

## **„Dopiero po amputacji będę kompletny” – *Body Integrity Identity Disorder* jako interdyscyplinarne wyzwanie. Zarys problematyki\***

W czasach szczególnie intensywnego promowania, a nawet narzucania w dyskursie publicznym określonych ideałów fizycznej atrakcyjności, celowe mniejsze lub większe odstępstwa od tych wzorców spotykają się z bardzo różnymi reakcjami. Mogą to być ciekawość, zakłopotanie, niezrozumienie, czy w końcu otwarta niechęć i potępienie. Istnieją osoby, które występują przeciwko dominującym poglądom nie tyle na fizyczne piękno, ile na samą zasadniczą sprawność czy integralność ciała. Chodzi tu o budzące wiele kontrowersji, często spotykające się wręcz z niedowierzaniem zjawisko amputacji zdrowych kończyn „na życzenie”. Chęć pozbawienia się nogi czy ręki i przypadki realizowania takiego zamiaru zwykło się tłumaczyć kilkoma różnymi mechanizmami.

Często wskazuje się na m.in.: apotemnofilię, rodzaj parafilii, w której ludzie są pobudzeni samą ideą amputowania swojej kończyny [Aggrawal 2009, s. 17, 366; Bayne, Levy 2005, s. 76; Patrone 2009, s. 542]. Fizyczna niepełnosprawność jest dla apotemnofilów sposobem osiągnięcia satysfakcji seksualnej. Ścisłe powiązana z nią jest akrotomofilia, czyli pociąg do osób po amputacji. Kolejnym źródłem takich działań mogą być zaburzenia dysmorficzne ciała (*Body Dysmorphic Disorder*, BDD) [Bayne, Levy 2005, s. 76; Patrone 2009, s. 542; Phillips 2009, s. 106–107]. Osoby nimi dotknięte uważają, że określona część ich ciała, konkretna kończyna jest skrajnie chora, uszkodzona, czy wręcz zdeformowana i nadzwyczaj brzydka. Chęć amputacji można także tłumaczyć charakterystycznym dla somatoparafrenii przekonaniem, iż „tak naprawdę” konkretna kończyna nie należy do danej osoby, która uważa ją za „obcą”, należącą do kogoś innego. Pragnienie amputacji można również wiązać z szeroko pojmowanymi, bardzo różnorodnymi praktykami zaliczanymi do tzw. ekstremalnych modyfikacji ciała [DeMello 2007, s. 8; Schramme 2008, s. 8–9].

Nie pomijając tych i szeregu innych przyczyn [Müller 2009, s. 37–39] amputacji zdrowych kończyn „na życzenie”, aktualna dyskusja na temat tego zjawiska wyraźnie skupia się na BIID (*Body Integrity Identity Disorder*, które w sposób daleki od poprawności można by tłumaczyć jako zaburzenie tożsamości integralności ciała).

---

\* Z uwagi na dynamicznie prowadzone badania i rozważania dotyczące *Body Integrity Identity Disorder* trzeba zaznaczyć, że niniejszy artykuł uwzględnia najistotniejsze ustalenia na temat tej przypadłości na styczeń 2012 roku.

Osoby dotknięte tą niezwykle rzadką przypadłością chcą pozbać się określonej, często całkowicie zdrowej, funkcjonalnej, bez jakichkolwiek defektów kończyny nie z powodów natury seksualnej czy ideologicznej. Nie uważają również, że należy ona do kogoś innego czy jest szczególnie nieatrakcyjna. Ich motywacja zdaje się zdecydowanie bardziej skomplikowana i trudniejsza do zrozumienia. Przez amputację chcą odzyskać swoją prawdziwą tożsamość, przywrócić swojemu ciału kształt, jaki w ich przekonaniu winno ono mieć od początku ich życia. Świadczą o tym wypowiedzi typu: „Czuję się jak osoba po amputacji z naturalną protezą; to są moje nogi, ale chcę się ich pozbyć – nie pasują do mojego obrazu ciała” [za: Bayne, Levy 2005, s. 78], czy „Moje nogi są dodatkowe. Nie powinno ich być; to nie w porządku, że rozciągają się poza miejsce, w którym moje ciało winno się kończyć” [za: Tomasini 2010, s. 203]. Słusznie zatem zauważa się podobieństwo do zaburzeń tożsamości płciowej (*Gender Identity Disorder* [GID] czy transseksualizmu) [Bayne, Levy 2005, s. 79; Bridy 2004, s. 150; DeMello 2007, s. 8; Dua 2010, s. 75; Johnston, Elliott 2002, s. 432; Levy 2007, s. 3; Müller 2009, s. 37; Ryan 2009a, s. 28; Veale, Neziroglu 2010, s. 25] oraz paradoksalność samego [BIID] [Bridy 2004, s. 149; Tomasini 2010, s. 203]. Osoby nim dotknięte są przekonane, że dopiero po tak daleko posuniętej interwencji w integralność ciała jak amputacja będą kompletni. To, co dla większości byłoby tragedią, dla nich jest jak najbardziej pożądanym stanem. Co więcej, dyskomfort spowodowany rozbieżnością między fizycznością a jej subiektywnym odczuwaniem jest na tyle dokuczliwy, że faktycznie decydują się na amputowanie „nieprzystającej” kończyny. Często zwracają się o pomoc do lekarzy. W przypadku odmowy wykonania takiego zabiegu pacjenci decydują się „wziąć sprawę we własne ręce” [Bayne, Levy 2005, s. 79]. Sami dokonują amputacji, wymuszają ją przez drastyczne okaleczenia kończyny (np. próby odstrzelenia czy umieszczenie jej w suchym lodzie), a także korzystają z pomocy niewykwalifikowanych osób trzecich [Dua 2010, s. 77; Johnston, Elliott 2002, s. 432; Müller 2009, s. 36]. Oczywiście wszystkie wymienione powyżej działania bez profesjonalnego, medycznego wsparcia stanowią duże zagrożenie dla życia takich osób.

Wokół BIID narosło wiele kontrowersji i nieporozumień. Przez długi czas traktowano je wyłącznie jako zaburzenie psychiczne, często utożsamiane z apotemnofilią czy innymi przyczynami amputacji zdrowych kończyn „na życzenie”. Naturalnie w konkretnych przypadkach te różne sposoby wyjaśniania chęci amputacji mogą występować razem, niejako kumulować się u jednej osoby [Bayne, Levy 2005, s. 77; Patrone 2009, s. 542]. Wątpliwości co do natury i genezy tak niezwykle pragnienia skutecznie uniemożliwiają zaproponowanie terapii czy choćby rozstrzygnięcie kwestii dopuszczalności amputacji w takich przypadkach. Jednakże aktualne badania i rozważania Vilayanura S. Ramachandrana oraz zespołu jego współpracowników – neuronaukowców z Uniwersytetu Kalifornijskiego – jednoznacznie przesuwają akcenty w tej dyskusji, wskazując na przyczyny neurologiczne.

Ich badania motywowane są chęcią zrozumienia, w jaki sposób mózg przetwarza różnego rodzaju bodźce z zewnątrz i kształtuje na tej podstawie zintegrowany obraz ciała [McGeoch i in. 2009, s. 1]. Przez to pojęcie zwykło się rozumieć „dostępną świadomości reprezentację ogólnego kształtu i struktury swojego ciała”, która jest wynikiem przetwarzania informacji wizualnych, dotykowych i wielu innych [Bayne, Levy 2005, s. 76]. Obraz ciała pozwala oceniać jego właściwości [de Vignemont 2007,

s. 439; Müller 2009, s. 38]. Schemat ciała jest z kolei niedostępnym świadomości, niejako automatycznym regulatorem ruchów i całej postawy. Frédérique de Vignemont [2007, s. 439] trafnie przedstawia różnicę między schematem, który służy działaniu, a obrazem ciała, umożliwiającym jego identyfikację. BIID traktowane jako przykład rozdźwięku między obrazem ciała a samym ciałem stanowi swojego rodzaju „odwrócenie” czy „lustrzane odbicie” fenomenu kończyn fantomowych [Bayne, Levy 2005, s. 76; Bridy 2004, s. 151; McGeoch i in. 2009, s. 2; Müller 2009, s. 38; Levy 2007, s. 4; Ramachandran i in. 2009, s. 776].

Ramachandran i współpracownicy zauważyli, że u części ludzi chęć amputowania sobie kończyny pojawia się już w dzieciństwie. Poza takim niewątpliwie szokującym pragnieniem osoby te zdają się nie mieć żadnych innych problemów, które można by utożsamiać z zaburzeniami psychicznymi. Dość powszechna jest opinia, że pacjenci z BIID nie są urojeniowi [Bayne, Levy 2005, s. 81; Müller 2009, s. 36; Ryan 2009a, s. 22; Veale, Neziroglu 2010, s. 25]. Są w pełni świadomi niezwykłości swoich prośb i bardzo rzadko otwierają się do nich przyznając. Ponadto chcą amputacji w ściśle określonym przez siebie miejscu i najczęściej jest to kończyna znajdująca się po lewej stronie ciała. Ze względu na przewagę lewej strony, emocjonalne odrzucenie danej kończyny, jak i dokładne wskazanie pożądanej linii cięcia, Ramachandran i inni podają w wątpliwość dotychczasowe, w zasadzie nieoparte głębszą, krytyczną refleksją umieszczanie BIID pośród zaburzeń psychicznych. Jednakże dostrzegają i wielokrotnie podkreślają podobieństwo BIID do wspomnianej powyżej somatoparafrenii, choć porównywanie obu tych przypadłości jest krytykowane [Sedda 2011, s. 335]. Osoby po udarze mózgu w prawym płacie ciemieniowym przeczą temu, że dana kończyna – najczęściej lewa ręka – należy właśnie do nich. Często jest to połączone z opisywaniem przez somatoparafreników tej kończyny jako „obcej”, należącej do kogoś innego, nawet budzącej wstręt i niechęć [Ramachandran, McGeoch 2007, s. 250–251]. Somatoparafrenia jest nabywana w ciągu życia w wyniku uszkodzenia mózgu. Natomiast w przypadku BIID kalifornijscy badacze zakładają wrodzoną bądź rozwojową dysfunkcję prawego górnego płacika ciemieniowego, czyli części prawego płata ciemieniowego, który jest w dużej mierze odpowiedzialny za konstruowanie obrazu ciała [Brang, McGeoch, Ramachandran 2008, s. 1305–1306]. Somatoparafrenikom czasową poprawę przynoszą próby kaloryczne, czyli wlewanie wody do zewnętrznego przewodu słuchowego lewego ucha, powodujące aktywację prawego płata ciemieniowego, uszkodzonego w udarze [Ramachandran, McGeoch 2007, s. 251]. Ramachandran i inni jeszcze nie zbadali, czy taki zabieg odniósłby pożądane skutki w przypadku pacjentów z BIID. Zamiast tego zdołali przeprowadzić badania zdające się potwierdzać tezę, że źródłem tego zaburzenia jest rozdźwięk między ciałem a jego obrazem. Przy okazji jednego z nich zaproponowali, by omawianą przypadłość określać jako *xenomelia* (gr. *xenos* = obcy, *melos* = kończyna) [McGeoch i in. 2011, s. 1314–1315].

W pierwszym badaniu, po ukłuciu szpilką poniżej pożądanej linii amputacji zauważyli znacznie (dwu-, a nawet trzykrotnie) podwyższone przewodnictwo skórne w stosunku do odczytów po ukłuciu powyżej linii cięcia, jak i w pozostałych, niewskazywanych przez pacjentów kończynach [Brang, McGeoch, Ramachandran 2008, s. 1305–1306]. Interpretację takich wyników zaproponowali dopiero przy kolejnych badaniach, tym razem z wykorzystaniem magnetoencefalografii. Za jej

pomocą stwierdzili znacznie ograniczoną aktywność [McGeoch i in. 2011, s. 1314, 1316], a nawet brak aktywności [McGeoch i in. 2009, s. 1, 3] prawego górnego płacika ciemieniowego w przypadku dotykania owych „nieprzystających” kończyn. Pacjent, mimo że normalnie czuje i kieruje daną kończyną, nie uwzględnia jej w zintegrowanym obrazie ciała. Sygnały z kończyny, jak ukłucie szpilką czy jakiegokolwiek inne bodźce, są normalnie odbierane przez pierwszorzędową korę czuciową [Brang, McGeoch, Ramachandran 2008, s. 1306; Ramachandran i in. 2009, s. 776]. Mimo to prawy górny płacik ciemieniowy odpowiedzialny za „zbieranie” takich sygnałów (wizualnych, dotykowych oraz innych), na podstawie których tworzy zintegrowany obraz ciała, nie uwzględnia tej określonej kończyny. Ta rozbieżność między faktyczną fizycznością (ciałem) a jej subiektywnym przeżywaniem (obrazem ciała) powoduje nie tyle zaprzeczanie „własności” danej kończyny (jak przy somatoparafrenii) czy przekonanie o jej brzydocie (jak przy BDD), ile uczucie znajdowania się w niej do końca właściwym ciele (jak przy GID), „nadkompletności” i wskutek tego wywołuje chęć amputacji. Wspomniane bardzo wysokie odczyty przewodnictwa skórno tłumaczy się właśnie tą niezgodnością [McGeoch i in. 2009, s. 3; McGeoch i in. 2011, s. 1317]. Z jednej strony pacjent normalnie czuje daną kończynę, ale z drugiej nie towarzyszy temu odpowiednia aktywność w prawym górnym płaciku ciemieniowym.

Dotychczas proponowane konwencjonalne terapie, jak farmakoterapia z zastosowaniem selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (do których należy popularny lek antydepresyjny Prozac), nie pomogły w zlikwidowaniu samej chęci amputacji. Tylko w niektórych przypadkach odrobinę ograniczyły sam odczuwany przez pacjentów dyskomfort [Müller 2009, s. 39; Ryan 2009a, s. 26]. Ponadto, do tej pory odnotowano i opisano tylko jeden przypadek skutecznej psychoterapii [Sedda 2011, s. 335]. Oczywiście nie należy zarzucać poszukiwań efektywnych i niekontrolowanych terapii. Choć można na to reagować niedowierzaniem, obecnie jedyną skuteczną kuracją z perspektywy osób z BIID wydaje się właśnie amputacja. Po niej pacjenci twierdzą, że ich życie uległo znacznej poprawie, wreszcie czują się dobrze we własnym ciele [Bayne, Levy 2005, s. 83; Dua 2010, s. 77; Johnston, Elliott 2002, s. 431]. Nie chcą kolejnych interwencji w integralność ciała, co wyraźnie odróżnia ich od pacjentów z BDD, dla których operacja ma często nieprzewidywalne skutki [Veale, Neziroglu 2010, s. 25]. Przykładowo, mimo zabiegu mogą wciąż być przekonani, że dana część ich ciała jest wyjątkowo brzydka i wymaga dalszych operacji.

Aktualna dyskusja nad BIID w dużej mierze zdaje się koncentrować na dwóch głównych, niejako przeciwstawnych rodzajach kuracji. Można bowiem dążyć do dostosowania ciała do jego obrazu, jak i podejmować działania odwrotne, czyli chcieć dostosować obraz do ciała [Bridy 2004, s. 151; Müller 2009, s. 41]. Obie możliwości wiążą się z wieloma kontrowersjami. Ze względu na ramy niniejszego opracowania wymieniono tylko te najistotniejsze.

Pierwszy, najszerszej dyskutowany sposób terapii sprowadzający się do amputowania „nieprzystającej” do obrazu ciała kończyny jest technicznie prostszy, lecz niezwykle problematyczny pod względem prawnym, etycznym i społecznym. Przykładowo, na bardzo prawdopodobne przypadki penalizacji (faktycznego ścigania) amputacji zdrowych kończyn „na życzenie”, zwłaszcza gdy w takim zabiegu uczestniczy lekarz, można spoglądać z szerokiej filozoficzno- i socjologiczno-prawnej perspektywy zja-

wiska paternalizmu prawa. Pojawiają się tutaj także istotne problemy dogmatyczno-prawne autonomii pacjenta czy ewentualnych granic zgody dysponenta dobrem prawnym i zasady *volenti non fit iniuria* (chcącemu nie dzieje się krzywda), które mają zasadnicze znaczenie dla rozstrzygnięcia kwestii ewentualnej odpowiedzialności karnej lekarzy decydujących się mimo wszystko amputować zdrową kończynę. Ponadto BIID wymaga zrewidowania poglądów na przysięgę Hipokratesa. Ta zdaje się bowiem zakładać wyłącznie fizykalne rozumienie szkody (krzywdy), a nie bierze pod uwagę stanów mentalnych pacjentów z BIID [Dua 2010, s. 75, 77]. Doświadczają oni dużego dyskomfortu psychicznego i aktualnie tylko amputacje przynoszą im ulgę w tym cierpieniu. Skłania to także do zrewidowania poglądów na temat niepełnosprawności. W uproszczeniu można wyróżnić dwa modele niepełnosprawności: medyczny i społeczny [Müller 2009, s. 36, 41; Bridy 2004, s. 152]. Pierwszy skupia się na faktycznych, fizycznych ograniczeniach związanych z samym faktem niekompletności, upośledzenia ciała. Według drugiego stanowiska niepełnosprawność nie jest wynikiem samej odmienności czy brakiem pełnej funkcjonalności ciała, lecz nieuwzględnianiem takich różnic przez resztę społeczeństwa. Można zakładać, chyba w usprawiedliwiony sposób, że dominujące, intuicyjne poglądy na temat niepełnosprawności odpowiadają modelowi medycznemu, w świetle którego amputacja zdrowej kończyny „na życzenie” musi być kategorycznie odrzucona. Trzeba jednak mieć świadomość, że wobec takiej powszechnej stygmatyzacji, podkreślania braku prawa do pożądanego zabiegu, osoby z BIID gotowe są podejmować bardzo drastyczne, stwarzające zagrożenie dla swojego życia działania mające na celu wymuszenie amputacji [Ryan 2009a, s. 31]. Tymczasem opinie samych pacjentów przed i po amputacji zdają się wymagać przyjęcia społecznego modelu niepełnosprawności. Odrzuca on pozornie obiektywny punkt widzenia środowiska medycznego czy całej opinii publicznej, przekonanej, że wie, co jest najlepsze dla innych. Aktualna wiedza o BIID legitymizuje skupienie się na perspektywie samego pacjenta, tego jak on postrzega ewentualną amputację i związane z nią spodziewane niedogodności.

Drugi możliwy do wyróżnienia rodzaj terapii ma na celu dostosowanie obrazu ciała do samego ciała. Odnosząc się do ustaleń Ramachandrana i jego współpracowników, można się domyślać, że polegałoby to na szeroko pojętej ingerencji w strukturę dotkniętego wrodzoną bądź rozwojową dysfunkcją prawego górnego płacika ciemieniowego. Terapia, która nie skutkuje nieakceptowanym przez większość oraz budzącym szereg problemów i kontrowersji naruszeniem fizyczności pacjenta, może być oceniana jako bardziej pożądana i odpowiednia. W końcu prawdziwym źródłem dyskomfortu odczuwanego przez pacjentów z BIID jest mózg, a nie kończyna nieuwzględniana w ich obrazie ciała [Pies 2009, s. 180; Ryan 2009b, s. 181]. Porównując ją do pierwszego modelu skupiającego się na amputacji, drugi rodzaj terapii jest z pewnością zdecydowanie bardziej wymagający i skomplikowany. Poza tym tylko pozornie zdawałoby się, że jest on mniej kontrowersyjny. Jakkolwiek nie wiąże się z nim tak różnorodna paleta problemów prawnych, to zauważa się inny istotny dylemat. Trzeba pamiętać, że osoby z BIID w zasadzie od początku ich życia niekonwencjonalnie odczuwają swoje ciało. Co więcej, całe lata przeżyte z tak niecodzienną przypadłością powodują, że staje się ona częścią ich tożsamości. Zatem oferowanie im dopasowania obrazu ciała do samego ciała może być traktowane jak propozycja zmia-

ny istotnej części ich tożsamości [Bayne, Levy 2005, s. 81]. Zdaje się, iż jest to podobne do przypadków, gdy osoby od urodzenia niewidzące czy niesłyszące nie traktują swojego stanu jako niepełnosprawności, lecz jako element osobowości [Bayne, Levy 2005, s. 81; Müller 2009, s. 39].

Te i wiele innych możliwych do wskazania kontrowersji związanych z BIID tylko utwierdzają w przekonaniu, że jest to prawdziwie interdyscyplinarne wyzwanie. To zaburzenie stanowi interesujący przykład tego, jak „nieobjęte świadomością” procesy somatyczne zachodzące w mózgu wpływają na przeżywane stany mentalne [Brang, McGeoch, Ramachandran 2008, s. 1306; McGeoch i in. 2009, s. 4; McGeoch i in. 2011, s. 1318] mogące prowadzić do działań, które w ocenie większości są skrajnie szokujące, drastyczne i niezrozumiałe. Raczej trudno oczekiwać, że same neuronauki rozwiążą pojawiające się na tym tle problemy (m.in. prawne, etyczne i społeczne) [Levy 2007, s. 4]. Jednakże badania i odkrycia neuronauk mają kardynalne praktyczne znaczenie dla prób rozstrzygnięcia takich dylematów, gdyż pozwalają zrozumieć BIID. Dopiero gdy posiadzie się taką wiedzę, można konfrontować się z wyżej wymienionymi kontrowersjami. Trzeba jednak podkreślić, że z pewnością nie będzie to łatwe zadanie.

## BIBLIOGRAFIA

- Aggrawal A. (2009). *Forensic and Medico-legal Aspects of Sexual Crimes and Unusual Sexual Practices*. Boca Raton: CRC Press.
- Bayne T., Levy N. (2005). *Amputees By Choice: Body Integrity Identity Disorder and the Ethics of Amputation*. „Journal of Applied Philosophy” 22(1), s. 75–86.
- Brang D., McGeoch P.D., Ramachandran V.S. (2008). *Apotemnophilia: A Neurological Disorder*. „NeuroReport” 19(13), s. 1305–1306.
- Bridy A. (2004). *Confounding Extremities: Surgery at the Medico-ethical Limits of Self-modification*. „Journal of Law, Medicine and Ethics” 32(1), s. 148–158.
- DeMello M. (2007). *Encyclopedia of Body Adornment*. Westport: Greenwood Press.
- de Vignemont F. (2007). *Habeas Corpus: The Sense of Ownership of One's Own Body*. „Mind & Language” 22(4), s. 428–449.
- Dua A. (2010). *Apotemnophilia: Ethical Considerations of Amputating a Healthy Limb*. „Journal of Medical Ethics” 36, s. 75–78.
- Johnston J., Elliott C. (2002). *Healthy Limb Amputation: Ethical and Legal Aspects*. „Clinical Medicine” 2(5), s. 431–435.
- Levy N. (2007). *Neuroethics – Challenges for the 21<sup>st</sup> Century*. Oxford: Oxford University Press.
- McGeoch P.D., Brang D., Song T., Lee R.R., Huang M., Ramachandran V.S. (2009). *Apotemnophilia – the Neurological Basis of a ‘Psychological’ Disorder*. „Nature Precedings”, <http://precedings.nature.com/documents/2954/version/1/files/npre20092954-1.pdf>, s. 1–7 (dostęp: 9.05.2012).
- McGeoch P.D., Brang D., Song T., Lee R.R., Huang M., Ramachandran V.S. (2011). *Xenomelia: A New Right Parietal Lobe Syndrome*. „Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry” 82(12), s. 1314–1319.
- Müller S. (2009). *Body Integrity Identity Disorder (BIID) – Is the Amputation of Healthy Limbs Ethically Justified?* „The American Journal of Bioethics” 9(1), s. 36–43.

- Patrone D. (2009). *Disfigured Anatomies and Imperfect Analogies: Body Integrity Identity Disorder and the Supposed Right to Self-demanded Amputation of Healthy Body Parts*. „Journal of Medical Ethics” 35, s. 541–545.
- Phillips K.A. (2009). *Understanding Body Dysmorphic Disorder. An Essential Guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Pies R. (2009). *The Ethics of Limb Amputation and Locus of Disease*. „Neuroethics” 2, s. 179–180.
- Ramachandran V.S., Brang D., McGeoch P.D., Rosar W. (2009). *Sexual and Food Preference in Apotemnophilia and Anorexia: Interactions between ‘Beliefs’ and ‘Needs’ Regulated by Two-way Connections between Body Image and Limbic Structures*. „Perception” 38, s. 775–777.
- Ramachandran V.S., McGeoch P. (2007). *Can Vestibular Caloric Stimulation Be Used to Treat Apotemnophilia?* „Medical Hypotheses” 69, s. 250–252.
- Ryan C.J. (2009a). *Out on a Limb: The Ethical Management of Body Integrity Identity Disorder*. „Neuroethics” 2, s. 21–33.
- Ryan C.J. (2009b). *The Ethical Management of Body Integrity Identity Disorder: Reply to Pies*. „Neuroethics” 2, s. 181.
- Schramme T. (2008). *Should We Prevent Non-Therapeutic Mutilation and Extreme Body Modification?* „Bioethics” 22(1), s. 8–15.
- Sedda A. (2011). *Body Integrity Identity Disorder: From a Psychological to a Neurological Syndrome*. „Neuropsychology Review” 21(4), s. 334–336.
- Tomasini F. (2010). *The Case of Self-demand Amputees: A Case for Professional Ethics?*, [w:] M. Häyry, T. Takala, P. Herisonne-Kelly, G. Árnason (red.), *Arguments and Analysis in Bioethics* (s. 197–215). Amsterdam, NY: Rodopi.
- Veale D., Neziroglu F. (2010). *Body Dysmorphic Disorder – A Treatment Manual*. Chichester–Malden: Wiley-Blackwell.

### **„Only after the Amputation, I Will Be Complete” – Body Integrity Identity Disorder as Interdisciplinary Challenge. Outline of the Problem**

This article draws attention to the ailment known as Body Integrity Identity Disorder (BIID). People affected by it are convinced that a particular limb does not correspond to their subjective body image. This discrepancy causing large discomfort is often eliminated through amputations. After selecting predominantly exchanged reasons for amputation of healthy limbs “on demand”, the specificity of the BIID is presented with particular emphasis on current research in broadly understood neuroscience. Research suggests congenital dysfunction of the right superior parietal lobule. The last part of the article lists the examples of the legal, ethical and social problems that may be associated with BIID, while stressing the role of neuroscience in attempts to solve these dilemmas.