medycznego. Jak podkreślają Jacquelyn Allen-Collinson i Amanda Pavey (2014), „fenomenologia pozwala na specyficzny wgląd w szereg kwestii medycznych”, zwłaszcza przez to, że „promuje ona analizę opierającą się na rozróżnieniu między bezpośrednim doświadczeniem choroby jako stanu bycia-w-świecie a medyczną konceptualizacją choroby jako stanu chorobowego lub zespołu objawów” (s. 796). To rozróżnienie stanowi bezpośrednie nawiązanie do dwóch kategorii obecnych w fenomenologii (zwłaszcza egzystencjalnej): wspomnianego uprzednio “żywego ciała” (*the lived body*, *Leib*) – ucieleśnionego bycia ciała w świecie – oraz „ciała-przedmiotu” (*the object body*, *Körper*) – materialnego, zobiektywizowanego ciała, zawłaszczonego przez dyskurs naukowo-medyczny (s. 796).

Ostatecznie warto podkreślić, że przyjęcie perspektywy fenomenologicznej wiąże się z odrzuceniem myślenia traktującego efekt pracy badacza jako „odkrycie” obiektywnej rzeczywistości – zarówno badacz, jak i badani *tworzą* społeczną rzeczywistość w procesie jej nieustannego interpretowania; w ten sposób „wnioski badacza są opisami jego własnych konstruktywów rzeczywistości” (Davis, 1995, s. 125). Fenomenologiczne spojrzenie pozwala uchwycić nie tylko „naturalne nastawienie” danej osoby względem jakiegoś aspektu rzeczywistości, tego, jak ta rzeczywistość jej się jawi (czy też: jak jest tworzona w procesie jej interpretacji), lecz także uchwycić to, jak jest ona doświadczana jako fenomen – takie przejście wiąże się z poszukiwaniem pewnych regularności w znaczeniach nadawanych przez jednostkę swoim przeżyciom i doświadczeniom (Lundin, Berg, Muhli, 2013). Fenomenami, które postaram się w ten sposób uchwycić i przedstawić w kontekście nauki praktyk fizjoterapeutycznych, będą ciało i dotyk.

4. Metodologia badania

Informacje o nauce, pracy i praktykach fizjoterapeutów, na których bazowałam w niniejszym tekście, pochodzą z dwóch głównych źródeł: z przeglądu literatury (zwłaszcza pod kątem interesujących mnie kwestii ciała i dotyku), który pozwolił mi zaznajomić się bliżej z dyskursem fizjoterapeutycznym (zob. m.in. Dadura, Wójcik, 2014; Dahl-Michelsen, Solbrække, 2014; Nicholls, Gibson, 2010; Owen, 2014), oraz, w większej części, z badania własnego, przeprowadzonego w latach 2017–2018 w ramach pracy dyplomowej. W badaniu tym, osadzonym w metodologii jakościowej, wykorzystałam technikę wywiadu półstrukturyzowanego, bazując na przygotowanym wcześniej autorskim zestawie dyspozycji do wywiadu, tworzącym narzędzie badawcze. Dyspozycje te pogrupowane zostały w 4 sekcje, wyznaczające obszary tematyczne wywiadu: 1. *Jak to się zaczęło?*; 2. *Dotyk, ciało, intymność – jak je rozumiesz?*; 3. *Początki i pierwsze doświadczenia na studiach*; 4. *Praca z pacjentem*. Badani dobierani byli w sposób celowo-losowy, a więc w sposób łączący dwa podejścia doboru nieprobabilistycznego – dobór celowy i metodę śnieżnej kuli (Babbie, 2004, s. 209–210). Ostatecznie zebrany materiał obejmował 27 wywiadów, w tym: 12 wywiadów z fizjoterapeutami o stażu pracy powyżej 5 lat (6 mężczyzn i 6 kobiet), 4 z fizjoterapeutami o stażu pracy od 1 roku do 5 lat (2 mężczyzn i 2 kobiety)

oraz 11 ze studentami fizjoterapii (3 mężczyźni i 8 kobiet). Sami rozmówcy byli zróżnicowani zarówno pod względem wieku, stażu pracy, ukończonej uczelni, jak i miejsca zamieszkania. Wiek studentów i studentek, z którymi rozmawiałam, wahał się od 21 do 30 lat. Dwoje najmłodszych stażem spośród pracujących fizjoterapeutów i fizjoterapeutek (w wieku 24 i 30 lat) było jeszcze studentami ostatnich lat. Wśród pracujących fizjoterapeutów i fizjoterapeutek przeważały osoby 30- i 40-letnie, choć dwaj najstarsi rozmówcy mieli około 60 lat, i jednocześnie najdłuższy staż pracy, wynoszący około 40 lat.

Interpretacyjna analiza fenomenologiczna (IPA) została zastosowana jako wiodąca procedura metodologiczna z uwagi na to, że jest narzędziem dobrze sprawdzającym się w przypadku analizy tego, w jaki sposób ludzie nadają sens swoim doświadczeniom (Pietkiewicz, Smith, 2012, s. 362). Proces analityczny, teoretycznie ufundowany na założeniach fenomenologii, hermeneutyki i idiografii, polega, w uproszczeniu, na wielokrotnym powracaniu do tekstu, wyodrębnianiu tematów, grupowaniu ich i szukaniu pomiędzy nimi związków. W procesie tym wspomagałam się narzędziem do kodowania danych jakościowych QDA Miner.

Cytowane wypowiedzi rozmówców zakodowane zostały według następującego schematu: (Płeć/Wiek/Staż pracy), np. (K/23/2).

5. Oswajanie się z własnym ciałem i cielesnością

Całościowy bagaż wiedzy i doświadczeń, z jakimi wchodzi się w „świat fizjoterapii”, jest zróżnicowany. Pierwsze kroki stawiają zarówno osoby, które już miały okazję osobistego zetknięcia się ze specyfiką świata medycznego, jak i te, dla których jest to sfera dopiero przyszłych doświadczeń. Można powiedzieć, że różnorodność ich socjalizacji sprawiła, że ich *habitus*, a zwłaszcza jego cielesny aspekt – *hexis*, stawia ich na różnych pozycjach startowych w procesie „stawiania się” fizjoterapeutą – co odbija się w różnorodności ich przeżyć związanych z pierwszymi doświadczeniami na studiach.

Oswajanie się studenta ze swoim własnym ciałem i cielesnością przypada na pierwsze miesiące studiów. To wtedy studenci mają możliwość po raz pierwszy ćwiczyć nawzajem na sobie (oczywiście nie wszyscy – część studentów ma już za sobą pewne doświadczenia). Ćwiczenia wiążą się z koniecznością rozebrania się i zaangażowania w nie własnego ciała – czemu niekiedy, zwłaszcza w przypadku kobiet, towarzyszy poczucie skrępowania. Studenci początkowo dobierają się też przeważnie w pary jedнопłciowe – umiejętność pracy z ciałem płci przeciwnej jest czymś, co przychodzi dopiero z czasem. Samo oswojenie się z własnym ciałem, jak i cielesnością kolegów i koleżanek jest istotne, aby w ogóle móc pracować z ciałem drugiej osoby – dystans do ciała jest bowiem czymś, co jest odczuwalne. Jak podkreśla jedna z badanych: *Nie wyobrażam sobie, żeby osoba, która nie lubi dotyku czy własnego ciała chociażby, żeby zaczęła pracę z ciałem innych ludzi* (K/30/3).

Dzięki ćwiczeniu w parach, studenci mają możliwość doświadczyć bycia zarówno dotykającym, jak i dotykany. Choć sami docelowo będą „zawodowymi dotykaczami”, to

doświadczenie bycia dotykanym na studiach pozwala im wejść w rolę pacjenta i tym samym później potencjalnie lepiej budować relację pacjent–terapeuta. Wiedza związana z tym doświadczeniem potrafi jednak w perspektywie czasu zanikać, przykrywana przez nawarstwiająca się wiedzę z poziomu doświadczenia rzeczywistości jako terapeuta:

Tutaj masz trochę liźnięcia tego, jak czuje się pacjent, jeżeli sama się rozbierasz przed kimś, przed jakimś profesjonalistą. Patrzysz od strony pacjenta. I w tym momencie ja, jako osoba, do której ktoś przychodzi, mam świadomość tego, że ta osoba nie do końca może czuć się komfortowo. Zdejmie, rozbierze się, pokaże rękę... [...] To daje poczucie, jak może czuć się pacjent. Ale to się zapomina o tym z biegiem lat (K/35/7).

Choć osvajanie się z własną cielesnością, z dotykiem i byciem dotykanym jest procesem indywidualnym, to jednak dużą rolę odgrywa w nim grupowy charakter tego doświadczenia – to, że przechodzi się przez nie wraz z innymi. Ćwiczenia formatują też sposób patrzenia studentów na ciało – obcowanie z nim na poziomie bliskiego dystansu fizycznego wpisywane jest w kontekst „zmedykalizowania”, wiążącego się ze zdystansowaniem i uprzedmiotowieniem ciała, myśleniem o nim w kategoriach medycznych. Proces ten jest wielopłaszczyznowy – studenci i studentki muszą poradzić sobie zarówno z własną cielesnością, różnicami płciowymi, jak i możliwą seksualizacją myślenia o ciele. Jest to proces zarówno intelektualny, jak i emocjonalny:

Druga sprawa... no to chyba to właśnie takie przesunięcie intymności. Że wydaje się zawsze, że... każda normalna osoba stąpająca po ziemi, nie będąca w zawodzie medycznym, gdzieś tam bardzo trzyma tą intymność dla siebie i najbliższych osób. I gdzieś tam ta intymność związana jest bardzo ze sferą emocjonalną. U nas to musiało się bardzo mocno i bardzo szybko przestawić na odłączenie tej sfery intymności od sfery emocjonalnej... To chyba było najtrudniejsze, oddzielić to. I tak powiedzieć sobie „halo, halo, to jest tylko ciało, które ma być w tym momencie... taką książką do nauki”. I że musimy się podzielić nawzajem swoimi ciałami – bo na kim [innym] się nauczymy? (K/25/0)

Pierwsze doświadczenia są prowadzone w „bezpiecznych” warunkach. Studenci ćwiczą nawzajem na sobie, a więc na ciałach zdrowych – podczas gdy to dopiero kontakt z „prawdziwym” pacjentem – z ciałem chorym – pozwala nabrać „prawdziwego” doświadczenia, bo kiedy dotyka się kogoś zdrowego, kogoś, kto nie ma specjalnych dolegliwości, albo nie są one bardzo duże, to ta tkanka jest zupełnie inna. I ciężko jest wyobrazić sobie te zaburzenia w przesuwalności tkanki, skóry, powięzi, w napięciu mięśni, jeżeli osoba, na której ćwiczę tego nie ma. Ja mogę sobie próbować to wyobrazić, ale dopiero jak się tego dotknie, pierwszy raz się próbuje na tym pracować, to dopiero wtedy człowiek rozumie, o co chodzi i jak ciężka to jest praca (K/24/1).

6. Oswajanie się z ciałem pacjenta

Podczas gdy pierwsze doświadczenia na studiach wiążą się przede wszystkim z markowaniem pracy fizjoterapeuty, sprawiając, że nastawienie studentów i studentek wobec tej sytuacji jest nastawieniem bardziej „na niby”, pierwsze doświadczenia kontaktu z pacjentem

wymagają już innego nastawienia – są traktowane „na serio”. Praca z „prawdziwym” pacjentem nie jest już pracą w ramach „bezpiecznych” warunków ćwiczeniowych, wymaga od studentów i studentek *prawdziwego profesjonalizmu*, wiąże się też z większym lękiem przed zrobieniem drugiej osobie krzywdy. Styczność z pacjentem przesuwają punkt ciężkości i zainteresowania z ich własnych ciał i kompleksów na ciała pacjentów – to one stają się centralnym punktem uwagi. Oswojenie się z ciałem pacjenta jest kolejnym aspektem procesu uczenia się pracy z ciałem drugiej osoby:

Początki to, wiesz, są zawsze trudne. Nie na co dzień dotykasz dużą ilość obcych ludzi i coś przy nich robisz. Na początku jest tak, że ktoś obcy to jest... Dotykasz bliskich, bawisz się z koleżankami, z rodziną... Ale to jest zupełnie inny dotyk. Jak idziesz do pacjenta, za pierwszym razem, i nigdy nie pobierałaś krwi, nie robiłaś masażu... Najgorszy jest ten pierwszy raz, przełamanie takiej bariery psychicznej. To jest takie coś osobistego, czego nigdy nikomu nie zaburzałaś. A teraz w automatyzm idziesz. I dotykasz (M/41/18).

Studenci fizjoterapii na praktykach mają możliwość zetknięcia się z całym spektrum różnych cielesności: z ciałem kobiecym, męskim, młodym, starym, niezadbanym, spoconym, owłosionym, z dziurami, z których się sączy, niepełnosprawnym, chorym. Jak podkreśla jedna z badanych: *każde ciało jest inne, każde ciało reaguje inaczej (K/30/3)*. Inny badany stwierdził: *trudno było mi się na przykład nie gapić, kiedy widziałem osobę po udarze. Wiesz, jak wygląda ręka spastyczna, prawda? Dla mnie... Nie gapić się na tą rękę spastyczną... było to trudne wyzwanie, oswoić się z tym. Albo jak pierwszy raz w życiu spotkałem człowieka, który miał amputację na poziomie uda. Wiesz, dla mnie to było tragiczne. I ciężko było mi się z tym oswoić (M/33/3)*. Inna studentka otwarcie wyznała, że jednak coś było takiego nieładnie obrzydliwego, że muszę podejść, gdzieś tam pomachać stopą pacjenta, włożyć rękę pod udo czy kolano... (K/25/0). Jeszcze inna badana wspominała: *Pamiętam, że miałam takie... opory przed dotykiem stóp. I to długo trwało zanim się z tym oswoiłam, że te stopy mogą być różne (K/30/3)*.

Stopniowo ciało staje się dla nich warsztatem pracy: *Kwestia rutyny, że już się napatrzysz na różne sytuacje, brzydkie rany, odleżyny, i z czasem to już przestaje być dla ciebie jakiegś obrzydliwe albo nieznośne... (K/24/0)*. Te początkowo dyskomfortowe aspekty ciała pacjentów przestają być tak wyraźnie dostrzegane – studenci wiedzą, że pacjent jest, jaki jest, i nic się z tym nie robi – po prostu *trzeba zrobić robotę i tyle (M/24/1)*.

Z jednej strony ciało jest traktowane przez nich po prostu jako *powierzchnia mojej pracy, powierzchnia naszej pracy (K/30/4)*, *jakiś plastyczny twór, który trzeba doprowadzić do harmonii za pomocą pracy (M/57/40)*, czy *zbiór, mechanizm ścięgien, powięzi, kości, więzadeł, narządów wewnętrznych, nerwów i tak dalej (M/31/10)*. Jest *materiałem, produktem, na którym muszę coś zrobić. Które muszę usprawnić, które muszę nauczyć, nie wiem, chodzenia, jakiegokolwiek funkcji. Usamodzielnic. Jest to mój materiał pracy (K/44/15)*. Takie ujęcie nie dziwi, biorąc pod uwagę, że praca fizjoterapeuty *jest skierowana na ciało pacjenta, nie gmeram w jego myślach jak psycholog, tylko po prostu macham ręką, ćwiczę nogę, sadzam, pionizuję (K/35/7)*. Przez to ciało jest zarówno narzędziem niezbędnym do

pracy (K/35/7), jak i warsztatem pracy, to jest miejsce pracy. Najlepsze. Nie łóżko do masażu czy jakieś inne olejki. Ciało jest warsztatem (K/30/3).

Takie osadzone w kontekście pracy fizjoterapeuty ciało jest ciałem zdeseksualizowanym (*To jest jakby... moje narzędzie pracy. No, ja patrzę na ciało, muszę obejrzeć to ciało... I nawet jak stoi kobieta, to inaczej na nią patrzę, niż jakby nagle stanęła przede mną kobieta w bieliźnie. To są dwa inne aspekty [M/25/0]*) oraz zmedykalizowanym – postrzeganym wręcz czasem jako fascynujący obiekt wysiłków poznawczych (*Ciało jest... tak jakby człowiek dostał ciało, ale nie dostał dokładnej instrukcji obsługi do niego. I ciało jest czymś, co dopiero próbujemy w stu procentach zrozumieć, i jest to niesamowicie złożona i kompleksowa struktura. Jest to coś niesamowitego, że jesteśmy tak złożeni, a nie inaczej, i że to wszystko tak działa. I uważam, że ciało człowieka jest czymś fascynującym, ale wielu ludzi tak naprawdę nie zna swojego ciała. Nie ma pojęcia, co się w nim dzieje, i nawet ci, którzy się go uczą, nadal wszystkiego nie wiedzą [K/24/1]*). W ciało wpisane są napięcia między przedmiotowym a podmiotowym podejściem do pacjenta, *bo z jednej strony ciało jest przedmiotem badania i... jakby można powiedzieć twoim... czymś na czym pracujesz, jakąś taką materią, z którą się zmagasz często... No, a z drugiej strony ciało jest... częścią człowieka, któremu pomagasz po prostu... Więc z jednej strony można do tego podejść instrumentalnie, jak do czegoś, czym się musisz zająć... a z drugiej strony, zawsze musisz pamiętać, że to jest ktoś, nie? (M/30/0).*

Samo postrzeganie „pacjenta wyłącznie jako pacjenta” przez studentki i studentów (jak i fizjoterapeutki i fizjoterapeutów) nie jest czymś naturalnym i danym odgórnie – jest to umiejętność, którą nabywa się wraz z praktyką i doświadczeniem. Postrzeganie „pacjenta wyłącznie jako pacjenta” wiąże się z „profesjonalizacją” swojej percepcji – a więc odrzuceniem takich kontekstów interpretacyjnych, które nie wpisują się w model relacji pacjent–terapeuta. Oznacza to, na przykład, konieczność zbudowania „profesjonalnych” sposobów *myślenia o czy patrzenia na nagie ciało pacjenta* (z którym fizjoterapeuta ma do czynienia). Jeden z fizjoterapeutów mówił o tym następująco:

Im więcej byłem na to narażony, tym bardziej mi to spowszedniało. Na początku, jak patrzyłem na ciało, to było dla mnie: nagi mężczyzna i naga kobieta. Z czasem przestałem zastanawiać się, czy to jest nagi mężczyzna, czy naga kobieta, tylko zacząłem patrzeć: to jest człowiek, który przyszedł do ciebie z jakimś problemem (M/33/3).

Nagie ciało pacjenta/pacjentki, uwikłane w swoją płciowość i seksualność, zaczyna być dla fizjoterapeuty mniej angażujące – staje się terenem bardziej neutralnym: po prostu ciałem i po prostu pacjentem. Takie przeformułowanie dotyczy nie tylko samego patrzenia na (często nagie) ciało, ale też zachowań kierowanych ku ciału, zwłaszcza ciału atrakcyjnemu. Taka kalibracja sposobu patrzenia na ciało nie jest jednak stała – bardzo łatwo ulega różnego rodzaju przestrojeniom. Samo oswojenie się z nagością (i wyabstrahowanie jej z ram erotyzacji) to krok pierwszy. Krokiem drugim wydaje się ustalenie granic relacji pacjent–fizjoterapeuta, zwłaszcza tych dotyczących możliwości przeniesienia tej relacji na inny, bardziej intymny poziom.

Wraz z nabieraniem doświadczenia uwaga studenta/fizjoterapeuty przenosi się w dużej mierze właśnie na pacjenta. Ciało pacjenta jest tym, o którym fizjoterapeuta w pierwszej kolejności myśli/mówi – być może dlatego, że jest ciałem łatwiej poddającym się profesjonalnej dyskursywizacji niż własne „żywe ciało” fizjoterapeuty. Ciało fizjoterapeuty, początkowo wyczuwalne, bo zestresowane i skrępowane pierwszymi doświadczeniami, w dłuższej perspektywie, wraz z wprawą, zdaje się coraz bardziej niewidzialne, przezroczyste. W krótszej jednak skali – dnia pracy – przypomina o sobie przez fizyczne zmęczenie. Jak podkreśla jeden z badanych:

Jest taki aspekt samego fizjoterapeuty, który nie może zapominać, że sam też ma ciało, kiedy jest w terapii, bo o tym bardzo łatwo zapomina, i skupia się tylko na drugim człowieku, i bardzo łatwo sobie zrobić wtedy krzywdę, przyjmując nieodpowiednią pozycję, przeciążając się i tak dalej, i tak dalej... Więc to działa w dwie strony. W sensie... No, dwa ciała w jednej terapii, i to wszystko (M/30/0).

7. Oswajanie się z dotykiem

Nauki praktyk fizjoterapeutycznych nie ma bez dotyku. Oswojenie się z dotykiem jest ważnym elementem praktyki fizjoterapeutycznej – jak podkreśla jedna z fizjoterapeutek:

To nie jest tak, że my to mamy wyuczone, że kończysz 5 lat studiów i właściwie posadziliby ci kogoś z ulicy, to ty go sobie sprawie obejrzysz, dotkniesz, potestujesz... Nie. To my też się tego uczymy – dotykania pacjentów. To nie jest do końca tak, że to pacjent się musi oswoić z naszym dotykiem, ale my też musimy się oswoić z dotykiem pacjentów. To jest taka obopólna nauka. A później po prostu idziesz i dotykasz. Zakładasz te rękawiczki i po prostu dotykasz tego pacjenta (K/41/16).

Pytani o to, czym jest dla nich dotyk, niektórzy badani stwierdzają wręcz, że *jest to tak szerokie pojęcie, że pierwsze, co mi się wrzuciło, to wszystkim (M/57/40); dotyk jest niezbędny i jest chyba najważniejszy (K/30/4)*. Samo rozmawianie o dotyku okazało się być dużym wyzwaniem ze względu na jego niedyskursywny charakter⁸. Czasami wręcz badani w trakcie rozmowy uzupełniali swoją wypowiedź o odpowiednie gesty: *w zależności od tego, czy ja cię chwycę tak [chwytą mocno za moją łydkę], czy chwycę tak [chwytą lekko za moją łydkę], to jest różnica (K/35/7); Na techniku masażyście jest prosto, bo my się masujemy od razu. Od razu siadamy, jesteśmy dla siebie zupełnie obcy. Też się zaczyna od rączki. Masuje się rączkę, no, co tam. Ale jak ktoś ma problem, żeby zrobić ci tak [łapie za moją rękę i masuje], to nie będzie dobrym masażystą (K/30/3).*

Dotyk w szerokim ujęciu, zgodnie ze słowami jednej z badanych, *to jest potrzeba fizjologiczna taka sama jak siusianie, robienie kupy, jedzenie i seks. [...] Jak jest niezaspokajany,*

⁸ Z tego względu dobrym uzupełnieniem niniejszego badania byłoby zastosowanie dodatkowo także innych niż wywiad półustrukturyzowany technik badawczych, pozwalających na lepszy sposób dotrzeć do niedyskursywnych aspektów rzeczywistości, na przykład obserwacji (uczestniczącej, jak i nieuczestniczącej) czy autoetnografii. Niestety ze względu na ograniczone zasoby oraz zakres badania nie było to możliwe na tym etapie prac.

to robimy się nienormalni. A czym jest dla mnie? Kurczę... Myślę, że też... Jest to dla mnie tak naturalne... (K/30/3). Z drugiej strony, dotyk na pewno jest... No, rodzajem kontaktu. Tak naprawdę bardzo bliskiego kontaktu (K/31/6). Ze względu na to, że logika działania zmysłu dotyku jest logiką sprzężenia zwrotnego, sprawiając, że dotyk „jest i w tym, co dotyka, i w tym, co jest dotykane” (Kwietniewska, 2016, s. 94), trafnym wydaje się stwierdzenie, że dotyk jest swego rodzaju dialogiem i rozmową. [...] Tyle że pacjent jest mniej świadomym... Bo ja przez dotyk, jako fizjoterapeuta, czy w ogóle jako człowiek, no ale jako fizjoterapeuta – zadaje pytania i dostaje odpowiedzi. No i... im lepszy fizjoterapeuta, tym więcej tych odpowiedzi potrafi znaleźć właśnie poprzez dotyk (K/31/6).

Zwrotność dotyku może dotyczyć jednak nie tylko jego *modus faciendi*, ale też samej zdolności dotyku do bycia środkiem komunikacji – zarówno odbierania komunikatów na wielu poziomach (*Jestem w stanie dotykiem określić stan psychiczny człowieka, stan psychiczny tkanki, wiem, że to brzmi głupio... I stan fizyczny [M/57/40]*), jak i ich nadawania (*Jestem w stanie dotykiem przekazać bardzo wiele uświadomionych i nieuświadomionych emocji [M/57/40]*; *Wydaje mi się, że takie rzeczy się po prostu czuje. Ja sama widzę po swoich klientkach, które mówią, jak ja mam gorszy dzień, a tak też się zdarza, to one mówią: „pani Magdo, pani jakaś taka zdenerwowana dzisiaj, wszystko ok?”. Czuć takie rzeczy, czuć taki dystans do ciała [K/30/3]*).

Choć więc zwrotność dotyku pozwala na komunikację, to jednak wymaga jednocześnie przekładania tego, co niedyskursywne, na dyskursywne (i *vice versa*) – stąd komunikacja z pacjentem jest jednocześnie tak ważna i tak trudna. Jak opisuje to jeden z fizjoterapeutów:

Gdy daję jakiś bodziec, delikatny nacisk na powierzchnię ciała, oczekuję, że ono się zrobi plastyczne, czyli tak jakbym miał miękką plastelinę między palcami, i kształtuję ją tak, by osiągnąć to, co chcę uzyskać. Bardzo często w pracy pytam się, jak pacjent odbiera to, co robię, w kategoriach psychicznych – czy jest to relaksem, czy podrażnieniem, czy akceptuje, czy nie akceptuje. I to jest dla mnie informacja, czy dobrze robię (M/57/40).

Zdarza się, że pacjenci mają trudność właśnie z wyrażaniem i lokalizowaniem odczuć. Jedna ze studentek podkreśla, że *dużym problemem jest, kiedy ludzie nam nie mówią szczerze, co czuli. Bo jeżeli pytam, czy bolało, czy jest jakieś wrażliwe miejsce – ludzie nie mają dużej świadomości swojego ciała i czasem śmieją się, że dopiero na masażu albo u fizjoterapeuty dowiadują się, że mają jakieś części ciała. Niby wiesz, że masz łopatkę, niby wiesz, że masz miednicę, ale kiedy dochodzi do próby dotykania, poczucia, do próby tego, żeby ktoś sam poruszył daną częścią ciała – nagle się okazuje, że on odkrywa miejsca albo mięśnie, o których nie miał pojęcia (K/24/1).*

Możliwość użycia dotyku w zupełnie nowym kontekście sytuacyjnym, jakim jest terapia i praca z pacjentem, sprawia, że studenci przestają postrzegać dotyk jako zarezerwowany wyłącznie dla sfery życia prywatnego – w ramach budującej się sfery ich życia zawodowego nabiera on nowych znaczeń, stając się właśnie *lekarstwem (K/24/1)* czy po prostu *narzędziem pracy*:

Więc to jest takie... powiedzmy, narzędzie pracy, ten dotyk. Że musisz. To nie jest tak, że chciałoby się czuć więcej, albo że potem to jest to jeszcze jakiś romantyczny podtekst, albo metafizyczny w ogóle, że czego się tam nie czuje... energię zbierającą się w ciele człowieka... Tylko raczej to jest takie narzędzie. Tak bym to interpretował. No można to tak słowami opisać, że uczysz się czuć więcej (M/30/0).

Dotyk fizjoterapeuty musi być pewny. Czyli jeżeli już kogoś dotykasz, to nie możesz pokazać pacjentowi, że się boisz go dotknąć, że nie jesteś pewna, co robisz. No fakt, że jeżeli się uczysz, to ten dotyk będzie trochę taki drżący. Ja to określam, że ci ludzie, którzy przychodzą na praktyki, to się boją dotykać... Czasami to wynika z tego, że często się trochę brzydzisz pacjenta... (K/41/16). Stąd można doskonale wyczuć, czy dana ręka jest wyrobiona, czy pracowała już na pacjentach, czy jednak nie. I świetnie to można poczuć, czy terapeuta coś robił, czy już się szkolił, czy jest świeżakiem... (K/24/1). Te różnice w dotyku dostrzegają już sami studenci i studentki w trakcie nauki:

Prowadzący, pokazując jakieś chwyt masażu, miał już ten dotyk taki pełny, stabilny, można go było dobrze poczuć. A my na tych pierwszych latach, podczas tych pierwszych zajęć, ten dotyk mieliśmy taki słabszy, niepewny. To naprawdę doskonale czuć, nawet jeszcze teraz. [...] Im więcej praktykujemy, ten chwyt jest silniejszy, pewniejszy... Chociaż nie do końca chodzi tutaj o siłę, bo nie zawsze jest potrzeba ta siła. Ale na pewno pewność. Pewność tej ręki – to się bardzo zmienia (K/24/1).

Wraz z praktyką studenci i studentki nabywają też umiejętności rozróżniania nowych, różnych form dotyku, przez co jest to przestrzeń, w której dobrze widać ścieranie się, ale też labilność, granic pomiędzy naukowym dyskursem medycznym a nieprofesjonalnym „dyskursem codzienności”, a także – emocjonalny wymiar pracy fizjoterapeutycznej. Obok profesjonalnego *dotyku terapeutycznego*, do którego *musisz mieć predyspozycje* (K/41/16), badani bowiem mówili także o *dotyku przyjacielskim, opiekuńczym* (Czyli *podchodzisz, pytasz się „pani Marysiu, jak się pani czuje”*, *dotykasz ją, żeby ta kobieta widziała... To znaczy, raz, że asekurujesz tym dotykiem, żeby ci nie upadła, a dwa, że tak jakby... dotknięciem powodujesz, że pacjent skupia się na tobie, ufa ci. Ten dotyk jest silny, więc jesteś jego siłą mięśniową, jego stabilizacją. Ten dotyk musi być pewny* [K/41/16]) czy *erotycznym* (K/24/0). Studenci i studentki zaczynają swoje praktyki od dotyku opiekuńczego, którego opanowanie sprawia, że płynniej i łatwiej jest przejść w obszary dotyku terapeutycznego. Sam dotyk opiekuńczy pozwala na budowanie silnej, pozytywnej relacji pacjent–terapeuta:

Ale nieraz dotyk jest taki, że kiedy dotykam pacjenta, obejmę go, usiądę przy nim, złapię go za rękę, ale nie na zasadzie brutalności – pokazuję mu przez to, że jestem nastawiony pozytywnie, że nie mam agresji... Dlatego nie zamknięte, a otwarte – jeżeli coś jest zamknięte, skurczone, to albo jest przestraszone, albo ma dziwne nastawienie... Otwarta ręka, przyjemny dotyk, poklepanie, pogłaskanie, ściśnięcie i powiedzenie „Dziś było super” – ale przez dotyk pokazanie, nie tylko same słowa (M/32/10).

Dotyk terapeutyczny jest już nie tylko formą kontaktu z drugim człowiekiem, ale też obszarem specjalizacji i profesjonalizacji. Z jednej strony, taki dotyk jest źródłem informacji

dla fizjoterapeuty, a tym samym – narzędziem diagnostycznym, które *pozwala dużo rzeczy się dowiedzieć: czy jest zwiększone, czy zmniejszone napięcie mięśniowe, czy skóra jest wilgotna, czy sucha, co daje możliwość stwierdzenia, jak pacjent reaguje na pogodę, można zobaczyć, jaka jest jego temperatura, która wzrasta podczas pracy* (M/32/10). Szczególnie istotne w tym obszarze jest rozwijanie palpacji, jako umiejętności uzyskiwania wiedzy o badanych strukturach anatomicznych za pomocą dotyku. Jest to jednak długotrwały i trudny proces: *to są lata praktyki, żeby zdobyć zdolność dotyku* (M/38/15), w którym dodatkowo liczą się wrodzone predyspozycje, przez co *dotyk, to jest taka umiejętność, którą ktoś posiada więcej albo mniej* (M/32/10). Jak mówiła o tym jedna z fizjoterapeutek:

Myszę, że nie każdy jest w stanie... Na pewno dotyk można wyćwiczyć, ale trzeba też chcieć. Po drugie mam wrażenie, że terapeuta też powinien chcieć tego, żeby dotykać pacjenta. Bo są terapeuci, którzy nie chcą dotykać pacjenta, nie chcą dotykać gołego ciała, nie potrafią wyczuć ręką. Często jest tak, że w terapii manualnej, jak dokonujesz manipulacji stawu, to wszyscy się spodziewają, że będzie takie głośne „puk” [...] I czasem wystarczy, że przyłożysz rękę do pleców pacjenta i na przykład zrobisz jakiś ruch w kręgosłupie, wymusisz. I słyszysz takie lekkie, delikatne, głębokie puknięcie tego ruchu. To jest ta właśnie manipulacja, kiedy uwalniasz kręgosłup i manipulujesz na stawie. Nie wszyscy to potrafią wyczuć. To taka wrażliwość dotykowa, którą niektórzy mają wrodzoną, a niektórzy muszą się nauczyć, wsłuchać się w pacjenta. Także są różne stopnie dotyku, i ci, którzy mają naturalnie to, to po prostu mają – i to są wspaniali terapeuci manualni, bo oni wszelkie zmiany w organizmie są w stanie wyczuć ręką, takie delikatne – oni to wyczują. I są tacy, którzy mają tak zwaną „ciężką rękę”, czyli że on musi walnąć pacjenta, żeby odnieść efekt. A są tacy, którym wystarczy, że dobrze zmanipulują, i on, przykładając rękę, czuje takie „puk”. I to jest taka większa wrażliwość ruchowo-czuciowa. Wszystkiego da się wyuczyć, ale to jest tak jak w życiu – jedni będą lepsi, inni gorsi (K/41/16).

Z drugiej strony jednak dotyk terapeutyczny, w zależności od specyfiki danej terapii, może być tylko jej elementem, skoordynowanym z całym systemem precyzyjnych ruchów ciała zarówno fizjoterapeuty, jak i pacjenta:

Czasem to się wydaje, że to jest tylko takie masowanie i ściskanie ciała. Czasem ludziom się wydaje, że takie tam pomachanie kolanem czy wykonanie niektórych zabiegów z terapii manualnej jest proste, bo przecież trzeba nacisnąć parę punktów. Ale dopiero kiedy trzeba wykonać to naprawdę, to człowiek zaczyna rozumieć, jak ważna jest precyzja w tych ruchach i jak ważne jest to, że każdy pacjent jest inny i każda tkanka jest inna, i trzeba naprawdę dużo doświadczenia, żeby powiedzieć, że jest się dobrym terapeutą w jakiegokolwiek dziedzinie (K/24/1).

8. Podsumowanie

Sam przebieg procesu nauki pracy z ciałem drugiej osoby w dużej mierze strukturyzuje odgórnie wyznaczany program studiów. W początkowych fazach tego procesu to ciała studentów wysuwają się na pierwszy plan. Muszą stać się ciałami, które nie mają problemów z rozbieraniem się i wzajemnym ćwiczeniem na sobie – „produktem” tej fazy procesu jest

student oswojony ze swoim własnym ciałem, jak i interakcją z ciałami innych studentów. Bezpieczne warunki fazy początkowej, w których studenci praktykują „na niby”, pozwalają oswoić się z samą sytuacją kontaktu z drugą osobą i stopniowo wdrażać się w „świat praktyki”, a także odkrywać i doświadczać obu ról – bycia dotykającym, jak i dotykany. W kolejnej fazie punkt ciężkości przesuwa się na ciało pacjenta – wcześniejsze problemy z „porządkiem codzienności” (jak kompleksy względem własnych ciał) przyćmiewane są przez problemy z porządkiem „prawdziwego świata” (jak śmierć i choroba, z którymi studenci stykają się w ramach szpitalnych praktyk). Prywatne ciało fizjoterapeuty przestaje być istotne, znikając coraz bardziej za powstającą fasadą medycznego profesjonalizmu i ujawniając się niekiedy w przypadku nadmiernego obciążenia czy zmęczenia. Studenci zaczynają wdrażać się do roli profesjonalisty przez ustawienie ciała „prawdziwego” pacjenta w centrum swojego zainteresowania, refleksji i praktyk. „Prawdziwość” pacjenta gwarantuje zarówno możliwość zdobycia pełniejszej wiedzy (wzbogaconej zwłaszcza o aspekty niedyskursywne, niewyczuwalne na zdrowym ciele, które trzeba „poczuć, aby zrozumieć”), jak i pełnię interakcyjnych doświadczeń (emocjonalnych, poznawczych, zmysłowych), które trzeba okiełznać, ucząc się, jak dobrze budować relację pacjent–terapeuta. Procesowi temu towarzyszą zarówno lęk przed zrobieniem pacjentowi krzywdy, jak i ekscytacja wynikająca z możliwości „sprawdzenia się w praktyce” i przejęcia sterów. Studenci i studentki poszerzają i redefiniują w trakcie tego procesu zakres znaczeniowy pojęć „ciała” i „dotyku” – wchodzenie w rolę medycznego profesjonalisty sprawia, że stają się one dla nich *narzędziem pracy*. Samo ujarzmianie tego narzędzia tak, aby mogło być profesjonalnie używane, jest procesem wieloletniej nieustannej praktyki i edukacji – długa droga dzieli zwłaszcza przejście od dotyku *drżącego*, przez *pewny*, po ten, który jest w stanie wyczuwać *lekkie, delikatne, głębokie puknięcie ruchu*.

Badanie nauki praktyk fizjoterapeutycznych w kontekście ciała i dotyku było wyzwaniem, zwłaszcza ze względu na chęć uchwycenia ucieleśnionych, niełatwo poddających się dyskursywizacji aspektów tego procesu. Mogło okazać się ono jednak interesujące badawczo z perspektywy socjologii ciała/ucieleśnienia ze względu na to, że pozwoliło ukazać, jak kategorie dotyku i ciała są doświadczane i redefiniowane w toku nauki praktyk fizjoterapeutycznych i, jednocześnie, jak proces ten „urefleksyjnia ciało, [...] a tym samym czyni je bardziej dostępnym dla socjologicznych analiz” (Jakubowska, 2016, s. 101). Jest to szczególnie istotne wobec stopniowych zmian, jakie obecnie i w przyszłości będą zachodzić w ramach praktyk medycznych profesjonalistów, zwłaszcza stopniowego przechodzenia od praktyki stawiającej w centrum wyspecjalizowaną jednostkę do praktyki zespołowej, opartej na kooperacji specjalistów z różnych obszarów (Kelly i in., 2018). Takie przesunięcie punktu ciężkości będzie wymagać bardziej interdyscyplinarnego spojrzenia na kwestię chociażby dotyku. Jednocześnie warto zwrócić uwagę na fakt, że „w zawodzie fizjoterapeuty brakuje wyraźnych norm określających protokół właściwego zachowania w danej sytuacji terapeutycznej oraz zasad regulujących zastosowanie dotyku jako narzędzia diagnostycznego i terapeutycznego. Większość zachowań określa kontekst kulturowy i własna wrażliwość terapeuty” (Dadura i Wójcik, 2014, s. 9). Stąd dalsza eksploracja tych obszarów wydaje się zarówno perspektywnie potrzebna, jak i badawczo satysfakcjonująca.

Bibliografia

- Allen-Collinson, J., Pavey, A. (2014). Touching Moments: Phenomenological Sociology and the Haptic Dimension in the Lived Experience of Motor Neurone Disease. *Sociology of Health & Illness*, 36(6), 793–806. <http://doi.org/10.1111/1467-9566.12104>
- Bourdieu, P. (2004). *Męska dominacja*. Warszawa, Polska: Oficyna Naukowa.
- Bukraba-Rylska, I. (2013). *W stronę socjologii ucieleśnionej*. Warszawa, Polska: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego. <https://doi.org/10.31338/uw.9788323513117>
- Bukraba-Rylska, I. (2017). Socjologia ciała, czyli (póki co) teorie dekoracyjne. *Studia Socjologiczne*, 4(227), 189–208.
- Crossley, N. (2001). Embodiment and Social Structure: A Response to Howson and Inglis. *Sociological Review*, 49(3), 318–326. <http://doi.org/10.1111/1467-954X.00334>
- D. Wilson, A., Golonka, S. (2014). Ucieleśnienie poznania to nie to, co myślisz. *Avant*, 5, 21–56. <https://doi.org/10.26913/50102014.0106.0002>
- Dadura, E., Wójcik, A. (2014). Dotyk w relacji fizjoterapeuta – pacjent a granice kontaktu fizycznego. *Postępy Rehabilitacji*, 28(4), 5–11. <http://doi.org/10.1515/rehab-2015-0007>
- Dahl-Michelsen, T., Solbrække, K. N. (2014). When Bodies Matter: Significance of the Body in Gender Constructions in Physiotherapy Education. *Gender and Education*, 26(6), 672–687. <http://doi.org/10.1080/09540253.2014.946475>
- Davis, K. (1995). The Phenomenology of Research: The Construction of Meaning in Composition Research. *JAC*, 15(1), 121–129. Pobrano 21.12.2019 z <https://pdfs.semanticscholar.org/2dce/e181b25844800457e25f57bed7b12ee344fd.pdf>
- Gimlin, D. (2007). What Is „Body Work”? A Review of the Literature. *Sociology Compass*, 1(1), 353–370. <http://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2007.00015.x>
- Grant, B. M., Giddings, L. S., Beale, J. E. (2005). Vulnerable Bodies: Competing Discourses of Intimate Bodily Care. *The Journal of Nursing Education*, 44(11), 498–504.
- Jakubowska, H. (2005). Ciało jako przedmiot badań socjologicznych – dylematy, pominięcia, możliwości. *Przegląd Socjologii Jakościowej*, 8(2), 12–31.
- Jakubowska, H. (2009). *Socjologia ciała*. Poznań, Polska: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Jakubowska, H. (2012). Synestezja w sztuce performansu. W: K. Skowronek, & K. Leszczyńska (red.), *Performatywne wymiary kultury*. Kraków: Wydawnictwo Libron–Filip Lohner.
- Jakubowska, H. (2015). Wiedza pozadyskursywna i sposoby jej badania na przykładzie przekazywania i nabywania sportowych umiejętności. *Studia Socjologiczne*, 3(218), 173–191.
- Kelly, M. A., Nixon, L., McClurg, C., Scherpbier, A., King, N., Dornan, T. (2018). Experience of Touch in Health Care: A Meta-Ethnography Across the Health Care Professions. *Qualitative Health Research*, 28(2), 200–212. <http://doi.org/10.1177/1049732317707726>
- Leder, D. (1990). *The Absent Body*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

- Lundin, A., Berg, L.-E., Muhli, U. H. (2013). Feeling Existentially Touched. A Phenomenological Notion of the Well-being of Elderly Living in Special Housing Accommodation from the Perspective of Care Professionals. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8(1). <http://doi.org/10.3402/QHW.V8I0.20587>
- Maciejewska, M. (2010). Praktyki cielesne jako problem nauk społecznych. *Fizjoterapia*, 18(3), 34–45. <http://doi.org/10.2478/v10109-010-0069-9>
- Nicholls, D. A., Gibson, B. E. (2010). The Body and Physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 26(8), 497–509. <http://doi.org/10.3109/09593981003710316>
- Owen, G. (2014). *Becoming a Practice Profession. A Genealogy of Physiotherapy's Moving/Touching Practices*. University of Cardiff. Pobrano 21.12.2019 z <https://orca.cf.ac.uk/68522/1/Final%20version%20PhD%20-%20ORCA.pdf>
- Purcell, C. A. (2011). *Touching Work: A Narratively-Informed Sociological Phenomenology of Holistic Massage. Submission for PhD*. University of Edinburgh.
- Raniszevska-Wyrwa, A. (2010). Kartezjańska koncepcja cielesności a praktyka medyczna. *Physiotherapy*, 18(3), 46–51. <http://doi.org/10.2478/v10109-010-0063-2>
- Skøien, A. K., Vågstøl, U., Raaheim, A. (2009). Learning Physiotherapy in Clinical Practice: Student Interaction in a Professional Context. *Physiotherapy Theory and Practice*, 25(4), 268–278. <http://doi.org/10.1080/09593980902782298>
- van Gennep, A. (1960). *The Rites of Passage*. London, UK: Routledge. <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226027180.001.0001>
- Wenger, É. (1999). *Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity*. Cambridge, UK: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511803932>
- Williams, S. (2003). *Medicine and the Body*. London, UK: Sage.
- Kowal, K. (2012). Doświadczenie własnej cielesności przez biorców kończyny – socjologiczne studium zrekonstruowanego ciała. *Przegląd Socjologii Jakościowej*, 8(2), 152–199.
- Niedbalski, J. (2015). Przemiany percepcji własnego ciała przez osoby z niepełnosprawnością fizyczną uprawiające sport. *Studia Socjologiczne*, 3(218), 221–240.
- Jakubowska, H. (2016). Doświadczenie ciężarnego ciała jako ciała przekraczającego granice – studium socjologii ucieleśnienia. *Przegląd Socjologii Jakościowej*, 12(4), 100–117.
- Babbie, E. (2004). *Badania społeczne w praktyce*. Warszawa, Polska: PWN.
- Pietkiewicz, I., Smith, J. A. (2012). Praktyczny przewodnik interpretacyjnej analizy fenomenologicznej w badaniach jakościowych w psychologii. *Czasopismo Psychologiczne*, 18(2), 361–363.
- Kwietniewska, M. (2016). Maurice Merleau-Ponty: U zarania filozofii różnicy we Francji. *Hybris*, 34, 85–98.

Body and Touch in Learning Physiotherapeutic Practices from the Perspective of Sociology of Embodiment

Abstract

This article discusses the sociological and anthropological aspects of the work of physiotherapists—“professional touchers”—especially regarding the body and touch. It considers them in the context of physiotherapeutic practical learning, which can be seen as an important part in the process of “becoming” a physiotherapist. During this process, students broaden and redefine the semantic scope of the terms “body” and “touch” – that become their *work tools* as their progress in the medical profession. The specificity of this social role makes the process of socialization happen not only on the level of “thought constructs” (by redefining the structures of the importance of knowledge and building new resources of specialist knowledge) but also at the level of the corporeality itself. Understanding the perspectives and experiences of both students and working physiotherapists helps to better recognize the role of touch and the body in physiotherapeutic practice.

Keywords: body; touch; embodiment; physiotherapy; patient; *body work*.