

Pragnienie niepełnosprawności. O źródłach i próbach wyjaśnienia BIID

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

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

Anna Karczmarczyk, Przemysław Nowakowski

Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń, Polska

Nicolaus Copernicus University, Toruń, Poland

Streszczenie:

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

Słowa kluczowe: BIID, ciało, niepełnosprawność.

Abstract:

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

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

Wprowadzenie

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

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

Introduction

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

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

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

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

Próba klasyfikacji BIID

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

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

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

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

An attempt to classify BIID

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fenomenologia BIID

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

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

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

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

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

BIID Phenomenology

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

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

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

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

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

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

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

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

BIID – zaburzenie psychologiczne czy neurologiczne?

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

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

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

BIID – a psychological or neurological disorder?

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

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

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

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

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

Terapia BIID – pytania i wątpliwości

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

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

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

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

Therapy of BIID – questions and doubts

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BIID – implikacje filozoficzne

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

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

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

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

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

BIID – philosophical implications

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

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

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

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

Zakończenie

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

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

Conclusion

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

Piśmiennictwo

References

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

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

Adres do korespondencji:
Address for correspondence:

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

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