



Dominika
Byczkowska-Owczarek

.....

BATUTA *i skalpelem*

Ciało w zawodach
wysokospecjalistycznych



BATUTA
i skalpelem



WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO

**Dominika
Byczkowska-Owczarek**

.....

BATUTA *i skalpelem*

**Ciało w zawodach
wysokospecjalistycznych**



**WYDAWNICTWO
UNIwersytetu
ŁÓDZKIEGO**

Łódź 2024

Dominika Byczkowska-Owczarek (ORCID: 0000-0002-6411-6550)
– Uniwersytet Łódzki, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny,
Katedra Socjologii Kultury
90-214 Łódź, ul. Rewolucji 1905 r. 41/43

RECENZENCI

Marek Gorzko
Honorata Jakubowska

REDAKTOR INICJUJĄCY

Monika Borowczyk

REDAKCJA

Eliza Orman

SKŁAD I ŁAMANIE

Editio

KOREKTA TECHNICZNA

Anna Jakubczyk, Katarzyna Woźniak

PROJEKT OKŁADKI

Weronika Szychowska

Źródło ilustracji wykorzystanej na okładce
Ireneusz Pierzgański, Bez tytułu, 1966, © Muzeum Sztuki, Łódź

© Copyright by Dominika Byczkowska-Owczarek, Łódź 2024
© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2024

<https://doi.org/10.18778/8331-389-4>

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
Wydanie I.W.11118.23.0.M

Ark. wyd. 22; ark. druk. 20,5

ISBN 978-83-8331-389-4
e-ISBN 978-83-8331-390-0

Publikacja jest udostępniona na licencji Creative Commons
Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 4.0 (CC BY-NC-ND)

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
90-237 Łódź, ul. Jana Matejki 34A
www.wydawnictwo.uni.lodz.pl
e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl
tel. 42 635 55 77

Spis treści

1. Wprowadzenie	9
2. Praca w zawodzie neurochirurga	40
2.1. Kontekst historyczny i kulturowy zawodu chirurga	40
2.1.1. Historia i kontekst zawodu chirurga a kultura zawodu	42
2.1.2. Kontekst historyczny i specyfika neurochirurgii jako subdziedziny medycznej	45
<i>Zarys historii neurochirurgii</i>	<i>45</i>
<i>Specyfika neurochirurgii jako dziedziny medycznej</i>	<i>47</i>
<i>Neurochirurgia i inne specjalności lekarskie</i>	<i>49</i>
<i>Technologia w pracy neurochirurgicznej</i>	<i>54</i>
<i>Socjalizacja w zawodzie neurochirurga</i>	<i>56</i>
2.2. Kontekst organizacyjny pracy neurochirurgów	59
2.3. Praktyka pracy neurochirurgicznej na badanym oddziale	61
2.4. Proces pracy neurochirurgicznej	66
2.4.1. Subprocesy pracy neurochirurgicznej	67
<i>Subproces kwalifikacji</i>	<i>67</i>
<i>Subproces przygotowania do operacji</i>	<i>70</i>
<i>Subproces realizacji operacji</i>	<i>72</i>
<i>Subproces opieki pooperacyjnej</i>	<i>74</i>
<i>Subproces opieki poszpitalnej</i>	<i>74</i>
2.4.2. Praca na sali operacyjnej	75
<i>Sala operacyjna</i>	<i>75</i>
<i>Zespół operacyjny</i>	<i>80</i>
<i>Ciało pacjenta</i>	<i>84</i>
2.4.3. Podejmowanie decyzji w pracy neurochirurgicznej	87
<i>Podejmowanie decyzji w kolejnych subprocessach pracy neurochirurgicznej</i>	<i>90</i>
2.4.4. Niepewność w pracy neurochirurgów	91
<i>Źródła niepewności</i>	<i>93</i>

2.4.5. Błędy w pracy neurochirurgicznej	96
2.4.6. Strategie asekuracyjne	98
2.4.7. Sytuacja kobiet w zawodzie neurochirurga	101
2.5. Praca poprzez ciało w zawodzie neurochirurga – dostosowywanie się (<i>adjusting</i>)	108
2.5.1. Używanie ciała jako narzędzia pracy	110
Uwarunkowania indywidualnej cielesności operatora	110
Ostrzenie narzędzia	112
Usamodzielnienie ciała	118
Nabywanie warsztatu	119
Scaffolding jako metoda nauczania	122
Zmysły w pracy neurochirurga	127
Przeszkody w pracy poprzez ciało	132
Zarządzanie ciałem – efektywne wykorzystanie zasobów ciała i zaspokajanie jego potrzeb	135
Zmęczenie	139
Emocje w pracy neurochirurga	141
2.5.2. Dostosowywanie innych osób i obiektów do ciała operatora	144
Współpraca z instrumentariuszką	144
Dostosowywanie obiektów	147
Dostosowywanie przestrzeni	148
Używanie narzędzi neurochirurgicznych	148
Realizowanie różnych rodzajów wiedzy w zawodzie neurochirurga	151
2.5.3. Podsumowanie	153
3. Praca w zawodzie dyrygenta orkiestrowego	154
3.1. Historia i przemiany zawodu dyrygenta	154
3.2. Proces pracy dyrygenta	156
3.2.1. Specyfika pracy dyrygenckiej	156
3.2.2. Autodefinicja w zawodzie dyrygenta	158
3.2.3. Aspekty dyrygowania	162
3.2.4. Konteksty pracy dyrygenta	164
<i>Próba i koncert</i>	164

<i>Filharmonia</i>	165
<i>Opera</i>	165
<i>Nagranie</i>	167
3.2.5. Subprocesy pracy dyrygenta	167
<i>Subproces interpretacji dzieła</i>	168
<i>Subproces prezentacji interpretacji i (pozornych) negocjacji z orkiestrą</i>	171
<i>Subproces przygotowania dzieła z orkiestrą</i>	172
<i>Subproces wykonywania dzieła podczas koncertów</i>	172
3.2.6. Dobre praktyki w pracy dyrygenta	174
3.2.7. Technologia	175
3.2.8. Emocje w pracy dyrygenta	176
3.2.9. Błędy w pracy dyrygenta	179
3.3. Konstruowanie roli społecznej dyrygenta	181
3.3.1. Kompozytor i partytura muzyczna	182
3.3.2. Orkiestra	183
3.3.3. Chór	187
3.3.4. Soliści	188
3.3.5. Balet	190
3.3.6. Publiczność	191
3.3.7. Inne uwarunkowania realizowania roli dyrygenta	193
3.4. Kariera dyrygenta	198
3.4.1. Dyspozycje do wykonywania zawodu dyrygenta	198
3.4.2. Stawianie się dyrygentem	200
3.4.3. Punkty zwrotne	203
3.4.4. Zarządzanie karierą	206
3.4.5. Sprzężenie zwrotne karier mistrza i ucznia	207
3.4.6. Wpływ płci dyrygenta na rozwój kariery	209
3.4.7. Uwarunkowania instytucjonalne kariery dyrygenta	214
3.5. Praca poprzez ciało w zawodzie dyrygenta – uzewnętrznianie (<i>externalizing</i>)	216
<i>Predyspozycje</i>	218
<i>Czerpanie z własnych doświadczeń</i>	219
<i>Nabywanie warsztatu</i>	222
<i>Podział symboliczny i funkcjonalny ciała</i>	222

3.5.1. Proces socjalizacji wtórnej w zawodzie dyrygenta	
– aspekt cielesny	232
<i>Proces edukacji formalnej – socjalizowanie do ekspresji</i>	232
Przychodzenie	237
<i>Ciało mistrza</i>	238
<i>Adresaci działania głównego</i>	239
<i>Zarządzanie ciałem w zawodzie dyrygenta</i>	240
<i>Doskonalenie ciała jako narzędzia przekazu</i>	241
<i>Utrzymanie ciała w formie</i>	242
<i>Ciało nie w pełni sprawne</i>	243
<i>Używanie przedmiotów – ubiór i batuta</i>	245
3.5.2. Podsumowanie	249
4. Charakterystyka pracy poprzez ciało w badanych zawodach	250
4.1. Praca poprzez ciało w zawodach neurochirurga i dyrygenta	
orkiestrowego – analiza i porównanie	250
4.1.1. Nabywanie warsztatu – nauczanie umiejętności cielesnych ..	258
4.1.2. Przywództwo realizowane poprzez ciało	269
<i>Rola współpracowników – osoby podlegające przywódcy</i> ...	270
<i>Modele realizowania roli przywódcy</i>	271
4.1.3. Specyfika zadania a praca poprzez ciało	274
<i>Praca z obiektami zróżnicowanymi wewnątrznie</i>	275
<i>Wchodzenie w interakcje z obiektami pracy</i>	276
<i>Dobra robota – wymiar prakseologiczny</i>	279
5. Podsumowanie – społeczne konstruowanie cielesności	
w zawodach wysokospecjalistycznych	283
5.1. Wnioski z badań	283
5.2. Społeczne konstruowanie cielesności w obszarze roli zawodowej ..	287
6. Metodologia i naturalna historia badania	296
Bibliografia	311
Spis rysunków	325
Spis tabel	327

1. Wprowadzenie

- Czym Bóg różni się od neurochirurga?
- Bóg wie, że nie jest neurochirurgiem¹.

Podczas obserwacji prowadzonych na oddziale neurochirurgii słyszałam ten dowcip wielokrotnie. Jakiś czas później, przeglądając strony internetowe poświęcone muzyce klasycznej, napotkałam ten sam dowcip, tym razem odnoszący się do dyrygentów. Osoby wykonujące oba zawody są często tak właśnie postrzegane zarówno przez swoje środowisko, jak i przez osoby z nim niezwiązane. Gdy jednak spojrzymy za kulisy owego „bycia bogiem”, odnajdziemy ciekawe i skomplikowane światy społeczne, w których stale funkcjonuje wiele uzależnionych od siebie wzajemnie społecznych zjawisk i procesów, reprodukowanych nieustannie przez aktorów społecznych pełniących rozmaite role. Znajdziemy tam także codzienną, wykonywaną przez wiele osób pracę, dzięki której szczytne ideały medycyny i sztuki muzycznej są wprowadzane w życie. Jednocześnie bycie „bogiem” często wiąże się z samotnością – w podejmowaniu decyzji, w przyjmowaniu odpowiedzialności, w prowadzeniu zespołu. Zarówno dyrygenci, jak i neurochirurdzy podejmują codzienną pracę na wielu poziomach, od intelektualnej, poprzez interakcyjną, aż do pracy realizowanej poprzez ciało. O pracy tych ludzi opowiada moja książka.

Prowadzenie wcześniejszych badań uczuliło mnie na kwestie społecznego konstruowania cielesności – procesu polegającego na tym, że poprzez normy grupowe, wartości, interakcje, rytuały, przekazy medialne, kontrolę i inne praktyki społeczeństwo w bezpośredni sposób wpływa na ciała jednostek, także w sensie fizycznym. Ponieważ zawsze interesowała mnie też socjologia pracy, zwróciłam uwagę na to, jak proces ten przebiega w kontekstach zawodowych. Miałam przekonanie, że ciała traktowane są tam jako narzędzia wykonywania określonych zadań. W szczególności interesowały mnie zawody artystyczne i medyczne. Realizowana w ich ramach praca poprzez ciało jest bardzo wyspecjalizowana oraz

¹ Jest to maksyma opisująca charakter zawodu neurochirurga ujęta w dowcip. Znalazłam go także w książce *Neurochirurdzy. Sekrety polskich wszechmogących* autorstwa Marianny Fijewskiej (2022: 155). Pojawia się on w rozmowie autorki z doktorem Łukaszem Grabarczykiem, polskim neurochirurgiem pracującym w szpitalu we Lwowie od rozpoczęcia wojny w Ukrainie.

bazuje na różnych rodzajach wiedzy. Konteksty kulturowe i grupowe pełnienia obu rodzajów ról zawodowych znacznie różnią się od siebie. Byłam ciekawa, czy wpływa to na ich realizację poprzez ciało.

W ten sposób powstał pomysł przedstawionych w tej książce badań. Realizowałam je przez trzy lata, spędzając intensywnie pół roku na oddziale neurochirurgicznym i dwa semestry w Uczelni Muzycznej, a także obserwując próby operowe. Przeprowadziłam w tym czasie wiele wywiadów i mniej formalnych rozmów z osobami wykonującymi zawody neurochirurga i dyrygenta, a także z osobami kształcącymi się do tych ról i wspierającymi przedstawicieli tych zawodów w realizacji ich zadań. Prawie zawsze spotykałam się z otwartością osób badanych. Otworzyły one przede mną drzwi do ich światów: chętnie dzieliły się ze mną swoimi doświadczeniami, poglądami, pozwalały, bym obserwowała ich pracę. Jestem im za to bardzo wdzięczna. Moim zadaniem było m.in. ukazanie obu zawodowych światów tak, jak widzą je ich przedstawiciele. W tej książce postarałam się zrobić to jak najdokładniej, także poprzez oddanie głosu osobom, które wzięły udział w moich badaniach.

Nie było moim celem ukazywanie rzeczywistości „obiektywnej”, konfrontowanie wypowiedzi moich badanych z danymi statystycznymi niepochoǳącymi z instytucji, w których pracują, czy też weryfikowanie „prawdziwości” ich wypowiedzi. Zależało mi, aby ukazać sposób, w jaki doświadczana przez nich rzeczywistość zawodowa wpływa na konstruowanie i używanie przez nich własnych ciał. Jeśli zatem jakieś wątki znane z innych publikacji dotyczących któregoś z zawodów nie pojawiają się w tej książce, znaczy to, że nie pojawiły się one w moich badaniach. Oczywiście, żaden neurochirurg, dyrygent czy przedstawiciel innego zawodu nie żyje w próżni społecznej, a jego rzeczywistość nie ogranicza się do kontekstu instytucji, w której pracuje. Na te uwarunkowania pracy poprzez ciało także zwracam uwagę w książce, jednak nie stawiam ich w centrum mojego zainteresowania.

Wierzę, że nauka jest grą zespołową i najlepsze efekty uzyskuje się w wyniku rozmów, konsultacji, merytorycznej krytyki, konfrontowania różnych punktów widzenia, a praca naukowa nigdy nie powstaje w próżni. Dlatego też doceniam fakt, że przygotowując tę książkę, mogłam korzystać ze wsparcia merytorycznego i osobistego wielu osób. Oprócz badanych wpływ na kształt wniosków zawartych w tej publikacji mają moi mentorzy i współpracownicy. Podczas badań i prac nad książką miałam przyjemność przeprowadzić wiele mniej lub bardziej formalnych rozmów na opisywany temat. Podczas zebrań Katedry Socjologii Organizacji i Zarządzania, a później Katedry Socjologii Kultury Instytutu Socjologii Uniwersytetu Łódzkiego, seminariów organizowanych przez Sekcję Socjologii Jakościowej i Symbolicznego Interakcjonizmu oraz Sekcję Socjologii Ciała Polskiego Towarzystwa Socjologicznego miałam szansę pokazać moją pracę osobom z dużym

doświadczeniem badawczym, wiedzą z zakresu symbolicznego interakcjonizmu, badań jakościowych, socjologii ciała i pracy.

Z mojego przekonania o zespołowym charakterze pracy naukowej wynika też to, że książka ta jest publikowana w wolnym dostępie. Jedną z wyznawanych przeze mnie wartości jest demokratyzacja nauki i umożliwienie jak najszerszemu gronu czytelników dostępu do wyników badań. Dlatego też w monografii intencjonalnie używam języka, który ma na celu wyjaśniać omawiane zjawiska, ale nie stanowić bariery dla odbiorców. Jako autorka chciałabym usytuować ją pomiędzy socjologią akademicką i publiczną. Mam nadzieję, że po książkę sięgną nie tylko przedstawiciele mojej dziedziny nauki czy nauk pokrewnych, ale także osoby praktykujące medycynę czy muzykę bądź zainteresowane nimi.

Prezentowane w niniejszej monografii wyniki badań, jak i koncepcja społecznego konstruowania cielesności w obszarze roli zawodowej są elementami szerszego, realizowanego przeze mnie od ponad dziesięciu lat planu badawczego. Obejmuje on różne obszary substantywne czy, mówiąc inaczej, różne społeczne światy: tańca towarzyskiego (Byczkowska 2007a, 2010, 2012, 2019), fizjoterapii (Byczkowska-Owczarek 2014) czy choroby (Byczkowska-Owczarek 2013; Grantham, Płaszewski, Byczkowska-Owczarek 2023). Mam świadomość, że zestawienie w niniejszej monografii zawodów neurochirurga i dyrygenta orkiestrowego może wzbudzać kontrowersje. Jest ono jednak celowe i służy doprecyzowaniu i rozwinięciu koncepcji społecznego konstruowania cielesności w obszarze roli zawodowej, w tym m.in. ustaleniu uwarunkowań mogących mieć wpływ na to, jak koncepcja ta pracuje (czyli jak dostosowuje się do badanej rzeczywistości, czy jest użyteczna w jej wyjaśnianiu, patrz także: Konecki 2000: 36–38), czy jakie są relacje pomiędzy składającymi się na nią pojęciami. Kolejnym, realizowanym przeze mnie krokiem jest przeprowadzenie badań wśród przedstawicieli zawodu tłumacza Polskiego Języka Migowego. Pozwoli ono na sprawdzenie, jak koncepcja społecznego konstruowania cielesności w obszarze roli zawodowej pracuje w sytuacji zawodowej, kiedy ciało stanowi w zasadzie jedyne narzędzie interpretacji i przekazu znaczeń pomiędzy przedstawicielami różnych kultur (Januszkiewicz, Jura, Kowal 2012; Marganiec 2014; Wrześniewska-Pietrzak, Ruta 2013).

Zastosowane koncepcje teoretyczne

Interakcjonizm symboliczny

Proponowana przeze mnie koncepcja społecznego konstruowania cielesności w obszarze roli zawodowej sytuuje się w nurcie teoretycznym interakcjonizmu symbolicznego, ponieważ wskazuje na kluczowe znaczenie czynników interakcyjnych i grupowych w kształtowaniu cielesności w procesie socjalizacji wtórnej.

Tworzyłam ją, czerpiąc zarówno z dorobku interakcjonizmu symbolicznego, jak i koncepcji zakorzenionych w tej perspektywie teoretycznej ugruntowanych empirycznie. Analizując omawiane zjawiska, nie odwołuję się do węższej ramy teoretycznej bazującej na jednej teorii, a raczej na szeregu koncepcji zgodnych z założeniami interakcjonizmu symbolicznego. Jak piszą Waskul i Vannini w książce *Body/embodiment: Symbolic Interaction and the Sociology of the Body* (2006: 4), „interakcyoniści są pragmatyczni i swobodnie czerpią z różnych ram teoretycznych, aby proponować prowokacyjne analizy” oraz „interakcjonista jest skłonny zapożyczać kluczowe pojęcia z różnych korpusów interakcjonizmu, by sformułować bardziej zrozumiały koncept”. Dlatego też korzystam z dorobku wielu badaczy.

Idąc tym tropem, a także podążając za wskazówkami metodologii teorii ugruntowanej, przyjęłam założenie o otwartości na analizowane dane, m.in. poprzez nieforsowanie z góry przyjętej teorii. Zgodnie z zasadami triangulacji teoretycznej do analizy badanych zjawisk zastosowałam rozmaite koncepcje, które w swoich założeniach zgodne są z założeniami interakcjonizmu symbolicznego. Do przywoływanych przeze mnie najczęściej i wykorzystywanych w analizie badanych zjawisk należą: koncepcja światów społecznych, habitusu, teoria aktora-sieci (*actor-network theory*, ANT), *scaffolding*, koncepcja świadomych, celowych ćwiczeń (*deliberate practice*), konstruowania roli społecznej (*role making*), perspektywa dramaturgiczna, koncepcja pracy emocjonalnej oraz interakcjonistyczna koncepcja kariery. Sięgam także po dwie koncepcje pozainterakcjonistyczne: autorstwa Antoniego Kępińskiego oraz Tadeusza Kotarbińskiego. Poniżej scharakteryzuję pokrótce każdą z wykorzystanych koncepcji, które uwzględniłam w analizie opisywanych zjawisk.

W moich badaniach, w szczególności w opisie środowisk społecznych w rozdziałach drugim i trzecim, stosuję ramę teoretyczną światów społecznych, która służyła mi do opisu i analizy powstawania i historycznego zakorzenienia obu zawodów. Jest to koncepcja rozwijana głównie przez Anselma Straussa, Tamotsu Shibutaniego, Howarda Beckera, Juliet Corbin, Adele Clarke i innych badaczy (Kacperczyk 2005: 169; 2016)². Skupia się ona na działaniach podejmowanych przez ludzi, a także na tym jak z perspektywy reguł i wartości obowiązujących w danym świecie społecznym interpretują oni działania swoje i innych. Koncepcja ta wskazuje także na procesualny charakter tych całości społecznych, uwzględniając znaczenie negocjowania, wymiany czy konfliktu.

Światy społeczne są permanentnie rekonstruowane przez swoich członków w procesie komunikowania, wzajemnych odpowiedzi i podejmowania działań w ramach określonych reguł i z wykorzystaniem dostępnych zasobów (Clarke

² Sam termin świata społecznego został po raz pierwszy użyty przez Paula Cresseya w pracy dotyczącej szkół tańca (Konecki 2010a: 29).

1990: 18–19; Kacperczyk 2005: 169–170). Jednak najważniejszym elementem świata społecznego, konstytuującym jego istnienie jest działanie podstawowe (*primary activity*) oraz działania z nim związane (Clarke 1990: 19; 1991: 133, Strauss 1984: 126; Kacperczyk 2016). W zależności od charakteru działania podstawowego w światach społecznych rozwijają się różnego rodzaju technologie, systemy organizacyjne, reguły postępowania oraz specyficzny język opisujący rzeczywistość, w której funkcjonują, ale także odróżniający osoby z jego wnętrza od tych z zewnątrz (Strauss 1984: 124). Działanie podstawowe może przebiegać w konkretnym miejscu (*site*), być realizowane z wykorzystaniem wypracowanej w świecie społecznym technologii (*technology*), a także w ramach organizacji (*organizations*) wyłonionych wewnątrz (Clarke 1990: 19). Światy społeczne to całości, których granice wyznacza działanie podstawowe realizowane przez ich członków, często będące podstawą ich tożsamości.

Światy społeczne mogą się wzajemnie przenikać, a na ich styku mogą pojawiać się obiekty graniczne (*boundary objects*) (Clarke 1991: 131, 133–134), które są przedmiotem sporów i negocjacji pomiędzy członkami w tzw. arenach sporu (*arenas*). Forsowane są tam różne rozwiązania dotyczące konfliktów pomiędzy światami, dochodzi do manipulacji, konfrontacji lub negocjowania definicji sytuacji, rozwijają się spory o stosowane technologie czy przyjęte ideologie (Clarke 1990: 20; Strauss 1984: 134; Kacperczyk 2016). Na pograniczu światów mogą znajdować się także jednostki nieposiadające jasnych autodefinicji, o nieokreślonym stanie przynależności do danego świata społecznego.

O charakterze działania podstawowego decyduje w dużym stopniu istniejąca w danym świecie społecznym ideologia, która określa, w jaki sposób należy realizować to działanie, i która jest przedmiotem stałej negocjacji pomiędzy członkami danego świata społecznego i światów przylegających (Clarke 1990: 19). W ramach każdego świata społecznego trwa także ciągle negocjowanie społecznego porządku, wzajemne interakcje pomiędzy członkami, konflikty. Powoduje ono ustalanie się granic pomiędzy tym i innymi światami społecznymi. Z procesualnego charakteru światów społecznych wynika także to, że mogą się one łączyć z pokrewnymi światami lub dzielić na subświaty. Podział ten ma miejsce w wyniku wewnętrznego współzawodnictwa, wymiany, negocjacji, profesjonalizacji czy rywalizacji związanej z działaniem podstawowym, działaniami dodatkowymi oraz definicjami sytuacji (Strauss 1984: 124). Subświat społeczny, aby móc istnieć, musi zdobyć legitymizację dla podjętej przez siebie formy działania podstawowego oraz wywalczyć uznanie dla jego wyjątkowości (Kacperczyk 2005: 175). Opisywane w książce środowiska neurochirurgów i dyrygentów orkiestrowych są właśnie przykładami owych subświatów. Subświat społeczny neurochirurgów jest częścią świata społecznego medycyny, a dyrygentów – świata muzyki. Ustalanie i utrzymywanie się nowego subświata społecznego wymaga uzyskania przez niego społecznej legitymizacji (Clarke 1990: 19–20), która polega głównie na

uzasadnianiu sensowności i autentyczności działania podstawowego i jego określonego charakteru (Kacperczyk 2005: 174).

Procesami powodującymi wytworzenie się subświatów społecznych mogą być: pączkowanie (*budding off*), polegające na wytwarzaniu wyspecjalizowanych segmentów; odłupywanie się (*splitting off*), gdy różnice w realizowaniu działania głównego uniemożliwiają dalsze działanie w ramach jednego subświata; oraz w wyniku przecinania się światów społecznych pomiędzy sobą. Oba opisywane subświaty społeczne są wynikiem pączkowania – jeden ze świata chirurgii, a drugi ze świata muzyki symfonicznej (Strauss 1984: 125).

Jednostki funkcjonujące w ramach subświatów społecznych zazwyczaj różnią się pomiędzy sobą stopniem zaangażowania, lecz w badanych przeze mnie środowiskach w zasadzie nie ma osób, które byłyby marginalnie obecne w subświecie swojej profesji. Jest to spowodowane znaczną dominacją działań i tożsamości zawodowych w życiu osób badanych, która jest wynikiem m.in. angażującej i wymagającej stałego kontynuowania pracy poprzez ciało.

Elementem funkcjonowania światów i subświatów społecznych, na który chciałabym zwrócić szczególną uwagę, jest technologia wykorzystywana do realizowania działania głównego (Kacperczyk 2005: 175). Można do niej zaliczyć wszelkiego rodzaju narzędzia, ubiór, procedury realizowania działania głównego, ale także ciało przedstawiciela danego zawodu i sposób jego użytkowania. Opisywane przeze mnie subświaty społeczne neurochirurgów i dyrygentów orkiestrowych diametralnie różnią się stopniem rozwoju technologii wykorzystywanej do realizowania działania głównego, o czym piszę w dalszej części wprowadzenia.

Istotnym elementem konstytuującym światy i subświaty społeczne są także legendy, mity, plotki, postaci bohaterów, np. ojców założycieli (Strauss 1984: 130). W drugim i trzecim rozdziale przedstawiam je w odniesieniu do wyłaniania się, a następnie profesjonalizacji w ramach obu omawianych subświatów. Zwracam także uwagę na istnienie maksym, czyli stwierdzeń mających na celu skróto-we przedstawienie wartości danej społeczności zawodowej lub jej definicji sytuacji, a także stanowiące rodzaj *know what* w pigułce.

W pracy powołuję się także na pojęcie habitusu i omawiam proces jego nabywania w obu badanych zawodach (Bourdieu, Passeron 1990). Z wcześniej przeprowadzonych przeze mnie badań wśród studentów medycyny oraz tancerzy towarzyskich (Byczkowska 2007a; 2012) wynika, że jest ono odpowiednie do analizy procesów związanych z cielesnym aspektem socjalizacji. Kapitał fizyczny, jako jeden z elementów habitusu, jest konstruowany i użytkowany społecznie i może przejawiać się poprzez wiele różnych aktywności takich jak sport, jedzenie czy inne rodzaje fizycznego funkcjonowania w świecie (za: Wainwright, Williams, Turner 2006: 536–537). Wyniki dotychczasowych badań wśród neurochirurgów, a także przedstawicieli innych specjalizacji medycznych (Byczkowska-Owczarek, Kubczak, Pawłowska 2020) wskazują, że habitus cielesny może odzwierciedlać się nie tylko w postawie czy wyborze odpowiedniego danej klasie

społecznej sportu. W przypadku wielu zawodów podstawą jest, bazujący na rozwijaniu pod okiem mistrza, kapitał fizyczny. Jest on konieczny do wykonywania pracy wysokospecjalistycznej, nawet jeśli elementem tego samego habitusu klasowego jest negowanie ważności cielesnych aspektów pracy. Zjawisku temu przyglądam się dokładniej w drugim i trzecim rozdziale książki.

W analizie zjawisk wspólnych zależności pomiędzy członkami zespołów orkiestrowych i zabiegowych, a także wykorzystania technologii i stosowania reguł określających czerpałam z dorobku teorii aktora-sieci (ANT). Została ona stworzona w interdyscyplinarnym środowisku naukowym osób prowadzących badania nad nauką i technologią (Science and Technology Studies, STS), a rozwijana była głównie przez Bruno Latoura, Michela Callona, Madeleine Akrich, Johna Lawa. Koncepcja ta jest silnie zakorzeniona w konstruktywizmie, przez co akcentuje permanentne reprodukcjonowanie przez aktorów sieci społecznych. Teoretycy ANT skupiają się także raczej na opisie, niż na wyjaśnianiu działań społecznych.

Teoretycy ANT przez pojęcie aktora rozumieją „coś, co podejmuje działanie lub czemu działanie jest przypisane przez innych [...]”; aktorem może być ktokolwiek lub cokolwiek, pod warunkiem że jest źródłem działania”. Zatem za aktorów uważa się zarówno:

- osoby (neurochirurga, muzyka instrumentalistę),
- instytucje (Polskie Towarzystwo Neurochirurgów, filharmonię),
- przedmioty (rękawice chirurgiczne, partyturę muzyczną),
- organy czy zmysły ciała (lewą i prawą rękę, wzrok),
- jak i urządzenia technologiczne (mikroskop neurochirurgiczny, instrument dęty) (Latour 1996: 373; Strathern 1999: 157–158).

Ludzy (*human*) i pozaludzy (*nonhuman*) aktorzy wchodzić w interakcje i podejmują działania, współtworząc sieć (*network*), umożliwiającą wspólne działanie i realizowanie zadań stojących, jak w przypadku niniejszych badań, przed zespołami zawodowymi. Co istotne, obie kategorie są traktowane na równi, bez przyznawania aktorom ludzkim większej ważności w hierarchii (Gommart, Henion 1999: 224).

Porównując w rozdziale czwartym podobieństwa i różnice pomiędzy pracą poprzez ciało w zawodach neurochirurga i dyrygenta orkiestrowego, zastosowałam dwie koncepcje wyjaśniające używane w obu zawodach sposoby nauczania. Pierwsza z nich to *scaffolding* (Downey 2008), którą w języku polskim można nazwać koncepcją rusztowania, odwołując się do tej tymczasowej konstrukcji (pomoc nauczyciela), pozwalającej zbudować trwałe struktury (umiejętności ucznia). Dotyczy ona takiego sposobu nauczania umiejętności cielesnych, w których nauczyciel, w tym wypadku specjalista neurochirurg lub profesor dyrygentury, obserwując ucznia – rezydenta lub studenta – powoli, krok po kroku oddaje mu do wykonania kolejne elementy zadania, zaczynając od najprostszych, zapewniając jednocześnie tymczasowe wsparcie. Kontrola specjalisty stanowi

właśnie rusztowanie, czyli tymczasową strukturę, na której adept może się wesprzeć, gdy potrzebuje pomocy: zapytać o radę, wysłuchać instruktażu, oczekiwać upomnienia, jeśli robi coś nieprawidłowo. *Scaffolding* ma wymiar interakcyjny, ponieważ przejście do kolejnych, trudniejszych elementów zadania, a także oddawanie kontroli nad samodzielnym ich wykonaniem jest uzależnione od indywidualnej interpretacji umiejętności studenta przez uczącego go specjalistę.

Drugą wykorzystaną przeze mnie koncepcją jest stworzona przez Ericssona i zespół koncepcja świadomych, celowych ćwiczeń (*deliberate practice*, tłumaczona także jako celowa praktyka) (Ericsson, Krampe, Tesch-Romer 1993: 369–370, 392). Są one zdefiniowane przez autorów (Ericsson, Krampe, Tesch-Romer 1993: 369–370, 392) jako mające na celu rozwój umiejętności nowicjusza do stopnia eksperckiego lub wybitnego. Polega m.in. na przekazywaniu przez nauczycieli czy mistrzów indywidualnych instrukcji tak dobranych do potrzeb jednostki, aby maksymalizowały poprawę umiejętności. Koncepcja Erickssona i zespołu jest alternatywą dla pojęcia talentu jako wrodzonego i niemożliwego do wykształcenia zestawu predyspozycji. Jest to proces długoletni, zazwyczaj co najmniej dziesięcioletni, a jego przebieg uzależniony jest od wielu czynników, o których piszę w dalszej części pracy (Ericksson, Krampe, Tesch-Romer 1993: 368–370).

Analizując wzajemne relacje pomiędzy członkami zespołów neurochirurgicznych i orkiestrowych, tożsamości zawodowych czy podziału pracy, korzystałam z interakcjonistycznej koncepcji konstruowania roli społecznej autorstwa Ralpha Turnera (2002). Jej założeniem jest, że role społeczne charakteryzują się różnym zakresem ukonkretnienia i spójności, a jednak jednostki kształtują swoje zachowanie tak, jakby były one jasno określone. Powoduje to, że niektóre aspekty roli są mniej lub bardziej wyraźne w zależności od kontekstu społecznego (Turner 2002: 22). Zjawisko roli przedstawiane jest jako negocjowane, konstruowane społecznie, procesualne. Pomimo iż zadania stojące przed aktorami społecznymi realizującymi tę samą rolę są podobne, każdy z nich może to robić nieco inaczej. Turner twierdzi (2002: 23), że każda rola społeczna istnieje w relacji z innymi rolami społecznymi (*relevant other-roles*) i jest realizowana w konkretnych kontekstach sytuacyjnych przez jednostkę poprzez jej działania zorientowane na przedstawicieli tych ról. Jednostka nie zajmuje biernie pozycji społecznej wraz z przypisanymi jej jasnymi regułami i normami. Jest natomiast aktywnym aktorem działającym w kontekście dostarczanym, przynajmniej częściowo, przez relacje z innymi aktorami społecznymi.

Kolejną zastosowaną przeze mnie w analizie badanych zjawisk teorią jest koncepcja dramaturgiczna autorstwa Ervinga Goffmana (2000). Jest ona niezwykle przydatna w rozumieniu zjawisk zachodzących podczas pracy w grupie zawodowej, konstruowaniu występów przed współpracownikami i publicznością, którą w przypadku badanych zawodów stanowią pacjenci, ich rodziny oraz muzycy orkiestry, a także słuchacze i widzowie koncertów czy spektakli operowych.

Pozwala ona dostrzec strategie interakcyjne, w tym manipulowanie wrażeniami czy taktyki zachowywania twarzy, co ma duże znaczenie w kontekście budowania pozycji przywódczej w obu zawodach oraz związane jest z nabywaniem interakcyjnych umiejętności cielesnych, w tym ekspresji charyzmy.

Założeniem tej koncepcji jest to, że aktorzy społeczni, podobnie jak teatralni, wcielają się w role i występują przed publicznością sami lub w towarzystwie innych aktorów. Umiejscawiają swoje działania w odpowiedniej scenerii i dekoracjach (scena koncertowa czy sala operacyjna), korzystając z rekwizytów scenicznych (tytułowa batuta i mniej tytułowy mikroskop neurochirurgiczny), przybierając odpowiedni wygląd i sposób bycia (skupienie, brak zawahania), aby uwiarygodnić swój występ (Goffman 2000). Takie działania pozwalają na budowanie ładu interakcji, m.in. poprzez przekazywanie przez aktorów społecznych partnerom, którzy tak jak oni odgrywają swoje role, sygnałów (także cielesnych), jak reagować na ich działania (Turner 2005: 459). Koncepcja ta koncentruje się zatem na sposobach wywierania wpływu na różne rodzaje publiczności, czyli na osoby, od których zależy powodzenie występu. Wiele z nich ma charakter pozawerbalny i wymaga wcześniejszego nabycia odpowiednich umiejętności pod okiem mistrza, jak np. nieokazywanie niezadowolenia z pracy orkiestry w wyniku popełnienia przez któregoś z muzyków błędu.

W przypadku badanych zawodów duże znaczenie mają występy aktorów zespołowych (Goffman 2000: 126). Choć zarówno dyrygenci, jak i neurochirurdzy odgrywają swoje role przed innymi członkami zespołów, to zespoły jako takie także wchodzi w interakcje z publicznością. Zawsze jednak za wiarygodność występu odpowiada dyrygent lub neurochirurg, z czego wynika potrzeba wykształcenia przez nich umiejętności przywódczych umożliwiających manipulowanie wrażeniami, jakie zespół wywiera na publiczności.

W odniesieniu do kilku omawianych zagadnień, m.in. operowania pacjentów w znieczuleniu miejscowym lub prób orkiestrowych, zastosowałam Goffmanowskie pojęcia sceny i kulis, czyli odpowiednio: miejsc, gdzie występ jest odgrywany, i takich, gdzie jest on przygotowywany, a członkowie zespołu mogą się odprężyć i pracować, mniej koncentrując się na wywieranym na publiczności wrażeniu, a bardziej na wspieraniu spójności i wzajemnym zrozumieniu zespołu (Turner 2005: 461).

W pracy posługuję się pojęciem kariery w rozumieniu interakcjonistycznym, jako procesu będącego „rodzajem ciągłego przystosowania pomiędzy człowiekiem a różnymi faktami z życia i z jego zawodowego świata. [...] Zawiera ona zbiór projekcji siebie w przyszłości i zestaw przewidywań przebiegu zdarzeń w samym medycznym świecie” (Hughes 1958: 128–129, cyt. za: Konecki 1988: 180). W tym rozumieniu kariera, zarówno zawodowa, jak i odnosząca się do innych ról, np. rodzicielskich, charakteryzuje się posiadaniem określonych etapów, na których jednostka zajmuje kolejne pozycje i pełni związane z nimi role (np. asystenta dyrygenta czy operatora) (Dymarczyk 2012: 125). Jest ona

oceniana z perspektywy realizowania kolejnych etapów kariery, a z czasem zaczyna sama siebie oceniać pod względem oczekiwań społecznych. Kariera jest zatem aktywnie konstruowana przez jednostkę (np. poprzez uczestniczenie w zajęciach koła naukowego neurochirurgii), a jednocześnie kształtowana społecznie poprzez aktorów, z którymi jednostka wchodzi w interakcje w jej toku.

Pojęcie kariery jest związane z innymi, które także stosuję w niniejszej pracy. Pierwsze z nich to zjawisko stawania się (*becoming*). Rozumiem je za Howardem Beckerem (1951: 235) jako występowanie jakiegoś zachowania będącego wynikiem sekwencji doświadczeń społecznych. W trakcie tego procesu jednostka nabywa także pojęcie o znaczeniu takiego zachowania, jego postrzegania i oceny. Oznacza to, że zaangażowanie się w aktywność jest konstruowane w trakcie uczenia się danego zachowania i nie wyprzedza go.

Istotne z perspektywy badanych zjawisk są również pojęcia zarządzania karierą i sprzężenia zwrotnego karier (Wagner 2011). Pierwsze pojęcie odnosi się do podejmowania przez jednostkę, oraz znaczących innych, celowych działań, które mają maksymalizować zyski np. z decyzji podejmowanych w trakcie trwania kolejnych etapów kariery. Takie zarządzanie może być realizowane także przez znaczących innych, ponieważ w przypadku obu badanych zawodów znaczenie ma przynależność do konkretnej szkoły, mistrza lub instytucji. Dlatego też mamy do czynienia z drugim omawianym zjawiskiem – sprzężenia zwrotnego karier (*career coupling*, Wagner 2011; 2012). Polega ono na interakcji zachodzącej pomiędzy karierami osób działających w zawodach, w których reputacja ma szczególne znaczenie. Wzajemny sukces zarówno mistrza, jak i ucznia jest w pewnym stopniu uzależniony od sukcesu tego drugiego, przez co współdziałają oni w celu uzyskania (w przypadku ucznia) lub podtrzymania (w przypadku mistrza) swojej reputacji w świecie społecznym.

W analizie badanych zjawisk przedstawiam także punkty zwrotne (*turning points*) w przebiegu karier obu profesji. Są to takie zdarzenia, które przyspieszają, zwalniają lub zmieniają jej tok. Co za tym idzie, powodują także przemiany tożsamości, w tym przypadku zawodowej. W ich wyniku jednostka uznaje, że „nie jestem tym samym, kim byłem, jaki byłem kiedyś” (*„I am not the same as I was, as I used to be”*) (Strauss 2012: 532). Może mieć to wpływ na autodefinicję zawodową, od której zależy także sposób pracy poprzez ciało.

W pracy korzystam również z pojęcia pracy emocjonalnej (*emotional work*) autorstwa Arlie Hochschild (2009: 7). Odnosi się ono do działań podejmowanych w kontekście zawodowym, których celem jest zarządzanie i manipulowanie własnymi emocjami w taki sposób, aby spełniały one oczekiwania społeczne wobec realizowanej roli zawodowej, także te pochodzące od pracodawcy. Może ona polegać na okazywaniu emocji lub też powstrzymywaniu się od ich uzewnętrzniania lub wręcz przeżywania, a także ekspresji poprzez mimikę twarzy czy postawę i ruchy ciała.

W przypadku obu badanych zawodów mamy do czynienia z pracą emocjonalną, a umiejętności z nią związane są nabywane już na początkowych etapach kariery. Z uwagi na znaczenie roli przywódczej w kierowaniu zespołami obu rodzajów umiejętność zarówno kontrolowania swoich emocji, jak i wpływania na emocje innych, np. instrumentariuszki czy solisty, jest kluczowa dla realizacji zadań.

W rozdziale czwartym, analizując i porównując pracę poprzez ciało w obu badanych zawodach, sięgnęłam także poza ścisły krąg koncepcji wpisujących się w interakcjonizm symboliczny. Pierwszą z takich koncepcji jest perspektywa humanistyczno-psychologiczna w odniesieniu do ciała i jego kontaktów z otoczeniem autorstwa Antoniego Kępińskiego (2001), wybitnego lekarza psychiatry, filozofa, humanisty (2001: 175), który dowartościował aspekt cielesny w psychiatrii i psychoterapii. Wykorzystanie jego dorobku w moich badaniach ma miejsce głównie w odniesieniu do analizy znaczenia ciała w relacji z otoczeniem społecznym, w tym przypadku zawodowym, jednostki oraz nabywania za jego pośrednictwem fachowych umiejętności. Dotyczy to w szczególności układu ręka–oko–mózg kluczowego w pracy neurochirurgów, a także roli oczu i twarzy, jako narzędzi przekazu w zawodzie dyrygenta, których ujarznienie jest niezbędne do właściwego wykonania pracy, w tym do kreowania (i ukrywania) przeżywanych emocji.

Drugą z koncepcji, które umożliwiły mi poszerzenie zakresu stosowania triangulacji teoretycznej, jest praca wybitnego polskiego filozofa, pierwszego rektora Uniwersytetu Łódzkiego, profesora Tadeusza Kotarbińskiego. *Traktat o dobrej robocie* (2019) jego autorstwa zawiera wiele wątków przydatnych w analizie pracy poprzez ciało z perspektywy prakseologii – dziedziny skupiającej się na działaniach celowych i ich usprawnianiu (m.in. ekonomizacji, postępie). Wątki zawarte w *Traktacie* pozwalają wnieść odmienną od socjologicznej perspektywę analizy działań przedstawicieli omawianych zawodów.

Praca w obu badanych zawodach odnosi się do dzieł nazywanych przez Kotarbińskiego permutacyjnymi, czyli prowadzącymi od stadium początkowego danego obiektu do innego pod określonym względem stadium końcowego. Dzieła permutacyjne dzieli Kotarbiński (2019: 38) na konstrukcyjne, polegające na wyposażeniu obiektu w cechę, której ten obiekt nie miał, przy czym najważniejsze jest zamierzenie wykonującego dzieło, oraz dekonstrukcyjne, czyli takie, które polegają na pozbawieniu obiektu jakiejś cechy. Co ważne, przekształcenie obiektu może także polegać na dodawaniu jednej i odejmowaniu innej cechy jednocześnie. Wynik czy pomyłka nie powodują zmiany charakteru dzieła (Kotarbiński 2019: 46).

Co istotne z perspektywy analiz zawartych w rozdziale czwartym, Kotarbiński (2019: 53) proponuje definicję narzędzia jako przedmiotu, który jest źródłem siły lub przenosi naszą siłę. Wśród narzędzi wymienia takie, które służą do celów fizycznych oraz psychicznych, w tym takie, które wywołują doznania

(np. artystyczne). Autor *Traktatu o dobrej robocie* omawia także działania zbiorowe. W ich definicji odwołuje się częściowo do Herberta Meada, w odniesieniu do tego, jak działanie jednej osoby wpływa na reakcję drugiej (2019: 96). Wyróżnia on kooperację pozytywną (czyli współpracę) i negatywną (współdziałanie ujemne, np. walkę). Z kooperacją pozytywną mamy do czynienia wówczas, gdy czyny i cel dwóch lub więcej jednostek są zbieżne (Kotarbiński 2019: 96–99).

Ciało

Niezależnie od tego, jaką koncepcję teoretyczną wykorzystuję w analizach, zawsze wierna jestem założeniu, że ludzie nie tylko „mają” ciało, ale także nieustająco „robią” ciało – czyli utrzymują, produkują, kształtują, negocjują, prezentują je poprzez różnego rodzaju praktyki społeczne (Turner 1984: 24, za: Waskul, Vannini 2006: 6; Goffman 2000). Pomimo iż zdaję sobie sprawę, że nie ma jednego symbolicznego interakcjonizmu w kontekście socjologii ciała (Waskul, Vannini 2006: 4), pragnę zwrócić uwagę na punkty wspólne wielu koncepcji. W interakcjonizmie symbolicznym ciało rozumiane jest jako znaczący przedmiot i widzialnie dostępny wskaźnik (*indicator*) podmiotu działającego w kontekście interakcyjnym. Jest ono też głównym środkiem, poprzez który jednostki wchodzą w interakcje społeczne i jako takie musi być brane pod uwagę w analizach tożsamości społecznych, jaźni, doświadczeń emocjonalnych, nabywania i demonstrowania władzy (Sanders 2006: 280–281). Jak twierdzi Cooley (1902, za: Sanders 2006: 281), wygląd i nasze rozumienie reakcji innych na nasze ciało stanowią podstawę wewnętrznych i zewnętrznych interakcji. Dzięki posiadaniu ciała jesteśmy także praktycznie zawsze w nieustającym procesie komunikowania z innym (oraz z samymi sobą), niezależnie od tego, czy podejmujemy, czy też nie działania zmierzające do interakcji (Goffman 2000).

Punktem wyjścia dla mojego rozumienia zjawiska ludzkiego ciała jest definicja autorstwa Roberta Audiego (1999), który tłumaczy je jako „cielesne aspekty ludzkiej subiektywności”. Definicja ta niesie za sobą traktowanie ciała jako zjawiska doświadczanego indywidualnie, nieograniczającego się do organizmu fizycznego czy biologicznego. Jak twierdzi Synnott (1993, za: Waskul, Vannini 2006: 1):

ciało społeczne ma wiele znaczeń: główny symbol jaźni, ale także społeczeństwa; jest czymś, co mamy, ale także tym, czym jesteśmy; jest jednocześnie podmiotem i przedmiotem; jest indywidualne i osobiste, tak wyjątkowe jak odcisk palca lub zapach, ale jest również wspólne dla całej ludzkości... Ciało jest zarówno indywidualnym tworem, fizycznym i fenomenologicznym, jak i produktem kulturowym; jest własnością osobistą, a także państwową.

Z kolei zdaniem Maurice'a Merleau-Ponty'ego doświadczanie własnej cielesności istnieje przede wszystkim w naszej świadomości, stanowiąc centrum „bycia w świecie” (Merleau-Ponty 2001: 99–100). Podobne podejście do ludzkiego ciała reprezentuje Judith Hanna (1988: XII). Postrzega ona cielesność jako instrument, z którego jednostki korzystają, funkcjonując w świecie. Erving Goffman rozumie to zjawisko w podobny sposób (2006: 170–171). Ciało, m.in. specyficzne gesty czy wyraz twarzy, jest bardzo ważne, jeśli chodzi o przebieg autoprezentacji aktora społecznego, negocjowanie znaczeń i konstruowanie porządku interakcji. W tych negocjacjach istotną rolę odgrywa interpretacja znaczeń, jakie niesie ze sobą ciało. Jest także postrzegana jako element działania, ale w równym stopniu jako jego kontekst (Turner 2007: 504).

Wprowadzone przez Marcela Maussa pojęcie sposobów posługiwania się ciałem zakłada, że ciało jest narzędziem ludzkiego działania, i jako takie należy je opanować. Dotyczy to w równym stopniu jego podstawowych funkcji, takich jak stanie, chodzenie, spanie, siedzenie, trzymanie głowy i ramion, jak i bardziej złożonych umiejętności, takich jak pływanie czy używanie przedmiotów. Jednocześnie każda technika wymagająca użycia narzędzia musi być poprzedzona nabyciem umiejętności posługiwania się ciałem (Mauss 1973: 533–538, 542–543, 553). Podobną perspektywę podziela Pierre Bourdieu (Bourdieu, Passeron 1990), stwierdzając, że habitus cielesny powstaje w wyniku naśladowania innych, wychowania i specyficznych zasad ściśle opartych na prestiżu. Kultura, edukacja i inne zjawiska społeczne wnikają w ciało, kształtując sposoby jego używania, a także niosąc konsekwencje fizyczne i biologiczne dla ciał aktorów społecznych. Dlatego też w swoich badaniach starałam się zgłębić zagadnienie wykorzystania ciała jako narzędzia realizacji wiedzy wysokospecjalistycznej.

Praca, zawód i profesja

W opisywanych badaniach przyglądam się bliżej procesowi pracy. Ponieważ są one osadzone w perspektywie interakcjonizmu symbolicznego, przyjmuję koncepcję pracy jako procesu, wychodząc z założenia, że jest ona również głęboko związana z kulturą i kształtowana w toku interakcji. Co więcej, praca ma duży wpływ na tożsamość, nasze miejsce w strukturze społecznej i jest wynikiem przenikania się czynników zewnętrznych, indywidualnych, organizacyjnych i interakcyjnych (Konecki 1988). Do charakterystyki pracy należy również, że jest ona działaniem celowym, prowadzącym do zaspokojenia potrzeb ludzkich, mającym użyteczny lub społecznie doniosły charakter, zapewniającym wykonawcy określoną pozycję społeczną i materialną (Konecki 1988: 240; por. Szczepański 1961: 17; Kulpińska 1974: 7–8, cyt. za: Niedbalski 2012: 224). Definicja ta nie jest oczywiście jedyną definicją pracy w socjologii. Opiera się na kilku założeniach: o psychologicznym znaczeniu pracy (m.in. potrzeby, oczekiwania), jej ujęciu socjologicznym (ważność struktury społecznej) czy podejściu

ekonomizującym, rozumiejącym pracę jako czynność wytwarzania wartości (Konecki 1988: 240–241).

Praca jest w socjologii traktowana jako istotny element stabilizujący życie społeczne. Ważne w socjologicznym ujęciu pracy jest także to, że zwraca się dużą uwagę na społeczny i kulturowy kontekst jej wykonywania. Ma ona zatem wymiar kulturowy i jest postrzegana przez członków danej społeczności czy społeczeństwa przez pryzmat wartości i norm danej kultury (Niedbalski 2012: 225). Działanie, jakim jest praca, ma zatem charakter procesualny. Jest konstruowana przez aktorów społecznych w sposób uzależniony od takich czynników jak kultura, aspekty interakcyjne, środowisko, struktura społeczna i inne (Niedbalski 2012: 225; Konecki 1988: 226).

W książce odwołuję się również do pojęcia profesji, które rozumiem za Eliotem Freidsonem jako „grupę ludzi wykonujących zespół czynności, które zapewniają im główne źródło utrzymania – czynności, które nazywane są raczej »pracą« niż »wypoczynkiem« i raczej »powołaniem« niż »zamiłowaniem«” (1988: 71). Ponadto profesje (Goode 1977: 442) mają dwa podstawowe atrybuty: specjalistyczne szkolenie w zakresie zbioru abstrakcyjnej wiedzy oraz perspektywę kolektywną lub orientację na usługi w swojej pracy (cyt. w: Rodgers, Thorson 2019: n.p.).

Pojęcie profesji pojawiło się w Anglii i Stanach Zjednoczonych w XIX wieku i odnosiło się do przedstawicieli zawodów, które z jakiegoś powodu były szczególnie ważne dla społeczności. Profesje są uważane za dziedzictwo średniowiecznych cechów – organizacji cieszących się samodzielnością, wewnętrznymi kodeksami, systemem kształcenia i prawodawstwem. Za charakterystyczne cechy profesji uznaje się: wysoko specjalistyczne umiejętności, autonomiczne działanie, posiadanie wewnętrznych kodeksów etycznych i regulacji prawnych. Ponadto każda z profesji służy ważnemu interesowi społecznemu: prawnicy – prawu, nauczyciele – edukacji, lekarze – zdrowiu, artyści – sztuce i jest przez to moralnie zobowiązana przez społeczeństwo, w którym funkcjonuje, do dbania o jego dobro w tym zakresie (Lewenstein, Pasierski 2016: 68–69).

W tekście stosuję zamiennie terminy „profesja” i „zawód”, tak jak robi to w swoich pracach Everett Hughes, określając profesję jako rodzaj zawodu, który oferuje innym tajemne (*esoteric*), czyli zrozumiałe dla niewielkiej grupy ludzi, usługi oparte na wiedzy naukowej, a także cieszy się dużym prestiżem społecznym (Hughes 1993: 376–388). W koncepcji Hughesa profesja jest to działanie zawodowe oparte na współpracy z innymi osobami, z których każda ma określony zakres odpowiedzialności oparty na podziale pracy. Profesje powstają często w wyniku powstawania wynalazków technologicznych lub odkryć, a także rozwoju organizacyjnego (Hughes 1993: 417). Sytuacje te opiszę w rozdziałach drugim i trzecim, omawiając historyczne korzenie neurochirurgii i dyrygentury orkiestrowej.

Przedstawiciele profesji świadczą swoje tajemne usługi w formie porad lub konkretnych działań osobom, organizacjom, konkretnym grupom społecznym albo całemu społeczeństwu. Działania te mogą mieć charakter manualny lub symboliczny, ale zawsze są one zakorzenione w wiedzy i dostosowane do

konkretnej sytuacji „klienta”. Charakter tej wiedzy (zarówno jej aspekty teoretyczne, jak i merytoryczne) często jest niejasny. Bywa on mieszaniną kilku rodzajów wiedzy praktycznej i teoretycznej, zdobytej przez przedstawiciela profesji w wyniku długiego procesu kształcenia, inicjacji i praktyki pod kierunkiem mistrzów już będących w zawodzie. Między innymi z tego powodu przedstawiciele profesji bronią prawa do oceny błędów w ramach własnej grupy zawodowej. Bardziej zinstytucjonalizowana forma takiej oceny to tworzenie wewnętrznych sądów, np. lekarskich, które rozstrzygają te kwestie w miejsce sądów powszechnych (Hughes 1993: 374–375). Ponadto członkowie profesji wykonują na rzecz swoich „klientów” taką pracę, której nie można ocenić w sposób bezpośredni i natychmiastowy. Opiera się ona na wiedzy specjalistycznej, a jej wyniki są niepewne i często opóźnione. Może powodować to brak zrozumienia dla charakteru pracy przedstawicieli profesji (Lewenstein, Pasierski 2016: 68).

Everett Hughes, powołując się na Herberta Spencera, zwraca także uwagę na to, że profesja jako zawód charakteryzuje się ulepszaniem życia (*augmentation of life*), wynoszeniem go na wyższy poziom. Powołuje się na przykład zawodów medycznych – wydłużających życie i artystycznych – przynoszących przyjemność i wzniosłe stany emocjonalne. Ta kwestia wyróżnia profesje na tle innych zawodów. Profesje charakteryzuje także to, że wymagają one od swoich przedstawicieli dokonania wyboru specjalizacji lub jednego z możliwych wzorów kariery. Wybór ten ma najczęściej charakter rozstrzygający (*fateful*) i bardzo trudno jest profesjonalście go zmienić (Hughes 1993: 365–367).

Profesje są także realizowane w ramach skomplikowanych organizacji społecznych. Ich przedstawiciele są najczęściej uzależnieni w wykonaniu swojej pracy od innych osób, także tych o niższym statusie w hierarchii zawodowej, np. neurochirurg – od pielęgniarki pomocniczej, profesor dyrygentury – od muzyka instrumentalisty. Im bardziej skomplikowane jest zagadnienie stojące przed zespołem kierowanym przez przedstawiciela danej profesji, tym bardziej jego praca zależna jest od właściwej komunikacji, delegowania zadań i wzajemnego poznania charakteru pracy osób wykonujących różne zawody. Fakt, iż profesje są elementami szerszego systemu społecznego (czy też ich subświaty są elementami szerszych światów społecznych), powoduje, że na ich kształt mają wpływ różni aktorzy społeczni, np. przedstawiciele zawodów pokrewnych lub takich, z którymi współpracują. Dlatego też granice każdej profesji zmieniają się, mają charakter procesualny i są powiązane ze zmianami poza środowiskiem danej profesji, np. technologicznymi (Hughes 1993: 389–393).

Wejście do profesji nie tylko jest obudowane wieloma formalnymi uwarunkowaniami, z których część dotyczy zinstytucjonalizowanej edukacji realizowanej przez mistrzów. Rozpoczęcie edukacji jest uzależnione od spełnienia wielu wymogów wstępnych, a jej zakończenie i usamodzielnienie – wydłużane przez różnego rodzaju staże czy praktyki pod okiem doświadczonych przedstawicieli zawodu (Hughes 1993: 381).

Profesje medyczne, muzyka i ciało: współczesny stan wiedzy Wybrane zagadnienia

Przy bliższym przyjrzeniu się nowszej literaturze przedmiotu można łatwo zauważyć, że badania jakościowe prowadzone w kontekście medycznym dotyczą kilku tematów. Po pierwsze są to: praca i perspektywa personelu medycznego (Smith, Leslie, Wynaden 2015), a także doświadczenia chorych (Matheson i in. 2016; Renolen i in. 2018). Powrót do zdrowia (Shaw, Sherman, Fitness 2016), niepełnosprawne ciało (np. niewidomych, Ball, Colette 2015) i umieranie (Ahadour, Van den Branden, Broeckaert 2017) to również często podejmowane przez badaczy tematy. Można także znaleźć ciekawe spojrzenie na kulturowe i społeczne uwarunkowania czynników wpływających na dawstwo narządów (Yeun, Kwon, Kim 2015) czy społeczne aspekty porodu (Borrelli, Spiby, Walsh 2016; Meyer i in. 2016). Jeśli chodzi o literaturę dotyczącą pracy personelu medycznego, opartą na badaniach jakościowych, istnieje kilka prac klasycznych, takich jak *Boys in White* Howarda S. Beckera, Blanche Geer, Everetta C. Hughesa i Anselma L. Straussa (1961), *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge* Eliota Freidsona (1988), *Social Organisation of Medical Work* Anselma Straussa, Shizuko Fauerhaugh, Barbary Suczek i Carolyn Wiener (1997) lub *The Scalpel's Edge: The Culture of Surgeons* napisana przez Pearl Katz (1999). Ponadto użycie gestów przez chirurga i odgrywanie ról w tym zawodzie zostały przeanalizowane przez Ervinga Goffmana w jego klasycznym *Encounters* (1961). Literatura dotycząca pracy chirurgów koncentruje się na trudnościach wynikających z wykonywania tego zawodu, w tym wypaleniu zawodowym (Balch, Tait 2011; Upton i in. 2012) oraz procesach sądowych (Balch i in. 2011), ale także na tym, jaki wpływ chirurdzy wywierają na organizację szpitala (Flood i in. 1982).

Z kolei do klasycznych prac z zakresu socjologii muzyki należą badania nad jej społeczno-ekonomicznymi podstawami (Honigsheim, za: Etzkorn 1975; Peterson, Berger 1975; Peterson 1976), socjalizacją i przebiegiem kariery (Wagner 2011; Kowalczyk 2021), wpływem historii i polityki na muzykę (Szwed 1966; Adorno 1973; 1976), stylem życia muzyków (Becker 1951; Stebbins 1976) czy relacjami między muzyką a zmianami technologicznymi (Weber 1958; Malhotra 1979). Alfred Schütz (1951) w jednej ze swoich klasycznych prac opisał proces interakcji społecznych i wspólnego tworzenia muzyki (*making music together*). Jeśli chodzi o literaturę dotyczącą pracy dyrygentów, socjologów najbardziej interesuje status kobiet w tym zawodzie (Bull 2016; Ravet 2016), relacje dyrygenta z orkiestrą (Khodyakov 2014), problematyka konstruowania tożsamości zawodowej (Ponchione 2013) oraz analizy fenomenologiczne orkiestr tworzących muzykę (Malhotra 1981). Z prac interakcjonistycznych wart uwagi jest numer tematyczny „Studies of Symbolic Interactionism” pod redakcją Normana Denzina i Josepha Kotarby (2016) *Symbolic Interactionist Takes on Music*, który jednak koncentruje się na muzyce popularnej, w której rzadko pracują dyrygenci. Z kolei

w rozdziale Roya Caina (2005) zatytułowanym *Singing Out and Making Community: Gay Men and Choral Singing*, w książce *Doing Ethnography. Studying Everyday Life* (Pawluch, Shaffir, Miall 2005) autor skupia się na pracy chórzystów śpiewających w chórach gejowskich, korzystając przy tym z własnych doświadczeń. Perspektywa autoetnograficzna, skupiająca się na podejściu osobistym, indywidualnym i terapeutycznym na dyrygenturę jest obecna w książce *Introduction to Music Autoethnographies: Making Autoethnography Sing/Making Music Personal* (Ellis, Bartleet 2010). Temat ciała w pracy muzyków jest co prawda obecny w różnych opracowaniach, ale skupiają się one na perspektywie nauk o zdrowiu i rzadko zajmują się konkretnie dyrygentami (Schoeb, Zosso 2012; Kaya 2015).

Niewiele przeprowadzono badań dotyczących pracy przedstawicieli wybranych przez mnie zawodów w kontekście zapośredniczenia poprzez ciało, którego sprawność i efektywność jest istotna w kontekście ich działań, a także rozwoju kariery. Gesty i ich znaczenie w przekazie interpretacji muzycznej opisują głównie autorzy zajmujący się muzyką i edukacją muzyczną (Vanweelden, McGee 2007; Godøy, Leman 2010), ale także kwestiami przywództwa (Koivunen, Wennes 2011).

Badania opisane w tej książce można także włączyć do studiów nad miejscem pracy (*workplace studies*), w których uczeni badają m.in. zachowania poprzez ciało w ramach wykonywania określonych czynności w określonych warunkach instytucjonalnych. Studia takie prowadzono np. na aukcjach dzieł sztuki i antyków, obserwując gesty licytatora i licytujących. Jak z nich wynika, porządek organizacyjny kształtuje się podczas wymiany gestów i towarzyszącego im cielesnego zachowania licytujących, asystentów i oferentów (Luff, Heath 2007). Podobne badania przeprowadził Christian Heath (1986). Dotyczyły one interakcyjnego wymiaru opieki medycznej. Jego analiza konwersacyjna z wykorzystaniem nagrań wideo konsultacji lekarzy i pacjentów dotyczyła przyjmowania, zaangażowania i partycypacji przejawiającej się poprzez spojrzenia, gesty i inne zachowania cielesne. W analizie tej nie przyjrano się jednak bliżej problematyce pracy cielesnej w kontekście pracy medycznej, poza problematyką konsultacji pacjenta. Podobnie Hindmarsh i Pilnick (2002) pokazują interakcyjny i zespołowy wymiar pracy anestezjologicznej na sali operacyjnej, jednak z niewielkim uwzględnieniem zachowań cielesnych. Istnieją również publikacje analizujące użycie rąk w nauce gry na instrumencie muzycznym, takie jak *The Ways of the Hand* Davida Sudnowa (1999), w której autor opisuje, jak jego ręce nauczyły się improwizować muzykę jazzową na fortepianie.

W zakresie badań nad zagadnieniem pracy poprzez ciało Darren Thiel (2007) przedstawił problematykę znaczenia kapitału fizycznego w miejscu pracy wśród pracowników budowy. W książce *Builders. Class, Gender and Ethnicity in the Construction Industry* (2012) analizuje on z perspektywy klasowej relację pomiędzy męskością opartą na pracy fizycznej a wykorzystaniem kapitału fizycznego jako źródła zarobku.

W swoim artykule na temat wytwarzania ciał w chirurgii Stefan Hirschhauer (1991) zwraca uwagę, że ciała w działaniu profesjonalnym muszą przejść długi i szczegółowy proces przygotowania, co ma dwie konsekwencje. Przede wszystkim znikają codzienne ciała, są one podzielone na części. Po drugie, ciała nie są już w pełnej dyspozycji „właściciela”, gdyż zostają poszerzone funkcjonalnie (*functionally extended*) o zespół operacyjny (i analogicznie w przypadku dyrygenta – o orkiestrę) czy urządzenia technologiczne. Cały proces operacji rozpoczyna się od rytuału przemiany z ciała prywatnego w ciało funkcjonalnie rozciągnięte także na inne podmioty (zob. także: Katz 1999). Dlatego trening profesjonalisty zaczyna się od treningu jego ciała. Loïc Wacquant (2004) nazywa to zjawisko internalizowaniem zdolności poprzez praktykę możliwości ciała/somatycznych (*somatic potentialities*). Aktor społeczny wykorzystuje (*makes use of*) swoje ciało. Obejmuje to nie tylko używanie, ale także przygotowywanie ciała.

Z kolei kwestia usamodzielnienia się ciała ludzkiego w zakresie zdobywania wiedzy została dostrzeżona przez Michaela Polanyiego (1966) i sformułowana jako koncepcja wiedzy milczącej, podkreślając jej procesualny charakter (Jakubowska 2017). Ten rodzaj wiedzy charakteryzuje się tym, że nie znamy źródła jej pochodzenia. Nie jesteśmy także w stanie jej werbalizować, ale używamy tej wiedzy swobodnie. Obejmuje aspekty teoretyczne (*know/knowing what*) i praktyczne (*know/knowing how*). Wiedzy tej nie da się przekazać jedynie werbalnie, ponieważ przeplata się z osobistymi doświadczeniami ciała, choć nie może być do nich sprowadzona. Jest ona trudna do przekazania, ponieważ komunikacja werbalna nie jest w tym przypadku ani najlepszym, ani nawet adekwatnym narzędziem. Możemy wprawdzie powiedzieć „natnij delikatnie” lub „prowadź mocno”, ale niewątpliwie łatwiej to wykonać, niż opisać. Szkolenie w obu badanych zawodach polega również na nauczaniu i nabywaniu takich umiejętności jak „czucie muzyki” lub „czucie gęstości tkanki”, czyli kontrolowania orkiestry lub operowanego fragmentu poprzez własne ciało.

Biorąc pod uwagę wyniki tego, jak i wcześniejszych badań, trudno jednoznacznie ująć wiedzę stosowaną w przypadku obu opisywanych tu zawodów jedynie jako milczącą. Zarówno neurochirurdzy, jak i dyrygenci poddawani są wydłużonym okresom kształcenia teoretycznego i praktycznego, zwykle pod kierunkiem mistrza. Dlatego jedna część ich wiedzy jest teoretyczna i niepraktyczna (np. wiedza ogólna z zakresu medycyny lub historii muzyki) (Harris 2007), inna część ma charakter teoretyczno-praktyczny (np. znajomość teorii muzyki lub fizjologii i patologii mózgu) (Stanley, Williamson 2001), a tego typu wiedzę można sklasyfikować jako w znacznej mierze teoretyczną (*know/knowing what*). Innym aspektem wiedzy jest *know/knowing how*, czyli wiedza o tym, jak przeprowadzić operację neurochirurgiczną lub jak prowadzić orkiestrę podczas koncertu. Najbardziej interesująca, z punktu widzenia socjologii ciała, jest umiejętność posługiwania się wszystkimi tymi rodzajami wiedzy, a także tzw. intuicją chirurgiczną czy artystyczną w tym samym czasie oraz umiejętność wykorzystania ich

w praktyce – „za pomocą rąk” i reszty ciała (Harris 2007). Co ważne, powyższe rodzaje wiedzy nie są rozdzielone i przeplatają się w praktyce zawodowej. Jednostka może utracić umiejętność posługiwania się wiedzą praktyczną, np. z powodu utraty sprawności fizycznej w przebiegu choroby, ale nadal pamięta, jak ją wykorzystać (patrz: Jakubowska 2017).

Zdobywanie i posiadanie umiejętności to pojęcia, które rozumiem jako odnoszące się do procesu uczenia się jej, zapamiętywania i przekazywania (Newell, Rosenblom 1981, za: Jakubowska 2017). Umiejętności nabywa się również poprzez działanie i nie są one niezależne od wiedzy, inteligencji czy zdolności poznawczych. Przekazywanie i nabywanie umiejętności odbywa się za pośrednictwem ciała i manifestuje się przez nie (Marchand 2008).

Badania opisane w tej książce mają na celu uzupełnienie istniejącej w literaturze socjologicznej luki, gdyż dotyczą zjawiska pracy intelektualnej, to jest opartej na wiedzy specjalistycznej, teoretycznej i naukowej, a realizowanej dzięki możliwościom ciała, jego zdolnościom manualnym i fizycznym. Skupienie się na umiejętnościach fizycznych przedstawicieli obu zawodów i procesie wykonywania ich pracy pozwoliło mi zbadać cielesny charakter wiedzy i sposób, w jaki wiedza teoretyczna jest realizowana w praktyce pracy (czy raczej w praktyce „pracowania” [*working*]).

Tematyka ciała ludzkiego jest widocznie obecna w socjologii czy szerzej w naukach społecznych od zaledwie kilku dekad (Crossley 2006: 21, zob. także zwrot somatyczny [*the somatic turn*] w: Wellard 2015: 197–198). Zainteresowanie to skupia się na społecznych aspektach ludzkiego ucieleśnienia, z głównym naciskiem na narracje o ciele. Badania takie mają często charakter bardziej teoretyczny niż empiryczny i brakuje im również ugruntowania w działaniach oraz doświadczeniach jednostek i grup. Mam nadzieję, że proponowana przeze mnie koncepcja społecznego konstruowania cielesności w obszarze roli zawodowej pozwoli uzupełnić tę lukę.

Istniejąca literatura przedmiotu koncentruje się także na pojedynczych studiach przypadków. Porównawczy charakter moich badań umożliwił mi zbadanie podobieństw i różnic w dwóch obszarach praktyki ucieleśnionej (muzyce i chirurgii³). Wyniki badań mogą wnieść istotny i znaczący wkład w stan wiedzy w zakresie socjologii interakcjonistycznej, socjologii pracy, a w szczególności socjologii ciała. Co więcej, niniejsze badania koncentrują się na dość zamkniętych subkulturach, dlatego mogą stanowić ważny element polskiego wkładu w socjologię ciała. Badania te koncentrują się także na ucieleśnionym doświadczeniu jednostek w kontekście pracy, co nie jest popularnym podejściem w tej subdyscyplinie.

³ Chirurgia jest aktualnie specjalnością medyczną, jednak z uwagi na różne pochodzenie historyczne zawodów lekarza i chirurga, opisane dokładnie w *The Scalpel's Edge. The Culture of Surgeons* przez Pearl Katz (1999), kultury obu grup zawodowych znacznie się różnią.

Cel badań

Celem moich badań było zrozumienie i opisanie praktyk pracy specjalistycznej realizowanej poprzez ciało w dwóch grupach specjalistów – neurochirurgów i dyrygentów orkiestrowych. Profesjonaliści obu tych dziedzin pracują z wykorzystaniem wiedzy teoretycznej. Jednocześnie sukces w obu tych zawodach zależy od manualnych lub, bardziej ogólnie, cielesnych umiejętności i biegłości w wykorzystaniu wiedzy teoretycznej za pośrednictwem ciała. Używanie batuty czy skalpela wymaga dużej świadomości własnego ciała, a także wieloletniej nauki pod okiem nauczycieli i praktyków. Socjalizacja wtórna, czyli proces konstruowania tożsamości zawodowej i akulturacji norm i wartości określonych przez i dla określonej grupy społecznej w wykonywanych zawodach, a także proces edukacji, przeplatają się z ukierunkowanymi praktykami przy nabywaniu umiejętności fizycznych, ponieważ obie profesje można realizować tylko dzięki takim praktykom.

Neurochirurdzy mówią o *nabijaniu ręki*, czyli zdobywaniu doświadczenia cielesnego, w tym konkretnych umiejętności z zakresu wiedzy cielesnej czy somatycznej (tzw. pamięć mięśniowa). Dotyczy to również dyrygentów, którzy poprzez gesty i mimikę nie tylko przekazują informacje o tym, jak muzycy powinni grać, ale także inspirują orkiestrę i przekazują znaczenia (zarówno kulturowe, jak i emocjonalne) związane z danym utworem muzycznym.

Jak twierdzi Victor Fuchs, „[n]ie można zrozumieć problemów opieki medycznej bez zrozumienia lekarza. Niemożliwe jest dokonanie znaczących zmian w dziedzinie medycyny bez zmiany zachowania lekarza” (Fuchs 1974: 560, cyt. za: Katz 1999: VII). Twierdzenie to sprawdza się nie tylko w odniesieniu do medycyny, ale i do procesu kształcenia w innych zawodach medycznych, wśród muzyków czy też w edukacji zawodowej dowolnej specjalizacji. Poznanie zależności pomiędzy procesem kształcenia w zawodach wysokospecjalistycznych a wykorzystaniem ciała jako narzędzia pracy jest istotne, ponieważ to właśnie poprzez ciało wprowadza się w życie, realizuje lub zaniedbuje wszelkie wytyczne, procedury, wiedzę niezbędne w tych zawodach. Bez poznania prawidłowości pracy poprzez ciało nie poznamy najważniejszego procesu realizacji roli zawodowej w tych, ale także innych profesjach, takich jak fizjoterapeuta, chirurg, muzyk instrumentalista, artysta malarz, lekarz weterynarii i wiele innych. Poprzez działania chirurgów i innych przedstawicieli personelu medycznego, jak pisze Pearl Katz (1999: 14),

[k]ultura szpitala może znacząco wpływać na wyniki pacjentów, w tym na śmiertelność i zachorowalność oraz długość pobytu. Wykazano, że głównym czynnikiem wpływającym na wskaźniki śmiertelności pooperacyjnej jest struktura szpitala, a zwłaszcza organizacja personelu medycznego.

Doświadczenie kontaktu z chirurgiem jakiejś specjalizacji jest częste. W USA w ciągu roku 1 na 9 osób przechodzi operację, a większość osób ma jakiś kontakt z chirurgiem w ciągu trwania swojego życia czy to w charakterze pacjenta, czy też jego/jej rodziny (Katz 1999: VII). Zatem poznanie prawidłowości procesu pracy w tym zawodzie, a w przypadku moich badań – jednej ze specjalizacji chirurgicznych – jest tematem badawczym o praktycznym znaczeniu dla szerszego grona potencjalnych pacjentów. Ponieważ większość ludzi ma dużą szansę zostać poddana wpływowi kultury chirurgicznej, jej zrozumienie ma duże znaczenie w np. aktywnym uczestniczeniu w podejmowaniu świadomych decyzji, upodmiotowieniu (Katz 1999: 207).

Co istotne, obie badane profesje są nauczane w systemie mistrzowskim, w ścisłej relacji ucznia z nauczycielem praktykującym dany zawód. Co za tym idzie, na sposób wykonywania pracy przez ucznia największy wpływ ma właśnie relacja z mistrzem. Wiele umiejętności i wiedzy (*know how* i *know what*) adept czerpie z obserwacji, a znaczna część tego szkolenia, od starożytności do czasów współczesnych, odbywa się poprzez praktykę – *learning by doing*. Wynika z tego, że poznanie mechanizmów pracy poprzez ciało, cielesnych aspektów zawodów neurochirurga oraz dyrygenta ma kluczowe znaczenie. Jak pisze Pearl Katz (1999: 207),

istnieją dowody na to, że ich kultura [chirurgiczna – przyp. D.B.O.] może niekorzystnie wpływać na zdrowie psychiczne i fizyczne chirurgów, z większą śmiertelnością z powodu choroby niedokrwiennej serca, ogólnym obciążeniem psychicznym, niezdolnością do relaksu i większą liczbą godzin pracy niż innych lekarzy.

Z podobną sytuacją mamy do czynienia w przypadku dyrygentów. To także profesja związana z dużym obciążeniem zarówno psychicznym, jak i fizycznym. Zatem dyrygenci, podobnie jak chirurdzy różnych specjalności, są zagrożeni negatywnymi skutkami zdrowotnymi z powodu pełnienia zawodowej roli społecznej w określonym kulturowo rozumieniu. Jest to zatem kolejny powód, by poznać kulturę tych zawodów, także z perspektywy praktyk cielesnych, aby poznać realia ich pracy. Ponadto, ponieważ jak wspomniałam, adepci obu zawodów uczą się ich wykonywania głównie poprzez obserwację i powtarzanie, przyjęte sposoby reagowania, także te ucieleśnione i będące przyczyną problemów zdrowotnych, są reprodukowane w kolejnych pokoleniach dyrygentów i (neuro)chirurgów.

Specyficzny charakter mają także interakcje w grupach, z którymi pracują dyrygenci i neurochirurdzy. Jak pisze Alfred Schutz (1976: 159–162), interakcja w muzyce jest ważna dla obu stron, ale nie jest to komunikacja realizowana w sposób konceptualny (zapisywalny, werbalizowalny). Nie jest to także komunikacja oparta przede wszystkim na systemie semantycznym, a obie strony w niewielkim stopniu używają schematów ekspresji/wypowiedzi i interpretacji. W związku z tym studium tego rodzaju interakcji może być przydatne w badaniu innych

rodzajów interakcji społecznych, także opartych na komunikowaniu pozawerbalnym. Zbadanie niekonceptualnego aspektu interakcji obecnych w zespołach kierowanych przez dyrygentów i neurochirurgów może rzucić światło na ten sam aspekt obecny w innych interakcjach.

Posiadanie przez dyrygentów orkiestrowych i neurochirurgów wielu cech wspólnych pozwala sądzić, że wnioski z badania zaprezentowane w dalszej części książki, a także teoria skonstruowana na ich podstawie pozwolą na wysnucie bardziej ogólnych wniosków, odnoszących się także do innych istotnych obszarów. Analizowane kategorie specjalistów, a także ich pracę, charakteryzują następujące podobieństwa:

- Sukces w obu opisywanych zawodach zależy od umiejętnego połączenia dwóch czynników: wiedzy teoretycznej oraz umiejętności manualnych czy też ogólniej – cielesnych, a także ich połączenia: biegłości w posługiwaniu się wiedzą teoretyczną zapośredniczoną przez ciało.

- Charakterystyczna jest również bardzo wysoka świadomość ciała w obu zawodach, kontrola nawet najmniejszych ruchów ciała. Wiele umiejętności zostaje wcielonych, zapamiętanych i realizowanych, ponieważ podczas operacji czy koncertu trzeba wykonać dużo pracy umysłowej, a także zareagować na nieprzewidziane okoliczności. Oba zadania są wykonywane „w czasie rzeczywistym”. Oczywiście zarówno koncert, jak i operacja mogą zostać przerwane, ale wykonywana podczas nich praca nie może być zrealizowana z przerwami lub częściowo. Zespoły chirurgiczne, jak i muzyczne są przygotowane nie tylko psychicznie, ale także merytorycznie i technicznie do wykonania określonego zadania.

- Obie grupy zawodowe charakteryzuje posiadanie wysokospecjalistycznej wiedzy. Traktowane są one jako elita w swoim środowisku zawodowym, a także w społeczeństwie jako takim. Przedstawiciele obu grup zawodowych deklarują również wyjątkowość swojej pracy i ekskluzywność wykonywanego zawodu (por. Freidson 1989). W przypadku obu grup istnieją wewnątrzgrupowe powiedzenia lub maksymy porównujące przedstawicieli tych zawodów do Boga. Przedstawiciele obu grup zawodowych cieszą się także dużym prestiżem społecznym.

- Proces kształcenia w przypadku obu zawodów polega na bardzo długiej i wieloetapowej edukacji; jest to edukacja nieustająca, również ze względu na rozwój nauki. Jest wysoce sformalizowana i ma miejsce w szkołach wyższych (Hughes 1993: 369). Taka edukacja w dużej mierze dotyczy wcielania umiejętności profesjonalnych, rozwijania zdolności manualnych lub cielesnych, zdobywania jeszcze większej kontroli nad ciałem.

- Socjalizacja wtórna odbywa się w dość zamkniętej grupie, co znacznie zmniejsza wpływy pochodzące z zewnątrz na środowisko zawodowe. Powoduje to powstanie dystansu pomiędzy przedstawicielami danej profesji i innych zawodów, także tych, z którymi mają oni współpracować przy realizacji określonego zadania (por. Hughes 1993: 395). Aby być profesjonalistą wysokiej klasy, trzeba poświęcić dużo czasu na naukę i pracę w zawodzie. Socjalizacja obejmuje

również *habitus* cielesny (Bourdieu, Passeron 1990), wraz z gestami oraz „noszeniem” własnego ciała, wyrazu twarzy i ubrania.

- W obu zawodach zdecydowanie dominują mężczyźni⁴, a także istnieją silne kulturowe uzasadnienia takiego stanu rzeczy mające swoje korzenie w ich historii. Obie profesje, zarówno dyrygenta, jak i bardziej ogólnie – chirurga, ukształtowane zostały jako odrębne zawody w czasach, gdy kobiety były socjalizowane do realizowania ról społecznych charakteryzujących się uległością, brakiem umiejętności podejmowania decyzji, forsowania swojego zdania, asertywności, przewodzenia. Przedstawiciele obu zawodów deklarują, że w obecnych czasach kobiety również mogą wykonywać dany zawód, niemniej działania obserwowane przeze mnie podczas realizacji badania pozwalają mi sądzić, że deklaracje te nie zawsze są spójne z podejmowanymi przez dyrygentów i neurochirurgów działaniami.

- Praca w obu zawodach wymaga bardzo rozległej i dogłębnej wiedzy, a także umiejętności zastosowania jej w praktyce poprzez ciało, w sytuacji gdy nie ma możliwości naprawy potencjalnych błędów (choć oczywiście konsekwencje osobiste, prawne, finansowe tych błędów są zdecydowanie różne).

- W przypadku obu zawodów specjalista kieruje zespołem, od którego w dużej mierze zależy powodzenie zadania. To przewodzenie ma charakter bardziej (wśród dyrygentów) lub mniej (wśród chirurgów) niewerbalny, oparte na gestach, mimice i określonych symbolach ruchowych.

- W przypadku obu zawodów ważną rolę odgrywa również charyzma, która pozwala kierować zespołem podczas wykonywania pracy. Członkowie zespołu muszą czuć się komfortowo, podążając za profesjonalistą, wierząc mu i postępując zgodnie z jego instrukcjami. Pomimo wiodącej roli w wykonywaniu pracy dyrygent czy neurochirurg nie jest jedyną osobą wykonującą pracę składającą się na całość zadania.

- Pomimo wysokiego indywidualnego prestiżu wynikającego z wykonywanego zawodu sukces zależy od pracy zespołowej. Dlatego istotne jest docenienie i uznanie zarówno pracy indywidualnej dyrygenta czy neurochirurga, jak i jego umiejętność współpracy z resztą zespołu. W trakcie operacji, a także podczas koncertu może wystąpić współzawodnictwo (a także negocjacje lub kłótnie) pomiędzy członkami zespołu (w całości lub między poszczególnymi osobami) a chirurgiem czy dyrygentem.

- Jednocześnie, pomimo zespołowego charakteru pracy, za ostateczny wynik (powodzenie operacji lub udany koncert) odpowiedzialność ponosi w zdecydowanej mierze neurochirurg lub dyrygent. Powoduje to poczucie swoistego osamotnienia w odpowiedzialności (Katz 1999: X). Z jednej strony istnieją strategie

⁴ W Wielkiej Brytanii kobiety stanowią 1,4% dyrygentów orkiestrowych (Scharff 2015, cyt. za: Bull 2016: 857), natomiast w Polsce (zgodnie z danymi Naczelnej Izby Lekarskiej) kobiety stanowią 10,2% osób wykonujących zawód neurochirurga.

radzenia sobie z obciążeniem odpowiedzialnością i są one przekazywane w procesie socjalizacji. Z drugiej, właśnie z powodu wymagań dotyczących charyzmy, wizerunku osoby pewnej siebie, zdecydowanej, jaki jest przyjęty w obu zawodach, podzielenie się ciężarem odpowiedzialności nawet w rozmowie mogłoby skutkować utratą twarzy (Goffman 2006).

- W obu zawodach istnieje specjalizacja. W przypadku dyrygentów istnieje rozróżnienie między chórmistrzami prowadzącymi chóry i dyrygentami orkiestr⁵. Nie jest to specjalizacja wyłączna – członkowie obu specjalności mogą prowadzić zarówno chóry i orkiestry, jak i zespoły mieszane (gdy w utworze występują zarówno chór, jak i orkiestra). Ich praca ma jednak nieco inny charakter, jeśli chodzi o sposób korzystania z ciała, np. chórmistrzowie zwykle nie używają batuty. Ponadto głos jako instrument muzyczny jest wyjątkowy i znacząco różni się od innych instrumentów. W hierarchii zawodowej dyrygenci orkiestr plasują się wyżej niż chóry. W przypadku orkiestr, zwłaszcza dużych, złożonych z wielu muzyków i typów instrumentów, dyrygent musi kierować wieloma elementami partytury, natomiast dyrygent chóru musi wykonać cztery linie na cztery rodzaje głosów. Wewnętrzna hierarchia zawodowa dotyczy również neurochirurgów, którzy mogą specjalizować się w operacjach mózgu, ale mogą również wykonywać operacje kręgosłupa. Nie jest to oczywiście specjalizacja rozłączna, raczej nieformalny podział pracy w zespole. Chirurgia mózgu wymaga znacznie więcej umiejętności, a konsekwencje błędu medycznego mogą być poważniejsze. Ponadto operacje kręgosłupa wykonywane są również przez ortopedów. W obserwowanej przeze mnie grupie neurochirurgów ci mniej doświadczeni wykonywali częściej operacje kręgosłupa, a rzadziej mózgu, choć każdy z neurochirurgów wykonywał oba te typy operacji.

- Przedstawiciele obu zawodów mają stosunkowo wiele swobody w wykonywaniu swojej pracy. Zarówno w zawodzie neurochirurga, jak i w zawodzie dyrygenta na wyższym poziomie pracy (podczas realizacji trudniejszych zadań) występuje niewiele sztywnych zasad i ścisłych procedur. Z uwagi na budowę mózgu (o czym będzie mowa w kolejnym rozdziale) neurochirurdzy mają stosunkowo dużo swobody w podejmowaniu decyzji związanych ze sposobem operowania

⁵ Dyrygenci orkiestrowi także mogą specjalizować się w różnych epokach czy nawet rodzajach orkiestr. Jak pisze Jerzy Maksymiuk, wybitny polski dyrygent światowej sławy: „nie można być jednocześnie kameralistą i symfonikiem. To dwa prawie tak różne zawody jak tokarz i piekarz. [...] Muzyk kameralny to muzyk, dla którego każda nuta ma jakiś wymiar. Dla muzyka symfonicznego inaczej – wiele nut ma ten sam wymiar. Orkiestra kameralna: to tak, jakby patrzeć z niewysoka na kilka posadzonych przez siebie nasturcji, które zna się w każdym szczególe. Orkiestra symfoniczna: patrzmy na Giewont z dużej odległości, nie widzimy w ogóle detalu, widzimy tylko formę” (Maksymiuk, Piasecka 2002: 52). W tej książce nie zajmuję się jednak różnicowaniem tych podspecjalizacji, z uwagi na fakt, że rozróżnienie to nie pojawiło się w wywiadach z badanymi.

(w porównaniu do chirurgów innych specjalności). Podobnie jest w przypadku dyrygentów, którzy co prawda muszą trzymać się zasad, jeśli chodzi o wykonanie (styl wykonawczy, epoka pochodzenia utworu), ale mają dużo swobody pod względem interpretacji, sposobu prowadzenia orkiestry itp. Wiele zależy zatem od jednostek, które realizują oba zawody.

- Z uwagi na wysoko wyspecjalizowany zakres wiedzy, zarówno teoretycznej, jak i praktycznej, w przypadku obu profesji błąd może zostać zdefiniowany tylko wewnątrz środowiska – przez innych przedstawicieli tego samego zawodu. Osoby wykonujące każdy z tych zawodów, a także inne zawody cieszące się wysokim prestiżem, bronią tego prawa do oceny działań swoich kolegów po fachu także w sposób zinstytucjonalizowany (np. sądy lekarskie) (Hughes 1993: 376).

- Stroje noszone podczas pracy przez przedstawicieli obu profesji muszą spełniać wiele wymagań technicznych, aby ułatwić lub w ogóle umożliwić im wykonanie zadań. Pomimo iż zadania stojące przed dyrygentami i neurochirurgami są różne, rola ciała w ich wykonywaniu jest kluczowa, zatem strój musi być do niego dostosowany – zapewniać swobodę wykonywania najważniejszych w pracy ruchów czy umożliwiać realizację wytycznych związanych z miejscem jej wykonywania – w instytucji kultury wyższej lub reżimie higienicznym.

Pomimo licznych podobieństw istnieje także wiele różnic w sposobie pracy obu grup specjalistów. Można do nich zaliczyć poniższe kwestie:

- Pracują w zupełnie innych dziedzinach wiedzy.
- Praca obu grup jest w różnym stopniu zapośredniczona przez technologię – bardziej w przypadku chirurgów, choć ma ona duże znaczenie w pracy obu zawodów.

- W pracy dyrygenta konieczne jest posiadanie bardzo wysokich zdolności manualnych, które pozwolą mu pokierować innymi w taki sposób, aby brzmienie tworzonej przez niego muzyki składało się w całość. Z kolei chirurg nie tylko kieruje zespołem, ale sam wykonuje najtrudniejszą część zadania. Dlatego realizacja zadania jest w różnym stopniu uzależniona od pracy specjalisty.

- Różnica pomiędzy obiektem pracy: wytwór natury (ciało ludzkie⁶) lub człowieka (partytura) ma duży wpływ na przebieg pracy i sposób, w jaki neurochirurdzy i dyrygenci mogą ingerować w przedmiot pracy.

- Oczywiście badane grupy różnią się także stopniem odpowiedzialności związanej z popełnieniem błędu, tak jak jest on rozumiany potocznie w społeczeństwie, grupie zawodowej, w sensie moralnym lub prawnym. Błąd neurochirurga może spowodować nieodwracalne uszkodzenie ciała i uszczerbek na zdrowiu pacjenta, a nawet śmierć. W przypadku dyrygentów nawet najgorszy błąd nie powoduje takich nieodwracalnych konsekwencji (por. Hughes 1951: 321).

⁶ Przyjmuję tutaj biomedyczną perspektywę postrzegania ciała ludzkiego, stosowaną m.in. przez neurochirurgów.

- Odpowiedzialność ta wiąże się z innym rodzajem obciążenia emocjonalnego, a także z grupowym przyzwoleniem na okazywanie emocji. Jako odbiorcy oczekujemy, że dyrygent prowadzący orkiestrę doświadczy emocji, które niesie ze sobą muzyka. Z kolei z wcześniejszych badań nad zespołem neurochirurgicznym (Byczkowska-Owczarek, Kubczak, Pawłowska 2020) wynika, że chirurdzy oszczędnie przejawiają emocje, wręcz je tłumiąc, co wpływa na ich stan zdrowia czy nawyki (picie alkoholu, choroby serca, długotrwała frustracja itp.).

Wybór przedstawicieli obu zawodów jako grup, w których przeprowadziłam badanie, nie jest być może oczywisty. Był on jednak doborem celowym, uzasadnionym badaną problematyką. W powyższym uzasadnieniu przedstawiłam merytoryczne przesłanki uprawomocniające takie porównanie. Podczas przygotowywania projektu badawczego, którego wynikiem jest ta książka, zastanawiałam się nad doborem grupy zawodowej spełniającej podstawowy warunek łączący dyrygentów i neurochirurgów, czyli realizowanie wiedzy specjalistycznej poprzez ciało, ale zajmującej się wiedzą techniczną. Jednak poszukując zawodu technicznego, w którym pozycja zawodowa (np. możliwość zdobycia tytułu profesora) zależy zarówno od posiadania wysokospecjalistycznej wiedzy, jak i od umiejętności posługiwania się ciałem, napotkałam trudności. Po analizie danych empirycznych zrozumiałam, że jest to kwestia specyfiki obiektów, z jakimi pracują neurochirurdzy (ciało ludzkie) i dyrygenci (dzieło sztuki). Oba te rodzaje obiektów są niemierzalne, oba są w pewnym (i różnym) stopniu nieprzewidywalne. Nauki techniczne oparte są na dorobku nauk ścisłych. Oznacza to łatwe rozdzielenie wiedzy specjalistycznej technicznej (*know/knowing what*) od wykonywania pracy poprzez ciało na podstawie wiedzy opartej na doświadczeniu (*know/knowing how*) oraz ścisłych wytycznych zawartych w różnego rodzaju instrukcjach. Kto inny projektuje silnik samochodowy, a kto inny składa go czy naprawia.

W pracach socjologicznych można znaleźć podobne porównania, czynione w celu zbadania zjawisk wspólnych obu, na pierwszy rzut oka, całkowicie różnych zawodów. W jednym z artykułów na temat pracy Everett Hughes (1951) opisuje różnorodne zestawienia zawodów, które są według niego uzasadnione. Wychodzi z założenia, że wszystkie rodzaje pracy należą do tej samej kategorii działania, niezależnie od różnic z perspektywy prestiżu lub etyki (Hughes 1951: 320). Jednocześnie zaznacza, że w badaniu pracy, podobnie jak w przypadku innych ludzkich działań i instytucji, rozwój jest zależny od umiejętności przedstawienia szerokiej gamy istotnych przypadków. Wynika z tego, że sama praca jako taka jest działaniem mającym pewne elementy charakterystyczne, które sprawiają, że dane działanie można za nią uznać. Przyjmując perspektywę pracy jako działania, poszukujemy wspólnych elementów wszelkich działań tak definiowanych. Jedną z takich cech jest łączące niektóre zawody traktowanie zdarzeń wyjątkowych jako rutyny swojej pracy. Innym, podanym na przykładzie zawodów prostytutki i psychiatry jest podejmowanie wysiłków, aby nie angażować się zbyt osobiście

w relacje z klientami, którzy przychodzą do nich z intymnymi problemami. Hughes prezentuje także zestawienie hydraulika i lekarza, jako tych zawodów, których przedstawiciele praktykują tajemne techniki z korzyścią dla osób w trudnej sytuacji (*distress*) (Hughes 1951: 320).

Podobnie odnosi się do tego zagadnienia Richard Sennett (2010: 31–32). Jak twierdzi, wykonywanie różnych rodzajów pracy nie oznacza, że sposoby ich wykonywania nie są na pewnych poziomach podobne. Każda praca, w tym praca poprzez ciało, jest działaniem społecznym, a co za tym idzie, nabywanie umiejętności jej wykonywania odbywa się poprzez relacje społeczne, np. obserwowanie mistrza (jak w przypadku dyrygentów i neurochirurgów), uczenie się, czym są błędy i w jaki sposób ich unikać lub jak je traktować (np. naprawiać, przechodzić do kolejnych etapów pracy). Przykładem takich badań mogą być studia Halford i in. (1997) dotyczące centralnego znaczenia płci i (hetero)seksualności w zawodach, w których interakcje w miejscu pracy mają szczególne znaczenie dla jej przebiegu. Badano przedstawicieli trzech pozornie różnych zawodów, w których pojawiał się podobny problem badawczy – obsługa szeroko pojętego „klienta”. Badane zawody to pielęgniarki szpitalne, urzędnicy w samorządach lokalnych i w bankowości (Wolkowitz 1999: 90).

Profesja jako taka jest przez Hughesa traktowana jako pakiet umiejętności (*buddle of skills*). Oznacza to, że te umiejętności, które są wspólne dla różnych profesji, uzasadniają ich porównanie, gdyż wskazują na kształtowanie tych umiejętności, ich wykorzystanie i np. ocenę w różnych kontekstach społecznych. W odniesieniu do opisywanych badań wątkiem wspólnym obu zawodów jest realizowanie wiedzy teoretycznej poprzez ciało. Także wymienione wcześniej podobieństwa pomiędzy zawodami, jak i różne konteksty działania przedstawicieli obu profesji powodują, że uzasadnione jest zestawienie ich ze sobą w celu wyciągnięcia wniosków dotyczących kluczowych dla mojego badania kwestii.

Osoby badane

Opisywane tu badania zostały przeprowadzone w Polsce wśród neurochirurgów i dyrygentów orkiestr w okresie od czerwca 2018 roku do końca kwietnia 2021 roku. Główna część badań była prowadzona w dwóch grupach osób współpracujących ze sobą lub mających bliskie znajomości w ramach jednego zawodu. Umożliwiło mi to nie tylko uwiarygodnienie mojej roli jako badaczki wśród kolejnych badanych osób. Pomogło także w oswojeniu się badanych z sytuacją badawczą – np. w sytuacji, gdy ich koledzy za mnie ręczyli, mówili, że w trakcie wywiadów nie wypytuję o kwestie osobiste, nazwiska itp. czy też że znam zasady zachowania się na sali operacyjnej. Obie badane grupy specjalistów pracują w dużym polskim mieście. Pierwszą grupę tworzą nauczyciele akademicki i studenci dyrygentury i edukacji

muzycznej⁷ oraz dyrygenci związani z Uczelnią Muzyczną i Operą⁸. W trakcie badania prowadziłam wywiady swobodne, konwersacyjne, wywiady z wykorzystaniem materiałów wideo oraz obserwacje na lekcjach z dyrygentem mężczyzną z 40-letnim stażem pracy, z dyrygentką⁹ z około 25-letnim stażem pracy (obie te osoby pracowały także jako wykładowcy akademicki), ze studentką i studentem dyrygentury, z akompaniatką grającą na fortepianie w trakcie lekcji dyrygentury, z dyrygentem opery z około 20-letnim stażem pracy i dyrygentką opery z około 10-letnim stażem pracy. Dysponowałam także dwoma wywiadami z chórmistrzami z wcześniejszego projektu badawczego – wykładowcą akademickim i dyrygentem chóru filharmonii oraz asystentem dyrygenta filharmonii. Przebywałam z tymi osobami w trakcie lekcji dyrygentury, wychodziliśmy wspólnie na obiad, prowadziliśmy swobodne rozmowy, omawialiśmy zachowanie studentów w trakcie lekcji, w tym zachowania pożądane i niedopuszczalne w zawodzie dyrygenta, spędzaliśmy wspólnie przerwy pomiędzy zajęciami. W sumie spędziłam dwa semestry na zajęciach z dyrygowania na Uczelni Muzycznej.

Druga grupa to neurochirurdzy i lekarze rezydenci z oddziału neurochirurgii¹⁰ w dużym szpitalu akademickim (nazwanym dalej Szpitalem). Opisywane tutaj badania są drugimi, jakie prowadziłam w tej placówce. Chronologicznie pierwszy realizowany w tej placówce wraz z Anną Kubczak i Beatą Pawłowską projekt badawczy dotyczył komunikowania pomiędzy członkami personelu na trzech oddziałach, a jego wyniki wraz z pozostałymi badaczkami opisałyśmy w książce *Za drzwiami oddziału. Badania etnograficzne w szpitalu*. Nasza rola w pierwszym projekcie badawczym odnosiła się do pewnego rodzaju konsultacji, potrzeby władz Szpitala, które chciały spojrzeć na pracę na oddziałach, w szczególności na sposób komunikowania się personelu medycznego pomiędzy sobą¹¹. Oba projekty

⁷ Dyrygentura, choć stanowi samodzielne studia, zazwyczaj jest wybierana jako drugi fakultet. Często decydują się na nią osoby, które jako pierwszy fakultet wybrały edukację muzyczną (nazwa kierunku uogólniona, aby zachować anonimowość badanej instytucji), na której także są zajęcia z dyrygentury. Z tego powodu prowadziłam obserwacje także na zajęciach tego kierunku.

⁸ Obie nazwy zostały uogólnione w celu zachowania anonimowości badanych.

⁹ Używając feminatywów i maskulatywów, staram się oddać sposób, w jaki mówiły o sobie osoby badane. Zatem z kilku wykonujących ten sam zawód kobiet niektóre nazywam dyrygentkami, inne dyrygentami, lekarzkę ze specjalizacją z neurochirurgii także nazywam neurochirurgiem, ponieważ sama w ten sposób o sobie mówiła. Oczywiście, za wyborami nazwy zawodu stoi głębsza dyskusja dotycząca przemian językowych, kulturowych, na rynku pracy itd., do której nawiązuję w kilku miejscach książki.

¹⁰ Oficjalna pełna nazwa badanego oddziału brzmi inaczej, jednak z uwagi na zasady zachowania anonimowości pozostanę przy ogólnej nazwie.

¹¹ W podobnym kontekście powstały badania Pearl Katz (1999: 1) nad kulturą chirurgów, opisane w książce *The Scalpel's Edge. The Culture of Surgeons*, gdzie jako antropolożka

badawcze zostały zrealizowane na podstawie oficjalnego porozumienia z władzami Szpitala. W przypadku badania opisywanego w tej książce było to zatrudnienie mnie na umowie o wolontariat na stanowisku „socjolog-badacz”. W trakcie badania spędziłam pół roku regularnie przychodząc na oddział i obserwując pracę w pokoju lekarskim, operacje na sali operacyjnej, przeprowadzając wywiady swobodne, konwersacyjne i z wykorzystaniem materiałów wideo. Wśród osób badanych znaleźli się ordynator oddziału – specjalista neurochirurg, pięciu specjalistów z dłuższym stażem pracy (pomiędzy 15 a 28 lat), dwóch specjalistów o krótszym stażu pracy (5–15 lat), jeden specjalista nieoperujący pacjentów od kilku lat, lekarka neurochirurg zajmująca się monitorowaniem funkcji mózgu, czterech asystentów-rezydentów przygotowujących się do zawodu, instrumentariuszka z 7-miesięcznym stażem pracy oraz pielęgniarka i instrumentariuszka z 40-letnim stażem pracy. Dodatkowo, z powodu wymogów przyjętej przeze mnie metodologii teorii ugruntowanej, już po zakończeniu badań na oddziale neurochirurgicznym przeprowadziłam wywiady z dwiema kobietami wykonującymi zawód neurochirurga w innych ośrodkach.

Stereotypy dotyczące obu grup badanych zawierają m.in. przekonanie o ich zamknięciu, poczuciu wyższości, niechęci do kontaktów poza swoją grupą zawodową czy, w szczególności odnośnie do chirurgów, braku chęci do rozmowy z nieznanymi osobami. Gdy opowiadałam moim kolegom z pracy, że zamierzam prowadzić lub że prowadzę tego rodzaju badania, zazwyczaj padały pytania, jak udało mi się dostać do tych instytucji. Wielokrotnie także ostrzegano mnie, że mogę mieć trudność w uzyskaniu szczerych wypowiedzi, że mogę spotkać się z niechęcią osób badanych do udziału w moim projekcie. Jak się jednak okazało, moja stosunkowo długotrwała obecność w obu miejscach, różnego rodzaju testy, jakim mnie poddawano (np. wiarygodności, umiejętności zachowania tajemnicy, poczucia humoru), spowodowały, że po kilku tygodniach bariery komunikacyjne zmniejszały się (por. Katz 1999: 16). Oczywiście, zdaję sobie sprawę, że nie byłam w pełnym znaczeniu tego słowa „osobą z wewnątrz” i że zapewne wiele było kwestii, których nie poruszano ze mną w trakcie rozmów w pokoju lekarskim czy podczas lekcji.

Z drugiej jednak strony, o czym piszę w dalszej części książki, przedstawiciele obu tych zawodów doświadczają pewnego rodzaju samotności – podejmowania decyzji, realizowania zadania, pełnienia przywództwa, brania pełnej odpowiedzialności za realizację zadania. Sytuacja wywiadu, w której poruszaliśmy różne wątki dotyczące ich zawodu, stanowiła dla badanych możliwość rozmowy z osobą spoza ich środowiska zawodowego. Dawało nam to możliwość omówienia spraw, których nie chcieliby np. omawiać w gronie kolegów, choćby z uwagi na tabu grupowe, np. odnoszące się do porażki. Jak pisze Pearl Katz (1999: 31),

została poproszona o konsultację dotyczącą konfliktu lekarzy rezydentów ze specjalistami na oddziale chirurgicznym.

„[c]hirurgia jest zajęciem samotnym także dlatego, że chirurdzy w minimalnym stopniu dzielą ciężar swojego zawodu z kolegami”. Silna, męska kultura organizacyjna oraz skoncentrowanie na rozwiązywaniu problemów nie sprzyjają ujawnianiu, że ma się z czymś problem lub przeżywa jakąś trudność.

Struktura książki

Ponieważ w badanych środowiskach społecznych zaobserwowałam następującą zależność: kontekst społeczno-kulturowy wpływa na sposób posługiwania się swoim ciałem, który oddziałuje na internalizowanie praktyk cielesnych, chciałam, aby struktura książki ją odzwierciedlała. Dlatego też w kolejnych rozdziałach, drugim i trzecim, opisuję społeczne konteksty i codzienne praktyki pracy w zawodach neurochirurga i dyrygenta orkiestrowego, a także praktykę pracy poprzez ciało w każdym z nich. W kolejnym, czwartym rozdziale dokonuję analizy tych praktyk oraz ich porównania. W rozdziale piątym proponuję wnioski teoretyczne wynikające z moich badań, a także przedstawiam koncepcję społecznego konstruowania cielesności w obszarze roli zawodowej.

Poza wymienionymi rozdziałami opisującymi pracę w obu zawodach w książce zawarłam rozdział szósty, w którym opisuję naturalną historię badania, uwzględniając takie kwestie jak przyjęta strategia metodologiczna, zastosowane techniki gromadzenia danych, problemy etyczne, utrudnienia w prowadzeniu badań oraz znaczenie roli badacza. Zdecydowałam się umieścić te informacje w ostatnim rozdziale, ponieważ przyjęta przeze mnie strategia badawcza – metodologia teorii ugruntowanej – jest metodologią żywą, dostosowującą się do wymagań przedmiotu badań oraz odkrywanych w jego trakcie kategorii i relacji pomiędzy nimi. Ponadto zastosowane przeze mnie metoda i techniki gromadzenia danych starałam się dostosowywać do konkretnej sytuacji badawczej. W związku z tym opis ich zastosowania stanowi rodzaj wniosku metodologicznego. Byłoby mi trudno opisać je czytelnikowi niezapoznanemu z tematyką i wynikami badań.

Przedstawiając czytelnikowi tekst, chciałabym zaoferować jednocześnie coś w rodzaju instrukcji jego obsługi. Z uwagi na przyjętą perspektywę metodologiczną i teoretyczną chciałam oddać głos osobom badanym. Dlatego też w tekście książki znajduje się wiele wypowiedzi tych osób. Wprowadzam je, zawsze informując, kto wypowiedział dane słowa. W ten sposób pragnę podkreślić, że działania i procesy społeczne, a także omawiane przeze mnie zjawiska są zawsze konstruowane przez konkretnych ludzi. Nie istnieją one niezależnie od tworzących je jednostek i grup, ale są w permanentnym procesie rekonstruowania. Zdaję sobie jednak sprawę, że w odbiorze może wydawać się to zabiegiem szkolnym.

W całym tekście wypowiedzi osób badanych oraz słowa używane w obu środowiskach są zapisane kursywą. Cytaty z literatury zapisywałam w cudzysłowie, a terminy angielskie kursywą, w nawiasach po pojęciu przetłumaczonym na język

polski. Nazwiska osób badanych zostały zmienione konsekwentnie – dla neurochirurgów stworzyłam nazwiska od nazw polskich drzew z uwagi na podobną graficznie budowę ludzkiego układu nerwowego oraz układu korzeni i gałęzi. Z kolei dyrygentom nadałam nazwiska pochodzące od nazw polskich gatunków ptaków, kierując się skojarzeniem związanym z wytwarzaniem melodii. Nazwiska zostały dobrane przypadkowo i nie są one związane z żadnymi osobami żyjącymi czy zmarłymi bądź cechami osób badanych.

Oddając tę książkę do rąk czytelników, liczę, że opisywane przeze mnie badanie oraz zaproponowana koncepcja społecznego konstruowania cielesności w obszarze roli zawodowej będą przydatne dla socjologii ciała jako intensywnie rozwijającej się subdyscypliny, a także przyczynią się do odkrycia, opisanie i wyjaśnienia związków pomiędzy pojęciami teoretycznymi, którymi posługują się przedstawiciele obu zawodów, a ich praktycznym wykonywaniem za pośrednictwem ciała. Mam także nadzieję, iż umożliwią lepsze zrozumienie relacji zachodzących pomiędzy procesami społecznymi i ich wpływem na uczestników badania, odzwierciedlonym poprzez ciało. W szczególności będzie to dotyczyć procesów socjalizacji w obu zawodach, procesów pracy, przywództwa, pracy zespołowej, budowania ról społecznych, konstruowania tożsamości itp. Mam nadzieję, że monografia ta będzie przydatna dla badaczy kilku subdyscyplin, takich jak socjologia ciała, medycyny, edukacji, zawodu, muzyki, wiedzy czy pracy, *work-place studies* oraz innych subdyscyplin socjologii i dyscyplin nauki.

2. Praca w zawodzie neurochirurga

*I wasn't God by a long shot, but as far as power was concerned,
I was closer to Him than anyone else at hand.*

William A. Nolen, 1970, *The Making of a Surgeon*

2.1. Kontekst historyczny i kulturowy zawodu chirurga

Pomimo iż dziś postrzegamy chirurgię jako dziedzinę medycyny, jest ona nią od stosunkowo niedawna. Od wczesnego średniowiecza do XVIII wieku chirurgia i medycyna były to dwie oddzielne profesje. Aż do końca XIX wieku chirurdzy byli raczej utożsamiani z golibrodami, znachorami, nie byli wiązani z zawodem medycznym i mieli znacznie niższy status niż lekarze. Zawód ten praktykowały osoby z niższych klas społecznych, a medycynę od XI i XII wieku – mężczyźni z klas wyższych. Medycyny uczono na uniwersytetach, a chirurgii jedynie poprzez praktykę zawodową, głównie obserwację i asystowanie starszym kolegom. Od XVII wieku, najpierw w USA, a później także w innych krajach zaczęła pojawiać się konkurencja pomiędzy lekarzami i chirurgami. Wielu chirurgów dokształcało się, odróżniało od golibrodów i felczerów. Występowało też zróżnicowanie w ramach samego zawodu chirurga i jego instytucjonalizacja. Od XVIII wieku chirurdzy zaczęli tworzyć osobne organizacje zawodowe z ustalonymi zasadami rekrutacji (Katz 1999: 21–23).

Jeszcze niewiele ponad sto lat temu chirurdzy operowali bez znieczulenia. Pacjenci odczuwali nieznosny ból i często nie przeżywali operacji. Wymagało to od chirurgów wyjątkowego zdecydowania i odwagi do podejmowania działań. Wielu z nich bywało dotkniętych bólem doświadczanym przez pacjentów, część miała fizyczne objawy choroby przed operacją lub po niej. Aby być chirurgiem, trzeba było wykształcić psychologiczne mechanizmy chroniące przed cierpieniem pacjentów. Tłumaczy to, znaną także dziś, stereotypową postawę chirurgów, polegającą na chłodnym podejściu do pacjentów. Umożliwiała ona stworzenie dystansu pozwalającego na podjęcie niezbędnego ryzyka, a także skupienie się na szybkim wykonaniu swojego zadania, bez zważania na krzyki pacjenta (Katz 1999: IX, 25).

Wynalezienie mikroskopu, a następnie odkrycie bakterii było kamieniem milowym w rozwoju chirurgii, ponieważ to dzięki nim pacjenci przestali masowo umierać w wyniku zakażeń pooperacyjnych (por. Hughes 1993: 377).

Pamiętajmy, że w latach siedemdziesiątych XIX wieku śmiertelność po zabiegach operacyjnych wynosiła 79% (Morris 1936: 100, zob. także: Lewenstein, Pasierski 2016: 71). Wymienione wyżej odkrycia nie spotkały się jednak z pozytywnym przyjęciem w gronie chirurgów. Robert J. Morris opisuje, z jak wielkim oporem przyjmowane były w świecie medycznym nowinki czy też – jak określali to znani wówczas i szanowani medycy – wymysły i szarlatanerie, związane z antyseptyką¹. Jeden z pionierów antyseptyki, Ignaz Semmelweis, spotkał się z tak wielką krytyką swoich tez o przenoszeniu zakażeń drogą kontaktu bezpośredniego lub drogą kropelkową, że popadł w chorobę psychiczną i zmarł w szpitalu psychiatrycznym (Morris 1936: 80). Obowiązujące wówczas normy kurtuazji, poszanowania hierarchii, gościnności² walczyły z nowymi normami, tworzonymi przez zwolenników antyseptyki.

Bariery w przyjęciu nowych rozwiązań dotyczyły także wielu innych odkryć i to również w XX wieku. Jak przytacza Pearl Katz (1999: 57–60), opory dotyczyły m.in. teorii zarazków Josepha Listera czy opisanego w 1998 roku w czasopiśmie „Lancet” niekorzystnego dla pacjenta golenia przedoperacyjnego, praktykowanego w wielu placówkach jeszcze przez wiele lat po publikacji. Świadczy to o tym, że w chirurgii przyswojona praktyka postępowania ma czasami silniejszy wpływ na działania operatora niż dowody naukowe i najnowszy dorobek medycyny. Wiedza w zawodzie chirurga, podobnie zresztą jak w wielu innych zawodach, od zarania tej profesji była nie całkiem uświadomiona, przekazywana jako *know-how* (Jakubowska 2017; Polanyi 1966).

Przedstawione powyżej niektóre aspekty powstania i kształtowania się zawodu chirurga miały i mają wpływ na rozwój kultury chirurgicznej, w tym na subkulturę neurochirurgiczną. Dogłębną analizę tej pierwszej znajdzie czytelnik w doskonałej książce Pearl Katz zatytułowanej *The Scalpel's Edge: The Culture of*

¹ Antyseptyka jest praktyką medyczną mającą na celu niszczenie drobnoustrojów na skórze ludzkiej lub w obrębie ran. Nie dotyczy ona odkażania przedmiotów.

² Gościnność lekarza operującego przejawiała się m.in. tym, że zapraszał on lekarzy obserwujących zabieg do wkładania palca w ranę operacyjną. Odmowa tego rodzaju uprzejmości przez lekarzy antyseptyków była uznawana za poważną obrazę. Jak pisze Robert J. Morris w swojej książce *Pięćdziesiąt lat życia chirurga* (1936), „gość jakiś wpadł z zapalonem cygarem w rękę do pokoju, w którym operowano, ostrzegano go, aby trzymał się z daleka od znieczulającego, jeśli użyty był do znieczulenia eter, a to z powodu niebezpieczeństwa wybuchu. Gość liczył się zwykle z tem ostrzeżeniem, chyba że zapominał o niem, pochłonięty ciekawemi szczegółami operacji. Wybuchy podobne zdarzały się od czasu do czasu w rozmaitych szpitalach, nigdy jednak w żadnym z nich dwukrotnie. Muchy nie przeszkadzały zupełnie operującemu; wołały zawsze siadać na ranie, jemu zaś dawały święty spokój. [...] Chirurdzy na ogół myli ręce raczej po operacji, aniżeli przed nią”.

Surgeons (1999). W tym miejscu przedstawię jedynie najważniejsze jej elementy, mające wpływ na kontekst pracy neurochirurgów.

2.1.1. Historia i kontekst zawodu chirurga a kultura zawodu

Do istotnych wartości kultury chirurgicznej, kształtowanych przez wieki przez przedstawicieli tego zawodu, należą aktywność, zdecydowanie i samodzielność. Najważniejszą kategorią w kulturze chirurgicznej jest upodobanie do działania (*penchant for action*). Jak zauważyła wspomniana wcześniej Pearl Katz, znajduje to swoje odzwierciedlenie w języku charakterystycznym dla tego świata społecznego, podkreślającym aktywność i działanie: czynnej formie czasowników takich jak: „zrobić”, „naprawić”, „nauczyć” (Katz 1999: 5).

Kultura zawodu chirurga, w tym subkultura zawodu neurochirurga (Byczkowska-Owczarek, Kubczak, Pawłowska 2020) jest kulturą silnie męską, w której przejawy słabości są odbierane negatywnie. Specjaliści neurochirurgii mają sobie radzić samodzielnie i nie ujawniać emocji, z wyjątkiem złości. Jest to kultura stereotypowo wspierająca raczej negatywne w skutkach sposoby radzenia sobie z emocjami (np. strachem przed odpowiedzialnością prawną, smutkiem w sytuacji niepowodzenia operacji), takie jak używanie alkoholu. Jest to także kultura, w której pozytywne emocje i przeżycia wynikają z pozycji jednostki w hierarchii społecznej opartej na wiedzy (Byczkowska 2007b). Potrzeba pozytywnych przeżyć, docenienia, jest przez chirurgów, w tym neurochirurgów, czerpana z trzech źródeł:

1) wykonywanie na oczach innych osób zadań, które są dramatyczne, ryzykowne i mogą mieć konsekwencje dla życia i zdrowia pacjentów (wyjaśnia to dążenie neurochirurgów do wykonywania *interesujących operacji* (kod *in vivo*)³, czyli takich, podczas których neurochirurg ma możliwość przezwyciężenia jakiegoś trudnego problemu lub wykonania danego rodzaju zabiegu po raz pierwszy w swojej karierze);

2) mistycyzm chirurgii (*surgical mystique*) – element kultury chirurgów, którym jest rodzaj tajemniczości, powodujący, że pacjenci odczuwają podziw dla zawodu chirurga (por. Hughes 1951);

3) odnowa szeregów – czyli uczenie osób podobnych do siebie, reprodukcja kultury chirurgów poprzez wybieranie osób o podobnym stylu bycia, wartościach, pochodzeniu społecznym, a także uczenie wzorców interakcji (Katz 1999: 9). Co warto zaznaczyć, są to konstruowane kulturowo i reprodukowane

³ Kody *in vivo* to jeden z rodzajów pojęć uczulających (Strauss, Corbin 1990: 69) pochodzących z języka osób badanych. Ich użycie w analizie i prezentacji danych pozwala na zachowanie znaczeń nadawanych przez uczestników badania ich działaniom i zjawiskom w badanym obszarze.

w kolejnych pokoleniach chirurgów specyficzne dla tego zawodu sposoby zapewniania sobie realizacji ważnych potrzeb emocjonalnych.

Istotnym elementem w procesie konstruowania roli społecznej przez chirurgów (Turner 2002: 22), wpływającym na interakcje pomiędzy chirurgami, chirurgami i innymi przedstawicielami personelu medycznego jest kulturowy wizerunek bohaterskiego, przekonanego do swoich decyzji i pewnego w swych działaniach chirurga. Rekonstruowanie tego wizerunku w autoprezentacji oraz w interakcjach jest ważną składową habitusu chirurga pozwalającą realizować ten zawód (Bourdieu, Passeron 1990), ale w przeciwieństwie do innych umiejętności nie jest ono nauczane *explicite*. Jak pisze Pearl Katz (1999: 21),

zamiast tego [wizerunek – przyp. D.B.O.] jest komunikowany *implicite* w nieformalnych kontekstach – w pogaduszkach i przekomarzaniu się na korytarzach, stołówkach, windach, pokojach lekarskich; w dowcipnych uwagach wygłaszanych na sali operacyjnej; i poprzez folklor chirurgiczny dotyczący pacjentów i innych lekarzy. [...] Żarty chirurgów dotyczą tematów, które gloryfikują ich jako zdecydowanych, władczych i „męskich”. Żarty tej grupy wyśmiewają także mniej interwencyjnych internistów jako niezdecydowanych, słabych i „kobiecych” (patrz także: Bosk 1979: 105).

Męskość tej kultury nie polega tylko na dominacji mężczyzn w zawodzie chirurga. Podczas badania kultur organizacyjnych oddziałów szpitalnych (Byczkowska-Owczarek, Kubczak, Pawłowska 2020) mogliśmy porównać kulturę organizacyjną oddziału, na którym lekarzami byli sami mężczyźni (neurochirurgia), i taką, gdzie połowę stanowiły kobiety (chirurgia laryngologiczna), a ordynatorem była kobieta. Podobnie jak na opisanym przez Pearl Katz (1999: 30) oddziale chirurgicznym, na którym pracowali tylko mężczyźni, na oddziale neurochirurgicznym lekarze, w szczególności starsi wiekiem, często opowiadali dowcipy, które umniejszały rolę kobiet, degradowały ich umiejętności i pośrednio lub wyraźnie podkreślały wysoki status mężczyzn, zwłaszcza neurochirurgów. Minimalizowali statusy lub osiągnięcia koleżanek po fachu: jedna ze znajomych chirurżek dziecięcych nazywana była *chirurgiem dzieciennym*, a doktor psychologii nosiła miano *doktor magister*. Takie żarty nie miały miejsca na oddziale laryngologicznym, gdzie personel lekarski składał się z przedstawicieli obu płci.

Aktywna postawa stanowi wartość w kulturze chirurgów. Jest to wynikiem historycznie ugruntowanych założeń, związanych z pragmatyczną definicją sytuacji i roli zawodowej (Katz 1999: 33). Zgodnie z pierwszym założeniem możliwe jest wywieranie wpływu i kontrolowanie zdarzeń i procesów poprzez własne działanie. Po drugie, interwencja jest lepsza od braku działania. Trzecie założenie dotyczy natomiast współczesnej zachodniej tradycji chirurgicznej, w której ważna jest bezpośrednia interwencja człowieka i kontrola, w przeciwieństwie do oczekiwania na Boską interwencję i brak kontroli.

Taka definicja sytuacji, legitymizowana kulturowo jako jedyne właściwe podejście w chirurgii, ma jeszcze inną konsekwencję. Wiara chirurgów w zalety aktywnego działania może mieć poważne, także negatywne konsekwencje dla leczenia pacjentów. Heroiczne działanie chirurgów może wiązać się z uporczywą terapią⁴ czy utrudniać chirurgowi oferowanie rozwiązań paliatywnych w celu złagodzenia cierpienia pacjenta. Przekonanie to czasami skutkuje podjęciem działania zamiast bezczynności, nawet jeśli byłaby ona wskazana medycznie (Katz 1999: 38).

Inną, wykształconą w toku rozwoju chirurgii wartością jest optymistyczne podejście chirurgów do przyszłości. Bosk (1979, cyt. za: Katz 1999: 34) definiuje ten pozytywny stosunek jako zaprzeczenie możliwości porażki. Taka perspektywa pozwala zmniejszyć koszty emocjonalne związane ze strachem przed niepowodzeniem operacji, dzięki czemu chirurg może spokojniej podejść do zabiegu.

Opisana tu kultura chirurgiczna nie jest oczywiście jednolita. Jest ona reprodukowana w różnych krajach, instytucjach ochrony zdrowia, w zespołach chirurgicznych, a także przez konkretnych lekarzy. Przyjęta w tej pracy koncepcja konstruowania roli zakłada, że każda jednostka konstruuje odgrywaną przez siebie rolę społeczną na podstawie zinternalizowanych wartości, norm, a także interakcji z innymi (Turner 2002). Dlatego też różni chirurdzy w różny sposób realizują swoją rolę zawodową, odmiennie traktując pacjentów, operując w innym stylu, trochę inaczej podejmując decyzje czy komunikując się z innymi przedstawicielami personelu medycznego. Każdy z chirurgów także na swój sposób interpretuje tę uogólnioną kulturę chirurgiczną oraz subkulturę specjalizacji. Indywidualna interpretacja jest uzależniona od procesów socjalizacyjnych, a w tym od interpretacji kultury na danym oddziale, czyli także od kultury organizacyjnej danej instytucji. Wpływ ma także ukończona uczelnia medyczna, kontakt z mistrzami, a także indywidualne cechy każdej z osób. Indywidualna interpretacja może się odnosić również do stosunku do stosowania procedur medycznych lub zwyczajowych rozwiązań danych problemów medycznych, także niespójnych lub sprzecznych.

W kolejnych pokoleniach chirurgów kultura ta, a w zasadzie kultury, są reprodukowane poprzez dobór adeptów podobnych do mistrzów np. odnośnie do płci, umiejętności szybkiego podejmowania decyzji (Katz 1999: 65–66). Duże znaczenie dla powstania i kształtu subkultur ma także specyfika zadań stojących przed chirurgami różnych specjalności, np. praca specjalistów chirurgii oka czy głowy i szyi przebiega w nieco innych kontekstach, co wpływa na zinstytucjonalizowanie

⁴ Według Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia „Uporczywa terapia jest to stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta” (Bołoz, Krajnik 2008: 77).

różnych sposobów działania. Jedną ze specjalizacji, jakie wyłoniły się z chirurgii, jest neurochirurgia, zajmująca się diagnostyką i leczeniem operacyjnym chorób układu nerwowego. Była ona na przestrzeni wieków praktykowana przez chirurgów niepokornych, nierzadko nieakceptowanych w środowisku, a nawet uznawanych za szaleńców. Najistotniejsze wątki wyłonienia się neurochirurgii jako oddzielnej specjalizacji chirurgicznej przedstawię w kolejnej części rozdziału.

2.1.2. Kontekst historyczny i specyfika neurochirurgii jako subdziedziny medycznej

Zarys historii neurochirurgii

Historia wczesnego rozwoju tej dziedziny medycyny jest historią cierpienia ofiar eksperymentów, a także wielu błędów, pomyłek i konfliktów interpersonalnych na tle tworzącej się wiedzy o mózgu (Thorwald 1994). Na zainteresowanie zasługuje grupowy charakter konstruowania wiedzy neurochirurgicznej we wczesnych etapach jej rozwoju. W tej dziedzinie wiedzy, jak w każdej owianej atmosferą tajemniczości, jednostki zainteresowane jej rozwijaniem poszukują wzajemnych inspiracji, potwierdzeń lub zaprzeczeń swojego sposobu myślenia (Hughes 1993: 374). Za twórców chirurgii mózgu czasów nowożytnych uważa się Williama Macewena, Francesca Durantego, Rickmana Godlee i Victora Horsleya. Jednak zanim „wdarli się ze skalpelem w dłoń do świątyni mózgu” (Thorwald 1994: 9), wielu poprzedników eksplorowało, badało, opisywało i eksperymentowało, tworząc podwaliny dzisiejszej neurochirurgii.

Jak twierdzi Jürgen Thorwald, autor książki opisującej historię neurochirurgii zatytułowanej *Kruchy dom duszy*, w okresie szybkiego rozwoju chirurgii, kiedy anestezjologia i antyseptyka dały możliwość zajęcia się nowymi organami, serce i mózg pozostawały obszarami ludzkiego ciała budzącymi strach. Przed poznaniem tych organów powstrzymywały lekarzy twierdzenia Klaudiusza Galena, starożytnego medyka zajmującego się mózgiem, jak i Kartezjusza. Według tych uczonych serce, a przede wszystkim mózg miały być miejscami zlokalizowania duszy. W zachodnim kręgu kultury pogląd ten stał się elementem wiedzy potocznej (Thorwald 1994: 18).

Mózg był jednak nie tylko tajemniczym mechanizmem, był także organem, którego funkcjonowanie można było zaobserwować jedynie pośrednio. Pracy mózgu „nie widać” w tym sensie, w jakim możemy obserwować pracę kurczących się komórek serca czy napinających mięśni. Efekty procesów zachodzących w mózgu możemy obserwować pośrednio, np. poprzez obserwowanie utraty określonych funkcji ciała występujących przy uszkodzeniach danych partii mózgowia, lub postępujący brak kontroli nad partiami ciała przy ataku epilepsji.

Pierwsze koncepcje dotyczące zróżnicowanych wyspecjalizowanych partii mózgu zawdzięczamy działalności Johna H. Jacksona. Latami obserwując coraz bardziej poważne ataki żony Elisabeth, lekarz ten wywnioskował, że mózg nie

jest jednorodny, lecz zbudowany z centrów odpowiedzialnych za pracę poszczególnych części ludzkiego ciała. Jako pierwszy odkryty został ośrodek mowy. Najłatwiej było bowiem skorelować problemy z mówieniem z widocznymi gołym okiem uszkodzeniami lewej części płata czołowego. Kolejnym punktem zwrotnym było twierdzenie Paula Broki: „nie wszystkie części mózgu mają te same funkcje” (Thorwald 1994: 24). Następnym istotnym etapem tworzenia wiedzy o ludzkim mózgu było zidentyfikowanie przez Eduarda Hitziga i Theodora Fritscha ośrodków odpowiedzialnych za ruchy ciała. W kolejnych latach następowały odkrycia, m.in. ośrodka słuchu, a w roku 1876 David Ferrier opublikował pierwszą książkę o lokalizacji ośrodków czynności mózgu, która była rodzajem przewodnika dla chirurgów.

Za ojca chirurgii mózgu uważa się Victora Horsleya (Thorwald 1994: 33, 38), który pod koniec XIX wieku wykonywał sekcje mózgów zmarłych pacjentów, co znacznie poszerzało wiedzę na temat funkcjonowania tego organu. Prowadził on także wiele badań na żywych zwierzętach. Tym anonimowym ofiarom neurochirurgia zawdzięcza swój rozwój, a badacze mózgu – sławę. Pierwsze operacje mózgu wykonywał w 1879 roku William Macewen. Pierwsza zakończona sukcesem operacja nowotworu mózgu miała miejsce w 1884 roku. Dokonał jej rzymski chirurg, Francesco Durante. W tym samym okresie trwały w Londynie prace nad stworzeniem pierwszej, wyspecjalizowanej sali do operacji mózgu i stworzenia pierwszego stanowiska neurochirurgicznego. Wysiłki te uwieńczone zostały 9 lutego 1886 roku, gdy dyrekcja National Hospital w Londynie powołała właśnie Victora Horsleya na stanowisko chirurga, którego zadaniem miało być operacyjne leczenie wszystkich przypadków guza mózgu, nowotworów rdzenia kręgowego oraz innych chorób nerwów i mózgu (Thorwald 1994: 49). W 1890 roku w Berlinie poinformował on zebranych na międzynarodowym kongresie medycznym chirurgów o narodzinach chirurgii mózgu⁵. W podobnym okresie w Niemczech praktykował Fedor Krause, człowiek o zupełnie innym temperamencie, który podchodził do operacji ze spokojem i rozwagą. Sam termin „*neurosurgery*” został użyty po raz pierwszy w języku angielskim w 1904 roku w tytule artykułu w „*Alienist and Neurologist*”, *Neurosurgery: Trigeminal Neuralgia Treated by Intraneural Injections of Osmic Acid* (Lichterhan 2007).

Warto także wspomnieć o lekarzu, który zwany jest ojcem współczesnej neurochirurgii – Harveyu Williamie Cushingu, aktywnym zawodowo od końca XIX wieku. Wprowadził on narzędzia i metody pracy neurochirurgicznej, które znacznie zwiększyły bezpieczeństwo tych operacji m.in. poprzez ograniczenie

⁵ Horsley był pionierem chirurgii mózgu, co oznaczało, że nie tylko decydował się na nowe, niewykonywane dotąd operacje, ale – dla „dobra nauki” – porywał się także ze skalpelem na bardzo ryzykowne przypadki, w których prawdopodobieństwo zgonu pacjenta było wysokie lub pewne.

krwawień (Thorwald 1994: 110). Pamiętajmy, że w czasach działalności pierwszych chirurgów mózgu, aż do połowy lat dwudziestych XX wieku, wskaźnik zgonów operacyjnych i pooperacyjnych wynosił 40%. Cushing był także wynalazcą i badaczem, który dokładnie dokumentował leczone przypadki leczonych chorób, co dawało możliwość ich późniejszej analizy. Wprowadzał do medycyny nowe metody diagnostyczne, m.in. wynalazł przyrząd automatycznego śledzenia pulsu i ciśnienia krwi chorego, a także stosował w pracy aparat rentgenowski, niedługo po jego wynalezieniu.

Biografie pionierów neurochirurgii tego okresu wskazują, że byli to ludzie odważni, często skłonni do ryzyka, ale także nielubiani przez otoczenie, traktowani jako ekscentrycy. Być może takie cechy charakteru predestynowały ówczesnych lekarzy do łamania tabu, jakim było zajmowanie się tym tajemniczym organem. Rozwojowi neurochirurgii od czasów Klaudiusza Galena towarzyszyło poczucie obcowania z tajemnicą nie tylko ludzkiego ciała, ale także człowieczeństwa – duszy, mowy, myślenia, rozumienia, tożsamości czy relacji z innymi.

Specyfika neurochirurgii jako dziedziny medycznej

W centrum subświata społecznego (Clarke 1990, 1991; Strauss 1984; Kacperczyk 2005: 169–170; 2016) neurochirurgii znajduje się działanie podstawowe, czyli operowanie w obrębie układu nerwowego (mózgu, kręgosłupa oraz niektórych nerwów obwodowych), a jego granice wyznaczane są przez efektywną komunikację, dyskurs, ciągłe porozumiewanie się pomiędzy jej członkami, a także ich reakcje względem siebie. Subświat ten ma własną subkulturę, nieco odmienną od kultury chirurgów opisaną wcześniej, także w obszarze systemu wartości.

Operując jeden organ (mózg lub kręgosłup), neurochirurdzy odpowiadają za całościowy stan pacjenta, zarówno fizyczny, jak i psychiatryczny. To, na jaki element czy funkcję ciała będzie miała wpływ operacja, może być z góry ustalone jedynie z pewnym prawdopodobieństwem. Mózg jest neuroplastyczny, co oznacza, że niektóre ośrodki przejmują funkcje innych, mogą znajdować się w nieco innym miejscu, niż wskazują to atlasy anatomiczne. Jest to związane z istnieniem *anatomii indywidualnej* pacjenta (kod *in vivo*). Oczywiście, w trakcie operacji neurochirurdzy stosują rozmaite narzędzia, takie jak np. neuronawigacja⁶ czy monitorowanie śródoperacyjne⁷, jednak ostateczne efekty swej pracy poznają dopiero po wybudzeniu pacjenta i sprawdzeniu, czy np. porusza on kończynami.

⁶ Neuronawigacja pozwala stworzyć na monitorze komputera trójwymiarowy obraz czaszki pacjenta, na którym dzięki podłączeniu do jego głowy znaczników połączonych z kamerami oraz nałożeniu ich na obraz z rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej można zwizualizować, gdzie znajduje się operowana zmiana. Ułatwia to wybór wejścia czy sposób dotarcia do operowanej zmiany.

⁷ Monitorowanie śródoperacyjne (neuromonitoring) polega na stałym monitorowaniu odpowiedzi różnorodnych nerwów w trakcie trwania operacji. Dzięki tej techno-

W związku z tym, jak wskazują badani, nie ma operacji rutynowych. Jak mówi doktor Gruszczyński: *Nie da się zrobić tej samej operacji dwukrotnie tak samo.*

Wspomniana *anatomia indywidualna* to pojęcie, które bardzo często pojawiało się w moich rozmowach z neurochirurgami. Odnosi się ono do budowy ciała konkretnego człowieka. Atlasy anatomiczne przedstawiają anatomię ogólną, czasami prezentując różne warianty danego elementu anatomicznego, np. przebiegu naczynia w mózgu. *Anatomia indywidualna* jest natomiast anatomią konkretnego pacjenta, zmienianą dodatkowo przez *indywidualną patologię*, czyli np. guz, krwaki czy tętniak. W celu jej poznania lekarz znający przecież doskonale anatomię ogólną, analizuje dokładnie i wielokrotnie skany mózgu czy kręgosłupa pacjenta, którego ma operować. Stara się wyobrazić sobie, w jaki sposób zbudowany jest chory organ i jak np. rozrastający się guz przesunął określone obszary mózgu. Tak opisuje te zjawiska asystent, doktor Świerczyński:

atlas anatomiczny pokazuje jeden wariant, a wariantów jest więcej. Oczywiście mówimy o fizjologii⁸. To atlas fizjologii, bo atlasy pokazują warianty, znaczy pokazuje jakiś tam wariant fizjologii, a jeżeli mówimy o patologii, to wariantów patologii jest jeszcze więcej, no i tego to już na pewno żaden atlas nie jest w stanie mm... objąć, tak. [...] [Oglądając badania obrazowe – przyp. D.B.O.], uzyskuję wiedzę, która pozwala mi na przeprowadzenie zabiegu. Pozwala mi zrozumieć, na czym polega choroba pacjenta, i pozwala mi zaplanować leczenie dalsze.

Z uwagi na to, że ciało pacjenta ma swoją *indywidualną anatomię*, a technologia medyczna, w tym narzędzia, jest ujednolicona, ciało neurochirurga stanowi jego najważniejsze narzędzie pracy. Neurochirurg dzięki posiadanym umiejętnościom cielesnym dostosowuje wystandaryzowane narzędzia takie jak mikroskop⁹, szczypce, kerrison¹⁰ do potrzeb operacji na *anatomii indywidualnej* konkretnego pacjenta. Dlatego, jak zgodnie twierdzili moi rozmówcy, w medycynie zabiegowej mózgu nie ma możliwości zastąpienia operatorów robotami. Nie ma bowiem rutynowych operacji. Nawet w trakcie trwania operacji lekarz posiłkuje się wykonanym wcześniej badaniami CT lub MRI¹¹, a w przypadku

logii neurochirurg ma stałą kontrolę nad zagrożonymi obszarami i może zapobiec pojawieniu się deficytów neurologicznych, np. niedowładów po operacji.

⁸ Podkreślenie pochodzi od osoby badanej. W tekście wszelkie podkreślenia w wypowiedziach badanych zaznaczam poprzez podkreślenie słów lub ich części.

⁹ Mikroskop operacyjny to urządzenie pozwalające operatorowi na pracę w bardzo małych przestrzeniach i nad małymi strukturami. Jest to urządzenie wysokości ponad dwóch metrów, wyposażone w wizjer, podgląd (używany najczęściej przez asystenta), monitor oraz możliwość nagrywania obrazu z operacji.

¹⁰ Kerrison to potoczna nazwa przyrządu do usuwania fragmentów tkanki kostnej.

¹¹ CT – tomografia komputerowa, MRI – rezonans magnetyczny.

zabiegów kręgosłupa skopią¹². Jest to spowodowane tym, że bardzo trudno jest nawigować w mózgu, nie posiadając jasnych punktów odniesienia. Jak określił to jeden z operatorów, istota szara, czyli tkanka, z której składa się mózg, ma konsystencję budyniu i bardzo łatwo jest zboczyć o milimetry, co może spowodować niepotrzebną interwencję w tkanki mózgu, a zatem zbędne ryzyko (por. Marsh 2016: 229). Operator, odsłaniając łożę, czyli miejsce w polu operacyjnym, gdzie dokonywane jest otwarcie i gdzie operuje narzędziami, nie ma wglądu w całość mózgu. Poszukuje on zatem odniesienia do mózgu jako całości i jego poszczególnych obszarów na badaniu obrazowym. Gdy operator otwiera czaszkę, tkanka mózgu uciskana przez rosnący guz znajduje dodatkową przestrzeń i może się rozprężyć. Istniejące struktury przesuwają się zatem, zmieniając swoje położenie względem pierwotnej anatomii pacjenta. Podobnie jest w przypadku kręgosłupa, w szczególności gdy operowany obszar znajduje się od wewnętrznej strony, czyli między wnętrzościami a mięśniami pleców. Wówczas operator układa narzędzie w okolicy operowanego dysku, wykonuje badanie RTG i na obrazie ma uwidocznione, czy narzędzie leży w odpowiednim miejscu, a zatem czy w tym miejscu operator może podjąć interwencję.

Neurochirurgia i inne specjalności lekarskie

Ważnym elementem definiowania granic społecznego subświata neurochirurgii jest odróżnianie się od innych specjalności – głównie kardiologii. Jest to zapewne spowodowane rywalizacją statusową pomiędzy tymi dwiema specjalnościami medycyny, uważanymi za elitarne. Operatorzy, z którymi rozmawiałam, uwypuklają głównie różnice pomiędzy tymi specjalnościami, mające wskazywać na wyższość neurochirurgii. Świadczy o tym istnienie maksym. W przypadku neurochirurgów dotyczą one prawd o praktyce pracy w zawodzie oraz jej społecznym kontekście i są wypowiedzane często przez mentorów i powtarzane przez adeptów. Mają one na celu krótkie podsumowanie wartości tej subkultury, wyjątkowości danej specjalizacji czy podkreślenie różnic pomiędzy nią a innymi, np.: *kardiologowie mówią, że bez serca nie można żyć. Można, nie można żyć bez mózgu*¹³. Do cech przywoływanych przez neurochirurgów odróżniających ich od kardiologów należą: częstotliwość występowania chorób, konsekwencje błędu operatora, swoboda w wyborze sposobu leczenia oraz budowa operowanych organów.

¹² Rodzaj badania RTG.

¹³ Innym przykładem maksymy jest powiedzenie *opona pajęcza to kochanka neurochirurgów*. To zdanie zawiera w sobie informację o tym, że jeśli operator nie ma potrzeby przecinać tej tkanki, nie uszkodzi tkanki mózgu i ryzyko niepowodzenia operacji znacznie się zmniejsza. Za inspirację do tej uwagi dziękuję dr Magdalenie Wojciechowskiej z IS UŁ.

Pierwsza z różnic pomiędzy kardio- i neurochirurgami wynika ze specyfiki samych schorzeń. Choroby serca są znacznie częstsze w populacji, zatem dużo łatwiej jest prowadzić badania statystyczne i tworzyć oparte na nich procedury (por. Marsh 2016: 25). Dlatego kardiologia i kardiochirurgia są dużo bardziej sprowadzonymi dziedzinami niż neurochirurgia. Z kolei w neurochirurgii standardy i procedury, jeśli istnieją, mają dużo bardziej elastyczny charakter. O tej specyfice opowiada asystent, doktor Świerczyński:

mało procedur takich definitywnych [...] nie są to dowody klasy A, prawda, czy klasy B, czyli takie wielośrodkowe, że należy to zrobić tak. Bardzo wiele, wiele dowodów jest klasy C, czyli że jeden profesor mówi, że trzeba to robić tak, drugi mówi, że trzeba to robić tak. No i trzeba się w tym odnaleźć (śmiech).

Neurochirurdzy mają zatem dosyć dużo swobody w zakresie wyboru drogi realizacji celu operacyjnego. Jak twierdzi David Eddy (1984, cyt. za: Kim, Lee 2018: 183), „niektóre aspekty wiedzy medycznej nigdy nie mogą zostać zweryfikowane w randomizowanym, kontrolowanym badaniu, a niepewności nie można całkowicie wyeliminować z powodu różnorodności natury ludzkiej”. Im mniej procedur, wytycznych, sztywnych ram, im więcej zależy od samego operatora, jego wiedzy i umiejętności, tym praca specjalisty ma większy prestiż, bo wiąże się z większym ryzykiem. Uznanie w środowisku neurochirurgów zdobywa się głównie poprzez operowanie różnorodnych przypadków oraz trudnych, w rozumieniu specjalistów, zmian. Wielu moich rozmówców zwracało uwagę na guzy kąta mózgu, czyli zmiany specyficznie umiejscowione: głęboko, w otoczeniu mięśni, z dużym ryzykiem krwawienia, w bliskości mózdzku. Ponadto są to guzy dużych rozmiarów, których usunięcie zajmuje wiele godzin.

Druga różnica pomiędzy specjalnościami polega na konsekwencjach popełnienia błędu w trakcie przeprowadzania operacji. Wedle opinii badanych przeze mnie neurochirurgów kardiochirurg, jeśli się pomyli w trakcie operacji, może naprawić pomyłkę, reoperując. Neurochirurg nie ma takiej możliwości, gdyż niepożądane zmiany są najczęściej nieodwracalne, ponieważ powodują np. niedokrwienie, którego nie można cofnąć.

Po trzecie, mózg jest dużo bardziej plastycznym organem niż serce, jego budowa jest też w dużej mierze zależna od *anatomii indywidualnej*. Pomimo iż różnice anatomiczne zazwyczaj są niewielkie, mogą mieć poważne skutki dla powodzenia operacji. Bardzo trudne, a czasami niemożliwe jest odróżnienie poszczególnych części mózgu. Dużo łatwiej jest natomiast rozróżnić, także w trakcie trwania operacji, poszczególne części serca. Podobna łatwość rozróżnienia poszczególnych elementów anatomii występuje w przypadku operacji brzusznych, dlatego też nie wymagają one, zdaniem badanych, tak szczegółowego planowania jak operacje mózgu.

Spór dotyczący bycia najbardziej prestiżową dziedziną chirurgii, toczony pomiędzy neurochirurgami i kardiologami, wyjaśniają badania etnograficzne prowadzone przez Larsa Johannessena na oddziale neurochirurgicznym (2014). Analizował on społeczne reprodukcje prestiżu różnych chorób¹⁴. Z kolei Album i Westin (2008) wykazali, że lekarze i inni przedstawiciele personelu medycznego potrafią sklasyfikować choroby w hierarchii prestiżu i neurochirurgia jest przez nich uważana za najbardziej prestiżową specjalizację¹⁵. Przedstawiciele zawodów medycznych są także w stanie wyjaśnić logikę wyższego wartościowania jednych chorób w stosunku do innych. Dla zilustrowania tego stwierdzenia przytoczę wypowiedź instrumentariuszki z ponad 40-letnim stażem pracy:

Głowa dla człowieka jest magiczna. Serce i głowa to są najbardziej magiczne narządy. Nie noga, nie ręka, nie jelita, nie, tak mi się wydaje, nie wątroba, trzustka czy coś tego, tylko to jest po prostu no tyle, że to jest ten – głowa i serce. Dlatego zawsze blok neurochirurgiczny i blok/¹⁶ kardiologia był uważany za takie no... Jak to nazwać? Elitarne? No nie elitarne. No takie naprawdę, no nie każdy się nadaje do pracy na kardiologii, na neurochirurgii.

Album i Westin (2008: 186–187) wyłonili trzy kryteria, które decydują o tym, jakie miejsce w hierarchii zajmuje dana choroba. Pierwsze z nich dotyczy choroby i jej typowej trajektorii. Ostre i śmiertelne choroby, które nie powstały z winy lub woli chorego, z wyraźnymi objawami diagnostycznymi w górnej części ciała, najlepiej w mózgu lub sercu, są zazwyczaj uważane za najbardziej prestiżowe. Drugie kryterium jest związane z typowym leczeniem danej choroby. Choroby wymagające aktywnego, ryzykownego i zaawansowanego technologicznie leczenia, prowadzące do szybkiego i skutecznego powrotu do zdrowia są uważane za wysoko prestiżowe. Trzecie kryterium dotyczy charakterystyki typowego pacjenta z daną chorobą. Choroby występujące najczęściej u młodych pacjentów, których wyniki leczenia nie wiążą się ze zniekształceniem, niedowładami lub

¹⁴ Termin „prestiż choroby” został stworzony przez Daga Albuma (za: Johannessen 2014), gdy podczas badań terenowych zauważył on niejawne oceny chorób w rozmowach lekarzy i odkrył, że mogą oni oceniać choroby według prestiżu.

¹⁵ Przedstawiciele zawodów medycznych o wyższym statusie społecznym mają tendencję do postrzegania siebie jako zajmujących się ciałem w ograniczonym stopniu. Pozostawiają oni zawodom o niższym statusie pracę nad tymi aspektami ciała, które są fizjologiczne, zanieczyszczają, powodują wstyd (Douglas 1966; Hughes 1993). Littlewood (1991) twierdzi, że specjalizacje medyczne o wyższej randze zajmują się na ogół głową i sercem, podczas gdy specjalizacje takie jak gastroenterologia i medycyna moczowo-płciowa mają niższy status (Wolkowitz 2006: 153).

¹⁶ Użyciem prawego ukośnika w cytatach z osób badanych zaznaczam, że wypowiedź w danym miejscu została urwana.

innymi ciężkimi obciążeniami, także są oceniane wysoko w hierarchii prestiżu. Leczenie neurochirurgiczne spełnia wszystkie trzy przesłanki.

Kolejnym dowodem na wyjątkowość specjalizacji neurochirurgicznej jest, jak pisze Lars Johannessen (2014: 88), ryzyko wynikające z faktu, że operacje są wykonywane na mózgu – organie o dużym znaczeniu kulturowym, od którego zależą także inne funkcje ciała pacjenta. Zagrożenie jest dodatkowo zwiększane przez neurochirurgów przeprowadzających operacje tętniaków, które wiążą się z większym ryzykiem niż większość pozostałych operacji. Zarówno śmiertelność, ryzyko powikłań, jak i pewność, że neurochirurdzy wiedzą, jak sobie z nimi poradzić, podnoszą prestiż zawodu.

Neurochirurdzy w pewnym zakresie konkurują także z chirurgami ortopedami. Z racji tego, że operacje kręgosłupa są bardzo korzystnie rozliczane przez NFZ, chętnie zajmują się nimi także chirurdzy ortopedzi. Wywołuje to rywalizację o te zabiegi, do których, jak twierdzą neurochirurdzy, to oni są lepiej przygotowani (por. Katz 1999: 151). Zjawisko to możemy skategoryzować jako walkę o zasoby w obrębie świata społecznego medycyny, a samą operację kręgosłupa jako obiekt graniczny na styku subświatów społecznych dwóch specjalizacji (Clarke 1991: 131, 133–134). Działania podejmowane przez członków społecznego subświata neurochirurgii to w tym przypadku chronienie obszaru działania (*protecting*) oraz obrona/ochrona działań i terytorium (*defending*) (Kacperczyk 2005: 173–174). Jest to także jeden z przykładów na to, że specjalizacja dziedzin medycyny (jej subświatów) jest negocjowalna, a podział schorzeń przypisywanych poszczególnym specjalistom jest umowny. Jednym z przejawów odróżnienia swojej specjalizacji, głównie jako posiadającej trudniejszą do opanowania wiedzę medyczną, jest dowcip, opowiadany przez neurochirurgów na badanym przeze mnie oddziale:

- *Jaki jest szczyt skupienia u ortopedów?*
- *Jazda windą i żucie gumy w tym samym czasie.*

Z kolei wobec neurologów, czyli lekarzy również specjalizujących się w leczeniu chorób układu nerwowego, ale w sposób zachowawczy, lekarze neurochirurdzy stosują wartościowanie oparte na opisanej wyżej wysoko ocenianej decyzyjności, aktywności i sprawczości. Badani opowiadali często o tym, że lekarze neurologów muszą długo czekać na efekty leczenia farmakologicznego, że nie widzą skutków swoich interwencji od razu, jak neurochirurdzy po operacji.

W odniesieniu do lekarzy radiologów, których praca jest niezbędna, by lekarz neurochirurg mógł ocenić zmiany wewnątrzczaszkowe czy w okolicach kręgosłupa, neurochirurdzy uznają ich za zbyt mało zdecydowanych (por. Strauss 2012: 377). W trakcie moich wielogodzinnych obserwacji w pokoju lekarskim wielokrotnie słyszałam żarty dotyczące niejednoznacznych opisów badań obrazowych.

Dla neurochirurga takie nierozstrzygające opisy zmian są niewystarczające, ponieważ to na podstawie tych badań podejmuje decyzje np. o otwarciu czaszki.

Dowcipy są często stosowanym sposobem odróżniania się przedstawicieli neurochirurgii od innych specjalizacji medycznych. Ciekawe jest to, że wspólna praca specjalistów neurochirurgów i anestezjologów na sali operacyjnej wymusza współpracę, ale też zmniejsza dystans pomiędzy lekarzami pracującymi razem. W tej relacji dowcipy dotyczą obu stron, są czasem wypowiedziane w towarzystwie przedstawicieli „obśmiewanej” specjalizacji. Ponieważ anestezjolodzy najwięcej pracy wykonują przed rozpoczęciem operacji, usypiając pacjenta, a następnie po operacji podczas jego wybudzania, przez cały okres operacji „jedynie” nadzorują działanie urządzeń monitorujących stan chorego i reagują w sytuacjach krytycznych. Dlatego też chirurdzy różnych specjalności opowiadają sobie następujący żart:

- *Dlaczego anestezjologom śmierzdzą ręce?*
- *Bo cały czas stoją tak* [pokazuje stanie z dłońmi włożonymi pod pachy w pozie oczekiwania].

Dowcip ten wskazuje na sprzeczność pomiędzy wartościami wyznawanymi w kulturze chirurgów i wartościami wyznawanymi w specjalizacji anestezjologicznej. Zadaniem anestezjologa jest utrzymanie pacjenta w bezpiecznym stanie podczas operacji, natomiast chirurga – aktywne działanie. Ciekawej perspektywy dotyczącej postrzegania tej specjalności dostarczył mi jeden z anestezjologów, z którym rozmawiałam po zakończeniu obserwacji operacji. Jak stwierdził, zresztą w obecności operującego chwilę wcześniej neurochirurga:

Neurochirurdzy są jak dzieci w piaskownicy, my jesteśmy mamusie. My sobie tak siedzimy z boku, mówimy: nie wsadzaj grabek do oka. Oni by chcieli operować wszystko i o każdej porze, a my jesteśmy od tego, żeby to było bezpieczne.

Praca specjalistów anestezjologii jest w kontekście działań neurochirurga podejmowanych na sali operacyjnej rodzajem zawodu drugoplanowego (*second-rank profession*). Everett Hughes (1951: 325; 1993: 393) opisuje znaczenie takich zawodów jako wspomagających: „te [zawody – przyp. D.B.O.] podkreślają *explicit* swoją rolę jako wybawicieli zarówno pacjenta, jak i lekarza od błędów tego ostatniego”. Jak wskazuje przytoczona wyżej wypowiedź jednego z anestezjologów, autodefinicja ta występuje u anestezjologów i ma charakter odróżniający tę profesję od innych.

Zwracając uwagę na różnice pomiędzy subkulturami różnych dziedzin medycyny, konkurowania o prestiż, negocjacje odbywające się w arenach sporu (Clarke 1990: 20), należy pamiętać, że niezależnie od specjalności medycznej wszyscy lekarze są przedstawicielami kultury medycznej. Oznacza to, że dzielą ją oni

bardzo podobny światopogląd medyczny, podobnie definiują zdrowie, chorobę czy cel swojej pracy. Ponadto często współpracują oni ze sobą czy to na sali operacyjnej, czy w trakcie ustalania np. leczenia pooperacyjnego lub konsultując przypadki pacjentów cierpiących na wiele chorób. Pomimo różnic wynikających z pracy w nieco odmiennych kontekstach wszyscy oni działają w ramach zinstytucjonalizowanej medycyny i polskiego systemu ochrony zdrowia¹⁷.

Technologia w pracy neurochirurgicznej

Śledząc historię chirurgii, opisaną choćby przez Jürgena Thorwalda, łatwo można zauważyć, że poszczególne odkrycia, także technologiczne (np. mikroskop), były kluczowe dla neurochirurgii. Jest to przykład zjawiska nazwanego przez Anselma Straussa wprowadzaniem innowacji technologicznych (*technological innovation*) w ramach świata społecznego (w tym przypadku chirurgii), które w konsekwencji powoduje wyłonienie się nowego subświata społecznego (w tym przypadku poprzez pączkowanie, Kacperczyk 2005: 173–174). Rozwój neurochirurgii był od jej początków ściśle związany z rozwojem technologii, począwszy od wynalezienia skalpeli, retraktorów¹⁸, badań rentgenowskich i znieczulenia, aż po współczesne endoskopy z kamerami wideo czy mikroskopy neurochirurgiczne (Katz 1999: 215). Różne rodzaje rozwiązań technologicznych są wykorzystywane w codziennej pracy neurochirurgów, m.in. w takich aspektach jak:

- badania (MRI, CT itp.),
- narzędzia wykorzystywane w trakcie zabiegu (neuronawigacja, mikroskop, lupa itp.),
- „protezy” naturalnych funkcji, czyli np. stymulatory nerwów funkcjonujących nieprawidłowo.

Istotne miejsce we współczesnej neurochirurgii ma także technologia pośrednicząca kontakt z ciałem pacjenta, pozwalająca obserwować działanie mózgu poprzez wskazanie urządzeń, umożliwiającą przez to poznanie *anatomii indywidualnej* mózgu. Dzięki technologii wykorzystywanej w trakcie operacji istnieje możliwość sprawdzenia pracy nerwów. Niektóre są bardzo istotne, jak np. nerw twarzowy, odpowiadający za utrzymanie struktury twarzy (domykanie oczu, ust itd.), a inne w przebiegu danej choroby mają mniejsze znaczenie (np. nerw słuchowy, gdy chory w przebiegu choroby wcześniej stracił słuch).

¹⁷ Zdecydowałam się na używanie w książce tego sformułowania, ponieważ jest ono preferowane przez osoby badane. Alternatywne sformułowanie – służba zdrowia – jest oceniane przez badanych jako sugerujące poświęcenie, bycie na służbie u kogoś, z czym nie utożsamiają się i nie chcą być identyfikowani.

¹⁸ Narzędzie chirurgiczne służące do odsuwania od siebie struktur anatomicznych, np. mięśni lub skóry, w celu ułatwienia operatorowi dostępu do operowanej zmiany.

Jak twierdzą Anselm Strauss, Shizuko Fauerhaugh, Barbara Suczek i Carolyn Wiener (1997: 40–47), w pracy medycznej (*medical work*) maszyny organizują wokół siebie pracę personelu medycznego. W zależności od rozmaitych cech, takich jak cena, wielkość czy kompetencje wymagane do obsługi danego urządzenia, mogą być one umieszczane w specjalnych salach, do których personel musi się przemieścić w celu ich użycia, mogą być przenoszone do pacjenta lub też wymagają zatrudniania wykwalifikowanej osoby, która staje się członkiem zespołu medycznego. W przypadku pracy neurochirurgicznej maszyną, która organizuje cały proces operowania, jest bardzo kosztowny mikroskop neurochirurgiczny. Zajmuje on dużo przestrzeni, a także wymaga od posługującego się nim operatora specjalnych umiejętności. W odniesieniu do usytuowania mikroskopu w sali operacyjnej organizuje się przestrzeń, inne maszyny, sprzęty, umiejscowienie członków zespołu operacyjnego, a także pacjenta.

Każda osoba pracująca w trakcie operacji ma do obsługi jakiś rodzaj maszyny lub mniejszego sprzętu, w związku z czym każda musi posiadać kompetencje do jej obsługi, a wzajemna komunikacja pomiędzy tymi osobami zapewnia przepływ danych pochodzących z różnych urządzeń. Zdarza się także, że neurochirurg prosi osobę z zespołu, najczęściej anestezjologa lub pielęgniarkę anestezjologiczną o takie ustawienie wskazań sprzętu, aby spowodować określoną reakcję organizmu chorego, która jest w danym momencie potrzebna neurochirurgowi. Może dotyczyć to zwiększenia ciśnienia krwi poprzez ustawienie na urządzeniu konkretnych parametrów podawanych środków farmakologicznych. Dzięki temu neurochirurg może sprawdzić, czy operowana zmiana, np. miejsce po usuniętym guzie, nie *zakrwawi*, gdy pacjentowi zostanie podniesione ciśnienie krwi.

Ciekawej perspektywy odnoszącej się do technologii używanej w trakcie zabiegów operacyjnych dostarcza teoria aktora-sieci¹⁹. Mikroskop neurochirurgiczny czy reżim *czystości* (jako pewien zestaw zasad opartych na wiedzy medycznej) to pozaludzcy aktorzy, którzy ustanawiają porządek działań aktorów ludzkich (Law 1992: 382–383), a także organizują działania w przestrzeni sali operacyjnej. Dzięki technologii ustalane są relacje społeczne pomiędzy członkami zespołu, przez co tworzą oni jedną sieć umożliwiającą wspólne działanie. Na przykład lekarz anestezjolog (aktor ludzki) na podstawie wskazań urządzeń (aktor pozaludzki) sygnalizuje neurochirurgowi (aktor ludzki) możliwość rozpoczęcia operacji (por. Strathern 1999: 159). Również wchodzenie w interakcje z różnego rodzaju urządzeniami technologicznymi jest dozwolone tylko osobom

¹⁹ Celowo nie stosuję w analizie opisywanych zjawisk pojęć z zakresu etnografii laboratorium (Callon 1986: 19). W mojej ocenie jest to koncepcja dosyć odległa od omawianych w tej książce zagadnień. Koncentruje się bowiem na wytwarzaniu wiedzy, a nie na jej realizowaniu poprzez ciało w przypadku przedstawicieli konkretnego zawodu.

o określonym statusie (np. osoby *czyste/brudne*, lekarze/pielęgniarki), co oznacza, że relacje pomiędzy nimi są definiowane przez aktora pozaludzkiego, jakim jest zestaw reguł pracy na bloku operacyjnym.

Socjalizacja w zawodzie neurochirurga

Proces socjalizacji w zawodzie neurochirurga jest procesem długoletnim. Wiąże się on m.in. z nabywaniem habitusu lekarza na studiach medycznych (Bourdieu, Passeron 1991; Byczkowska 2006). Następnie przyszły neurochirurg (zazwyczaj mężczyzna) staje przed wyborem specjalizacji. Moi rozmówcy opowiadali o historii wyborów swojego zawodu i z tych historii wyłoniły się trzy główne ścieżki, które prowadzą do podjęcia nauki na tej specjalizacji.

• Pierwsza z nich to ciekawość i zaangażowanie w aktywną naukę poza programem studiów, czyli *przychodzenie* (kod *in vivo*) na oddział neurochirurgii w czasie wolnym w okresie studiów. *Przychodzenie* jest ważną częścią procesu nabywania habitusu lekarza neurochirurga, ponieważ powoduje, że proces socjalizacji zawodowej zaczyna się wcześniej niż sama specjalizacja i student jest nie tylko rozpoznawalny przez innych specjalistów i traktowany jako młodszy kolega, ale przyswaja m.in. język, odruchy (np. związane z reżimem sali operacyjnej), tryb pracy czy subkulturę neurochirurgiczną (por. Fijewska 2022: 175). Jak wskazują wyniki moich badań, *przychodzenie* jest skuteczną strategią wejścia na ścieżkę kariery zarówno w zawodzie neurochirurga, jak i dyrygenta orkiestrowego, co jest niewątpliwie związane z cielesnym, a nie jedynie teoretycznym charakterem pracy²⁰. Jak mówi specjalista neurochirurgii, doktor Jabłoński:

taka podstawowa rzecz jest taka, jeśli chodzi o rekrutację ludzi do pracy w takim miejscu, to nie powinny być przypadkowe osoby. W tym sensie, że ktoś wyszedł z ostatniego egzaminu na szóstym roku i mówi „a, to idę na neurochirurgię”. To uważam, że nie ma takiej możliwości. To jest ktoś, kto musi się na studiach tym interesować, który musi tu przychodzić. To przychodzenie zwłaszcza tutaj to bardzo dużo człowieka nauczyło jako studenta. To, jakbym nie przychodził tutaj, to po studiach bym jeszcze ze dwa lata musiał przynajmniej spróbować coś tutaj obłapane mieć. Ja to przychodziłem od trzeciego roku, a pierwszą dziurę w głowie nawierciłem, jak byłem po drugim roku studiów, u takiego małego dziecka. Dali mi na ręce, wziąłem, zaniósłem na blok, wywierciłem dziurę (śmiech), włożyłem dren, zaszyłem, wziąłem na ręce i odniosłem do łóżka. [...] Byłem na pielęgniarskich praktykach i było w izbie przyjęć, no i tam mnie zaciekawili właśnie, bo neurochirurdzy przychodzili na konsultacje do tej izby. Dziwni ludzie, jacyś z młoteczkami, prawda? To pierwszy raz widziałem i tam nadzorowała mnie taka, znaczy w tej izbie przyjęć chyba była szefową taka lekarka i mówi „i co, chciałby pan tę neurochirurgię zobaczyć?” – mówi „e, to nie będzie pan tracił czasu,

²⁰ Więcej na ten temat znajdzie czytelnik w rozdziale czwartym.

idziemy na neurochirurgię". I ona mnie tam zaprowadziła i mówi [...], że jest właśnie młody tutaj ten student i on by chciał tutaj poprzychodzić. On mówi „proszę, pan będzie przychodził”.

Przychodzenie jest zazwyczaj częścią zaplanowanej jeszcze na studiach ścieżki kariery, przypominającą dawne terminowanie ucznia u mistrza, np. murarza czy szewca. Student zainteresowany neurochirurgią może zacząć *przychodzić* na oddział nawet w pierwszych latach studiów, jak to miało miejsce w przypadku doktora Jabłońskiego. Co ważne, *przychodzenie* ma aspekt praktyczny. Tym się ono odróżnia od pracy w kołach studenckich czy czytania nawet najbardziej fachowej literatury, że student musi być fizycznie obecny w miejscu, gdzie realizowana jest praktyczna część pracy neurochirurgicznej, czyli na sali operacyjnej. Chodzi tutaj nie tylko o nabywanie habitusu lekarza neurochirurga, ale i o obserwowanie pracy poprzez ciało realizowanej przez specjalistów, a więc w pewnym sensie nabywanie kapitału cielesnego.

- Do rozpoczęcia kariery neurochirurga może prowadzić także przypadkowy wybór tej specjalizacji. Może to być spowodowane różnymi czynnikami, ale wśród swoich motywów pragmatycznych moi rozmówcy wskazywali niemożność rozpoczęcia specjalizacji kardiochirurgicznej oraz pewność, że po jakiegokolwiek specjalizacji chirurgicznej mają gwarancję zatrudnienia. Co ważne, ten sposób podjęcia decyzji nie przekłada się na jakość wykonywanej pracy na późniejszych etapach kariery. Może być spowodowany przez dwa czynniki. Po pierwsze, pracujący na oddziale neurochirurgii mogą testować, sprawdzać nowego kolegę lub koleżankę i zniechęcić jego czy ją do pracy w zawodzie, jeśli nie ma odpowiednich cech. Po drugie, może to być wynikiem procesu socjalizacji wtórnej i silnym zinternalizowaniem norm dotyczących pracy. Tak o wyborze zawodu mówi doktor Sosnowski, specjalista neurochirurgii:

Stałem się chirurgiem, neurochirurgiem ze względu na koneksje. Jak skończyłem studia, okazało się, że na kardiochirurgii to ja pracować nigdy nie będę, bo nie ma tam osób, które byłyby zainteresowane zatrudnieniem mnie na tej kardiochirurgii. [...] Nie. Nie było takiej możliwości. Bardzo hermetyczna specjalność. Jakby, no, wszyscy mieli swoje interesy (4) no i się zapytam, czy może jednak tym neurochirurgiem.

- Celowy wybór neurochirurgii poza miejscem wcześniejszego studiowania spowodowany brakiem miejsc specjalizacyjnych w danym mieście lub nieformalnymi, towarzyskimi ograniczeniami. W jednej z rozmów na sali operacyjnej lekarka robiąca specjalizację z endokrynologii w mieście, gdzie znajduje się Szpital, stwierdziła, że w jej mieście rodzinnym na dobrą specjalizację można się dostać jedynie posiadając odpowiednie zasoby. Opowiedziała o tej sytuacji, używając maksymy: *per familiam, per vaginam* lub *per mamonomam*.

Po wyborze specjalizacji lekarz zostaje zazwyczaj zatrudniony na miejscu rezydentkim. Kształcenie specjalizacyjne trwa 6 lat i przebiega na jednolitej specjalizacji. Jest to okres intensywnej nauki, głodu operacji, ciekawości, chęci jak najczęstszego czynnego uczestniczenia w zabiegach według zasady: *raz zobaczyć, drugi raz zrobić pod kontrolą, trzeci raz zrobić samemu*. Jak twierdzi niepraktykujący specjalista neurochirurg, doktor Klonowski, jest to zasada teoretyczna, więc czasami trzeba *zobaczyć trzydzieści razy, zrobić pod kontrolą sto trzydzieści razy, a dopiero zrobić samemu po raz pierwszy*.

Po ukończeniu specjalizacji i zdaniu Lekarskiego Egzaminu Specjalizacyjnego lekarz neurochirurg może zostać na danym oddziale, jeśli szpital ma wakat, albo przenieść się do innego szpitala. Wkracza wówczas w etap bycia „młodym” specjalistą, jak nazywali to moi rozmówcy – *małym neurochirurgiem*. Na tym etapie chce operować jak najwięcej, ma też często poczucie prawie nieskończonych możliwości. Następnie w życiu zawodowym neurochirurga zdarzają się trudniejsze przypadki, zgony pacjentów, pozwy sądowe dotyczące domniemanego błędu lekarskiego – i zmienia on swoją perspektywę (Becker i in. 1961: 272–273). Podczas moich obserwacji rozmów w pokoju lekarskim kilkakrotnie udało mi się usłyszeć stwierdzenie *jak byłem mały, to też wszystko chciałem operować*. Jak twierdził ordynator oddziału, zmiana ta wynika z nabycia doświadczenia zawodowego. Jeśli statystycznie średnia śmiertelność po danym rodzaju operacji wynosi 5%, można wykonać 50 takich operacji i nie *zabić pacjenta*. Nie można jednak zrobić 200 takich operacji bez zgonu pacjenta. Operator na dalszym etapie kariery ma już takie doświadczenie, dzięki czemu zazwyczaj bardziej powściągliwie podejmuje decyzje o operacji. Jest to charakterystyczne, podobnie jak pewien rodzaj pokory, dla dojrzałych neurochirurgów. Przywołany na początku tej książki dowcip opowiedział mi podczas wywiadu jeden ze specjalistów neurochirurgów z długim stażem pracy. Kiedy zapytałam go, czy to prawda, odpowiedział:

Nie, ale jest, jest coś takiego, że na początku przynajmniej najczęściej się dochodzi do, ma się do tego dystans, ale na początku no to jest proste przełożenie – umiera, człowiek przyjeżdża umierający z krwakiem, usuwa mu się tego krwaka, człowiek zdrowieje. Nikt inny tego nie zrobił, tylko ta jedna osoba, tylko ja. No i to, na początku człowiek się tym zachłystuje. [...] [Później już – przyp. D.B.O.] całkiem nie, bo to też tutaj akurat zaczyna działać statystyka nieubłagana, że nie ma takiej możliwości.

Jeśli neurochirurg nie może lub nie chce wykonywać dalej swojego zawodu, może wykonywać inną pracę. Kariera alternatywna może być spowodowana problemami zdrowotnymi lub brakiem predyspozycji do wykonywania pracy. Lekarz może wówczas wybrać inną ścieżkę kariery, przy czym specjalizacje zachowawcze są niechętnie przyjmowane, jako niepolegające na aktywnym działaniu. Jeden ze neurochirurgów w wyniku problemów ze zdrowiem nie mógł dłużej

pracować jako operator na badanym oddziale. Był tam nadal zatrudniony, ale jak to określił, *jako przynieś, podaj, pozamiataj*. Odbierał to jako degradację zawodową. Następnie zrobił specjalizację z medycyny ratunkowej, być może z powodu podobieństwa do neurochirurgii pod względem szybkości podejmowanych decyzji, adrenaliny, szybkich efektów pracy, upodobania do aktywnego działania przynoszącego widoczne efekty. Inny, nieodnajdujący się w pracy operatora, zajął się tworzeniem zindywidualizowanych elementów anatomicznych – protez tworzonych na podstawie wyników badań obrazowych. Zdarza się także, że lekarz robiący specjalizację na którymś z etapów jej nie kończy, co w badanym oddziale zdarzyło się w przypadku jednej z rezydentek.

2.2. Kontekst organizacyjny pracy neurochirurgów

Lekarze neurochirurdzy, zarówno badani przeze mnie, jak i pracujący w innych ośrodkach, realizują swoją rolę zawodową w wielu kontekstach: medycyny światowej, polskiego systemu ochrony zdrowia, kultury grupowej, organizacji pracy szpitala i oddziału czy relacji wewnątrzgrupowych. Każdy z tych kontekstów ma wpływ na sposób wykonywania pracy, na interpretację procedur czy autodefinicję odnoszącą się do roli zawodowej.

Kontekst medycyny światowej, istniejących w niej sporów, standardów, procedur jest widocznym czynnikiem wpływającym na pracę neurochirurgiczną. Człowiek, jego anatomia i patologia ludzkiego ciała są rozpoznawane jako podobne na całym świecie, choć niejednakowe²¹. Lekarze neurochirurdzy zdobywają wiedzę na podstawie międzynarodowych podręczników, leczą według międzynarodowych procedur, zgodnie z zasadami medycyny opartej na dowodach (*evidence based medicine*), kształcą się na stażach w innych krajach, korzystają z takich samych narzędzi i urządzeń w różnych częściach globu. Jednakże pomimo istnienia pewnych standardów opisana wcześniej specyfika neurochirurgii polega m.in. na tym, że nie ma w jej obrębie wielu sztywnych procedur. Dlatego też w praktyce neurochirurgicznej istnieje spory margines wpływu np. kultury narodowej na podejmowanie decyzji. Podczas jednej z rozmów z operatorem pracującym na badanym oddziale dowiedziałam się, że istnieją dwie szkoły, odmienne podchodzące do kwestii decyzji o operowaniu. Istnieje tzw. szkoła angielska,

²¹ Kwestia wpływu kultury na pojawianie się różnych chorób w różnych miejscach na świecie została poruszona w wielu badaniach. Dotyczy to m.in. chorób psychiatrycznych (Stypuła 2012; Kilmayer, Young 1998: 422), ale także schorzeń, które są wynikiem różnych stylów życia. W krajach, gdzie stosuje się toalety bez muszli klozetowej, praktycznie nie występuje rak jelita grubego (Enders 2020), a dzieci wychowywane w krajach, gdzie normą jest noszenie dziecka w chuście, blisko ciała, nie miewają kolek niemowlęcych (Byczkowska-Owczarek 2018).

w której lekarz nie operuje, jeśli nie ma takiej bezwzględnej konieczności. Druga to szkoła niemiecka, której przedstawiciele, jak stwierdził operator, *rzucają się z nożem na wszystko*. Ponieważ ordynator oddziału, w tym także nauczyciel czy mentor większości operatorów na badanym oddziale wiele lat pracował w Anglii, jego sposób myślenia i ten kulturowy styl podejmowania decyzji o operowaniu jest widoczny w kulturze organizacyjnej oddziału.

Drugą grupą czynników mających wpływ na pracę neurochirurgów jest kontekst polskiego systemu ochrony zdrowia. Lekarze neurochirurdzy leczą chorych w ramach placówki, która ma podpisany kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. Oznacza to, że granice ich działań są wyznaczane przez procedury NFZ. W swojej pracy muszą zatem brać pod uwagę wymogi biurokratyczne, wycenę procedur medycznych, czasami sprzeczną nie tylko ze zdrowym rozsądkiem, ale i z dobrem chorego²².

Praca w ramach zinstytucjonalizowanego systemu ochrony zdrowia ma także wpływ na relacje operatorów z pacjentami. Wedle słów wielu neurochirurgów politycy, nie umiejąc zreformować polskiego systemu ochrony zdrowia, wmawiają pacjentom – swoim wyborcom, że należy się im lepsza opieka zdrowotna, niż ta, którą otrzymują, nie wprowadzając zmian mogących cokolwiek usprawnić. Pacjenci nie stają się przez to mniej sfrustrowani, a zdecydowanie bardziej roszczeniowi – oczekują od lekarzy i pozostałego personelu medycznego obsługi na wysokim poziomie. Powoduje to, że pozycja interakcyjna personelu medycznego znacznie spada, przypominając tę w branży usługowej. Jest to sytuacja stosunkowo trudna dla personelu medycznego, który pracuje w ciągłym stresie, zmęczeniu, braku czasu i który ma przeświadczenie, że jest niewystarczająco wynagradzany. Powoduje to, że obie strony, będąc ofiarami systemu ochrony zdrowia, czują się jak ofiary drugiej z grup: pacjenci niewystarczająco sprawnie pracujących lekarzy, a lekarze – roszczeniowych pacjentów.

Dla praktyki pracy neurochirurgicznej istotny jest także kontekst organizacyjny i grupowy Szpitala. Neurochirurdzy, jak i pozostali pracownicy Szpitala, pracują jako członkowie zespołów, a możliwość wykonania operacji neurochirurgicznej zależy od wielu osób. Należą do nich pracownicy bloku operacyjnego tacy jak personel techniczny, dbający o sprawność sprzętu, sterylizujący narzędzia neurochirurgiczne, osoby sprzątające, pielęgniarki, lekarze anestezjologowie i pielęgniarki anestezjologiczne, osoby zajmujące się obsługą systemów informatycznych, lekarze zajmujący się neuronawigacją. Na oddziale, podczas przygotowywania pacjenta do zabiegu i opieki pooperacyjnej, osoby istotne dla procesu leczenia to salowe dbające

²² Dotyczy to np. zabiegów, które lekarz mógłby wykonać podczas jednej operacji (np. na obu półkulach mózgu), nie narażając pacjenta na podwójny stres przedoperacyjny, podwójną procedurę narkozy, ale procedury NFZ pozwalają na wykonanie tylko jednego zabiegu w trakcie jednej operacji.

o czystość pomieszczeń i np. dowiezienie chorych na salę operacyjną, pielęgniarki monitorujące stan chorych, dbające o ich czystość i utrzymanie diety przed operacją, lekarze i personel medyczny przeprowadzający badania obrazowe i laboratoryjne oraz personel administracyjny, który zajmuje się procedurami biurowymi (zob. *clusters of work* w: Strauss i in. 2012: 380).

To, czy zabieg operacyjny dojdzie do skutku, zależy od sprawnej realizacji zadań przez każdą z tych osób, nie pomijając oczywiście współpracy ze strony pacjenta i jego rodziny. Podczas prowadzonych przeze mnie badań w okresie dwóch miesięcy miał miejsce strajk pielęgniarek z bloku operacyjnego. Skutkowało to ciągłym *spadaniem operacji z planu* danego dnia, co powodowało, że osoby, które miały planowane zabiegi, musiały czekać na kolejny dzień bądź były odsyłane do domu. Podobnie było rok wcześniej, gdy lekarze rezydenci anestezjologii tymczasowo przenosili się do innych placówek w celu nauczania się określonych procedur niewykonywanych w Szpitalu i nie mogli być obecni na bloku operacyjnym. Podobne sytuacje mają miejsce, jeśli np. systemy informatyczne nie działają, uniemożliwiając tym samym zapoznanie się z wynikami badań lub gdy ktoś z personelu nie zadba o zaopatrzenie sali operacyjnej w potrzebne materiały czy wymianę zużytych narzędzi.

Dla pracy neurochirurgów istotny kontekst stanowi także kultura organizacyjna istniejąca na oddziale wraz z jej stosunkiem do popełnianych błędów, żartami, strategiami asekuracyjnymi²³ oraz relacjami wewnątrzgrupowymi. W następnej części rozdziału omówię ten problem, zwracając także uwagę na kwestie organizacyjne, biurowe, związane z podziałem pracy i hierarchią wpływającą na realizację zadań zawodowych.

2.3. Praktyka pracy neurochirurgicznej na badanym oddziale

Oddział neurochirurgiczny²⁴ znajduje się w zabytkowym budynku Szpitala w ścisłym centrum miasta. Na jego korytarzach przebywa zazwyczaj wiele osób: personelu, pacjentów hospitalizowanych, pacjentów, którzy przyszli na kontrolę

²³ Jest to pojęcie uwrażliwiające (Konecki 2000), stworzone na potrzeby badań na oddziałach szpitalnych. Odnosi się ono do strategii działań podejmowanych w celu uniknięcia odpowiedzialności w sytuacji podejmowania decyzji w kontekście niepewności.

²⁴ Poniższy opis oddziału przedstawia kontekst pracy neurochirurgicznej. Jest on częściowo wynikiem prac badawczych prowadzonych w 2017 roku przez trzy badaczki, oprócz autorki także Annę Kubczak i Beatę Pawłowską. Rozwinięty opis etnograficzny tego oraz dwóch innych oddziałów można znaleźć w książce *Za drzwiami oddziału. Badania etnograficzne w szpitalu* (Byczkowska-Owczarek, Kubczak, Pawłowska 2020). Niniejszy opis zawiera informacje zebrane także podczas drugiego badania, uszczegółowione, a także poszerzone o opis sal operacyjnych.

lub zmianę opatrunku, ich rodzin, ratowników pogotowia. Sprawia to, że w godzinach pracy lekarzy oddział jest stosunkowo tłoczny, a przez to praca personelu odbywa się w dużej mierze na widoku innych osób.

Używając Goffmanowskiej metafory teatru (Goffman 2000), możemy uznać, że korytarze oddziału stanowią scenę i wszystko, co robi personel medyczny, dzieje się na oczach przebywających tu osób, także postronnych. Pokoje badań i zabiegowe także można zaliczyć do sceny, nawet jeśli jedyną publiczność stanowi leczony pacjent. Sale chorych można określić jako półscenę²⁵, praca i interakcje realizowane są co prawda za drzwiami, ale te często są otwarte, aby pielęgniarki mogły obserwować stan pacjentów. Jedyne kulisy to pokój lekarzy, pokój dla pielęgniarek i salowych oraz gabinety ordynatora i pielęgniarki oddziałowej. Nie są to jednak kulisy w takim samym stopniu odseparowane od wzroku publiczności. Do pokoju lekarzy wchodzi się przez sekretariat, który stanowi rodzaj dodatkowego utrudnienia dla pacjentów chcących spotkać się z lekarzem. Z kolei pokój pielęgniarek i salowych jest stosunkowo mały, pozbawiony okna, co wymusza otwieranie drzwi na korytarz, czyli scenę, a tym samym powoduje, że staje się on półsceną.

Duża liczba osób na szpitalnych korytarzach ma istotne znaczenie dla pracy neurochirurgów, którzy przechodząc z jednej sali do drugiej, mogą spotkać pacjenta czy kogoś z jego rodziny, kto poprosi o rozmowę czy interpretację wyników badań. Takie kontakty są elementem pracy lekarzy, jednak nieustanne napotykanie osób powoduje, że lekarze wypracowują strategie unikania kontaktu. Gdyby nie one, lekarze byłiby stale rozpraszani nowymi zadaniami, stale pracowaliby na scenie, nie mogąc wycofać się w kulisy i tam realizować innych zadań, odpoczywać, dać upust emocjom czy przygotowywać się do kolejnych zabiegów. Operatorzy definiują swoje zadania przede wszystkim jako kwalifikowanie, operowanie i opiekę pooperacyjną. Komunikowanie z pacjentami określają raczej jako zadanie mniej ważne. Lekarze starają się także zarządzać kontaktami z pacjentami i ich rodzinami, np. umawiając pacjentów na jeden dzień czy na konkretną część dnia, gdy nie mają pilniejszych obowiązków.

Wspomniane strategie składają się w dużej mierze z wypracowanych i zinternalizowanych elementów mowy ciała, takich jak unikanie kontaktu wzrokowego, sprawianie wrażenia zamyślnego, chodzenie szybkim krokiem, czasami symulowanie rozmawiania przez telefon. Jeśli lekarze idą w parach, wówczas rozmawiają ze sobą. Takie praktyki pozwalają lekarzom niewerbalnie zakomunikować

²⁵ Istnieją także przestrzenie, które można nazwać półkulisami. Są to np. sale operacyjne, na których każda z kategorii personelu medycznego kreuje występ na potrzeby innych członków zespołu operacyjnego, będących jednocześnie jednak członkami tego samego świata medycznego, w odróżnieniu od nieprzebywających na sali osób spoza tego świata (z wyjątkiem pacjenta będącego pod znieczuleniem ogólnym).

osobom oczekującym, że są oni w danej chwili zajęci i nie należy nawiązywać z nimi interakcji. Można zaliczyć je do kategorii działań opisanych przez Ervinga Goffmana jako uprzejma nieuwaga (*civil inattention*, 1972: 385), polegających na dyskretnym ignorowaniu obecności innych w miejscach publicznych, co pomaga zachować porządek społeczny (np. umożliwiający pracę oddziału szpitalnego). Strategie te są najczęściej skuteczne, ale jeśli mimo ich zastosowania przez lekarza ktoś z oczekujących podejmie kontakt, interakcja zaczyna się toczyć.

Pokój lekarzy neurochirurgów mieści aneks kuchenny, garderobę, toaletę i miejsce do pracy z komputerami. Jest tu też mnóstwo dokumentacji medycznej i innych *papierów*, co czasem, jak przyznają lekarze, przeszkadza im w pracy. Na biurkach znajduje się bardzo dużo dokumentów, wyników badań, ulotek od producentów sprzętu medycznego i leków, używanych kubków, długopisów, książek i innych rzeczy, co powoduje wrażenie przytłoczenia i chaosu. Z uwagi na ograniczone zasoby czasowe stoły są sprzątane doraźnie, często gdy lekarz nie może czegoś znaleźć. Jednocześnie ten „wielofunkcyjny” pokój daje dostęp do wszystkiego, co niezbędne, nie narażając przy tym lekarzy na wychodzenie na korytarz, na którym może na nich czekać *tramwaj*, czyli duża liczba oczekujących pacjentów. W pokoju odbywają się poranne odprawy, podczas których neurochirurg kończący dyżur zdaje relację z wydarzeń mających miejsce od południa poprzedniego dnia. Czasami ordynator i inni lekarze omawiają te wydarzenia, dyskutują także na temat planów danego dnia. Rozmowy te toczą się w luźnej atmosferze. Następnie lekarze przechodzą na obchód, odwiedzają każdą salę chorych i omawiają pokrótce stan pacjentów. Po obchodzie operatorzy wracają do pokoju lekarskiego i zajmują się zaplanowanymi w danym dniu zadaniami: przyjmowaniem pacjentów w poradni, operowaniem na bloku operacyjnym czy uzupełnianiem dokumentacji.

Stanowiska komputerowe przy podłużnych stołach pracy nie są przydzielone do konkretnych lekarzy, a w pokoju najczęściej znajduje się kilka osób, które wykonują różne rodzaje pracy. Niektórzy przeglądają wyniki badań obrazowych na komputerach, inni wypełniają karty wypisu ze szpitala, jeszcze inni rozmawiają np. na temat pacjentów pomiędzy sobą lub z lekarzami innych specjalności, często neurologami. W pokoju co jakiś czas dzwoni telefon, co powoduje, że jeden z lekarzy odbiera go i rozpoczyna rozmowę. Do pokoju wchodzi także pielęgniarki, aby poprosić o pomoc w sali chorych, zapytać o różne kwestie, poprosić o podpisanie dokumentu. Powoduje to uciążliwy szum informacyjny.

Lekarze podejmują różnego rodzaju strategie dotyczące radzenia sobie z tym problemem, m.in. ograniczając kontakty z pacjentami czy delegując zadania na sekretarkę pracującą razem z nimi w pokoju (por. Byczkowska-Owczarek, Kubczak, Pawłowska 2020: 99). Osoba ta odgrywa ważną rolę w funkcjonowaniu oddziału, ponieważ przekazuje informacje pomiędzy lekarzami. Neurochirurdzy delegują na nią także różnego rodzaju zadania administracyjne czy prywatne, jak zamówienie jedzenia w kantynie.

W terminologii Edwarda Halla (1976: 167) pokój lekarski można nazwać przestrzenią na pół trwałą, a konkretnie przestrzenią do społeczną, która przez sam sposób jej zorganizowania, np. ustawienia mebli czy też skupienia osób podejmujących decyzje oraz będących pośrednikami w przekazywaniu informacji, sprzyja wielu kontaktom społecznym. Obfituje ona w interakcje zogniskowane i niezogniskowane (Goffman 1961), a także w sytuacje unikania czy wykluczania czy samowykluczania się z nich pracowników oddziału.

Na oddziale neurochirurgicznym dominuje paternalistyczno-ekspercki styl kierowania zespołem. Ogromne znaczenie dla funkcjonowania zespołu, socjalizacji adeptów neurochirurgii ma kierownik (czyli ordynator) oddziału. Z przeprowadzonego z nim wywiadu oraz z wielu innych rozmów z nim i innymi osobami można wysnuć wnioski, że jest on specjalistą o wysokim poczuciu własnej wartości. Ma także przekonanie o wyjątkowości oddziału na tle innych specjalizacji medycznych, oddziałów neurochirurgicznych, szpitali w mieście czy w kraju. To przekonanie dzielą także inni pracownicy oddziału. Podstawą reprodukcji kultury oddziału, a także zarządzania personelem jest rekrutacja. Ordynator wybiera studentów, którzy charakteryzują się zaangażowaniem, a ponadto przyjmują strategię *przychodzenia*. Z uwagi na obowiązujące przepisy chęć specjalizowania się na oddziale może wyrazić każdy absolwent studiów lekarskich w Polsce²⁶. Moi rozmówcy wskazywali, że jest to generalnie dobra praktyka, ale nie uwzględnia ona kryterium fizycznej sprawności, zdolności do pracy poprzez ciało, czasami wielogodzinnej i wyczerpującej, która wymaga dużej sprawności, przede wszystkim manualnej i ostrego wzroku. Tak opowiada o tym problemie jeden z asystentów, doktor Grabowski:

jest konkurs i tyle, i dostaje się tylko osoba, która ma najlepszy wynik. I tu już nie ma raczej możliwości, że ktoś się może nie dostać, jeżeli ma najlepszy wynik, musi się dostać i tyle. [...] bo jak nie zostanie przyjęty, no to może się odwoływać i ma grube podstawy do tego, żeby się odwoływać i tak zostanie przyjęty. Natomiast ten system ma bardzo wiele wad. Do tego stopnia, że ktoś, kto ma najlepszy wynik, może na przykład nie mieć prawej ręki. Może tak być. I musi zostać przyjęty na specjalizację z neurochirurgii. To w głowie się to nie mieści, tak? Ale to wszystko idzie konkurs na podstawie wyniku intelektualnego testu, intelektualno-wiedzewego, powiedzmy. Nikt tu w żaden sposób nie weryfikuje manualnych predyspozycji.

Rola ordynatora w kształceniu i socjalizowaniu adeptów jest znaczna, określa on ich mianem *dzieci*. Relacja ta przypomina relację mistrz–uczeń. Najważniejszym mistrzem na oddziale jest ordynator, ale specjaliści starsi stażem przyjmują

²⁶ Pierwszeństwo mają absolwenci z najlepszymi wynikami na Lekarskim Egzaminie Końcowym.

podobną rolę wobec asystentów (rezydentów), z którymi pracują (Strauss 2012: 544–545). Jeden specjalista z dłuższym stażem pracuje z danym asystentem przez dziewięć miesięcy, a później następuje zmiana na innego specjalistę. System ten został wprowadzony, aby asystenci mogli uczyć się, ale i obserwować (internalizować, podpatrywać itp.) pracę wszystkich specjalistów. Jak wynika z wypowiedzi jednego z badanych asystentów, każdego ze specjalistów charakteryzuje indywidualny styl pracy. Jest on rozpoznawalny np. na nagraniach z operacji, na których widząc jedynie narzędzia w loży operacyjnej, można rozpoznać, kto ją wykonuje. Pozostawanie pod opieką jednego specjalisty przez cały okres rezydentury mogłoby się wiązać się z przyswojeniem jednego sposobu pracy, wraz z jej niepożądanymi elementami. Kształcenie neurochirurgów w tym systemie nie kończy się z chwilą zdania egzaminu specjalizacyjnego. Lekarze z mniejszym doświadczeniem także pracują w parach ze starszymi specjalistami i nadal uczą się od nich wykonywania np. trudniejszych operacji.

Deklarowaną i realizowaną na oddziale wartością jest odpowiedzialność i samodzielność lekarzy specjalistów. W porównaniu z innymi oddziałami Szpitala (Byczkowska-Owczarek, Kubczak, Pawłowska 2020) neurochirurgia rzeczywiście wyróżnia się pod tym względem. Ważnym elementem kultury organizacyjnej (Konecki 2002) jest dawanie lekarzom samodzielności i przekazywanie odpowiedzialności, a następnie późniejsze sprawdzanie i korygowanie błędów oraz obserwacja, jak sobie dalej radzą. Może mieć to zarówno pozytywne, jak i negatywne skutki. Jak mówi jeden z neurochirurgów, doktor Jabłoński, *każdy jest taki samodzielny i nawet, jak nie wie, to nie pójdzie się nie spyta drugiego*. Ten sam doktor Jabłoński stwierdza jednak, że

Rozmówca: [...] *najbardziej jest wskazane to, żeby na przykład w dwie albo więcej osób usiąść i się zastanowić, jak to, jak to rozwiązać.*

Badaczka: *A robicie to często?*

Rozmówca: *Często robimy. Tak. No bo tu wystarczy ktoś ze skierowaniem przychodzi, z jakąś płytą, się wkłada, jest coś dziwnego, no to ja mówię „weź no, Wojtek²⁷, zobacz, co tu jest, i myśl, co to jest”. Oczywiście, jakby dobrze mieć jakiś własny na to pomysł, co to jest, bo ja myślę, że to może być to i to, no. To jest tylko z korzyścią dla tego, który z tą płytą przyszedł, to nie ma dwóch zdań, jak się więcej osób nad tym pochyli.*

Pozwala to sądzić, że operatorzy konsultują pomiędzy sobą przypadki, jednak częstość i zakres rozmów są uzależnione od statusu pytającego i mają miejsce wówczas, gdy konsultacja nie zagraża jego miejscu w hierarchii zespołu, np. nie pyta się specjalistów o krótszym stażu, raczej o podobnym bądź dłuższym doświadczeniu.

²⁷ Imię zmienione.

Stosowana na oddziale kontrola, w szczególności przez ordynatora, ma charakter wskazówek, żartów ośmieszających pozwalających jednak na zachowanie twarzy i perswazji w trakcie grupowej dyskusji. Podczas obserwacji wielokrotnie byłam świadkiem takich krótkich, lekkich wymian zdań pomiędzy ordynatorem lub bardziej doświadczonymi operatorami a młodszymi specjalistami.

Specyficzne dla oddziału jest to, że personel pielęgniarstwa cechuje duża samodzielność w zakresie realizowanych zadań. Jest to wynikiem konieczności radzenia sobie, gdy lekarze przebywają przez wiele godzin (więcej niż w przypadku innych specjalności chirurgicznych) na bloku operacyjnym. Świadczy to również o tym, że personel medyczny ma do siebie nawzajem duże zaufanie, a to istotne jest w pracy na oddziale szpitalnym.

2.4. Proces pracy neurochirurgicznej

Operatorzy zatrudnieni na badanym oddziale wykonują operacje w ramach następujących podspecjalizacji:

- neurochirurgia naczyniowa – operowanie np. tętniaków i naczynek mózgu,
- neurochirurgia urazowa – np. urazy kręgosłupa i czaszkowo-mózgowe,
- neurochirurgia czynnościowa – mająca na celu przywrócenie prawidłowego funkcjonowania centralnego układu nerwowego i niektórych nerwów obwodowych (np. w chorobie Parkinsona),
- neurochirurgia onkologiczna – polegająca na chirurgicznym usuwaniu nowotworowych guzów mózgu i kręgosłupa.

Operacje neurochirurgiczne mogą być wykonywane w trybie ostrym i planowym. Praca w trybie ostrym polega na tym, że pacjent np. po urazie, w sytuacji nagłej trafia na szpitalną izbę przyjęć. Jest tam badany przez lekarza, a następnie jeśli ten stwierdzi taką potrzebę, dzwoni do lekarza dyżurnego z prośbą o konsultację neurochirurgiczną. Jeśli neurochirurg zdecyduje, że konieczna jest operacja, pacjentowi wykonywane są niezbędne badania, np. badanie krwi, czasem CT lub MRI i w czasie nie krótszym niż 30 minut trafia on na blok operacyjny. Dzieje się tak pod warunkiem, że nie jest to w ciągu dnia, gdy obie sale neurochirurgiczne są zajęte. Tak opisuje definiowanie ostrych przypadków instrumentariuszka, pani Topolowska:

neurochirurgia ma dyżur ostry codziennie. Dwadzieścia cztery godziny na dobę, przez cały tam... rok na przykład. Ale zdarzają się wypadki komunikacyjne, zdarzają się jakieś ciężkie przypadki, na przykład chory ma guza, czeka na zabieg, zaczyna się klinować i trzeba go otwierać... Zdarza się, że choremu dysk wypada. Dźwignie coś, dysk wypada, uciska na nerw i stopa opada. Zwieracze też. Chory się po prostu zaczyna moczyć, bo nie czuje. To wtedy to jest ostry przypadek. I wtedy szykujemy na ostro.

W trakcie dnia często zdarzają się telefony z innych placówek, np. z miast powiatowych, które szukają łóżek *neurochirurgicznych* dla swoich pacjentów. Lekarz dyżurny decyduje, czy może przyjąć kolejnego pacjenta na oddział, czy też nie.

Typowy przebieg planowego przyjęcia pacjenta ma miejsce wtedy, gdy pacjent udaje się do poradni lub do gabinetu prywatnego z podejrzeniem problemów neurochirurgicznych lub już np. z wynikami badania zleconego przez innego lekarza (internistę, neurologa). Lekarz stawia diagnozę, czasami zleca dodatkowe badania, a następnie podejmuje decyzję dotyczącą operacji. Jeśli decyduje się na zabieg, określa, jak pilna jest to interwencja, i wpisuje pacjenta w plan operacyjny oddziału.

2.4.1. Subprocesy pracy neurochirurgicznej

Poniższy opis przedstawia kolejne subprocessy pracy neurochirurgicznej w trybie planowym od pierwszego kontaktu neurochirurga z pacjentem aż do wyzdrowienia lub zgonu pacjenta. Nie wszystkie wymienione subprocessy występują w pracy w trybie nagłym (ostрым), co uwzględniłam w opisie. Wymieniam także, jakie rodzaje pracy: praca poprzez ciało, biurokratyczna, intelektualna, praca emocjonalna nad własnymi emocjami i emocjami pacjenta, są wykonywane na jakim etapie. Na każdym z tych etapów możliwe jest popełnienie błędu, może się także zdarzyć niespodziewana sytuacja, choć o różnym charakterze. Subprocesy zostały także zilustrowane na rysunku 1 (alonz po s. 68).

Subproces kwalifikacji

Subproces kwalifikacji rozpoczyna się, gdy dochodzi do pierwszego kontaktu z pacjentem *na zimno*, czyli w gabinecie podczas zaplanowanej wizyty. Neurochirurg wykonuje pełne badanie neurologiczne, w tym badanie fizykalne. Na tym etapie pojawia się praca poprzez ciało: dotykanie kręgosłupa, czasami kończyn czy szyi pacjenta. W celach diagnostycznych lekarz używa dotyku, *bardzo dużo nawet bym powiedział*, jak stwierdził jeden z asystentów. Neurochirurg analizuje zmiany/patologie uwidocznione na badaniach obrazowych, ewentualnie zleca kolejne badania diagnostyczne. Zawsze robi to sam, niezależnie od tego, jak badanie zostało opisane przez innego lekarza (Strauss i in. 2012: 378). Z uwagi na zamknięty charakter leczonego obszaru i niemożność obejrzenia go przed operacją neurochirurdzy starają się poznać zmianę jak najlepiej i ocenić ją poprzez kryterium działania – podjęcia decyzji o operacji (Marsh 2016). Wynika to z potrzeby praktycznej analizy problemu, np. oceny położenia guza. Operator rozważa także, czy umiejscowienie zmiany pozwala na operację i jak poprowadzić leczenie.

Najważniejszym działaniem w ramach tego subprocessu jest określenie celu operacji. Może być nim całkowite usunięcie problemu, częściowe, poprawienie stanu pacjenta, wszczepienie stymulatora lub dysku itp. W tym subprocessie ewentualne popełnienie błędu polega na zakwalifikowaniu do operacji osoby,

której operacja nie przyniesie korzyści, lub niezakwalifikowanie osoby, która mogłaby na operacji skorzystać.

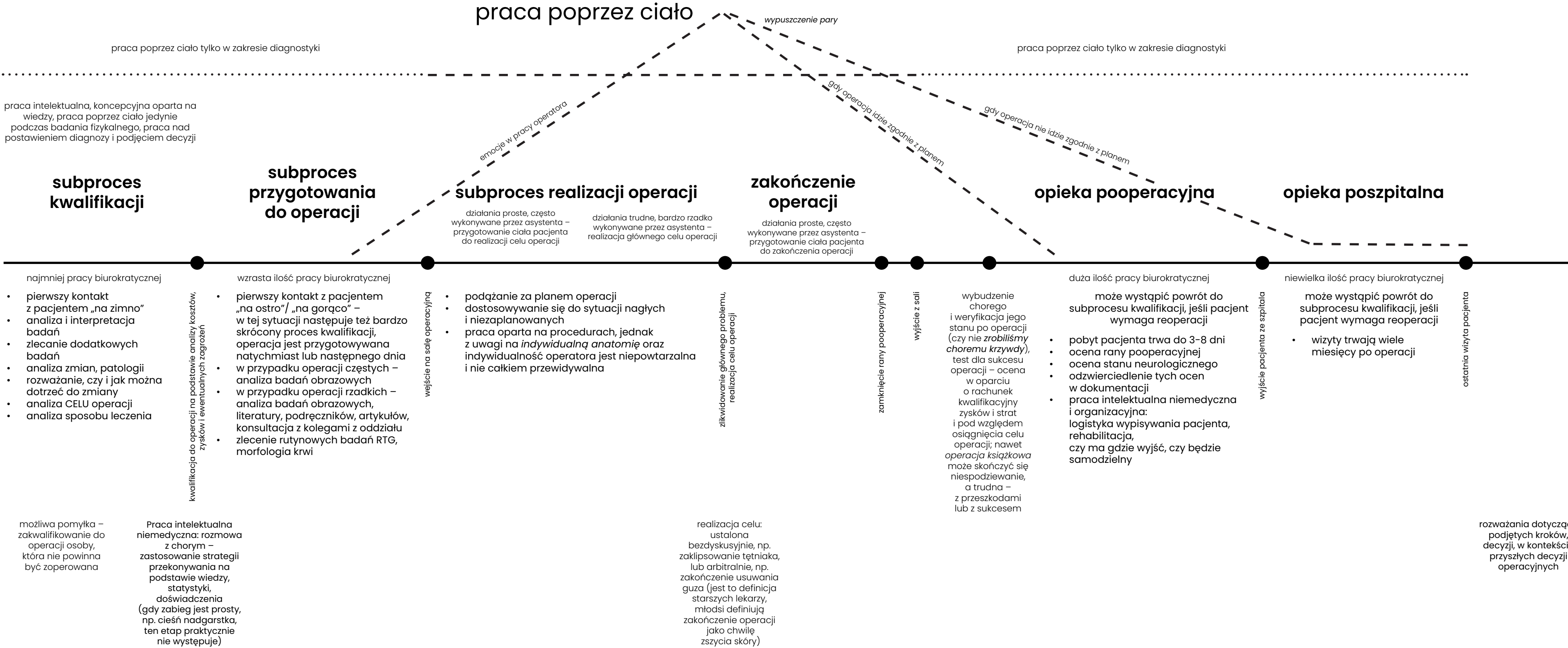
Na tym etapie neurochirurg wykonuje najwięcej pracy koncepcyjnej, intelektualnej polegającej głównie na podejmowaniu decyzji: czy i jak podjąć leczenie, jakie zastosować dojsčia do zmiany, wyobrażanie przebiegu operacji i kolejności działań, szacowanie ryzyka na podstawie wiedzy, statystyk, doświadczenia itp. Najmniej jest na tym etapie pracy biurokratycznej i pracy nad własnymi emocjami.

Inny rodzaj pracy intelektualnej, tym razem niemedycznej, wykonywanej na tym etapie polega na zastosowaniu odpowiednich strategii interakcyjnych w komunikacji z pacjentem i przekonanie go do podporządkowania się decyzji lekarza. Neurochirurdzy mają przeświadczenie o własnej wyższości nad pacjentem, zarówno intelektualnej, jak i merytorycznej. W związku z tym rola pacjenta w podejmowaniu decyzji jest zazwyczaj bierna. Jak zostało to określone w jednej z nieformalnych rozmów: *dajemy pacjentowi wybór, oczywiście pozorny*. Z kolei doktor Lipowski tak opowiada o tym, kto podejmuje decyzję o operacji: *niby pacjent. Niby pacjent. Rozumie pani (śmiech), jak lekarz chce, no to wiadomo, prowadzi rozmowę w ten sposób. Można poprowadzić rozmowę w ten sposób*.

Budowanie relacji, nawet pozornie, partnerskiej z pacjentem może być także rodzajem strategii asekuracyjnej. Należy pamiętać, że liczba pozwów sądowych kierowanych przeciwko lekarzom w ostatnich latach bardzo wzrosła (Bankiewicz-Nakielska i in. 2017: 158) i operatorom cały czas towarzyszy świadomość, że mogą zostać pozwani. Aby dać pacjentowi poczucie, że brał aktywny udział w podejmowaniu decyzji o leczeniu, lekarze podejmują działania perswazyjne: opowiadają o planowanych krokach diagnostycznych, zabiegowych czy o leczeniu pooperacyjnym. Aby lekarz mógł zrobić to skutecznie, musi mieć umiejętność komunikowania trudnych, medycznych terminów pacjentom niewykształconym w tej dziedzinie (Marsh 2016: 176). Dzięki temu pacjent może zyskać poczucie, że operator ma kontrolę nad sytuacją, i chętniej podporządkować się jego decyzjom. Jest to istotne z punktu widzenia lekarza, ponieważ w ten sposób pacjent staje się bardziej *ufalny* (kod *in vivo*), czyli skłonny do zaufania lekarzowi, a co za tym idzie, mniej chętny do oskarżenia go o błąd lekarski w razie niepowodzenia operacji²⁸. Potwierdza to twierdzenie Everetta Hughesa (1993: 375), że umiejętność wzbudzania zaufania jest jednym z warunków umożliwiających pracę przedstawicielom w profesji (zob. także: Lewenstein, Pasierski 2016: 67, 71).

Operatorzy konstruują zatem różne sposoby radzenia sobie z tym problemem, np. wypracowują własne strategie perswazyjne. Gdy neurochirurg jest przekonany o konieczności przeprowadzenia zabiegu, mówi pacjentowi, że jest to operacja o średnim ryzyku. Oznacza to, że istnieją operacje mniej ryzykowne.

²⁸ Opinia ta znajduje potwierdzenie w wynikach badań (Bankiewicz-Nakielska i in. 2017).



Pacjent, któremu w ten sposób przedstawiono interpretację jego stanu, ma świadomość, że operacja może skończyć się powikłaniami. Zaznacza jednak, że są operacje poważniejsze, przez co to średnie ryzyko wydaje się do przyjęcia i zazwyczaj powoduje, że pacjent godzi się na operację.

Co ważne, kompetencje interakcyjne realizowane w kontakcie z pacjentem nie są elementem *curriculum* studenta medycyny. Jak wynika z badań, studenci są daleko bardziej zainteresowani przedmiotami ścisłymi, niż tymi związanymi z interakcjami z pacjentem, jak np. psychologia czy socjologia (Becker i in. 1961; Byczkowska 2006; 2007). Każdy z lekarzy musi samodzielnie wypracować swoje sposoby poprowadzenia tego rodzaju interakcji. Część z nich robi to poprzez naśladownictwo starszych kolegów, inni korzystają z umiejętności nabywanych przy okazji realizacji np. hobby czy związanych z indywidualnymi cechami osobowościowymi.

Pozorne włączanie pacjenta w proces decyzyjny może angażować także rodzinę. Może się tak zdarzyć, gdy pacjent jest bardzo negatywnie nastawiony do operacji, a jego rokowania nie są najlepsze. Jeśli przewidywane korzyści z operacji są znaczne, operator może zwrócić się do rodziny z prośbą o pomoc w przekonaniu pacjenta (por. lej zdrady [*betrayal funnel*], Goffman 2011: 138).

Mówiąc o budowaniu zaufania, które oczywiście nie kończy się na etapie kwalifikacji, choć tego rodzaju pracy jest tutaj najwięcej, warto wspomnieć o jeszcze jednej kwestii. Podczas wywiadów z neurochirurgami często pytałam ich, jaki to jest dobry neurochirurg. Wymienili oni wiele różnych cech, które opisują w innych miejscach rozdziału. Bardzo często pojawiała się jednak odpowiedź dotycząca relacji z pacjentem. Co ciekawe, zawsze w formie takiej samej lub bardzo podobnie brzmiącej maksymy: *dobry neurochirurg to musi być dobry człowiek. Niekoniecznie miły*. Pierwsza część tego stwierdzenia odwołuje się do wartości moralnych, natomiast druga wskazuje na możliwe braki w kompetencjach społecznych czy interpersonalnych. Jak zwracają uwagę neurochirurdzy, należy ich oceniać z perspektywy tych pierwszych wartości.

Warto zaznaczyć, że pierwsza wizyta w gabinecie neurochirurgicznym w przypadku wielu pacjentów jest punktem zwrotnym trajektorii choroby pacjenta. Lekarz w rozmowie z pacjentem może mu zaoferować jej schemat, czyli ogólne wyobrażenie o sekwencji zdarzeń i przewidywanych działań związanych z leczeniem (Strauss i in. 2012: 376). Na tym etapie lekarz wykonuje także pracę nad emocjami pacjenta i jego bliskich, towarzyszących mu podczas wizyty.

Warto tutaj wspomnieć o wartości dystansu emocjonalnego wobec pacjentów, tak charakterystycznej dla kultury chirurgów, do której przyczynia się m.in. struktura organizacyjna nowoczesnego szpitala. Przypadkiem pacjenta przebywającego w szpitalu zajmuje się zazwyczaj wielu specjalistów, ale rzadko któryś z nich otacza go holistyczną opieką (Katz 1999: IX). W przypadku neurochirurgów jest nieco inaczej, z uwagi na znaczenie przedmiotu ich specjalizacji – mózgu i kręgosłupa – dla funkcjonowania całego organizmu. Jeśli chirurg miałby

angażować się emocjonalnie w sytuację każdego ze swoich pacjentów, którzy odczuwają strach, ból, zagubienie, są chorzy i umierający, jego skuteczność jako chirurga mogłaby się pogarszać. Z perspektywy swojej długoletniej pracy znany brytyjski neurochirurg Henry Marsh (2016) twierdzi, że dystans – zarówno ten fizyczny, jak i psychiczny – jest niezwykle istotny w pracy w tym zawodzie. Dotykają oni wrażliwych obszarów życia i dla własnego zdrowia psychicznego potrzebują wyraźnie odgraniczyć swoją strefę prywatną. Potwierdza to przypadek jednego z badanych neurochirurgów, który odmówił przyjęcia zaproszenia na ślub i wesele jednego ze swych byłych pacjentów, gdyż uważał to za przekroczenie owej granicy prywatności.

Podejmowanie decyzji w tym subprocesie jest uzależnione od wieku i stażu pracy neurochirurga. Znacznie chętniej podejmują je młodszy neurochirurdzy. Jest to tendencja odwrotna, niż w przypadku chirurgów innych specjalności, gdzie większą chęć do operowania wykazują starsi operatorzy (Katz 1999: 136). W subkulturze neurochirurgicznej istnieje kontrwartość, czyli nieoperowanie bez wyraźnej potrzeby, dla dobra pacjenta, ale także dla bezpieczeństwa lekarza (Katz 1999: 134–136).

Opisany powyżej etap może nie wystąpić, jeśli pacjent styka się z neurochirurgiem po raz pierwszy na izbie przyjęć, gdy jest w stanie wymagającym nagłej interwencji neurochirurgicznej. W takiej sytuacji pacjent może być też bardziej nieufny, ponieważ lekarz nie miał czasu zastosować strategii wzbudzającej zaufanie pacjenta ani żadnej innej pracy nad jego odczuciami (Strauss i in. 1982).

Subproces przygotowania do operacji

Jest to bardzo istotny etap pracy neurochirurga, ponieważ zaplanowanie kolejnych etapów operacji pozwala zminimalizować ryzyko niepowodzenia. Jak stwierdził jeden ze specjalistów, neurochirurg musi działać według planu, nawet jeśli jest to plan oparty na niepełnych danych. Jego zdaniem błąd w pracy nie może wynikać z braku planu, ale może być konsekwencją niewłaściwie przyjętych danych. Operator przygotowuje się do operacji w zależności od tego, czy dany jej rodzaj wykonuje często czy rzadko. Jeśli operacja jest wykonywana przez niego często, wówczas skupia się na analizie badań obrazowych. Wyobraża sobie drogę dojścia do zmiany chorobowej, sposób jej usunięcia lub wykonania innej interwencji. Istotną wiedzę dotyczącą pacjenta czerpie także z wyników pozostałych badań. Co istotne, przygotowanie polega tutaj głównie na dostosowaniu posiadanej wiedzy specjalistycznej, także wcielonej, do *anatomii indywidualnej* pacjenta.

Jeśli natomiast operacja jest wykonywana rzadko, wówczas oprócz analizy badań obrazowych neurochirurg sięga do literatury specjalistycznej czy podręczników, w których zapisane są wskazania do działania w określonych przypadkach. Tak wypowiada się w tej kwestii doktor Lipowski:

Jak coś rzadszego jest, co widziałem, albo raz operowałem czy z kimś, a muszę się do niego związać, to muszę poczytać też. [...] Łatwo dostępne są już takie poglądowe operacje, bardzo dużo [filmów w Internecie – przyp. D.B.O.], więc jak ktoś ma już pewien warsztat neurochirurgiczny, to już może z pewną taką dozą bezpieczeństwa, jak się wie, jak pewne rzeczy robić, zrobić pewien etap w swoim rozwoju. Nawet nie musi jechać, gdzieś tam, oglądać.

W badanej grupie neurochirurgów często sięgali po serię podręczników z zakresu neurochirurgii autorstwa doktora Alberta Rothona, amerykańskiego anatomicznego i neurochirurga. Specyfika tych prac polega na opisanu wejść, sposobów czy wręcz tricków dotyczących poszczególnych zmian chorobowych. Jak podsumował publikacje tego autora jeden ze specjalistów, jest to *anatomiczna wiedza przefiltrowana przez neurochirurga. Czyli on wiedział, co jest ważne*. Do podręczników zaglądają także doświadczeni neurochirurgi, przygotowując się do operacji (por. Katz 1999: 127). Oprócz sięgania do literatury, operatorzy korzystają także z wyników badań oraz czasami konsultują swoje pomysły na przeprowadzenie operacji z kolegami z oddziału. W obu przypadkach, planując zabieg (np. ułożenie pacjenta, wejście), operator ma na uwadze swoje możliwości cielesne, np. wzrost, prawo- lub leworęczność. Podporządkowuje on w pewnym stopniu pole operacji wymaganiom swojego ciała.

W tym subprocesie lekarz ma niewiele kontaktu z pacjentem, zazwyczaj wówczas, gdy pacjent jest przyjmowany na oddział. Kontynuowana jest wtedy praca interakcyjna, mająca na celu spowodowanie, że pacjenta będzie bardziej *ufalny*. Tak o rozmowie z pacjentem podczas przyjęcia na oddział opowiada doktor Jesionowska, pracująca w innym ośrodku:

Ja mimo wszystko mało przyjmuję w poradni i często pacjent jest kwalifikowany do zabiegu przez kogoś z kolegów. [...] Ja się zawsze staram, żeby ci pacjenci, którzy mają być przeze mnie operowani, przychodzili do przyjęcia w dniu mojego dyżuru [...]; ja sobie wolę tego pacjenta sama przyjąć. I ja wtedy gromadzę te wszystkie opasłe zgody, które gdzieś tam mamy w komputerze, no i idę do takiego pacjenta i rozmawiam z nim. Od czego to się zaczęło, przeprowadzam z nim pełny wywiad lekarski, pełne badanie fizykalne. Ja zawsze pytam pacjenta, czy pacjent w ogóle wie, po co do nas przyszedł, i czy wie, jaką ma chorobę. No i omawiamy tę chorobę. Opowiadam mu, jak będzie wyglądał dzień operacji, jeżeli ma mieć planowane jeszcze jakieś badania, to mu wszystko opowiadam, zawsze mu mówię, że jeszcze przyjdzie do niego anestezjolog [...]. I ja zawsze kończę taką rozmowę, która trwa różnie długo. Czasami to jest pół godziny, czasami niestety półtorej godziny, ale zawsze staram się, żeby ten pacjent zrozumiał tak naprawdę, jakie potencjalnie mogą być powikłania, jakie są ryzyka tego zabiegu. No i zawsze mówię mu, że tak naprawdę zrobimy wszystko, żeby było jak najlepiej, no ale że jest tyle zmiennych, że ja mu nie jestem w stanie dać stuprocentowej gwarancji. No i zawsze pytam, czy ma jakieś pytania, czy coś jeszcze

jest niezrozumiałe, no i tłumaczę tak długo, aż pacjent powie, że już wie wszystko albo że już nie chce nic więcej wiedzieć.

Na tym etapie następuje też pierwszy kontakt z pacjentem *na gorąco*, czyli przywiezionym np. na izbę przyjęć i zakwalifikowanym do operacji natychmiastowej lub następnego dnia. Proces analizy jest wtedy skrócony do niezbędnego minimum. Jak wspomniałam, czasami wynosi on pół godziny, czyli tyle, ile niezbędne badania wykonywane przed zabiegiem, jak np. morfologia krwi.

Jest to też etap, na którym rośnie ilość pracy biurokratycznej i zaczyna pojawiać się u lekarza pobudzenie emocjonalne związane ze zbliżającym się zabiegiem. Etap ten kończy się w momencie wejścia na salę operacyjną. Błąd, który może pojawić się na tym etapie, polega przede wszystkim na dobraniu niewłaściwej procedury, wejścia/otwarcia do operowanej patologii.

Subproces realizacji operacji

Ten subprocess rozpoczyna się od momentu wejścia operatora na salę. W trakcie realizacji operacji neurochirurg podąża za wcześniej ustalonym planem, ale także reaguje na sytuacje niespodziewane i nagle. Praca intelektualna w tym subprocessie polega głównie na podejmowaniu szybkich decyzji cząstkowych, składających się na sukces operacji. W sytuacji gdy operacja nie idzie zgodnie z planem operatora, traci ona swój *rytm*, a co za tym idzie, rozprasza go i *rozbija* emocjonalnie. Potrzebuje on wówczas chwili, aby rozluźnić się, przekląć i dać upust emocjom, nie odchodząc od stołu operacyjnego. Gdy wróci do pierwotnego stanu emocjonalnego, wówczas obmyśla nowy sposób na rozwiązanie problemu.

Praca w *rytmie* jest to także aspekt działania grupowego realizowanego przez zespół zabiegowy. Jest ona bowiem wynikiem synchronizowania się (także nieświadomego) osób wspólnie pracujących. Zgodnie z koncepcją Edwarda Halla (1984: 109–125) synchronia przebiega zawsze, gdy działają (np. pracują lub bawią się) w swoim towarzystwie różne osoby pochodzące z tej samej kultury. Pomocne w dostrajaniu różnych osób do siebie jest włączenie muzyki lub rozmowa – pozwalają one wyznaczać rytmiczność wspólnej pracy. Zazwyczaj istnieje także osoba, która aranżuje rytm i nie pozwala, aby został on zaburzony lub przerwany. Taką osobą na sali operacyjnej jest oczywiście neurochirurg, który często włącza muzykę czy też rozpoczyna i kończy rozmowy z zespołem operacyjnym.

Działania w obrębie tego subprocessu są oparte na procedurach i standardach. Jednak z uwagi na *indywidualną anatomię* i *indywidualną patologię* oraz cechy fizyczne operatora są one nie całkiem powtarzalne i nie całkiem przewidywalne. Jest to drugi z etapów pracy neurochirurgicznej, w którym występuje praca poprzez ciało.

W trakcie operacji działania neurochirurga, jak twierdzili badani, można podzielić na łatwe, inaczej mówiąc standardowe, i na trudne, czyli wymagające podejmowania dodatkowego wysiłku spowodowanego nietypowym problemem.

Do tych pierwszych należy przecięcie skóry głowy, wycięcie fragmentu czaszki lub rozcięcie mięśni grzbietu. Po nich następuje szereg łatwych i trudnych czynności związanych z docieraniem do miejsca operacji oraz wykonywania w loży czynności planowanych, które nie wymaga szczególnego skupienia, i czynności prostszych, wręcz standardowych, jak wypróżnianie guza. Następnie, po przejściu punktu kulminacyjnego, czyli osiągnięciu celu operacji, następuje tzw. *puszczenie pary*, czyli spadek napięcia emocjonalnego. Nie jest to spadek całkowity, gdyż jeszcze przez chwilę od usunięcia głównego problemu operator sprawdza, czy nie ma krwawień lub innych problemów. Nawet jeśli cel operacji nie został osiągnięty przez operatora w sposób satysfakcjonujący, np. guz nie został usunięty w całości, klips może powodować niedowład albo gdy pojawią się powikłania lub niespodziewane nagle wydarzenia, emocje także opadają, choć zastępuje je rozczarowanie i rozważania, co i jak można było zrobić lepiej.

Po tym etapie subprocesu następuje *zamknięcie pacjenta*, czyli zaopatrzenie rany wewnętrznej, przywrócenie kości, zaszycie mięśni, podskórza i skóry oraz założenie opatrunku. Ten etap często jest zostawiany do ukończenia asystentom, gdyż jest on dosyć prosty, a w jego trakcie może się zdarzyć niewiele nieprzewidywanych rzeczy. Operator często wychodzi w tym czasie *pisać*, czyli wypełniać dokumentację związaną z operacją. Praca biurowa jest obecna na tym etapie nie tylko pod jego koniec, ale i w trakcie całej operacji. Z uwagi na podział na osoby/strefy/przedmioty *czyste i brudne*, jest ona przeniesiona na pielęgniarkę pomocniczą, która notuje, jakie materiały zostały użyte do operacji, czy wkleja naklejki z pudełek do dokumentacji²⁹. Neurochirurg wraca najczęściej w momencie przenoszenia pacjenta ze stołu operacyjnego na *wózek*³⁰. Towarzyszy także najczęściej wybudzaniu pacjenta, aby sprawdzić, czy nie nastąpiły niedowłady. Jest to dodatkowe sprawdzenie, czy operacja się powiodła. Jego rutynowe wykonywanie świadczy o nieprzewidywalności towarzyszącej tej pracy.

Jeśli w trakcie operacji operator napotka na problem szczególnie trudny do rozwiązania i nie może podjąć decyzji samodzielnie, zdarza się (choć niezwykle rzadko), że idzie do drugiej sali operacyjnej, gdzie zabieg przeprowadza inny specjalista, lub dzwoni do kolegi z zespołu i pyta o poradę. Podczas jednej z operacji, które obserwowałam, zdarzyła się tego rodzaju sytuacja. Lekarz, który odebrał telefon, sprawdził potrzebne informacje w podręczniku do neurochirurgii oraz

²⁹ Wiele materiałów używanych podczas operacji jest opatrzonych w naklejki, które znajdują się na opakowaniu. Pielęgniarki wklejają je do dokumentacji medycznej, aby można było sprawdzić, jaki materiał, z jakiej partii został użyty w trakcie konkretnej operacji. Jest to działanie sformalizowane, wymagane przez prawo. Może być to przydatne, gdyby odkryto, że jakaś partia materiału ma wadę.

³⁰ Łóżko z kółkami, umożliwiające transport chorych np. z sali operacyjnej do sali wybudzeń.

poszedł po poradę do ordynatora. Następnie przekazał informację operatorowi, bardzo doświadczonemu neurochirurgowi zajmującemu wysokie miejsce w hierarchii oddziału. Po chwili ordynator przyszedł do pokoju porozmawiać z lekarzem udzielającym rady. Zadał mu wówczas *filozoficzne* (jak sam powiedział), retoryczne pytanie, czy chciałby, aby jego zdrowie i życie zależało od informacji w przypisie w podręczniku.

Subproces realizacji operacji kończy się z chwilą opuszczenia sali operacyjnej przez neurochirurga i asystenta.

Subproces opieki pooperacyjnej

Jest to okres, w którym chory przebywa w szpitalu po operacji. W jego trakcie neurochirurg dokonuje oceny rany pooperacyjnej, stanu neurologicznego chorego, wykonuje także pracę biurokratyczną, aby podjęte działania *znalazły odzwierciedlenie w dokumentacji*. Pobyt w szpitalu trwa najczęściej 3–4 dni. Dłuższe pobyty zdarzają się, są jednak niezwykle rzadkie i wiążą się z niemożnością powrotu pacjenta do domu (jeśli pacjent taki dom ma) i jednoczesnym brakiem miejsc w placówkach, takich jak hospicja, zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL-e), domy opieki. Z tym ostatnim problemem wiąże się konieczność wykonywania przez lekarza pracy organizacyjnej – poszukiwanie miejsca wypisu czy możliwości rehabilitacji.

Subproces opieki poszpitalnej

W momencie wypisu pacjenta ze szpitala kończy się subprocess opieki pooperacyjnej. Kontakt pacjenta z lekarzem przestaje być ciągły i opiera się na systematycznych wizytach kontrolnych. Może trwać miesiącami, aż do zakończenia leczenia. Może być też tak, że wraca się do subprocessu kwalifikacji, jeśli wymaga tego stan zdrowia chorego. Jeśli proces ten powtarza się trzykrotnie, uznaje się, że jest to już częsty powrót.

Praca biurokratyczna jest tutaj znikoma, ogranicza się do rejestrowania wizyt i ewentualnego oszczędnego ich opisu, a emocje związane z przypadkiem danego pacjenta praktycznie nie występują. Z kolei praca poprzez ciało polega na podobnych czynnościach jak w subprocessie kwalifikacji – prowadzenie badania neurologicznego, ewentualne dodatkowe badania kontrolne.

Praca neurochirurgiczna nie polega jedynie na pracy z konkretnym chorym, ale także na wyciąganiu wniosków w własnych błędów, porażek i sukcesów. Badani lekarze podkreślali, że jest to bardzo ważny aspekt ich pracy. Refleksja nad wynikami leczenia ma miejsce głównie w przypadku zabiegów z jakiegoś powodu niestandardowych. Może to dotyczyć trudnych przypadków, lub łatwych, ale zakończonych nietypowymi powikłaniami. Refleksja ta ma miejsce po zakończeniu leczenia, czasami neurochirurg wraca myślami do szczególnych sytuacji przez wiele lat.

2.4.2. Praca na sali operacyjnej

Najwięcej pracy neurochirurgicznej poprzez ciało ma miejsce w trakcie subprocesu realizacji operacji. Dlatego też poniżej opiszę kontekst organizacyjny tego rodzaju działań, a także wskażę relacje neurochirurga z obecnymi na sali operacyjnej osobami, ich zadaniami i rolami.

Sala operacyjna

Blok operacyjny jest umiejscowiony w innej części Szpitala niż oddział neurochirurgii. Aby na niego wejść, trzeba przejść przez szatnię, gdzie przeprowadza się procedurę przebierania. Należy założyć jednorazowe ubranie, obuwie gumowe w rodzaju chodaków, czepek oraz maseczkę chirurgiczną. Trzeba także umyć ręce i je zdezynfekować. W takim stroju można wejść na blok, na którym znajdują się sale operacyjne. Na badanym oddziale dwie z sal były przystosowane do operacji neurochirurgicznych.

Dostęp do sali operacyjnej mają jedynie osoby przebrane i wtajemniczone w zasady czystości i bezpieczeństwa (por. Katz 1999: 181–182). Dzieje się tak, ponieważ kontekst pracy podczas operacji stanowi podział na przestrzeń, przedmioty i osoby *czyste* i *brudne*. Każdy przedmiot i każda osoba znajdująca się w sali operacyjnej należy do którejś z tych kategorii. Podział ten jest znanym i gruntownie opisanym zjawiskiem organizującym działania personelu medycznego podczas operacji. Zostało ono przeanalizowane wielokrotnie, m.in. przez Michała Lesiaka (2019) w książce *Brudna praca w zawodach medycznych. Konteksty interakcji pacjent–personel medyczny w procesie leczenia* oraz w przywoływanej tutaj już monografii Pearl Katz *The Scalpel's Edge. Ten Culture of Surgeons*. Z uwagi na tematykę tej książki odniosę się do tego podziału, wprowadzając czytelnika jedynie w kwestie najważniejsze i odnoszące się do pracy poprzez ciało.

Z uwagi na przeciwdziałanie zakażeniom śródoperacyjnym³¹, których znaczne ograniczenie spowodowało, że współczesne operacje chirurgiczne są stosunkowo bezpieczne, w sali operacyjnej z chwilą rozpoczęcia przygotowań do operacji zaczyna obowiązywać wspomniany podział na dwie kategorie obiektów. Jego celem jest to, aby z otwarciem chirurgicznymi na ciele pacjenta kontakt miały jedynie obiekty *czyste* (jałowe), czyli nieposiadające na swojej powierzchni żadnych zanieczyszczeń czy drobnoustrojów.

Przedmioty *czyste* podlegają ścisłym procedurom, które mają zapewnić ich jałowość: czy to w procesie produkcji (przedmioty jednorazowe) czy też czyszczenia w specjalnych urządzeniach (przedmioty wielorazowego użytku,

³¹ Zakażenia śródoperacyjne są ważnym kryterium oceny pracy neurochirurga, ponieważ w ich konsekwencji leczenie pacjenta może się znacznie skomplikować, a nawet mogą one doprowadzić do jego zgonu.

np. narzędzia neurochirurgiczne). Działania osób znajdujących się na sali operacyjnej są zorganizowane wokół tego podziału i mają na celu takie obchodzenie się z przedmiotami jałowymi, aby ich nie zanieczyścić. Jeden przedmiot może mieć jednocześnie status jałowego w jednym miejscu, a niejałowego w innym. Takim przedmiotem jest rękawiczka założona przez operatora na zdezynfekowane dłonie, która na zewnątrz jest jałowa, a w środku nie. Część przedmiotów sterylnych ma kolor zielony, dotyczy to w szczególności strojów personelu i materiałów, jakimi jest obłożony pacjent (por. Katz 1999: 187). Jak wyjaśniła mi jedna z instrumentariuszek, nie jest to podział jednoznaczny, ponieważ dana rzecz może się *zbrudzić* i pomimo posiadania tego koloru jest już traktowana jako niejałowa. Z kolei przedmioty w innych kolorach mogą być jałowe, jeśli przeszły odpowiednie procedury.

Jak pisze Pearl Katz (1999: 188):

W obrębie sali operacyjnej słowa „czysty”, „brudny”, „sterylny” i „skażony” nabierają różnych znaczeń w zależności od poszczególnych etapów operacji. [...] Przed rozpoczęciem operacji sala operacyjna uważana jest za czystą. Brudne przedmioty zostały usunięte lub wyczyszczone. [...] Pola sterylności i niesterylności na sali operacyjnej są wyznaczone i wszyscy na sali operacyjnej, z wyjątkiem pacjenta, są o nich poinformowani.

Ciało pacjenta jest specyficznym obiektem, ponieważ z chwilą odkażenia go bordowym płynem i przyklejenia *dziury*³² staje się obiektem *czystym* (por. Katz 1999: 188). Choć ma on kontakt z własną krwią pacjenta, nie powoduje ona *zbrudzenia* go.

Z kolei przedmioty *brudne* to takie, co do których istnieje choćby podejrzenie, że mogłyby zawierać drobnoustroje czy inne zanieczyszczenia. Mogą to być przedmioty, które zostały wyprodukowane jako niejałowe lub podczas czyszczenia nie były sterylizowane. Mogą to być także wszelkie przedmioty jałowe, które miały choćby krótki kontakt z przedmiotem niejałowym. Aby przedmiot został uznany za niejałowy, wystarczy prawdopodobieństwo takiego kontaktu. Podczas jednej z obserwacji instrumentariuszka podejrzewała, że tylną stroną fartucha dotknęła przewodu, który około metr dalej dotykał ciała pacjenta. Gdy zakomunikowała to zespołowi, wymieniono przewód. Tak opowiadała o zdarzeniu na sali operacyjnej:

To [przewód – przyp. D.B.O.] *spadło na obłożenie. Ale my nie wiemy, czy to obłożenie na dole jest/ chodzimy w fartuchach i tak dalej, stół operacyjny, wszystko jest jałowe, ale co tam jest na dole?*

³² Jest to kawałek jałowego materiału z wyciętym otworem, na który naklejona jest folia. Tę folię przykleja się do miejsca planowanego cięcia.

Przedmioty jałowe mające kontakt z przedmiotami niejalowymi zostają *zbrudzone*. Wyjątkiem są tutaj narzędzia chirurgiczne mające kontakt z krwią chorego. Krew chorego jest obiektem interesującym z perspektywy podziału na *czyste/brudne*. W kontakcie z tkankami czy płynami chorego oraz rękawiczkami czy ubraniem jest ona traktowana jako obiekt *czysty*, natomiast w kontakcie ze skórą czy np. oczami (możliwość zachłapania krwią) członków personelu – jako obiekt *brudny*. Jeśli krew ścieknie na podłogę, także jest traktowana jako obiekt *brudny* (Katz 1999: 191).

Przyswojenie zasad podyktowanych podziałem na *czyste i brudne* wymaga instruktażu i obserwacji osób przebywających w sali. Zdarza się, że jeden przedmiot może być w różnych miejscach dotykany przez osoby o różnym statusie. Na przykład lampa chirurgiczna ma dwa rodzaje uchwytów, z czego jeden ma wymienne, sterylizowane rączki, których może dotykać neurochirurg w jałowych rękawiczkach. Drugie, o innym kształcie mogą być dotykane np. przez anestezjologa czy asystenta, którzy mają status osób *brudnych*.

Osoby mające bezpośredni kontakt z pacjentem w trakcie operacji, czyli neurochirurg, instrumentariuszka i asystent (jeśli w danej operacji np. wykonuje prostsze czynności) są osobami *czystymi*. Oznacza to, że *umyły się i założyły jałowe ubrania, rękawiczki itp.* Nie oznacza to, że cała postać takiej osoby jest *czysta*, bo nie dotyczy to np. skóry jej głowy czy okularów, a także jak już wspomniałam, tyłu ich ciał. Zakładanie jałowych strojów także jest związane z zachowaniem podziału na przedmioty *czyste i brudne*, w związku z czym biorą w nim udział zazwyczaj dwie osoby: ubierana i pomagająca, mająca kontakt z przedmiotami *brudnymi* (zazwyczaj pielęgniarka pomocnicza) (por. Katz 1999: 186). Wymaga to umiejętności współdziałania dwóch osób i wygląda jak swoisty taniec, w którym każda ze stron zna kolejne kroki swoje i partnera. Wskazuje to na zespołowy charakter pracy nad *czystością* (por. Lesiak 2019: 73). Jak opisuje to instrumentariuszka, pani Topolowska:

To znaczy to jest tak zrobione, że albo się to podaje, albo samemu. Jak ma się cały tył to ja muszę mieć/ ja nie widzę tyłu. Bo tak, najpierw są pierwsze troki. Jak zawiąże się pierwsze troki, to tak się powinno pociągnąć (ja na brudno), żeby to było zakryte te plecy. Granatowy fartuch żeby był zakryty. Jak ja się sama założę, to ja nie widzę, czy ja tą ręką [pokazuje coś] (2), tą ręką czy ja tu gdzieś nie dotknę, bo ja tu nie mam z tyłu oczu. [...] Więc jest tak zrobione, że jest ten kartonik. Zielone to jest jałowe / Kartonik jest podzielony na pół. Zielone to łapie dziewczyna czy operator, a białe podaje się na brudno. Ja odrywam ten kartonik. Ona jak się odrywa, to ma ten sznurerek i zawijkuje i w ten sposób tylko mnie jako brudnej do tej pierwszej warstwy się wolno tylko dotknąć, żeby ten środkowy sznurek.

Przebywanie i realizowanie zadań zawodowych w miejscu, gdzie obowiązują reżimy *czystości*, wymaga nabycia umiejętności poruszania się i szybkiej kategoryzacji przedmiotów, aby swoim działaniem nie spowodować zagrożenia dla pacjenta. Także powietrze w sali operacyjnej jest w tym celu stale filtrowane³³. Wszelkie ryzyko złamania tych zasad jest szybko i kategorycznie niwelowane przez zwrócenie uwagi. Głównym strażnikiem zasad *czystości* jest albo instrumentariuszka, albo pielęgniarka pomocnicza, jeśli jest starsza stażem, ale ich przestrzegania pilnują wszyscy.

Przestrzeganie opisanych powyżej zasad nie oznacza, że wszyscy operatorzy całkowicie się z nimi czy ich założeniami zgadzają. Niezależnie od tego, jaki jest ich osobisty stosunek do tych zasad, przestrzegają ich choćby ze względu na utrzymanie spokoju i porządku na sali operacyjnej czy też traktując je jako strategię asekuracyjną w sytuacji ewentualnego pozwu sądowego. Jest to przykład przekładalności perspektyw, wchodzenia w sytuację innych aktorów społecznych, co umożliwia konstruowanie ładu społecznego na czas współpracy w trakcie operacji.

Jak wspomniałam, każda osoba wchodząca na salę operacyjną musi przejść mniej lub bardziej formalne szkolenie ze sposobu zachowania reżimu higienicznego. Dotyczyło to także mnie. Jako badaczka zostałam wprowadzona w panującą podczas zabiegu zasady przez lekarkę pracującą na oddziale neurochirurgii. Pokazała mi ona najpierw, w jaką odzież należy przebrać się w szatni, następnie przedstawiła zasady *mycia* przed wejściem na salę operacyjną, a później zapoznała mnie krótko z zasadami panującymi na sali operacyjnej. Przed salami operacyjnymi znajdują się śluzy, stanowiące rodzaj niewielkiego przedsionka pomiędzy korytarzem a salą operacyjną, oddzielone z obu stron drzwiami. W śluzie znajdują się duże zlewy, nad którymi neurochirurg, instrumentariuszka, asystent, ale i inne osoby wchodzące na salę mogą się umyć oraz zdezynfekować ręce i przedramiona zgodnie z obrazkową instrukcją (por. Harris 2021: XIX). Jak pisze Waldemar Dymarczyk (2018: 199), śluza (*limes*) jest rodzajem przestrzeni, który może funkcjonować w różnych rodzajach kontekstów, np. w budynkach organizacji biznesowych. Spełnia ona nie tylko rolę techniczną, ale także pozwala dostosować sposób bycia do nowej, rządzącej się odmiennymi regułami przestrzeni.

Mycie się (kod *in vivo*) nie dotyczy jedynie czyszczenia rąk mydłem czy dezynfekcji. Jest to pojęcie szersze, będące synonimem przygotowania ciała chirurga, w tym przypadku neurochirurga do pracy z ciałem pacjenta w reżimie *czystości* panującym na sali operacyjnej. Istnieją trzy pokrewne pojęcia odnoszące się do wiązki działań związanej z przygotowywaniem ciała do sprostania reżimowi:

- *Umyć się* – obejmuje działania mające na celu, aby fragmenty ciała, które mogą zetknąć się z ciałem pacjenta lub narzędziami, nie miały kontaktu z przedmiotami

³³ Odprowadzane są także gazy anestetyczne, dzięki czemu personel nie wdycha ich oparów w trakcie operacji i nie kończy zabiegu „jak na rauszu”, jak określiła to doktor Joanna Ligarska w rozmowie z Marianną Fijewską (2022: 240).

brudnymi. Operator wchodzący do szluzu jest już przebrany w strój chirurgiczny, ma na sobie maseczkę i czepek. Pierwszym etapem jest bardzo dokładne mycie rąk i przedramion, ich dezynfekcja specjalnym płynem. Następnie z rękami uniesionymi do góry wchodzi do sali operacyjnej, gdzie z pomocą pielęgniarki *brudnej*³⁴ lub instrumentariuszki (która wcześniej przeszła podobny proces *mycia*) zakłada fartuch chirurgiczny oraz jedną lub dwie pary przygotowanych wcześniej rękawic chirurgicznych w swoim rozmiarze. Po takiej transformacji operator może dotykać jedynie przedmiotów jałowych i odkażonych części ciała pacjenta. Rezydent asystujący przy operacji przechodzi taki sam proces, chyba że operator nie planuje jego udziału w operacji na żadnym etapie, a jedynie obserwowanie zabiegu. Jeśli zajdzie potrzeba, aby asystent *nieumyty* pomógł w operacji, może się on *domyć*.

• *Domyć się* – jest to kategoria odnosząca się do działań podejmowanych przez operatora, który nie operuje ani nie asystuje w operacji, ale z uwagi na rzadkie wydarzenia w trakcie operacji, np. zasłabnięcie operatora czy nagle niespodziewane trudności musi dołączyć do zespołu i wspomóc głównego neurochirurga. Wykonuje on całość opisanych powyżej działań, ale gdy operacja już trwa.

• *Rozmyć się* – działanie to polega na odwróceniu kolejności i celu działań związanych z *umyciem się*. Dochodzi do niego po zamknięciu rany operacyjnej i założeniu opatrunku. Neurochirurg zdejmuje wówczas fartuch, rękawiczki, myje ręce i przedramiona³⁵. *Rozmyty* operator może wrócić na salę, aby pomóc przelożyć pacjenta na wózek, zanim zostanie on odwieziony na salę wybudzeń.

Opisane wyżej wiązki działań ujęte w procedury mają charakter pewnego rytuału transformującego ciało operatora/asystenta w gotowe do wykonywania operacji zgodnie ze standardami antyseptyki. Takim ciałem osoba *umyta* posługuje się inaczej niż przed *umyciem*. Neurochirurdzy z długim doświadczeniem mają wysoko zinternalizowane zasady antyseptyki na sali operacyjnej i bez zastanawiania wiedzą, jakich przedmiotów mogą dotknąć, a jakich nie. Na przykład tylna część ciała, plecy i pośladki są z założenia *brudne*, ponieważ operator siada na niesterylizowanym stołku. Zatem przechodząc obok innej osoby na sali operacyjnej, odwracają się do niej tyłem, aby w razie dotknięcia kontakt miały tylko *brudne* części ciała. Operatorzy *umyć* dokładnie kontrolują, czego dotykają ich ręce. Dotyczy to także nawykowych odruchów, takich jak poprawianie okularów na nosie. Podczas jednej z operacji neurochirurgowi zsunęły się okulary, a ponieważ pielęgniarka *brudna* wyszła na chwilę z sali, operator poprosił mnie (osobę *brudną*, która mogła dotykać niejałowych przedmiotów), abym poprawiła mu okulary na twarzy. Dzięki temu zasada *czystości* została zachowana.

³⁴ Rola pielęgniarki *brudnej* zostanie opisana w dalszej części tego podrozdziału.

³⁵ Zgodnie z zasadą antyseptyki ręce po zdjęciu rękawic chirurgicznych muszą zostać umyte, ponieważ na skórze pod gumą rozwijają się bakterie.

Zespół operacyjny

Pomimo indywidualistycznego wizerunku zawodu neurochirurga wykonywanie tej pracy jest zależne od współdziałania wielu osób. Zespół operacyjny składa się ze specjalistów z różnych dziedzin medycyny, z których każdy wykonuje ściśle określone czynności. Każde z tych zadań jest wysoko sproceduralizowane. Rolą zespołu jest przygotowanie sali operacyjnej, pacjenta, narzędzi itp. Najważniejsze zadanie neurochirurga wykonuje samodzielnie, ale jest wspierany przez zespół. Oprócz neurochirurga wykonującego operację, asystenta obserwującego jego pracę i wykonującego prostsze zadania, na sali operacyjnej znajdują się także inne osoby.

Instrumentariuszka³⁶ jest to pielęgniarka posiadająca specjalizację w ramach pielęgniarstwa operacyjnego lub do takiej specjalizacji się przygotowująca. Jej praca polega na zapewnieniu odpowiednich narzędzi i materiałów potrzebnych w trakcie operacji. Do jej zadań należy przygotowanie narzędzi przed operacją, przygotowanie potrzebnych materiałów (m.in. gazy, materiałów opatrunkowych, materiałów hemostatycznych, soli fizjologicznej). Analizując rolę instrumentariuszki z perspektywy teorii aktora-sieci, można uznać, że jest ona uzależniona właśnie od istnienia wymienionych obiektów. To one ustanawiają relację operator–instrumentariuszka i są *de facto* uzasadnieniem jej udziału w operacji (Law 1992: 381–382). Zależność pomiędzy tymi dwoma członkami zespołu jest ustanowiona właśnie przez pozaludzkich aktorów, jakimi są narzędzia i materiały potrzebne w trakcie zabiegu (Strathern 1999: 159).

Rola instrumentariuszki ma pewne ograniczenia. Według obowiązujących procedur instrumentariuszka nie dotyka tkanek, nie przecina nitki (choć to akurat obserwowałam podczas zabiegów), skóry pacjenta dotyka jedynie podczas zakładania opatrunku. Tak swoje zadania związane z operacją opisuje instrumentariuszka z 40-letnim stażem pracy, pani Topolowska:

Po pierwsze, najpierw to trzeba wszystko naszykować. Trzeba wiedzieć, jaki zestaw narzędzi do danego zabiegu, bo są w zestawach narzędzia. Czyli zestaw narzędzi, cały materiał dodatkowy – szwy, te środki hemostatyczne hamujące krwawienie, sól do płukania, materiał opatrunkowy cały, najróżniejsze waty takie. U nas na neurochirurgii mózgowo to wszystko musimy – musimy naszykować. Czasami się pytamy operatora, czy tradycyjnie, czy coś sobie życzy takiego specyficznego, bo jest masa rzeczy, które nie są w zestawach, pojedynczych. Pojedynczo pakietowanych. Narzędzia takie. Wtedy mówi, co będzie potrzeba. Znaczący my raczej przewidujemy, no bo... ale pytamy się. Najczęściej się pytamy, czy coś takiego też. On wtedy nam mówi, że tak, „W trakcie zabiegu okaże się. Zobaczymy”, i wtedy pielęgniarka na brudno podaje

³⁶ W tym miejscu opiszę pokrótce rolę każdej z osób, natomiast w rozdziale dotyczącym pracy neurochirurgicznej poprzez ciało odniosę się dokładniej do roli instrumentariuszki.

instrumentującej. Pakiety otwieramy, łopatki czy jakieś takie narzędzia specyficzne do tego. No to tak, narzędzia się rozkłada, materiały opatrunkowe. Czyli my na to wszystko mówimy materiał dodatkowy. I potem się to wszystko rozkłada na stolikach. Na jałowo. Potem jak już obłożenie pola operacyjnego, pomaga się operatorowi, asystentom, jak przychodzi z asystą. Umycie pola operacyjnego to operator. Obłożenie pola operacyjnego i zaczynamy operację. Podajemy narzędzia. Różnie bywa, bo że tak powiem, wytrawna instrumentariuszka wie, co będzie po kolei, więc sobie tak etapami szykuje narzędzia, wydaje na ten mały stolik. Do otwarcia, do części mózgowej i do zamknięcia. [...] Najpierw jest otwarcie, więc wszystkie narzędzia do otwarcia. Później jest ta część mózgowa, to już podjeżdża wtedy mikroskop i mikronarzędzia te mniejsze, precyzyjniejsze, delikatniejsze... Spokojnie się podaje operatorowi. [...] I zamykamy. To znaczy zamknięcie to jest kolejno warstwami od dołu zaszywanie wszystkich warstw. Opony mózgu, mięśnie, podskórna i skóra. I opatrunek. Opatrunek to już pielęgniarzka razem z lekarzem. On prosi też o przytrzymanie, o jakąś tam pomoc. Pacjenta przekładamy, wybudzany jest, przekładamy na wózek i już anestezjologia odprowadza pacjenta. Przekładamy na wózek też jako zespół. Anestezjologia odwozi pacjenta, a my narzędzia sprzątamy i odwozimy.

Podczas operacji instrumentariuszka podaje potrzebne narzędzia i materiały operatorowi. Jak opisuje specjalistka neurochirurgii, doktor Jesionowska, pracująca w innym ośrodku, ten rodzaj zadań wiąże się z dużą odpowiedzialnością:

ich odpowiedzialność polega na tym, że my prosimy nitkę niewchłaniałną do zszycia czegoś [...] i ona nam podaje nitkę na imadle. I my nie widzimy opakowania. Zauważamy jej, że nitka, którą nam podała, to jest na przykład niewchłaniałny [nazwa firmy – przyp. D.B.O.], o który prosiliśmy.

Do zadań instrumentariuszki należy także odbieranie i liczenie opatrunków wyjmowanych z rany podczas operacji, np. tamujących krwawienie. Gazy używane przy operacji liczy się podczas przygotowania i po ich użyciu przez operatora, aby zmniejszyć ryzyko ich pozostawienia w ranie operacyjnej.

Wytrawna instrumentariuszka ma umiejętność utrzymania porządku na dużym stoliku (stojącym obok stołu operacyjnego) oraz małym stoliku (przymocowanym do stołu operacyjnego ponad tułowiem chorego w przypadku operacji głowowych). Ponieważ operacje są podzielone na etapy (np.: otwarcie, resekcja guza, zamknięcie lub: otwarcie, zaklipsowanie tętniaka, zamknięcie), do zadań instrumentariuszki należy także przygotowanie kompletu narzędzi do każdego z nich. Aby utrzymać porządek, niepotrzebne już narzędzia są odkładane na bok. Owo zachowanie porządku jest w przypadku instrumentariuszek ważne, ponieważ potrzebne narzędzie lub opatrunek musi ona znaleźć szybko, aby operator mógł niezwłocznie zareagować np. na krwawienie. Bałagan może powodować wydłużenie oczekiwania na narzędzie, co może mieć znaczenie dla przebiegu operacji.

Jak twierdzą badani, dobra instrumentariuszka to przede wszystkim osoba pracowita, zaangażowana i uczciwa, czyli taka, na której operator może polegać, która np. przyzna, że zbrudziła jałowy materiał. Tak opisała to instrumentariuszka, pani Topolowska:

My pracujemy w zespole i musimy mieć do siebie zaufanie. Lekarz musi wiedzieć, że ja wszystko na jałowo naszykowałam. On musi mieć tego świadomość. Musi mieć do mnie zaufanie, że ja zrobiłam dobrze i fachowo. Musi być uczciwa. Trzeba się umieć przyznać do błędu swojego. Nie wolno kłamać.

Po zakończeniu operacji przez neurochirurga do obowiązków instrumentariuszki należy umieszczenie użytych narzędzi w specjalnym pudle, zabezpieczenie ich środkiem chemicznym i przekazanie do sterylizacji w miejscu poza blokiem.

Drugą pielęgniarką obecną na sali operacyjnej podczas zabiegu jest pielęgniarka pomocnicza, tzw. *brudna*. Niektóre pielęgniarki nie lubią tego określenia, ale ponieważ znaczeniowo odnosi się ono do podziału *brudne/czyste* w kontekście antyseptyki, używa się go powszechnie. Pielęgniarka pomocnicza nie *myje się* zgodnie z procedurą opisaną dla neurochirurga czy instrumentariuszki, raczej w procedurze takiej, jaką stosowałam ja, gdy wchodziłam do sali operacyjnej, czyli bez użycia np. jałowego stroju czy rękawiczek. Rolę tę pełnią albo pielęgniarki, które nie mają jeszcze ukończonej specjalizacji operacyjnej, albo takie, które przy innych operacjach bywają instrumentariuszkami, ale w grafiku pracy zostało im danego dnia przydzielone takie zadanie. Ich obowiązkiem jest obsługiwanie przestrzeni i obiektów *brudnych*, których instrumentariuszka i neurochirurg nie mogą dotykać. Obserwowane przeze mnie te same pielęgniarki, które pełniły w różnych dniach role instrumentariuszek i pielęgniarek pomocniczych, w różny sposób zachowywały się w tej samej sali operacyjnej w zależności od pełnionej danego dnia roli. Nie wychodziły poza wyznaczone, jedynie umownie, sfery, do których dostęp mają tylko osoby z danej kategorii, dotykały przedmiotów w sposób zarezerwowany dla roli, którą pełniły danego dnia. Na przykład podając jałowy opatrunek, który jest zapakowany w niejałowe pudełko i włożony do niejałowej szafki, w roli pielęgniarki pomocniczej wyjmowały go, następnie rozpakowywały w taki sposób, aby nie dotknąć jałowej zawartości. W roli instrumentariuszek ten sam rodzaj opatrunku wyjmowały dopiero, gdy pielęgniarka pomocnicza przygotowała opakowanie do wyjęcia opatrunku bez kontaktu z niejałowym opakowaniem. Może to świadczyć o tym, że ciało aktora społecznego, w tym przypadku pielęgniarki, jest przez niego definiowane w sposób uzależniony od kontekstu i definicji sytuacji. Praktyki podejmowane wobec ciała (np. *mycie się*) i działania realizowane z wykorzystaniem ciała jako narzędzia, np. pracy w danej roli (jak tutaj: instrumentariuszki i pielęgniarki pomocniczej czy neurochirurga *umytego*

lub *rozmytego*), realizowane są zawsze w konkretnym kontekście i w relacji do innych aktorów społecznych.

Zespół anestezjologiczny obecny w trakcie operacji składa się z lekarza anestezjologa oraz pielęgniarki anestezjologicznej. Ich praca zaczyna się jeszcze przed operacją, kiedy lekarz omawia przebieg znieczulenia oraz prowadzi wywiad z pacjentem pod kątem przeciwwskazań i innych istotnych uwarunkowań. Następnie już na sali operacyjnej pacjent jest wprowadzany w stan znieczulenia ogólnego (zdecydowana większość przypadków) lub miejscowego. W obu przypadkach podczas trwania operacji stan pacjenta jest stale monitorowany przez jedną osobę z zespołu anestezjologicznego. W dużej mierze polega to na obserwacji urządzeń. Pielęgniarki czy lekarze anestezjolodzy w tym czasie czytają książki, przeglądają Internet w telefonie. Druga z osób z zespołu może przebywać w tym czasie w pokoju socjalnym i np. jeść drugie śniadanie czy rozmawiać z innymi pracownikami bloku. Przy niektórych operacjach, np. zaklipsowania tętniaka, lekarz anestezjolog jest proszony o zwiększenie lub zmniejszenie ciśnienia krwi chorego. Robi to za pomocą wysokospecjalistycznych urządzeń, w celu zmniejszenia ryzyka pęknięcia naczynia krwionośnego. Po zakończeniu operacji zespół anestezjologiczny zajmuje się wybudzeniem chorego i późniejszą opieką nad nim w sali wybudzeń.

Na badanym oddziale neurochirurgicznym zatrudniona jest także lekarka, która wcześniej pracowała jako specjalista neurochirurg. W wyniku zmian zainicjowanych przez ordynatora wyspecjalizowała się w badaniach diagnostycznych pewnego rodzaju chorób, a także w podłączeniu, obsłudze i interpretacji wyników urządzeń monitorujących pracę mózgu w trakcie operacji. Dzięki temu lekarka może zaobserwować nieprawidłowe funkcjonowanie nerwu, np. podczas zaklipsowania tętniaka, a operator zmienić położenie klipsa, tak aby nie powodował on niedokrwienia, a w konsekwencji niedowładu. Monitorowania śródoperacyjnego nie wykorzystuje się przy każdej operacji. Podczas mojego pobytu na obserwacjach w oddziale miało to miejsce dwa lub trzy razy. O znaczeniu swojej pracy opowiada doktor Bukowska:

Nastał taki czas na świecie w neurochirurgii, że w zasadzie zauważono, że bez tego się nie da. Generalnie neurofizjologia śródoperacyjna, monitorowanie śródoperacyjne czasami się to nazywa, służy temu, żeby chory jak najbezpieczniej był operowany, to znaczy najbezpieczniej. Żeby nie obudził się na przykład z niedowładem lub jakimś innym ubytkiem neurologicznym. Są takie miejsca w mózgu, i to są, można tak powiedzieć, to są najtrudniejsze operacje neurochirurgiczne i tylko do takich jest potrzebny ten monitoring. No bo jak coś jest na powierzchni mózgu, czy w ośrodkach tak zwanych niemych w cudzysłowie, takich, co tam można bezkarnie wyciąć [...]. Natomiast jeśli to dotyczy niedowładów, zaburzeń, że nie będzie mówił, albo że nie będzie chodził, mówił, ruszał ręką, albo że będzie miał porażony nerw, to [...] to zapobiega porażeniu nerwu twarowego, to jest ciężkie, ciężkie kalectwo. [...] I neurochirurg nie jest w stanie powiedzieć, bez tego monitorowania, że na pewno tego nie uszkodzi.

Czasami podczas operacji na sali znajdują się (również zagraniczni) studenci Uczelni Medycznej. Obserwują oni pracę neurochirurga i innych członków zespołu. W podobnej roli na sali przebywają rezydenci innych specjalizacji. W planach specjalizacyjnych jest zapisana liczba godzin, jakie muszą spędzić, obserwując operacje neurochirurgiczne, aby zdobyć niezbędną wiedzę. Podczas mojego pobytu badawczego taka sytuacja miała miejsce raz. W podobnej roli występowała także ja, a ponieważ mam stopień doktora i tak też się do mnie zwracano, osoby nieznające mnie sądziły, że przygotowuję się do specjalizacji z psychiatrii. Taka sytuacja trwała około tygodnia, gdyż albo sama otwarcie informowałam uczestników operacji, kim jestem, omawiając pokrótce tematykę badań, albo informacja o moich badaniach docierała do pracowników drogą nieformalnych rozmów. Nigdy nie ukrywałam i zawsze otwarcie opowiadałam o badaniach prowadzonych na bloku. Byłam ciepło przyjmowana przez personel, nie obserwowałam braku zaufania czy skrytości. Punkt zwrotny (Strauss 2012: 532) podczas moich pobytów na sali operacyjnej nastąpił, gdy starsza, bardzo doświadczona instrumentariuszka nakrzyczała na mnie, ponieważ stałam w niewłaściwym, *czy-stym* miejscu sali operacyjnej, i kazała mi się przenieść. Po chwili przeprosiła mnie za swój wybuch. Ponieważ nie obraziłam się ani nie zareagowałam negatywnie na ten sposób zwrócenia uwagi, a także podporządkowałam się jej władzy i zasadom panującym na sali, zostałam zaakceptowana jako uczestniczka operacji.

Czasami w sali operacyjnej obecne są jeszcze inne osoby, głównie pracownicy bloku chcący coś omówić z kimś z personelu. Zdarza się, że ktoś z personelu pracującego na drugiej sali neurochirurgicznej przychodzi, aby skonsultować problem, który napotkał. Jeśli sytuacja jest poważna, operator może nawet wyjść z sali *czy rozmyć się* i przejść do innej sali pomóc koledze. Na dwóch operacjach wszczepienia stymulatora u pacjenta z chorobą Parkinsona obecny był pracownik firmy produkującej stymulatory, który pomagał w ustawieniu urządzenia. Przytomnemu pacjentowi wydawał polecenia, np. ściskania dłoni w pięść, i operował stymulatorem za pomocą oprogramowania zainstalowanego na przyniesionym laptopie.

Przebywanie w tak licznej grupie na sali operacyjnej wymaga bezpiecznego poruszania się i umiejętnego posługiwania swoim ciałem. Dotyczy to przemieszczania się w obrębie „swojej” strefy, dotykania osób i przedmiotów ze „swojej” kategorii, podejmowania działań przypisanych swojej roli, chyba że neurochirurg prowadzący operację lub inna osoba posiadająca władzę, np. doświadczona instrumentariuszka, poprosi o coś innego. W takiej sytuacji zawsze osoba prosząca dostarcza instrukcji, jak właściwie zrobić daną rzecz, chyba że wie, że proszony robił to wcześniej i dokładnie zna zasady.

Ciało pacjenta

Pacjent jako jedyna osoba może przebywać na sali operacyjnej jako niepoinformowana i niewtajemniczona w zasady i rytuały, ponieważ personel medyczny

bierze za niego całkowitą odpowiedzialność. Jedynym zadaniem pacjenta jest powstrzymywanie się od jedzenia i picia przed operacją, aby uniknąć wymiotów po zastosowaniu anestezji.

Przed operacją stosowane są rozmaite rytuały uobiektywizujące pacjenta. Powody ich stosowania są dwojakie. Mają one oczywiście uzasadnienie medyczne i skupiają się głównie na przeciwdziałaniu wystąpienia infekcji. Ich znaczenie jest też głęboko zakorzenione kulturowo i wiąże się z bezpieczeństwem psychicznym operatora, co zostało już opisane wcześniej. Jak mówi instrumentariuszka, pani Olszańska:

Widzimy człowieka tylko przez chwilę przytomnego, potem jest operacja [...]. Widzimy tylko pole operacyjne, a nie samego człowieka, więc to jest w sumie psychicznie też mniej obciążające.

Pierwszą z praktyk uobiektywizujących pacjenta jest jego uśpienie. Jak twierdzili neurochirurdzy, w wielu przypadkach nie ma medycznej konieczności, aby pacjent był uśpiony. Jednak z uwagi na stres towarzyszący operacji, możliwy atak paniki czy hysterii, brak współpracy, a przez to stanowienie dla samego siebie zagrożenia pacjenci są usypiani. W przypadku operacji, podczas której pacjent musi być przytomny i wykonywać polecenia personelu, operatorzy są zazwyczaj bardziej zestresowani i mniej pewni jej przebiegu. Obecność świadomego pacjenta powoduje, iż sala operacyjna staje się dla personelu medycznego sceną, a nie półsceną (Goffman 2000), jak w przypadku, gdy jest on nieprzytomny. Członkowie zespołu operacyjnego wiedzą, że muszą się wówczas liczyć z reakcją pacjenta na swoje zachowania czy słowa, zatem utrudnione jest odreagowywanie emocjonalne. Podczas zabiegu wyczuwalna jest bardziej oficjalna i poważna atmosfera. Operatorzy nie włączają muzyki, nie klną, nie żartują, co nie sprzyja rozładowaniu emocji pojawiających się w trakcie zabiegu. Tak przygotowania do tego rodzaju operacji opisuje doktor Gruszczyński:

Ale niestety taki zabieg [na znieczuleniu miejscowym – przyp. D.B.O.] trzeba dobrze zaplanować, bo musi to być pacjent wybrany, który rozumie ideę tej operacji, że nagle nam nie wstanie i nie będzie chciał uciec, prawda? Trzeba mu też zaufać, to musi być taka relacja lekarz–pacjent już przed tym zabiegiem ustanowiona, żeby wiedzieć, któremu pacjentowi taką procedurę zaproponować właśnie w takim wydaniu, a komu nie.

Gdy operacja przebiega w znieczuleniu ogólnym, a pacjent jest już uśpiony, następuje przykrycie jego ciała płachtą jałową w celu zachowania czystości miejsca operacji. W efekcie tych działań praca neurochirurga obejmuje tylko jeden, wyznaczony i oddzielony od reszty fragment ciała pacjenta (por. Marsh 2016). Operator w trakcie zabiegu nie ma kontaktu z całością ciała pacjenta, nie zajmuje się na stałe monitorowaniem jego stanu, gdyż jest to zadanie zespołu

anestezjologicznego. Neurochirurg pyta czasami anestezjologa, *jak on/ona się prowadzi*, chcąc poznać ogólny stan chorego w trakcie operacji, lub pyta o konkretny parametr, np. ciśnienie krwi. Jest to zazwyczaj informacja potrzebna w kontekście kolejnego kroku operacyjnego.

Co szczególnie ważne, w trakcie operacji zasłonięta jest zawsze twarz pacjenta (por. Lesiak 2019: 73). Jest to związane z kwestiami praktycznymi. Podczas operacji kręgosłupa pacjent ułożony jest plecami do góry. Z kolei podczas operacji mózgu twarz musi zostać odseparowana z powodu zasad utrzymania *czystości*. Jest to jednak czynnik znacznie uobiektywiający pacjenta, separujący ten jakże ważny dla tożsamości każdego z nas narząd od wzroku operatora i innych osób obecnych podczas operacji (Katz 1999: 110–111). Jedyną osobą, która widzi twarz operowanego, jest lekarz anestezjolog, gdy wchodzi pod płachtę w trakcie operacji, aby sprawdzić ułożenie przewodów pomagających w oddychaniu (por. Lesiak 2019: 72).

W tym kontekście ciekawej perspektywy dostarcza refleksja Pearl Katz (1999: 9–10), która rozpoczynając swoje badania, była krytycznie nastawiona do depersonalizacji chorych przez lekarzy. Jednak po kilku tygodniach pracy razem z nimi stwierdziła, że podobnie postrzega pacjentów, że też widzi ich przez pryzmat ich chorób, określa nazwami danych „przypadków”. Dzięki temu doświadczeniu zrozumiała, dlaczego lekarze depersonalizują pacjentów i że jest to rodzaj kulturowo wypracowanego mechanizmu radzenia sobie z obciążeniem psychicznym. Ponadto podczas obserwowanych operacji badaczka zrozumiała rolę rytuałów okołoperacyjnych mających na celu odseparowanie chorego miejsca ciała i uobiektywianie pacjenta. Jak pisze Katz (1999: 9–10), wspomniane rytuały mają

adaptacyjną wartość odseparowania odczuwania i identyfikacji z pacjentem w stosunku do zadań operacyjnych. [...] dystansujące funkcje wisielczego humoru chirurgów, posługiwanie się przez nich obiektywnym, aktywnym językiem [...], czas, przestrzeń i rytualna struktura pracy chirurgów sprzyjały oderwaniu się od cierpienia pacjentów.

Dzięki takim, kulturowo ugruntowanym rozwiązaniom operatorom łatwiej jest podejmować ryzykowne działania (a operacja neurochirurgiczna, i nie tylko, zawsze jest w pewnym stopniu ryzykowna). Poza salą operacyjną, bez ochrony, jaką dają rytuały i odseparowanie operowanej części ciała, lekarze neurochirurdzy są znacznie bardziej narażeni na emocjonalne konsekwencje kontaktu z pacjentami (Katz 1999: 110–111).

Interesującym aspektem obecności chorego w stanie nieprzytomności jest swoiste „prawo własności”, czy mówiąc językiem personelu medycznego – to, *czyj pacjent jest* na danym etapie operacji. Jak wspomniałam, chory jest jedyną osobą obecną na sali, która może tam przebywać, nie znając zasad reżimu *czystości*. Odpowiedzialność za niego spoczywa głównie na neurochirurgu, lecz inni członkowie

personelu także ją odczuwają i podejmują działania mające na celu dobro pacjenta. Tak opowiada o tym procesie instrumentariuszka, pani Topolowska:

jeżeli pacjent już jest na sali, my [instrumentariuszki – przyp. D.B.O.] w międzyczasie szykujemy wszystkie narzędzia i cały materiał potrzebny do operacji, to wtedy pacjent już jest wszystkich. To nie to, że jest teraz, w tym momencie tylko anestezjologia się zajmuje, bo my jesteśmy zespołem. Przekładamy wtedy razem. No jak jest pacjent w ciężkim stanie i wjeżdża na łóżku, to wtedy my idziemy i też pomagamy, prawda? Do przełożenia, do tej tam rękawiczki, rolki się bierze, przesuwa się na nasz wózek i wtedy tam sobie razem idziemy i prowadzimy pacjenta... wieziemy pacjenta, a już jak jest pacjent na sali operacyjnej, to już jest wszystkich pacjent.

Określenie, że pacjent *jest mój* albo *jest wszystkich*, odnosi się do odpowiedzialności, także formalnej za pacjenta, która spoczywa na określonych osobach. Wiąże się ona z podpisaniem się i *podstemplowywaniem* się na dokumentach dotyczących operacji. Każdy z zespołów prowadzi swoją dokumentację dotyczącą różnych kwestii: użytych materiałów, przebiegu uśpienia czy zabiegu.

2.4.3. Podejmowanie decyzji w pracy neurochirurgicznej

Jak w *Scalpel's Edge* pisze Pearl Katz (1999), podejmowanie decyzji to istota chirurgii. Umiejętność ta jest niezwykle ważnym elementem habitusu chirurga, w tym neurochirurga. Frank Spencer (1978: 9) zdefiniował ją jako „szybkość, z jaką mogą być dokonywane obserwacje, następnie formułowane w hipotezę, w celu podjęcia decyzji i odpowiednich działań”. Także jeden z czołowych podręczników chirurgii zawiera stwierdzenie, że w chirurgii „sztuka podejmowania decyzji jest najbardziej pielęgnowana” (*art of decision is best nurtured*) (Katz 1999: 125).

Chirurdzy każdej specjalności podejmują wiele decyzji w ciągu dnia pracy. Niektóre z nich są jasno określone i uznawane za ważne. Dotyczą one tego, czy operować, kiedy operować, jaką postawić diagnozę, którą interpretację danych klinicznych wybrać i na które ryzyko narazić pacjenta – operowania czy nieoperowania. Te rozstrzygnięcia mają swoje umocowanie w uzasadnieniu, procedurach medycznych czy choćby wskazówkach specjalistów w literaturze, są legitymizowane podczas dyskusji na seminariach czy *kominkach*³⁷. Bardzo wiele decyzji ma jednak znacznie mniejsze znaczenie, a niektóre nie są nawet uznawane za decyzje. Czasami neurochirurdzy postrzegają je jako nieistotne. Zdarza się też tak, że są to dylematy, które nie powinny pojawiać się w praktyce neurochirurgicznej, choć mają one miejsce. Należą do nich decyzje odnoszące się do ryzyka pozwu sądowego. Wielokrotnie

³⁷ Spotkania odbywające się na różnych oddziałach, w wielu szpitalach. Są to spotkania naukowe, mające na celu rozwój wiedzy zawodowej, zazwyczaj w gronie lekarzy z danego oddziału, czasami z zaproszonym gościem omawiającym tematykę pokrewną.

operatorzy mówili mi np., że bardzo trudne jest podejście do kolejnego pacjenta z zaangażowaniem, jeśli poprzedni pacjenci lub ich rodziny złożyli pozwy sądowe przeciwko neurochirurgowi. Z moich obserwacji wynika, że w takich sytuacjach neurochirurdzy stosują raczej strategie asekuracyjne, np. zabezpieczają się, prowadząc w odpowiedni sposób dokumentację, czy zasięgają konsultacji kolegi, niż unikają podjęcia decyzji oraz działania (por. Fijewska 2022: 246).

Chirurdzy pracujący na badanym przez Pearl Katz oddziale (1999) mieli głęboką wiarę w obiektywizm podejmowanych przez siebie decyzji i uważali wpływy kulturowe za niepożądane zakłócenia ograniczające ich autonomię. Ponieważ nie akceptowali nieuchronnej obecności wpływu czynników pozamedycznych, nie uwzględniali ich także w procesie podejmowania decyzji. Podobnie było w przypadku badanych przeze mnie lekarzy neurochirurgów, którzy kierując się swoją najlepszą wiedzą, brali także pod uwagę domyślne wartości wyznawane przez swoich pacjentów. Było tak np. w trakcie jednej z rozmów pomiędzy młodszym i starszym specjalistą. Młodszy specjalista radził się w sprawie sposobu zoperowania pacjentki, który w konsekwencji mógł zostawić widoczne blizny na głowie kobiety. Starszy specjalista poradził młodszemu, aby zastosował inne wejście do operowanej zmiany, ponieważ pacjentka jest młoda i z pewnością uroda jest dla niej ważna. Decyzji tej nie skonsultowano z pacjentką. Do czynników kulturowych, mających wpływ na podejmowanie decyzji przez chirurgów Katz (1999: 129) zalicza kulturę chirurgii, kulturę organizacyjną szpitala i jego otoczenia, kulturę pacjenta (np. pochodzenie etniczne), specyficzne tło kulturowe chirurga, kulturę regionu. Badania przeprowadzone na trzech oddziałach szpitalnych (Byczkowska-Owczarek, Kubczak, Pawłowska 2020) wskazują, że do tych czynników należy dodać także kulturę organizacyjną oddziału oraz styl kierowania stosowany przez ordynatora.

Inne pozamedyczne aspekty podejmowania decyzji chirurgicznych to organizacja szpitala, kultura specjalności chirurgicznej, sieć relacji społecznych, preferencje osobiste (np. wobec konsultacji z tym, a nie innym lekarzem) (Katz 1999: 147). Czasami zdarza się, że pomimo iż dany lekarz nie powinien operować lub w ogóle wykonywać trudnych operacji, nadal wykonuje zawód, ponieważ potrzebuje pieniędzy (np. na spłatę kredytu lub budowę domku letniskowego, jak w: Katz 1999: 156). Na decyzje podejmowane na sali operacyjnej może mieć także wpływ dynamika grupowa zespołu medycznego w konkretnym kontekście sytuacyjnym, co zaobserwowałam podczas jednego z zabiegów. Polegał on na usunięciu bardzo złośliwego guza nowotworowego mózgu młodemu pacjentowi. Operator opowiadał historię choroby pacjenta w trakcie operacji, gdy prowadziliśmy swobodną rozmowę. Oprócz mnie i operatora uczestniczyła w niej pielęgniarka anestezjologiczna, asystent i instrumentariuszka. Historia pacjenta była bardzo poruszająca, przede wszystkim z powodu gwałtownego rozwoju choroby, ale także młodego wieku chorego i jego siły do walki z chorobą. Gdy operator stwierdził, że już bardziej nie wypróżni guza, że musi zostawić spory jego fragment,

członkowie zespołu zaczęli wyrażać swój smutek i żal z powodu braku możliwości dalszej pomocy temu pacjentowi. Operator zareagował bardzo asertywnie, prosząc *wobec tego o wszelkie sugestie*. Zespół odebrał te słowa jako zakomunikowanie, że to operator podejmuje decyzję i ma ku temu powody. W związku z tym nikt więcej już się nie wypowiadał. Jednak po chwili operator obejrzał jeszcze raz dokładnie ranę operacyjną i stwierdził, że *dobrze, jeszcze trochę usunę*. Następnie kontynuował wypróżnianie guza, choć przez niedługi czas.

W niektórych placówkach czynniki ekonomiczne mogą odgrywać bardziej znaczącą rolę. Jeśli istnieje wybór między operowaniem i nieoperowaniem, to wybór operacji jest bardziej uzasadniony ekonomicznie, podobnie jak przeprowadzenie większej operacji zamiast mniejszej (Katz 1999: 161). Kluczowe znaczenie ma tutaj oczywiście system organizacji ochrony zdrowia, w którym szpitale albo otrzymują stałe subwencje, albo rozliczają każdą operację osobno. Ważny jest także system wynagradzania operatorów – prowizja lub stała pensja, niezależna od liczby wykonanych operacji. Wpływ wielu czynników, także sytuacyjnych, na podjęcie przez operatora decyzji medycznych świadczy o konstruktywistycznym charakterze tego procesu.

Nie inaczej jest w przypadku lekarzy neurochirurgów. Podejmują oni wiele decyzji także pod wpływem czynników kulturowych, osobistych lub ekonomicznych, często nie uzmysławiając ich sobie. Normy kultury medycznej, w szczególności *evidence based medicine*, nie dopuszczają brania pod uwagę np. kryteriów kulturowych (Bensing 2000). Chirurdzy, w tym neurochirurdzy, zazwyczaj uznają wyłącznie medyczne kryteria podejmowania decyzji medycznych i w konsekwencji myślą sytuację idealną z rzeczywistością. Kulturowe konteksty podejmowania decyzji wpływają na decyzje biomedyczne i mają istotne konsekwencje dla pacjentów (por. Katz 1999: 174–176).

Należy tutaj zaznaczyć zasadniczą różnicę, opisaną już wyżej w odniesieniu do neurochirurgów i chirurgów innych specjalności – częsty brak możliwości reoperacji i nieodwracalne konsekwencje niewłaściwych decyzji (por. Fijewska 2022: 214). Pomimo iż podejmowanie decyzji i aktywna postawa stanowią kulturową wartość przekazywaną nowicuszom chirurgii podczas staży i rezydentur (Katz 1999: 130), adeptom neurochirurgii przekazuje się także *explicite* wartość niepodejmowania interwencji operacyjnej. To wyważenie pomiędzy wartością aktywnej postawy a niepodejmowaniem niepotrzebnego lub wręcz szkodliwego działania poprzez podjęcie się niepotrzebnej operacji stanowi wyróżnik procesu podejmowania decyzji w tej specjalizacji chirurgicznej.

Jak twierdzi Katz (1999: 142), jedną z największych niedoskonałości analizy procesu podejmowania decyzji przez chirurgów jest ocenianie ich jako wyjętych z kontekstu tak, jakby pacjent był zawieszony w próżni społecznej. Jak twierdzą Douglas i Wildavsky (1982: 71), „[u]dawanie, że najlepiej jest podejmować wolne od wartościowania decyzje w sprawach życia i śmierci, jest trawestacją racjonalnego myślenia”. Z kolei, jak pisze w swej książce Henry Marsh (2016), moralna

strona neurochirurgii wymaga od operatora rozstrzygnięcia pewnych konfliktów wartości. Są to: obiektywizm vs człowieczeństwo, współczucie vs dystans oraz nadzieja vs realizm. Od tego, ku której z wartości skłania się konkretny neurochirurg, mogą w pewnym stopniu zależeć jego decyzje. Ponieważ operatorzy są socjalizowani do podejmowania decyzji na podstawie jedynie kwestii medycznych, opisane wyżej kryteria mają *implicite* wpływ na podjęte działanie. Wpływ tych nieuświadomionych kryteriów jest zatem większy, ponieważ są one ukryte i zazwyczaj nie są poddawane dyskusji, a nawet indywidualnej refleksji lekarza (Katz 1999: 27, 177).

Jak wynika z badań Pearl Katz, także indywidualne cechy pacjentów mają znaczenie przy podejmowaniu decyzji przez operatorów (1999: 137–138). Można do nich zaliczyć: płeć, wiek, stan cywilny, klasę społeczną i posiadane przez pacjenta ubezpieczenie zdrowotne, co jest charakterystycznym uwarunkowaniem w amerykańskim systemie ochrony zdrowia. Co ciekawe, branie ich pod uwagę bywa nieuświadomione lub maskowane kryteriami medycznymi.

Umiejętność podejmowania decyzji to także jedno z kluczowych wymagań wobec kandydatów na chirurgów. Szybkość, dokładność i odpowiedniość, a także pewność siebie w podejmowaniu decyzji to także podstawowe kryteria oceny samych siebie oraz innych przez przedstawicieli tej profesji (Katz 1999: 127). Doktor Lipowski tak opisuje ten problem:

Mieliśmy takie doświadczenia z takim kolegą. W sumie operator dobry, ale musiał operować z kimś cały czas, tak? Bo nie mógł przejść do dalszego etapu zabiegu, tak? Niby prosty zabieg, ale „czy to już usunąć tego, czy nie usunąć”?

Podejmowanie decyzji w kolejnych subprocesach pracy neurochirurgicznej

Operator podejmuje decyzje na każdym z subprocesów pracy neurochirurgicznej. Wiele z nich polega na umiejętnym wyważaniu potencjalnych korzyści i ryzyka zabiegu (które nie zawsze da się oszacować, w związku z nieprzewidywalnością przebiegu operacji, por. Marsh 2016: 21). Decyzje podejmowane przez operatora w toku pracy mają jednak zróżnicowany charakter. Można je podzielić na następujące rodzaje:

- kwalifikujące do operacji, podejmowane głównie na podstawie badań obrazowych;
- organizacyjne, związane z ustaleniem tego, kogo *brać na stół* przy ograniczonych zasobach (np. podczas strajku pielęgniarek);
- instytucjonalne, związane z tym, jak różne procedury są rozliczane przez NFZ;
- śródoperacyjne, dotyczące użycia konkretnego narzędzia, kolejności wykonywania poszczególnych zadań (najpierw trudniejsze, potem łatwiejsze, najpierw to, co *na wierzchu*, potem to, co *w głębi*);
- dotyczące zakończenia operacji, co może być decyzją zero-jedynkową, czyli np. zakończono operację, gdy zaklipsowano tętniak, lub arbitralną, np. gdy

guz mózgu jest duży i usunięcie go w całości jest niemożliwe lub ryzykowne, bo mogłoby spowodować przesunięcie tkanki mózgowej, jej rozprężenie i w efekcie przerwanie naczynia krwionośnego³⁸. Tak opisuje tę prawidłowość jeden z badanych neurochirurgów, doktor Leszczyński:

mam jakieś tam wstępne plany i najczęściej te operacje jakby są, jest, w miarę oczywiście zdecydowałam, od samego początku – zaklipsować tętniaka albo tam usunąć guza, gdzie się da, ale nie uszkadzając niczego innego. Usunąć wypadnięty dysk, wkręcić śrubki i koniec. Jak to uzyskuje, to oczywiście, zdarza się czasami, że tego guza nie można usunąć, bo krwawi. No to ustaliam, że w tym momencie ciągnięcie dalej tego jest bardziej groźne, niż zostawienie kawałka, prawda? [...] Usuwam łagodny guz, mogę usunąć go w ten sposób, że usunę go w całości, ale zrobię porażenie czegoś tam, no to spodziewając się, że ten guz znowu, to jest jakaś statystyka, ale nie odezwie się przez najbliższe dziesięć lat albo nie zrobi problemu żadnego, no to dokończę tę operację, no bo pierwsze jednak jest, żeby primum non nocere, tak? Czy w drugą stronę – złośliwy guz, jeżeli mam usunąć ten guz do cna i porazić kogoś, a usunę go częściowo i nie porażę, a różnica w przeżyciu jest miesiąc, no to co wybieram, no? No to są najczęściej proste sprawy.

- dotyczące leczenia pooperacyjnego i poszpitalnego;
- dotyczące tego, co zrobić z pacjentem, jeśli po wyjściu ze szpitala nie ma on opieki. Może to dotyczyć zapewnienia pacjentowi powrotu do domu rodzinnego, przystosowania tego domu do zwiększonych potrzeb pacjenta czy np. poszukiwania miejsca w domu pomocy społecznej³⁹.

2.4.4. Niepewność w pracy neurochirurgów⁴⁰

Niepewność jest stałym uwarunkowaniem pracy lekarzy i innych przedstawicieli personelu medycznego. Jak pisze David Eddy (1984, cyt. za: Han i in. 2011: 828), „niepewność wkrada się w praktykę medyczną przez wszystkie pory skóry”. Wiele publikacji opisujących zagadnienie niepewności (*uncertainty*) rozpoczyna się stwierdzeniem, że jest ona immanentną cechą medycyny, przejawia

³⁸ Jürgen Thorwald, historyk medycyny, nazywa przerwanie naczynia krwionośnego w mózgu „karą dla neurochirurgów za krótkie chwile nieuwagi oraz brak szacunku i delikatności wobec mózgu”.

³⁹ Choć zadanie to zgodnie z podziałem pracy powinni wykonywać pracownicy socjalni, na badanym oddziale zajmowali się nim lekarze lub personel sekretarski.

⁴⁰ Ten podrozdział oraz podrozdział dotyczący strategii asekuracyjnych opieram na materiale opublikowanym częściowo w rozdziale *Niepewność w pracy lekarzy* z książki *Za drzwiami oddziału. Badania etnograficzne w szpitalu* (Byczkowska-Owczarek, Kubczak, Pawłowska 2020). Zdecydowałam się go włączyć w zakres tej monografii, ponieważ niepewność jest ważnym kontekstem pracy w medycynie, także neurochirurgii.

się na rozmaite sposoby i dotyka wielu sfer pracy lekarzy. Jednocześnie, wraz z rozwojem nauki i technologii medycznej, pacjenci oczekują zmniejszenia niepewności w podejmowaniu decyzji medycznych. Dlatego też zespoły pracujące przy operacjach i sami neurochirurdzy konstruują rozmaite strategie radzenia sobie z niepewnością. W dostępnej literaturze z zakresu socjologii medycyny czy też socjologii zawodu, a także subdyscyplin pokrewnych niepewność jest traktowana jako zjawisko istniejące obiektywnie (zob. np. Gerrity, DeVellis, Earp 1990; Beresford 1991; Geller i in. 1993; Kim, Lee 2018). Jednak jak wynika z badań na trzech oddziałach Szpitala (Byczkowska-Owczarek, Kubczak, Pawłowska 2020), niepewność należy traktować raczej jako konstrukt społeczny stale wytwarzany podczas interakcji przez poszczególne jednostki, m.in. personel medyczny, pacjentów i ich rodziny. To przez tych aktorów społecznych konstruowane są np. oczekiwania dotyczące prawdopodobieństwa powodzenia operacji. Niepewność stanowi zatem raczej produkt społecznych interpretacji nauk medycznych, ma swoje przyczyny i konsekwencje. Istnieją także społecznie konstruowane strategie radzenia sobie z nią. Niepewność przejawia się na wiele sposobów i może dotyczyć różnorodnych sfer praktyki medycznej (technologicznej, organizacyjnej, interakcyjnej). Poniżej opiszę pokrótce zjawisko niepewności, jego przyczyny, kontekst społeczno-organizacyjny oraz konstruowane przez neurochirurgów sposoby radzenia sobie z nią.

W badaniach nad niepewnością w pracy medycznej autorzy skupiają się głównie na jej konsekwencjach. Kangmoon Kim i Young-Mee Lee (2018: 181, 183) stawiają tezę dotyczącą związku pomiędzy niepewnością a stresem, wypaleniem zawodowym, lękiem i satysfakcją z pracy. Twierdzą również, że w trakcie kwalifikowania do przyjęcia na studia medyczne jedną z weryfikowanych cech powinna być tolerancja niepewności. Z kolei z badań Gail Geller i współautorów (1993) oraz Marthy S. Gerrity, Roberta DeVellis i Jo Anne L. Earp (1990) wynika, że tolerancja niepewności uzależniona jest od cech społecznych. Należą do nich specjalizacja medyczna, wiek ukończenia szkoły medycznej, liczba lat praktyki oraz płeć. Wyniki te świadczą o społecznym charakterze postrzegania, doświadczania i radzenia sobie z niepewnością. Jak twierdzą Gerrity, DeVellis i Earp (1990), przedstawicielami jednej ze specjalizacji o niskiej tolerancji niepewności są chirurdzy, co jest zapewne spowodowane koniecznością podejmowania szybkich, często nieodwracalnych decyzji.

Eric B. Beresford (1991) wyróżnił trzy źródła niepewności medycznej. Pierwsze ma charakter techniczny. Wynika ono z nieodpowiednich lub niekompletnych danych naukowych, wywodzących się głównie z danych medycznych (por. Strauss i in. 1997: 45). Drugie źródło stanowi niepewność osobista, która powstaje w relacjach między lekarzem a pacjentem. Trzeci rodzaj niepewności, niepewność pojęciowa, jest spowodowany trudnościami pojawiającymi się podczas stosowania danych w rzeczywistych sytuacjach (np. podczas korzystania z wyników badań obrazowych przy podejmowaniu decyzji o operacji).

Niepewność wynika zatem często z konieczności stosowania teoretycznych wskazań w konkretnych sytuacjach, co także jest rodzajem interpretacji.

Inną klasyfikację proponują Paul K.J. Han i współautorzy (2011), którzy opisują dwa poziomy zjawiska. Pierwszy dotyczy źródeł niepewności, którymi są prawdopodobieństwo, niejednoznaczność i złożoność. Prawdopodobieństwo odnosi się do nieokreśloności przyszłego wyniku np. operacji usunięcia guza rdzenia nerwowego. Niejednoznaczność związana jest z brakiem informacji dotyczących przyszłych korzyści. Złożoność wynika z wielości czynników przyczynowych i wskazówek interpretacyjnych (Han i in. 2011: 838). Drugi poziom niepewności dotyczy zagadnień, które obejmują kwestie naukowe (*data-centered*), praktyczne, czyli skoncentrowane na systemie (*system-centered*), i osobiste, skoncentrowane na pacjencie (*patient-centered*).

Źródła niepewności

Specyfika społecznego charakteru pracy w warunkach niepewności wynika zarówno z historii neurochirurgii, kulturowych uwarunkowań praktykowania tej profesji, jak i czynników organizacyjnych, instytucjonalnych, prawnych czy interakcyjnych. Czynniki te są istotne dla zrozumienia warunków przyczynowych i interweniujących w proces działania, a także dla charakteru samego zjawiska, jak i jego konsekwencji (m.in. radzenia sobie z niepewnością) (patrz także zogniskowane kodowanie kategorii w: Strauss, Corbin 1990: 96–115; Konecki 2000: 48–49).

Niepewność i niepełna przewidywalność procesu leczenia jest jedną z przyczyn silnych emocji neurochirurgów. Towarzyszy ona operatorom codziennie i może się pojawić w każdym z subprocesów pracy neurochirurgicznej. Jest to spowodowane kilkoma czynnikami. Pierwszy z nich to brak możliwości wykonania niektórych badań. Może to wynikać m.in. z braku urządzenia diagnostycznego w placówce albo niemożliwości jego użycia spowodowanych jego usterką, brakiem niezbędnych materiałów czy nieobecnością obsługującego go pracownika (np. w nocy lub w weekend).

Drugim czynnikiem jest nieprecyzyjny, niejednoznaczny wynik badania, który trudno jest zinterpretować w sposób jasno sugerujący podjęcie dalszych kroków w leczeniu pacjenta (zob. też: Beresford 1991). Ma to szczególne znaczenie w kontekście operacji, które są obarczone wysokim ryzykiem śmierci pacjenta. Jest to jeden z tych momentów, kiedy lekarz podejmuje decyzję dotyczącą np. przyjęcia określonych założeń odnośnie do interpretacji danych.

Trzeci czynnik to brak doświadczenia lub wiedzy dotyczącej danego schorzenia. Jest to sytuacja, z którą możemy się spotykać coraz częściej, ponieważ wraz z rozwojem wiedzy znacząco postępuje też specjalizacja w medycynie. Wśród badanych przeze mnie neurochirurgów panowało przeświadczenie, że dobry neurochirurg to taki, który umie wykonywać szeroki wachlarz operacji. Z drugiej strony, twierdzili oni, że rośnie specjalizacja w ich zawodzie i aby być

dobrym specjalistą, operatorzy powinni wykonywać wiele operacji określonego rodzaju. Te dwa założenia są ze sobą sprzeczne, a lekarze neurochirurdzy starają się sprostować im obu.

Kolejnym czynnikiem, który powoduje, że neurochirurdzy działają w warunkach niepewności, są *anatomia indywidualna* oraz *patologia indywidualna* opisana we wcześniejszej części rozdziału.

Piąta kategoria czynników odnosi się do sytuacji, w których operatorzy muszą działać w warunkach niepełnej informacji, ponieważ od leczonego pacjenta nie można uzyskać potrzebnej wiedzy. Można do niej zaliczyć np. brak informacji dotyczących pochodzenia urazu (np. gdy pacjent jest nieprzytomny) lub ukrywanie przez pacjenta istotnych informacji (np. że bierze określone leki lub że zrobił coś wstydliwego).

Następna grupa czynników powodujących niepewność związana jest ze specyfiką organizacji pracy oddziału czy szpitala. Są takie sytuacje, jak nagle zgłoszenie się na oddział wielu pacjentów czy też uniemożliwienie wykonania planowanych operacji przez trwający protest którejś z grup zawodowych. Mogą także pojawić się nowe okoliczności w planie leczenia, np. gdy na godzinę przed operacją nieświadomy pacjent zjadł śniadanie i w takiej sytuacji operację trzeba odłożyć, a grafik operatora, który miał przeprowadzić zabieg, komplikuje się, bo np. kolejny dzień jest jego dniem wolnym.

Bardzo ważnym czynnikiem wywołującym poczucie niepewności u lekarzy jest nieprzewidywalność reakcji pacjenta lub jego rodziny po przekazaniu złej informacji (zob. też: Beresford 1991). Neurochirurdzy wielokrotnie opowiadali o krewnych pacjentów, którzy straszili ich sądem, zgłoszeniem sprawy do prokuratury, oskarżali o morderstwo czy wulgarnie wyzywali na szpitalnym korytarzu. Aby uniknąć tego rodzaju sytuacji, lekarze stosują strategie komunikacyjne opisane wcześniej, które mają sprawić, że pacjent stanie się bardziej *ufalny* (por. Bankiewicz-Nakielska i in. 2017).

Niepewność może być również spowodowana zagrożeniem fizycznym ze strony pacjenta w stosunku do opiekującego się nim personelu medycznego. Ten rodzaj niepewności pojawia się w kontakcie z osobami brudnymi, chorującymi na niezidentyfikowane choroby czy bezdomnymi.

Istotnym czynnikiem jest także konieczność wzięcia przez lekarza odpowiedzialności za życie i zdrowie pacjenta w sytuacji niepewności. W przypadku neurochirurgów istnieje dodatkowy ciężar odpowiedzialności, związany z brakiem możliwości poprawienia popełnionego błędu, wynikającym ze specyfiki specjalizacji przy jednoczesnej konieczności podejmowania bardzo trudnych decyzji. Jednak, jak wielokrotnie wspominali badani, jeśli ktoś nie jest w stanie udźwignąć takiej odpowiedzialności, *nigdy nie awansuje na samodzielność, a wręcz będziemy się starali go pozbyć*. Charakterystyczne dla sytuacji lekarzy różnych specjalizacji chirurgicznych, ale nie tylko, jest to, że decyzja o zaprzestaniu leczenia czy nieprzeprowadzenie operacji jest także rozstrzygnięciem podejmowanym w sytuacji

braku pewności. Lekarz bierze wówczas na siebie odpowiedzialność niepodjęcia szansy (Marsh 2016: 188).

Działanie w kontekście niepewności jest zatem nieodłącznym elementem praktyki medycznej, w tym neurochirurgicznej. Nie jest to zjawisko jednorodne, wynika z wielu czynników kształtujących działania zarówno personelu medycznego, jak i pacjentów i ich rodzin. Wiąże się ono z potocznymi oczekiwaniami pacjentów i ich rodzin wobec nauk medycznych (tj. obiektywność, jednoznaczność wyników badań, przewidywalność kolejnych kroków terapeutycznych), ale również z efektami ich zastosowania. Niepewność jest zatem składową kontekstu, w jakim neurochirurdzy, ale także przedstawiciele innych zawodów medycznych podejmują decyzje, działania i ponoszą za nie odpowiedzialność. Pacjenci natomiast, jako osoby korzystające z usług personelu medycznego, odczuwają jej skutki.

Zdaniem wielu badanych przeze mnie neurochirurgów niepewność jako nieodłączny element praktykowania medycyny powinna być uwzględniana w systemie opieki zdrowotnej. Henry Marsh (2016) także uważa, że za błędy lekarskie pacjenci powinni otrzymywać odszkodowania, ale nie od samych operatorów, lecz od systemu ochrony zdrowia. Neurochirurdzy, z którymi rozmawiałam, twierdzili, że rozumieją sytuację życiową pacjentów, których stan zdrowia znacznie pogorszył się w wyniku leczenia, ale nie uważają, że powinni być za nią odpowiedzialni finansowo czy prawnie. Nie były to rozważania teoretyczne. Podczas półrocznego badania za każdym razem, gdy odwiedzałam oddział, w mniej lub bardziej formalnych rozmowach czy to na sali operacyjnej, czy to w pokoju lekarskim, operatorzy podnosili temat ryzyka pozwu sądowego⁴¹, zaistniałych oskarżeń, zeznań w prokuraturze, uniknięcia oskarżeń itp. W trakcie lektury książek dotyczących pracy neurochirurgów, pisanych czy to przez nich samych (Marsh 2016), czy to przeprowadzonych z nimi wywiadów (Fijewska 2022), wątek odpowiedzialności prawnej (m.in. wynikający z zagrożenia spowodowanego niewystarczającą liczbą lekarzy np. na dyżurze) także się pojawiał.

Pewnego rodzaju sposobem na radzenie sobie z niepewnością jest odwołanie się do intuicji. Oczywiście, lekarze neurochirurdzy jako ludzie socjalizowani zawodowo w świecie współczesnej medycyny, a niektórzy z nich jako naukowcy pracujący w uczelni medycznej raczej oszczędnie opowiadali o tym sposobie syntezy wiedzy. W literaturze z zakresu socjologii i antropologii medycyny intuicja jest opisywana jako sposób przetwarzania wiedzy, charakterystyczny dla

⁴¹ Sytuacja pozwu sądowego przedstawia się nieco inaczej w zależności od tego, czy lekarz pracuje na kontrakcie (jest wówczas bardziej indywidualnie traktowany przez pozującego, szpital chroni go w mniejszym stopniu, a kwoty ubezpieczeń są wyższe), czy też jest zatrudniony na etacie (wówczas teoretycznie odpowiada majątkowo do wysokości trzech pensji).

chirurgii jako sztuki. Jest to metoda myślenia o problemie, która polega na uważnym słuchaniu, usuwaniu fałszywych tropów (Katz 1999: 48), jest to specyficzny proces wykorzystywania wiedzy eksperckiej. Cechuje się ona wglądem w konkretny problem z nowej perspektywy i rozpoznawaniem wzorców, gdy nie są oczywiste, oraz wsparciem danych doświadczeniem lekarza (Abernathy, Hamm 1995). Doświadczeni operatorzy korzystają z intuicji, odsiewając mało istotne dane, nie myślą świadomie i logicznie, ponieważ trwałoby to zbyt długo. W szczególności dotyczy to sytuacji nagłych, gdy nie można czekać na uzyskanie pełnych informacji. Intuicja taka opiera się na wiedzy medycznej, poprzednich badaniach i doświadczeniu. W praktyce klinicznej leczenie polega na dostosowywaniu uogólnionych wskazówek do sytuacji indywidualnego pacjenta. Intuicja to zatem wiedza, jak wiedzę zdobytą jedną metodą uogólnień (procedur, teorii, wskazówek) przełożyć na drugą – działanie wobec konkretnego pacjenta (Katz 1999: 49–50).

2.4.5. Błędy w pracy neurochirurgicznej

W wyniku pracy w kontekście niepewności, ale także w związku ze specyfiką mózgu (w znacznie mniejszym stopniu kręgosłupa i nerwów obwodowych), w pracy neurochirurgicznej zdarzają się błędy. Nie mam tutaj na myśli błędów medycznych, definiowanych przez zapisy prawne, ale wszelkie działania lub zdarzenia związane z pracą neurochirurgów, które przynoszą skutki gorsze od zaplanowanych i które można nazwać mniejszymi lub większymi pomyłkami. We wcześniejszych częściach książki wymieniłam kilka sytuacji, które mogą być uznane jako działanie nieprawidłowe, choć moi rozmówcy wielokrotnie wspominali, że trudno jest jednoznacznie zdefiniować błąd w neurochirurgii. Jak twierdzi Everett Hughes (1951: 321),

w medycynie kryteria sukcesu i porażki często nie są jasne [...]; kto ma prawo powiedzieć, czym jest błąd lub porażka? Ustalenia w tej kwestii są dość jasne; grupa współpracowników (osoby, które uważają się za narażone na te same ryzyka [sic!] zawodowe) będzie uparcie bronić własnego prawa do definiowania błędów i do powiedzenia w danym przypadku, czy przyjętego [...] kryterium.

Neurochirurdzy, podobnie jak przedstawiciele innych profesji mają „poczucie, że osoby z zewnątrz nigdy nie zrozumieją pełnego kontekstu ryzyka i nieprzewidzianych okoliczności, które sprawiają, że koledzy są tak niechętni do zabierania głosu” (Hughes 1951: 324). Hughes (1951: 325) podejrzewa także, że rzadko zdarza się zawód, „w którym praktycy poza zdefiniowaniem pomyślnego zakończenia danego przypadku lub zadania, nie wypracowują żadnych kryteriów dobrej pracy ani koncepcji błędu lub porażki”.

Do błędów w neurochirurgii można zaliczyć działanie niezgodne ze standardami. Pamiętajmy jednak, że *tak naprawdę w neurochirurgii nie ma, jest bardzo niewiele standardów*. Jeśli nie ma sztywnych wytycznych, o czym pisałam wcześniej, trudno jest jasno określić, że dane działanie zostało wykonane nieprawidłowo. Jednak sami neurochirurdzy opisują różne rodzaje niewłaściwych działań, ale podkreślają, że niewiele z nich można zakwalifikować jako typowe błędy lekarskie. Jak mówi jeden z operatorów, specjalista neurochirurg, doktor Jabłoński:

Wybranie nieadekwatnej operacji do patologii, co też jest taka dość płynna jakby ta granica, ale są pewne jakby choroby, które już mają jakby ustalony tor postępowania tak naprawdę, czyli zboczenie z tego toru bez jakiegś no, uzasadnienia, prawda? [...] Czyli na przykład, nie wiem, ktoś ma guza przysadki, który nadaje się/normalny guz przysadki, bez żadnych dziwactw i nadaje się do operacji przezklinowej, czyli przez nos, jak my tutaj mówimy, a ktoś otwiera głowę i od góry to operuje i robi jeszcze przy okazji krzywdę choremu⁴², prawda? No to trudno znaleźć jakieś uzasadnienie dla takiego postępowania. [...] No i teraz właśnie błąd. No bo jak ktoś na przykład podczas operacji zamknie jakieś naczynie, które choremu było potrzebne, to trudno to nazwać błędem tak naprawdę. No bo te naczynia nie są ponumerowane. [...] No więc, nie wiem, czy to jest błąd. Nie wiem, nie wiem. Tym bardziej, że nikt nie zamyka se naczynia tak sobie, bo ma taką ten, tylko ma jakiś powód, prawda? Albo mu to coś zasłania, albo mu po prostu krwawi, nie ma innego wyjścia. Więc nie wiem, jak to powiedzieć, no. Tamto to proste, nie? Że wybrał tego chorego, co nie trzeba do operacji. Pomylił strony, tak? Otworzył prawą stronę, no to jest kryminal, to można by za to dostać dwa lata w zawieszeniu na otrzeźwienie, ale no zoperowanie tego chorego, co nie trzeba, to już raczej nie wchodzi w grę, bo to jest cały jakby, cała drabina tych zabezpieczeń, bym tak powiedział, kiedy chorego się identyfikuje po drodze, więc to też raczej nie wchodzi w grę, ale jak były jakieś ten, takie w Polsce, niedawno, że komuś usunęli nie tą nerkę, co trzeba, no to nie ma żadnego wytłumaczenia, to nie ma zmiłuj, no to jest, to jest karzygodne i to koniec kropka. Natomiast no u nas można nabroić, że tak powiem, robiąc wszystko dobrze, tak bym powiedział.

Pojęcie błędu jest także konstruowane na podstawie etosu zawodu neurochirurga, a także wartości, jaką jest działanie. Jak mówi prof. Marek Harat w rozmowie z Marianną Fijewską (2022: 60), możliwości nie tylko operatora, ale sprzętu czy medycyny w ogóle są ograniczone. Czasami nie można pomóc pacjentowi.

⁴² Zrobić komuś krzywdę to jedna z maksym używanych przez neurochirurgów. Zjawisko, którego dotyczy, polega na tym, że w sposób niecelowy, np. poprzez zaniedbanie, brak umiejętności, refleksu, odporności na stres czy też z innych powodów, dobry neurochirurg może spowodować szkody u pacjenta, czyli pogorszenie jego stanu w stosunku do tego, jak się czuł przed operacją. Jest to odwołanie do naczelnej zasady medycyny *Primum non nocere*.

Od tego, jak operator definiuje takie zdarzenia, może zależeć rozwój jego kariery. Jeśli nie zaakceptuje ograniczeń swojego zawodu, może wybrać destrukcyjny sposób radzenia sobie z wynikającym z tego stresem, np. upijanie się po nieudanej operacji lub niepodejmowanie się trudnych czy ryzykownych zabiegów. Jeśli zaś w środowisku istnieje konstruktywna definicja sytuacji, zgodnie z którą *porażki* są wpisane w zawód neurochirurga i najlepszym sposobem jest uczenie się na nich w celu doskonalenia warsztatu, wówczas jednostka może na ich podstawie konstruować dalszą karierę.

2.4.6. Strategie asekuracyjne

Wynikający z presji czasu, pracy w kontekście niepewności oraz ciężaru odpowiedzialności stres jest nieodłącznym towarzyszem neurochirurgów, zarówno w sali operacyjnej, jak i poza nią. Niekonstruktywne czy nieumiejętne radzenie sobie z nim może prowadzić do frustracji i wypalenia zawodowego (Kim, Lee 2018). Lekarze, nie tylko specjalności chirurgicznych, ale i innych nie mają instytucjonalnego wsparcia psychologicznego. Część indywidualnie wypracowanych lub przyjętych w procesie socjalizacji sposobów na radzenie sobie ze stresem ma charakter destrukcyjny. Zdarzają się wśród nich m.in. picie alkoholu czy przyjmowanie narkotyków. Inne, niedestrukcyjne, a nawet tworzące tę specyficzną subkulturę neurochirurgów to żarty czy przeklinanie. Pozwalają one na odreagowanie emocji w bezpiecznych przestrzeniach kulis – w pokojach lekarskich czy na sali operacyjnej. Do konstruktywnych sposobów radzenia sobie ze skutkami niepewności i stresu można zaliczyć także posiadanie hobby – modelarstwo, pływanie czy sporty siłowe⁴³.

Jak twierdzi doktor Brzozowska, specjalistka neurochirurgii dziecięcej pracująca w innym ośrodku, wypalenie może przyjść już po kilku latach w zawodzie. Bywa ono spowodowane problemami systemowymi, np. brakami kadrowymi i koniecznością częstej pracy na dyżurach oraz trudnej pracy emocjonalnej z rodzicami dzieci, które mają niewielkie szanse na przeżycie. Tak opowiada o tym problemie:

De facto coś takiego nie istnieje, jak nauczanie faktycznie, jak rozmawiać z rodzicami czy z chorym pacjentem na temat jego choroby. Po drugie też nie ma w pracy jakiegokolwiek wsparcia [...], także jesteśmy zostawieni sami sobie. I jak to potrafiemy

⁴³ Strategią radzenia sobie z trudnościami zawodu i stresem, nieobecną w wywiadach i rozmowach zespołu, którego pracę badałam, jest wiara i religijność. Wspominam o niej, ponieważ wątek ten pojawił się w danych zastanych. W rozmowie z Marianną Fijewską (2022: 14) doktor Marta Zębała, neurochirurg, odwołuje się do swojej silnej wiary w Boga. Dzięki niej „łatwiej się pracuje i łatwiej się żyje”, pozwala ona także dostrzec sens w tragicznych sytuacjach, jakie napotyka na swojej zawodowej drodze.

przerobić własnymi możliwościami [...], każdy ma swoje doświadczenie i każdy ma swoje procedury, gdzie jest w stanie wrócić do tak zwanej równowagi po tych rozmowach. Także każdy ma tam swoje rytuały. Ja na przykład wolę posłuchać muzyki, czy też wrócić po dyżurze, posiedzieć trochę w [...] wannie, wypocząć, jakoś tak zregenerować się.

Opisana wcześniej niepewność charakteryzująca neurochirurgów to kontekst działania. Operatorzy wypracowują oraz przekazują w procesie socjalizacji wtórnej strategię radzenia sobie z nią. Są nimi strategie asekuracyjne, czyli wiązki działań podejmowanych w celu uniknięcia odpowiedzialności w sytuacji podejmowania decyzji w kontekście niepewności. Jak pisze Everett Hughes (1951: 321),

ponieważ teoretyczne prawdopodobieństwo popełnienia za którymś razem błędu zwiększa się przez samą częstotliwość działań, dzięki którym zarabia się na życie, naturalne staje się wypracowanie jakiegoś racjonalnego uzasadnienia w celu poradzenia sobie z tą sytuacją. Oczekuje się również, że ci, którzy są narażeni na to samo ryzyko związane z pracą, stworzą zbiorowe uzasadnienie, które będą sobie nawzajem przekazywać, aby nie stracić odwagi i stworzą kolektywną obronę przed światem laików. Te uzasadnienia i mechanizmy obronne zawierają logikę, która jest nieco podobna do logiki ubezpieczenia, ponieważ mają tendencję do rozłożenia ryzyka psychicznie (poprzez stwierdzenie, że może się to przytrafić każdemu), moralnie i finansowo.

Opiszę teraz kilka rodzajów strategii asekuracyjnych wyłonionych w trakcie analizy działań lekarzy na oddziałach szpitalnych (Byczkowska-Owczarek, Kubczak, Pawłowska 2020: 105–106). Są to działania fasadowe, kontrola przepływu informacji, odwoływanie się do statystyk, dbanie o swoje bezpieczeństwo prawne i emocjonalne dystansowanie się od pacjentów. Poniżej opiszę je w odniesieniu do działań neurochirurgów, zaobserwowanych podczas moich badań na tym oddziale.

Pierwsza z nich to działanie fasadowe, które polega na podejmowaniu działań wobec pacjenta, o którym z dużą dozą prawdopodobieństwa można stwierdzić, że nie da mu się już pomóc. Działania takie podejmuje się głównie w celu uniknięcia konfliktu z rodziną lub samym pacjentem, a także dochodzenia prokuratorskiego (por. Fijewska 2022: 184).

Drugim rodzajem strategii asekuracyjnej jest kontrola przepływu informacji, która w znacznym stopniu polega na zarządzaniu nadzieją rodziny (zob. też: Soundy i in. 2010). Strategia ta realizowana jest w ten sposób, że o stanie chorego wypowiada się jedynie lekarz prowadzący, czyli operujący danego pacjenta. Jeśli rozmowy prowadzi dwóch czy trzech lekarzy, rodzina czy sam pacjent mogą różnie rozumieć płynące od nich informacje, co może wzbudzić nieuzasadnioną nadzieję. Nie pozwala to w pełni panować nad przekazem, przez co utrudnia kontrolę nad *ufalnością* pacjenta.

Rodzajem strategii asekuracyjnej, najbardziej charakterystycznym dla chirurgów, bo wynikającym ze specyfiki ich pracy, jest odwoływanie się do statystyk dotyczących powrotu do pełnej sprawności czy przeżywalności pacjentów po określonym rodzaju zabiegu. Wraz z rosnącą liczbą zabiegów danego rodzaju wykonanych przez operatora rośnie statystyczne prawdopodobieństwo zgonu pacjenta. Na początku kariery neurochirurga zgony pacjentów mogą wynikać z niewystarczającego doświadczenia lub braku wiedzy, lecz wraz z rosnącą liczbą wykonanych operacji przypadki zgonów stają się nieuniknione niezależnie od umiejętności operatora.

Strategią asekuracyjną wynikającą z kontekstu prawnego (Bankiewicz-Nakielska i in. 2017), w jakim funkcjonują neurochirurdzy, jest kierowanie się dbałością o swoje bezpieczeństwo prawne. Świadomość konsekwencji prawnych, także odnoszących się do działań niezawinionych przez operatora, stale towarzyszy badanym neurochirurgom. Strategia ta polega na ścisłym i skrupulatnym wypełnianiu procedur (medycznych, administracyjnych) i odwoływaniu się do nich, a w niektórych przypadkach na odmówieniu wykonania czynności, ponieważ niesie ona za sobą ryzyko pozwu. Przekonanie o konieczności zastosowania konkretnej procedury rośnie wówczas, gdy pacjent lub ktoś z jego rodziny jest prawnikiem, np. przedstawicielem prokuratury, albo lekarzem. Ta strategia asekuracyjna to jeden ze sposobów radzenia sobie z niepewnością dotyczącą tego, jakie kroki wobec lekarza podejmie pacjent czy jego rodzina już po zakończeniu leczenia.

Strategią asekuracyjną odnoszącą się do innej przyczyny niepewności – nieprzewidywalności reakcji chorego i jego rodziny – jest emocjonalne dystansowanie się od pacjenta. Jest to strategia, dzięki której operatorzy mogą dbać o swoje zdrowie psychiczne, a jej korzeni można upatrywać we wspomnianej na początku rozdziału historii chirurgii. Polega ona na ograniczaniu interakcji do takich, które odnoszą się tylko do kwestii leczenia, np. poprzez niepodjęcie dyskusji dotyczących stanu systemu ochrony zdrowia, niewystarczających środków przeznaczanych na jego funkcjonowanie. Może ona też przyjąć formę wyznaczania jasnych granic w relacji z pacjentem, jak w przypadku wspomnianego operatora, który odmówił przyjęcia zaproszenia na wesele swojego pacjenta.

Do rodzajów strategii asekuracyjnej można zaliczyć w pewnym stopniu też takie organizowanie pracy neurochirurgów, by ten sam operator zaczynał i kończył zabieg. Z wyjątkiem bardzo rzadkich przypadków, takich jak nagle załabnięcia, jeden operator przeprowadza całą operację, biorąc tym samym odpowiedzialność za jej przebieg i wynik. Nie zmienia tego uczestniczenie czy podejmowanie części działań przez asystenta. W razie niepowodzenia operacji, powikłań itp. odpowiedzialny jest jeden operator, nie trzeba dochodzić do tego, czy niepowodzenie jest skutkiem działań podjętych na początku operacji, gdy operował pierwszy neurochirurg, czy też podjętych później przez drugiego

neurochirurga. Jak mówi specjalistka neurochirurgii, zajmująca się monitorin-
giem śródoperacyjnym, *każdy bierze odpowiedzialność za to, co zaczął, to chce
dokończyć*.

2.4.7. Sytuacja kobiet w zawodzie neurochirurga

Choć zawód neurochirurga jest zdominowany przez mężczyzn, którzy tak-
że w znacznej mierze tworzą opisane powyżej konteksty i standardy pracy, warto
przyjrzeć się sytuacji kobiet wykonujących ten zawód. Z informacji, jakie uzy-
skałam z Naczelnej Izby Lekarskiej w styczniu 2022 roku, w Polsce liczba lekarzy
wykonujących zawód i posiadających specjalizację z neurochirurgii wynosi 607,
w tym 62 kobiety. Interesujących danych dostarcza także oficjalna strona internetowa⁴⁴ Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów. Jest to stowarzyszenie zawodowe
skupiające polskich lekarzy posiadających specjalizację z zakresu neurochirurgii
oraz osoby posiadające wyższe wykształcenie i wykazujące stałe zainteresowanie
zagadnieniami związanymi z neurochirurgią. Zarząd Główny Polskiego Towarzy-
stwa Neurochirurgów składa się z sześciu osób, a zarząd PTNCh z ośmiu członków.
Nie ma wśród nich żadnej kobiety. Podobnie wśród czterech członków komisji
rewizyjnej i trzech członków sądu koleżeńskiego także nie ma kobiet. Na siedem
sekcji PTNCh sześciu przewodniczą mężczyzn, jedną kobietą i jest to sekcja pie-
lęgniarsstwa neurochirurgicznego. Z kolei na dwanaście oddziałów wojewódzkich
jedenastu przewodniczą mężczyźni, a jedną kobietą, natomiast wśród sześciu
delegatów do międzynarodowych stowarzyszeń nie ma żadnej kobiety.

Wnioski przedstawione poniżej pochodzą głównie z wywiadów z dwiema
operatorkami pracującymi w innych szpitalach oraz z obserwacji i wywiadów
konwersacyjnych (Given 2008) z lekarzami i lekarką pracującymi na badanym
oddziale. Z uwagi na fakt, że na badanym oddziale nie pracują kobiety przepro-
wadzające operacje, zwróciłam się z prośbą do znajomej lekarki, aby pomogła
mi w znalezieniu kobiet uprawiających ten zawód. Wykorzystała ona swoje
kontakty w grupie na portalu Facebook, w wyniku czego zgłosiły się do mnie
dwie kobiety chętne do udziału w badaniu. Jedną z nich, doktor Brzozowska,
to specjalistka z ponad dziesięcioletnim stażem pracy, z dużego ośrodka wielo-
specjalistycznego w mieście wojewódzkim, specjalizująca się w neurochirurgii
dziecięcej. Drugą z badanych kobiet, doktor Jesionowska, ma siedmioletni staż
pracy i w chwili przeprowadzania wywiadu była specjalistką od kilku miesięcy.
Pracuje w ośrodku wielospecjalistycznym w mieście średniej wielkości.

Pierwsze bariery w dostępie kobiet do zawodu neurochirurga pojawiają się
już na etapie rekrutacji. Kobiety rzadko zgłaszają się na rezydenturę w badanym
oddziale albo są zniechęcane do jej kontynuowania. Trudno powiedzieć, czy jest

⁴⁴ Strona pod adresem: <https://ptnch.pl/> z dnia 8.05.2021.

to zniechęcanie celowe i świadome, czy też kobietom o niższym statusie zawodowym (lekarz rezydent) trudno jest czuć się swobodnie w środowisku zdominowanym przez mężczyzn. Na przykład na porządku dziennym są tam krytyczne i prześmiewcze komentarze dotyczące wyglądu znajomych kobiet czy seksistowskie niewybredne żarty, będące elementem stylu komunikowania, który ma powodować rozluźnienie emocjonalne po stresujących operacjach. Na przykład najbardziej popularną maksymą, chroniącą maskulinistyczny charakter zawodu chirurga, w tym neurochirurga jest powiedzenie, że *kobieta chirurg jest jak świnka morska: ani świnka, ani morska*. Słyszałam je bardzo wiele razy, zarówno od mężczyzn, jak i od kobiet.

Doktor Jesionowska opowiadała o swojej drodze do specjalizacji neurochirurgicznej, która rozpoczęła się przystąpieniem do koła naukowego neurochirurgii dziecięcej. Jak wspomina operatorka, jej pierwszym krokiem w tej dziedzinie towarzyszyły sankcje ośmieszenia, natomiast później, gdy pierwsze bariery zostały przekroczone, zaczęły się liczyć jej cechy indywidualne:

Poszłam na neurochirurgię dziecięcą [koło naukowe – przyp. D.B.O.], gdzie pamiętam, że jak weszłam, to siedziało sobie takich dwóch starszych doktorów, którzy tak na mnie popatrzyli i zaczęli się śmiać, że o, dziewczyna na neurochirurgii. „No ale chodź dziecko, może się wkupisz”, tak? [...] Ja miałam poczucie, że to już nie ma znaczenia, że ja jestem dziewczyną. Ma znaczenie to, że ja jestem pracowita, że mi można zaufać, że mnie można zostawić z papierami i ja to zrobię i to będzie zrobione dobrze i będzie zrobione na czas.

Ograniczanie rozwoju zawodowego kobiet w neurochirurgii nie kończy się na etapie rekrutacji. Później kobiety także napotykały na bariery np. w dostępie do operowania. Doktor Jesionowska opowiadała o tym, że na jednym ze znanych jej oddziałów chirurgicznych pracujące tam kobiety zaczęły operować po 40. roku życia, ponieważ wtedy zmienił się ordynator. Dopiero nowy kierownik oddziału dopuszczał je do przeprowadzania operacji. Jest to bardzo duże utrudnienie w zawodzie, w którym znaczna część pracy wykonywana jest manualnie, a praktyka jest nieodzownym elementem rozwoju. Skoro kobieta ze specjalizacją z neurochirurgii ma np. o kilka czy nawet dziesięć lat krótszy staż w wykonywaniu operacji, trudno oczekiwać, że będzie ona pracowała na tym samym poziomie.

Inna historia dotyczyła kobiety, która robiła specjalizację w jednym z krajów zachodnich. Ordynator tamtejszego oddziału wszystkie kobiety zamierzające zostać neurochirurgami kierował na odcinek pooperacyjny, mężczyźni zaś uczyli przeprowadzać operacje. Z kolei w innej polskiej klinice, jak opowiada doktor Jesionowska:

była jedna dziewczyna i słyszałam takie opowieści, że ona oficjalnie operować nie może, bo szef jej zabrania. Więc ona operuje na dyżurach tylko, on udaje, że tego nie widzi i wszyscy są szczęśliwi.

Sama doktor Jesionowska w trakcie wywiadu nie skarżyła się na dyskryminację ze względu na płeć. Jednocześnie poza nagraniem podczas luźnej rozmowy mówiła mi dwu- lub trzykrotnie, że koledzy ją zniechęcają, tworzą przeszkody w jej pracy w zawodzie, choć nie doprecyzowała, jak konkretnie to robią. Trudno zatem ocenić, na ile bycie dyskryminowaną jest uświadomione przez operatorki, a na ile otwarte przyznawanie się do bycia jego ofiarą np. klóci się z wartościami kultury neurochirurgicznej, takimi jak aktywność czy indywidualizm. Doktor Jesionowska powiedziała mi także *mam poczucie, że to jest kwestia tego, gdzie się trafi*. Wskazała tym samym, że w części ośrodków podejście do kobiet neurochirurgów zmienia się, prawdopodobnie wraz ze zmianą pokoleniową na stanowiskach ordynatorów. Co ważne, żadna z badanych przeze mnie osób nie stwierdziła, że na jakimś oddziale trudniej mają mężczyźni.

Innym przejawem trudności, z jakimi spotykają się kobiety pracujące w zawodzie neurochirurga, jest to, że normy funkcjonujące w tym subświecie społecznym, a co za tym idzie, oczekiwania np. dotyczące czasu poświęcanego pracy były od powstania tego zawodu ustalane w zgodzie z wymaganiami społecznymi stawianymi roli mężczyzny. Tak opowiada o tym problemie doktor Brzozowska, neurochirurg dziecięcy:

Faceci nie rozumieją, że kobiety, idąc do pracy, mają też inną pracę w domu. Też zajmują się rodziną, tutaj ugotują jakiś obiad, tutaj ogarniają w ogóle cały dom. Nie są w stanie być dostępne na tu i teraz w każdej chwili, każdego dnia i o każdej porze. Także to już zupełnie inne podejście. A oni nauczeni doświadczeniem zawsze byli faceci, oczywiście żony gotowały, ogarniały rodzinę, dzieciaki. Oni przychodzili na gotowe, rozwijali się naukowo, pisali prace. W każdej chwili byli dostępni i wszystko było podporządkowane pod ich pracę. Tych mężczyzn. A u kobiet trochę inaczej jest, one muszą znaleźć złoty środek. Pomiędzy pracą a pomiędzy też życiem rodzinnym. I tego się niestety nie da do końca wszystkiego zgrać. Albo trzeba się poświęcić pracy kosztem własnego życia rodzinnego, kosztem rozvodu i znalezienia innej ścieżki jakby życia domowego. Albo też postawią sobie na pierwszym miejscu dom, a na drugim pracę.

Dane uzyskane podczas wywiadów konwersacyjnych na badanym oddziale potwierdzają występowanie opisanych wyżej problemów także w innych kontekstach instytucjonalnych. Kobieta pracująca wiele lat wcześniej na badanym oddziale jako operatorka wychowywała samodzielnie dziecko. Połączenie pracy zawodowej z życiem rodzinnym było dla niej bardzo wymagające i trudne. Jak wspominało kilka osób, jej koledzy po fachu działali zgodnie ze stwierdzeniem *jak chce równouprawnienia, to niech pracuje tak jak my*. Niestety, nie przekładało się to na równe obowiązki zawodowe, ale stanowiło ciągle testowanie, czy sprostawsza na oddział w nocy sprostą wykonaniu operacji, czy zostanie dłużej niż koledzy po dyżurze itd.

Jako problematyczne w kontekście rozwoju w zawodzie neurochirurga można zaliczyć także zajście kobiety w ciążę. Jest tak z dwóch powodów. Po pierwsze, w sali operacyjnej istnieją zagrożenia w postaci gazów, podnoszenia ciężkich pacjentów, a także ryzyko infekcji. Dlatego też kobiety od razu po stwierdzeniu, że są w ciąży, są odsuwane od operowania. Nie mogą wykonywać zabiegów, są także odsuwane od pracy w poradni, ponieważ zdiagnozowanych pacjentów i tam musiałby przejąć ktoś inny.

Drugi problem opisuje doktor Jesionowska, a polega on na tym, że biorąc pod uwagę cały niemal okres ciąży, położu i, nawet najkrótszy, urlop macierzyński, kobieta

wypada z obiegu. [...] nie, że te umiejętności manualne uciekają, ale trzeba się przyzwyczajać od nowa. No i zdecydowanie ja mam takie poczucie, że ciąża jest dużym problemem [...], jakiegokolwiek zajście w ciążę, no to mnie wyłącza ten okres ciąży to wyłącza na te siedem miesięcy, no bo zanim się człowiek zorientuje, tak? [...] Myślałam, że z punktu widzenia kobiety to jest duży problem. Natomiast znam dziewczyny, które urodziły dzieci, jedno, drugie, no i są neurochirurgami, tak? I pracują. Ale mam takie poczucie, że one jednak zawsze już potem zawsze przedkładają ten dom nad tą pracę, że mężczyźni tak nie mają.

Jednym z często wspomnianych przez badanych wymagań zawodu neurochirurga jest duża siła fizyczna. Według badanych mężczyzn jest to warunek, który w dużym stopniu utrudnia kobietom właściwą realizację zadań zawodowych. Doktor Jesionowska opowiadała mi o swojej drodze do wyboru neurochirurgii jako specjalizacji. Jak się okazuje, przekonania dotyczące siły fizycznej są zinternalizowane już przez studentów medycyny:

Ja cały czas przez te studia właśnie od tego kolegi [...], cały czas przychodziły jakieś takie, że no, dziewczyna się na neurochirurgię nie nadaje, to jest ciężka fizyczna praca. Więc ja ostatecznie oprócz tego koła neurochirurgii dziecięcej wylądowałam na kole z neurologii. I na to koło chodziłam, uczyłam się badać tych pacjentów, bo tak sobie myślałam „a no może faktycznie, może on ma rację, może dziewczyna się nie nadaje, może to jest taka męska specjalizacja” [...] i tak już byłam blisko tego wszystkiego, że może jednak nie, że może ta neurologia, że będę miała taką spokojną pracę, że będę miała czas na jakieś tam życie.

W dalszej części swojej wypowiedzi lekarka wskazuje, że spotkanie ze znaczącym innym – kobietą pracującą w zawodzie neurochirurga – było punktem zwrotnym jej kariery (Strauss 2012: 532). Pozwoliło jej ono zweryfikować zinternalizowane przekonania dotyczące tego zawodu z osobą, która miała w nim długie doświadczenie:

No i ostatecznie jak przyszło co do czego, do tych wyborów, generalnie przez przypadek zgadałam się z moją koleżanką [...] i ona mi mówi „a bo wiesz, bo mi się teraz przypomniało, że dziewczyna, z którą ja trenuję taekwondo, ma matkę, która jest neurochirurgiem. I tak po nitce do kłębka ja mówię, czy dałoby się jakoś tak umówić, żebym ja do tej kobiety po prostu przyjechała. Na dyżur, nie wiem, gdziekolwiek do szpitala. Po prostu z nią porozmawiać, no bo jak pani ma lat pięćdziesiąt parę, to ma trzydzieści lat doświadczenia w zawodzie, to ona mi powie co i jak. No i tak też się stało, ja przyjechałam do tej kobiety. No i tak z nią porozmawiałam i ona mi powiedziała, jakie są plusy, jakie są minusy, ale absolutnie mnie do tego wszystkiego nie zniechęcała. Ona mi powiedziała, że ja po prostu muszę być świadoma tego, że dyżury są ciężkie, że to jest ciężka fizyczna praca, że my mimo wszystko jako kobiety zawsze będziemy trochę słabsze, ale to absolutnie nie znaczy, że my gorzej operujemy. My jesteśmy słabsze, bo czasem mimo wszystko trzeba młotkiem wałnąć i czasem, mimo wszystko, trzeba poprosić kolegę, żeby pomógł. [...] ostatecznie ja wyładowałam w tym ośrodku, w którym ta kobieta pracuje, i też może dlatego ja nigdy nie miałam tego problemu, że ja jestem kobietą, bo wszyscy, którzy tu pracowali, byli przyzwyczajeni do tego, że ona jest.

Jak wskazuje ostatni fragment wypowiedzi doktor Jesionowskiej, fakt, że na danym oddziale pracuje już kobieta wykonująca operacje neurochirurgiczne, może być warunkiem interweniującym w proces dyskryminacji ze względu na płeć.

Innym stereotypem dotyczącym kobiet w neurochirurgii jest przypisywanie im nadmiernej emocjonalności oraz nieumiejętności właściwego zareagowania w sytuacji nagłej, stresowej. Jest to drugi ze stereotypów, po sile fizycznej, który odnosi się do „naturalnych cech” przedstawicieli danej płci. Odnosi się do niego doktor Brzozowska, neurochirurg dziecięcy:

Dużo bardziej widziałam takich opanowanych kobiet w czasie pracy i w czasie takich sytuacji, które się czasami zdarzają takie nieprzewidziane, że następuje cisza i kobiety sobie faktycznie radzą i jakby działają. A czasem widziałam też takie zakłopotanie i taki brak, jakby problemy ze strony męskiej czasami, że sobie nie poradzą, że się nie spodziewali takiego przebiegu operacji i czasami im jest trudniej znaleźć się w tej nowej rzeczywistości, jakby podziałać w kierunku tej rzeczy, która się zdarzyła, a której nie przewidzieli, niż kobietom, tak szczerze mówiąc. Ja tu nie widzę różnicy w czasie zabiegu. Że gdybym ja faktycznie nie widziała twarzy, że widziała tylko ręce pracujące w polu operacyjnym, to bym nie rozróżniła, które jest/ No może po grubości palców.

Strategie radzenia sobie z tymi trudnościami polegają przede wszystkim na dwóch rodzajach działań. Pierwsze to strategiczne planowanie kariery, w tym wybór takiego miejsca specjalizacji, o którym wie się, że kierownik oddziału nie ogranicza dostępu kobiet do operatywy. Oczywiście, nie zawsze jest to możliwe, z uwagi na ograniczoną liczbę takich miejsc. Jeśli zaś kobieta trafi na specjalizację, gdzie nie może rozwijać się zawodowo, zazwyczaj podejmuje działania polegające

na przeniesieniu się do innej placówki, także np. zamieniając neurochirurgię dorosłych na dziecięcą⁴⁵.

Drugim rodzajem działań jest szczególne przykładanie się do obowiązków zawodowych, samodzielne podejmowanie się dodatkowych zadań, zostawanie po godzinach pracy, spędzanie czasu wolnego w pracy. Jest to sposób na udowodnienie, że osoba ta, „pomimo że” jest kobietą, spełnia wymagania zawodu neurochirurga.

Do omawianych przez badanych strategii działania nie zalicza się otwarta walka z dyskryminacją czy nawet nazwanie jej lub zgłoszenie zdarzeń do odpowiednich instytucji. Wynika to zapewne z tego, że świat polskiej neurochirurgii jest stosunkowo mały, a osoba, która wystąpiłaby jawnie przeciwko kierownikowi oddziału czy specjalizacji, byłaby w nim traktowana jako sprawiająca kłopoty. Innej przyczyny można upatrywać w tym, że jedna z silnych norm kultury medycznej odnosi się do niekrytykowania innych lekarzy. Dotyczy ona głównie kwestii leczenia, ale rozciąga się także na inne sfery praktyki (Byczkowska 2006).

W tym kontekście warto przytoczyć liczby ilustrujące sytuację kobiet w zawodach medycznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem lekarek, a tam, gdzie istnieją odnośne dane – lekarek specjalizacji zabiegowych. Ciekawym wskaźnikiem są różnice w dochodach kobiet i mężczyzn wykonujących zawód lekarza. Jak wskazują badania przeprowadzone przez Polski Instytut Ekonomiczny na podstawie danych Ministerstwa Finansów o podatkach za 2019 rok, mediana przychodu kobiet wykonujących zawody lekarskie wynosiła 13 tys. 900 zł, a mężczyzn 21 tys. 200 zł. Zatem mediana zarobków kobiet w zawodach lekarskich stanowi niecałe 66 proc. mediany przychodu lekarzy⁴⁶.

Ponadto, według badania przeprowadzonego w październiku i listopadzie 2021 roku na zlecenie portalu Będąc Młodym Lekarzem, ponad 80 proc. medyczek twierdziło, że dyskryminacja ze względu na płeć w miejscu pracy jest powszechnym problemem w Polsce. Osobiście doświadczyło takiej dyskryminacji 73,5 proc. kobiet wykonujących zawody medyczne, już w trakcie pracy lub jeszcze podczas studiów⁴⁷. Szczególnie duży odsetek kobiet doświadczających dyskryminacji ze względu na płeć w miejscu pracy dotyczy zawodów czy specjalizacji „typowo męskich”, czyli ratownictwa medycznego (93,7%) i różnych

⁴⁵ Na temat różnic pomiędzy neurochirurgią dziecięcą i dorosłych piszę w rozdziale dotyczącym pracy poprzez ciało.

⁴⁶ *Lekarki zarabiają mniej niż lekarze. Najwyższe pensje po 50-tce*. Money.pl, z dnia 09.09.2021, <https://www.money.pl/gospodarka/lekarki-zarabiaja-mniej-niz-lekarze-najwyzsze-pensje-po-50-tce-6681245787311008a.html>

⁴⁷ *Medyczki czują się dyskryminowane*. Politykzdrowotna.com, z dnia 10.03.2022, <https://politykzdrowotna.com/artukul/medyczki-czuja-sie-dyskryminowane/823390>

specjalizacji lekarskich (82,6%). Spośród kobiet wykonujących specjalizacje zabiegowe 84,3% uznaje dyskryminację za powszechny problem, 85,4% kobiet pracujących na blokach operacyjnych doświadczyło jej osobiście⁴⁸. Dyskryminacja przyjmuje różne formy: od żartów, poprzez komentarze dotyczące wyglądu czy natury i fizjologii kobiet, odsyłania do „kobiecych” czynności, aż po propozycje seksualne w miejscu pracy czy nauki, które otrzymało 20% badanych kobiet. Sprawcami dyskryminacji są w ponad 70% przypadków nauczyciele akademicy, pacjenci i współpracownicy płci męskiej, a także współpracownice płci żeńskiej (32,2%).

W ostatnich latach ten powszechny, jak się okazuje, problem staje się coraz bardziej widoczny właśnie dzięki prowadzeniu badań. Aby przeciwdziałać dyskryminacji, powstają inicjatywy mające na celu wsparcie i rozwój kobiet w zawodach medycznych czy konkretnych specjalizacjach. Należą do nich m.in. fundacje „Kobiety w chirurgii” oraz „Polki w medycynie”. Działania fundacji polegają na organizowaniu konferencji, szkoleń specjalistycznych, ale także z zakresu prawa pracy czy mobbingu, wspieraniu osób doświadczających dyskryminacji poprzez pomoc prawną.

Zagadnienie to ma znaczenie społeczne nie tylko w kontekście równouprawnienia w dostępie do zawodu neurochirurga. Utrudnianie kobietom dostępu do zawodów chirurgicznych może mieć konsekwencje dla przeżywalności pacjentek. Jak wskazują badania zespołu Christophera J.D. Wallisa, Angeli Jerath i Natalie Coburn (2022), kobiety są o 15% bardziej narażone na komplikacje po operacji, a o 32% bardziej na śmierć, jeśli zabieg przeprowadza mężczyzna. W przypadku pacjentów mężczyzn różnica w wynikach operacji przeprowadzanych przez chirurgów mężczyzn i chirurgów kobiety jest nieznaczna. Badanie przeprowadzono na podstawie danych dotyczących ponad miliona trzystu tysięcy przypadków operacji w ramach różnych specjalizacji chirurgicznych, w tym neurochirurgii.

⁴⁸ *Badanie dyskryminacji kobiet w zawodach medycznych w Polsce*, Polkiwmedycynie.pl, <https://polkiwmedycynie.pl/badanie-dyskryminacji-kobiet-w-zawodach-medycznych-w-polsce/>

2.5. Praca poprzez ciało w zawodzie neurochirurga – dostosowywanie się (*adjusting*)

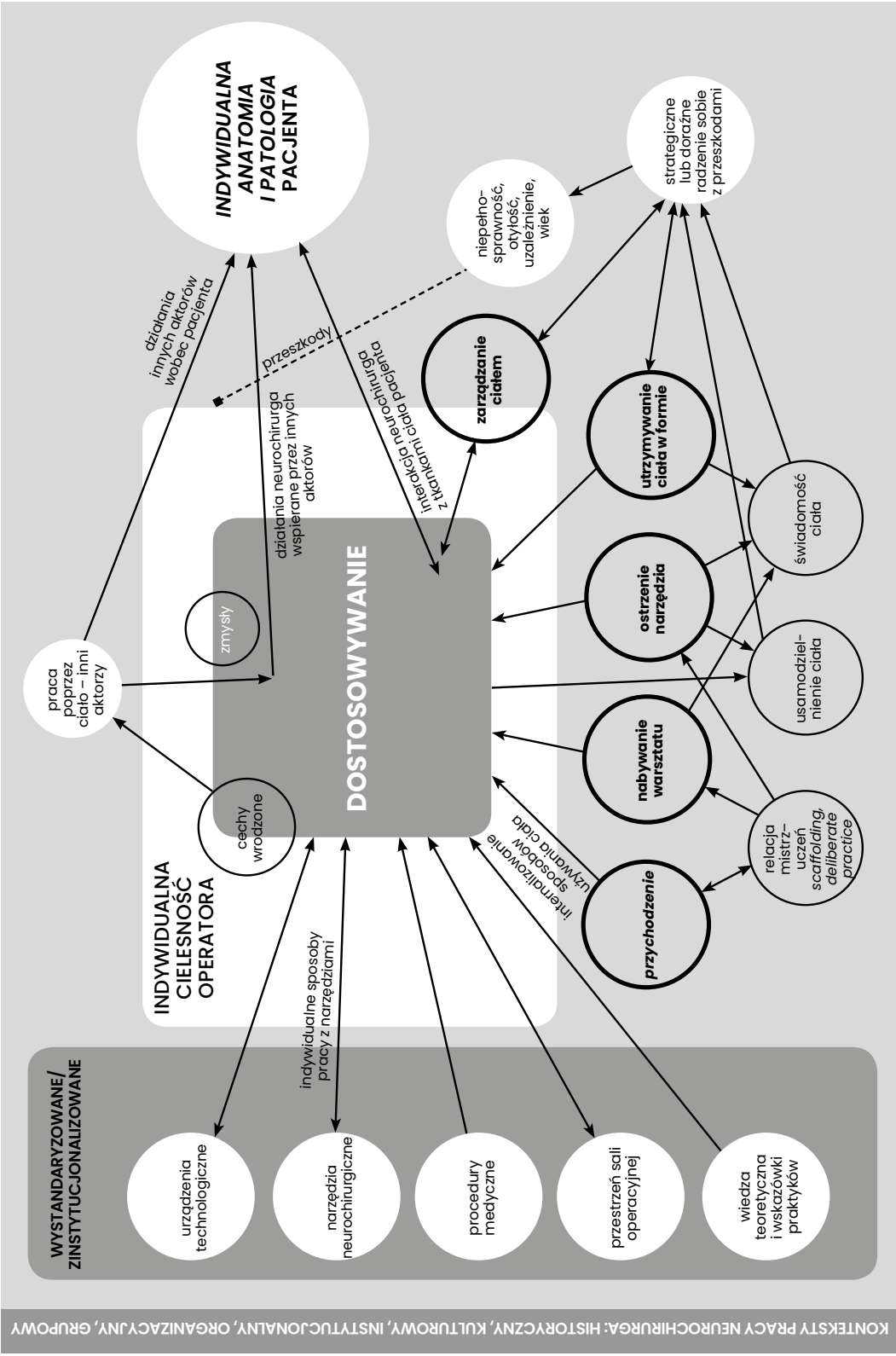
Good outcomes come from experience. Experience comes from bad outcomes.

Przypisywane Markowi Twainowi

Centralną kategorią (Strauss, Corbin 1990: 117–123) w procesie pracy neurochirurgicznej poprzez ciało jest dostosowywanie swojego ciała przez operatora do wymagań zawodu i sytuacji operacji. Podporządkowany jest jej szereg innych działań podejmowanych przez neurochirurga, osoby, z którymi współpracuje, procedury, którym poddaje się pacjent, a także sposób organizacji pracy, w tym np. urządzenie sali operacyjnej. Ciało neurochirurga stanowi elastyczne narzędzie pozwalające na dostosowanie się do operowanej zmiany i mediowanie pomiędzy standardowymi narzędziami i procedurami a *indywidualną anatomią i patologią* każdego z pacjentów. Odbywa się ono wedle schematu uwidocznionego na rysunku 2.

Sposób stania, siedzenia, nachylenia, wypracowana oburęczność, pozycja wymuszona są to elementy dostosowujące narzędzie, jakim jest ciało operatora, do konkretnej sytuacji operacji. Można porównać tę pracę do innych prac rzemieślniczych obejmujących np. szlifierzy diamentów, rzeźbiarzy, czy do działań wspinaczy górskich, także pracujących z wytworami natury, które z założenia nie są ujednolicone, lecz zróżnicowane i nie całkiem przewidywalne (patrz także Kacperczyk 2016)⁴⁹. Istnieje bardzo wiele narzędzi neurochirurgicznych, są one też bardzo zróżnicowane i dostosowane do wykonywanego zabiegu. Mimo to zmiany w mózgu czy kręgosłupie chorego mogą być umiejscowione w szczególnych miejscach lub otoczone ważnymi naczyniami krwionośnymi. Wówczas operator musi dostosować swoje ciało do wymagań *indywidualnej anatomii* pacjenta, tak aby wystandaryzowanymi narzędziami dotrzeć do operowanej zmiany. Oprócz dłoni neurochirurg wykorzystuje w swojej pracy także resztę ciała – kark, plecy, nogi, stopy. Wymagania tego rodzaju pracy rozciągają się także na inne osoby, przede wszystkim na instrumentariuszkę i asystenta, którzy często pracują z operatorem w milczeniu na cztery lub sześć rąk.

⁴⁹ Ważnym odróżnieniem jest praca poprzez ciało nad wytworami natury, wytworami człowieka z zakresu szeroko pojętej sztuki (gdzie nie ma sztywnych i precyzyjnych kryteriów oceny wyniku pracy, jak w przypadku dyrygentów) i technicznych wytworów człowieka (gdzie owe sztywne i precyzyjne kryteria występują).



Rysunek 2. Diagram kategorii – praca poprzez ciało w zawodzie neurochirurga (źródło: opracowanie własne)

2.5.1. Używanie ciała jako narzędzia pracy

Uwarunkowania indywidualnej cielesności operatora

Indywidualne uwarunkowania cielesne operatora to istotny warunek interweniujący w działanie główne, jakim jest dostosowywanie ciała operatora do wymagań zarówno zawodu jako takiego, jak i konkretnej sytuacji operacyjnej. Z powodów wymienionych wyżej każda operacja jest specyficzna, niepowtarzalna. Naturalnie, możemy mówić o powtarzalności niektórych działań wykonywanych w ramach jednego typu operacji. Są to np. cięcie skóry, otwarcie czaszki, opróżnianie guza i wiele innych. Nie możemy jednak mówić o pełnym wystandaryzowaniu wszystkich działań ani też o podporządkowaniu *indywidualnej anatomii pacjenta* i indywidualnej cielesności operatora rozwiązaniom technologicznym czy proceduralnym.

Indywidualna cielesność operatora to szerokie pojęcie, nieograniczające się jedynie do cech czysto fizycznych, ale także pewnego rodzaju dyspozycji. Istotne jest posiadanie tzw. cech wrodzonych, których zdaniem moich rozmówców nie da się wyszkolić, nauczyć czy wypracować. Do cech tych należy dobrze rozwinięta wyobraźnia przestrzenna, ostry wzrok, wytrzymałość i siła fizyczna, koordynacja ręka–oko, zdolności manualne, odporność na stres. Tak opowiada doktor Bukowska, specjalistka:

Żeby być kiedyś dobrym i bardzo dobrym neurochirurgiem, to trzeba mieć część umiejętności, których się nie nabędzie. [...] pierwsza to zdolności manualne. Cokolwiek rozumiemy pod tym, ale chyba jak to mówimy, to każdy wie, o co chodzi. Prawda? I druga rzecz, to jest wyobraźnia przestrzenna. To jest absolutnie niezbędne i tego się, moim zdaniem, nie można nauczyć. Trzeba się po prostu z tym urodzić. [...] Kolejna rzecz to jest umiejętność podejmowania szybko decyzji. Bo na przykład nie może być tak, że coś się dzieje śródoperacyjnie, a on się zastanawia: może to, a może tamto, a może jeszcze dziesiąte, a może się boimy albo coś. To można pewnie wykształcić [...], ale jest na pewno niezbędne, żeby być dobrym neurochirurgiem. Kolejna rzecz to umiejętność radzenia sobie ze stresem. To też można wyćwiczyć w jakimś sensie, ale nie do końca. [...] jak nie ma tych cech takich, to można mieć największą wiedzę, można umieć chorego zakwalifikować, ale nie będzie się takim bardzo, bardzo dobrym neurochirurgiem. [...] no i oczywiście muszą mieć wytrzymałość fizyczną. [...] no ale to założmy można zdrowy tryb życia wieść, można tam ćwiczyć i coś, no to się da nabyć, że tak powiem.

Cechy te, pomimo iż w opinii neurochirurgów są *dane od Boga*, są także w pewien sposób stopniowalne. Za tą stopniowalnością podąża możliwość rozwoju w zawodzie. Rozwój niektórych osób jest ograniczony właśnie przez niski poziom jakiejś cechy wrodzonej, co stanowi przeszkodę w realizacji trudniejszych operacji, a tym samym zdobywania wyższego miejsca w nieformalnej hierarchii neurochirurgów. W wypowiedzi doktora Leszczyńskiego, bardzo doświadczonego

neurochirurga, możemy zauważyć rozróżnienie na dwa poziomy operowania. Pierwszy z nich to poziom dobrego, nawet bardzo dobrego rzemieślnika. Do tego poziomu specjalista może się wyszkolić, wytrenować. Ale, jak mówi badany – *nie do wszystkiego niestety*, ponieważ aby osiągnąć drugi omawiany poziom – wirtuozerii – trzeba dostać wspomniany już *dar od Boga*:

Kilka lat pracy i każdy z nas to tam prostą melodię na pianinie zagra, nie? Najczęściej, no. Ale do Rubinsteina to jeszcze bardzo daleko. Więc musi być jakiś tam element tej wirtuozerii w rękach też. [...] Zależy głównie na rękach. Więc to jest tak, że (3) pod koniec dnia, czyli pod koniec jakby tam tego cyklu nauki mniej więcej widać, na ile ktoś z osoby w miarę sprawnej robi się taką ponad sprawną, no właśnie w jakiejś takiej manualnej wirtuozerii, że zostaje. No i to nie wszystkim jest dane, no nie oszukujemy się, bo po prostu tak ludzie są zbudowani, natomiast jest drugi element myślenia, przewidywania pewnych rzeczy [...], podejmowanie decyzji o operacji, o rodzaju, no tego się nie robi rękoma, tylko no głową, no. Ale pod koniec dnia, jak do tego wszystkiego się dołącza jeszcze dobra ręka, no to to wtedy dopiero współgra, prawda? Natomiast bardzo wiele można się nauczyć manualnie i to też tutaj widzę, niesamowite jakby postępy w tym wszystkim, że jest jakiś to dar od Boga, ale też można ciężką pracą do wielu rzeczy dojść. Nie do wszystkiego niestety.

Jedną z takich cech *danych od Boga* jest koordynacja ręka–oko. Jest to w pewnym sensie połączenie dwóch innych cech, jakimi są dobry wzrok i wyobraźnia przestrzenna. Nie chodzi tutaj jedynie o ostry wzrok, ponieważ w operacjach mózgowych używane są różnego rodzaju lupy czy mikroskop. Tak opowiada o tym zjawisku doktor Grabowski, asystent:

Bardzo, wydaje mi się w tym względzie, jest niezwykle potrzebna umiejętność tak zwane, to się po angielsku nazywa eye-hand coordination, czyli jak się już patrzy pod mikroskopem, to ocena głębi mikroskopu jak odległości ruchu ręki, tak? Z pęsetą koagulacyjną. Bo to perspektywa jest kompletnie inna, jak się pod mikroskopem chorego operuje, [...] 80% to są operacje pod mikroskopem. I tam rzeczywiście eye-hand coordination to jest kluczowe moim zdaniem, bo to pewien rodzaj, pewne rzeczy wydaje mi się, że można się nauczyć każdego pod mikroskopem, ale są rzeczy, takie pewne zachowania wynikające z instynktu i wrodzonych właśnie tych eye-hand coordination i innych rzeczy, których nie da się nauczyć [...]. Ja na przykład, jeżeli się okaże, że tego nie mam, no to pewnie uda mi się zostać, zrobić specjalizację i operować pod mikroskopem, ale na przykład jakichś bardziej skomplikowanych zabiegów, jak guzy kąta mostowo-mózdzkowego, guzy szyszynki na przykład nie będę w stanie się nauczyć, no bo nie będę w stanie przebrnąć przez tą barierę manualną, tak?

Kolejna z ważnych cech indywidualnej cielesności neurochirurga to wytrzymałość fizyczna. Wiąże się ona głównie w takimi wymaganiami zawodu, jak długotrwałe operacje, ale także praca w wymuszonej pozycji przez wiele godzin.

Niezdolność do ich spełnienia, objawiająca się np. osłabieniem, może być przeszkodą, kończącą karierę neurochirurga.

Ciężka fizyczna praca i to, że *czasem trzeba się naharować po prostu*, zdaje się być odbierana inaczej, w zależności od płci rozmówcy. Mężczyźni uznają tę cechę za niezbędną, natomiast kobiety uważają, że nie jest ona decydująca. Siła fizyczna jest zatem ważna, ale jej brak nie wyklucza z zawodu. Jest tak prawdopodobnie dlatego, że w przypadku tego zadania dostosowanie ciała operatora do sytuacji operacji (np. ułożenia ciała chorego czy też zmiany położenia podczas operacji) może być delegowane na inne, nieposiadające specjalizacji osoby.

Zdolności manualne obejmują również umiejętności pozwalające na pracę w bardzo małej loży operacyjnej polegające na wykonywaniu mikroruchów dłońmi. Ruchy te musi charakteryzować nie tylko sprawność, ale i inne cechy, wymuszone przez charakter operowanych tkanek. Jak mówi doktor Sosnowski,

w pierwszym rzędzie nas ogranicza, jeżeli nie jesteśmy w stanie zapanować nad swoimi dłońmi, wyuczyć się pewnych technik, pewnej delikatności, precyzji, no to nigdy nie będziemy dobrymi neurochirurgami, chirurgami w ogóle. To jednak jest bardzo precyzyjna robota. Nie każdy potrafi szlifować diamenty i tak samo nie każdy potrafi być neurochirurgiem [...]. Jednak naprawiamy precyzyjne jakby mechanizmy i musimy mieć sprawne ręce, by te precyzyjne mechanizmy precyzyjnie naprawiać.

Ostrzenie narzędzia⁵⁰

Ostrzenie narzędzia to wyłoniona przeze mnie kategoria analityczna obejmująca wszelkie działania, które mają na celu zwiększenie oraz utrzymanie na wysokim poziomie sprawności manualnej adepta lub specjalisty neurochirurga. Celowo ograniczam zakresowo to pojęcie do umiejętności manualnych. Umiejętności fizyczne niemanualne, czyli np. umiejętność stania na jednej nodze podczas gdy drugą naciska się pedał urządzenia do koagulacji, czy też operowanie przez wiele godzin z uniesionymi łokciami nie stanowią przedmiotu specjalnych ćwiczeń. Adeptci sami znajdują sposoby, aby poradzić sobie w sytuacjach wymagających przyjmowania niewygodnych pozycji ciała. Nie są tego uczeni przez starszych kolegów, u których jednak podpatrują różne rozwiązania. Jednym z nielicznych wyjątków jest maksyma powtarzana przez specjalistów, że *do głowy zawsze trzeba usiąść*. Jej treść wynika z tego, że operacje głowowe są wielogodzinne i efektywność neurochirurga po takim czasie może spaść. Nieco węższy

⁵⁰ Ostrzenie narzędzia i usamodzielnienie ciała to kategorie działań wyłonione w trakcie badań, które prowadziłam w społecznym świecie tańca towarzyskiego (Byczkowska 2012b). Zostały przeze mnie wprowadzone w trakcie analizy materiału empirycznego, gdy zauważyłam, że działania neurochirurgów dotyczące kształtowania umiejętności cielesnych posiadają własności tych kategorii. Podobieństwa te wskazują na powtarzalność wzorców pracy poprzez ciało w różnych obszarach życia społecznego.

zakresowo jest, używany przez badanych, termin *nabijanie ręki* lub *nabijanie łapy*. Pojęcie to dotyczy zdobywania doświadczenia manualnego, ale tylko w trakcie operacji, nie ćwiczeń indywidualnych czy kursów.

Do *nabijania ręki* można się jednak przygotować poprzez wykonywanie ćwiczeń z niewielkiego repertuaru. Samo ćwiczenie w nauce jakiegokolwiek fachu ma na celu skupienie się na danej czynności i wykonywanie jej z uwagą, co pozwala następnie na zmianę tych elementów wykonania, które wymagają poprawy w stosunku do jakiegoś wzorca. Tym wzorcem jest zazwyczaj wykonanie danej pracy przez mistrza lub mistrzów. Jak twierdzi Richard Sennett (2010: 55–56):

Najogólniej rzecz by można, że [umiejętność – przyp. D.B.O.] jest to wyćwiczony sposób postępowania. [...] Rozwijanie umiejętności zależy od tego, w jaki sposób zorganizowana jest powtarzalność. [...] Ilość powtórzeń danej czynności lub ilość wykonań danego fragmentu muzycznego nie może być zbyt duża; w przeciwnym razie ćwiczący straci koncentrację i przestanie się w końcu skupiać na tym, co robi. [...] Ćwiczenie sprawia też, że treść tego, co powtarzalne, zmienia się.

Jak wspomniałam, w pracy neurochirurga niewiele jest ćwiczeń, jakie można wykonać, aby móc rozwijać warsztat poza salą operacyjną. Do niektórych z nich, zalecanych kolejnym pokoleniom neurochirurgów należą: operowanie narzędziami przez szyjkę butelki, zszywanie skóry banana, zszywanie pociętej w tym celu skóry golonki (Fijewska 2022: 176). Niektórzy rezydenci, jak doktor Jesionowska, wymyślają własne sposoby na ćwiczenie poszczególnych elementów pracy manualnej, które w ich ocenie powinni poprawić:

jak się kupi takie udko, taką ćwiartkę z kurczaka, żeby to było razem z tą kością biodrową [...], no to raz, że tam jest skóra, którą można pozszywać na każdą możliwą stronę. Dwa, jak się tam pokopie między tymi mięśniami, no to są naczynia, tam jest żyła, tętnica i nerw, i można po prostu pod mikroskopem go zespać. I co jeszcze ja szylałam, ale to jest mój totalnie autorski pomysł i nie wiem, na ile mi to coś pomogło, bo jak my szujemy oponę twardą po zabiegu, to ona też jest relatywnie delikatna i tam nie można za bardzo ciągnąć. Więc ja wpadłam na taki pomysł, że kupowałam sobie takie kubki, jak normalnie na mocz do laboratorium, zalewałam je na pełno wodą, nie tak, żeby się wylewało, ale tak żeby było relatywnie pełno. Brałam zwykłą lateksową rękawiczkę i naciągałam na ten kubek. I potem to rozcinałam i po prostu starałam się zszyć. Po pierwsze, żeby tego kubka nie przechylić i go nie wylać. W jakimś stopniu sobie wymyśliłam, że to mi stabilizuje tę pracę rąk. A dwa, że ta rękawiczka jest relatywnie cienka i taka delikatna. No i nie jest idealnie jak opona twarda, ale powiedzmy, że jako jakiś substytut całkiem nieźle działała. Ja potem zszywałam te rękawiczki, obcinałam palce w rękawiczkach i po prostu przyszywałam je w innym miejscu. No tak po prostu, żeby te ręce poćwiczyć, tak?

Do bardziej sformalizowanych sposobów ostrzenia narzędzia należą specjalistyczne warsztaty, na których rezydenci i specjaliści mogą nauczyć się konkretnej techniki, np. zszywania naczyń. Mogą być to warsztaty, na których np. tkanki głowy mrożonych zwłok ludzkich lub części ciał zwierząt są przez uczestników zszywane pod mikroskopem. Jak twierdzą badani, takie szkolenia są niezwykle kosztowne i nie oddają realnej sytuacji na bloku operacyjnym. Operacje kadawerowe, czyli prowadzone na wypreparowanych ludzkich zwłokach, ze swej natury nie dają możliwości np. naturalnego zakrwawienia rany. Dobrze są natomiast do szkolenia wysokospecjalistycznych operatorów, którzy chcą poszerzyć repertuar prowadzonych operacji. Operatorzy tacy umieją zrobić rzeczy podstawowe, czyli np. zatamowanie krwawienia, a potrzebują *jazdy próbnej* przed wykonaniem jakiegoś trudnego zabiegu.

Inną istotną kwestią, gdy mówimy o ostrzeniu narzędzia pracy neurochirurgicznej, jest oburęczność neurochirurgów praworęcznych⁵¹. Wymaganie to wynika z działania głównego – dostosowywania się poprzez ciało do wymagań zawodu i sytuacji operacji. Niektórych elementów operacji nie da się wykonać prawą ręką, z uwagi na np. umiejscowienie guza czy tętniaka. Jak mówi doktor Jesionowska:

Czasami istnieje konieczność założenia klipsa z lewej ręki, no bo na przykład on tylko tego ułożenia będzie dobrze tego tętniaka trzymał. [...] To mi mój kierownik specjalizacji zawsze powtarzał, że chirurg ma mieć dwie ręce, a nie jedną, tak? I to mają być obie użyteczne ręce.

Jak wskazuje powyższy fragment, słabe wytrenowanie oburęczności może stanowić problem w praktyce operacyjnej. Ciało nie jest wówczas w stanie się dostosować do wymagań operacji i *indywidualnej anatomii/patologii* pacjenta. Większość moich rozmówców wykonywała ćwiczenia mające na celu usprawnienie lewej ręki. Polegają one przede wszystkim na wykonywaniu prostych czynności, takich jak mycie zębów czy krojenie chleba lewą ręką. W rozwoju umiejętności manualnych może także pomagać regularne praktykowanie innych manualnych prac, np. modelarstwo, rysunek, gra na gitarze czy mechanika (np. rowerowa). Rozwija ono świadomość ciała i jego mikroruchów, wzmacnia oburęczność, co przekłada się na pracę manualną podczas operacji.

Pomimo wielu lat praktyki i wyrobionej w pewnym stopniu oburęczności neurochirurdzy preferują wykonywanie kluczowych czynności operacji ręką wiodącą. Poszukują alternatywnych rozwiązań i dopiero jeśli one zawiodą, wykonują zadanie ręką niewiodącą. Tak opowiada o tym zagadnieniu doktor Jabłoński:

⁵¹ Sytuację osób leworęcznych w neurochirurgii przedstawię w dalszej części pracy.

na przykład jest taka bardzo precyzyjna czynność jak klipsowanie tętniaka. Czyli na takim narzędziu ma się klips i trzeba założyć i zdarzało mi się zakładać lewą ręką, ale no, to bardzo jestem niepewny wtedy, tak? To zawsze wolę tą prawą, kombinuję jak mogę, żeby tą operację tak ustawić, żeby te decydujące ruchy były robione prawą ręką. Więc wydaje mi się, że jakbym był dwuręczny, to byłby to atut duży, tak? To bym tak z tej strony, z tamtej strony.

W procesie ostrzenia narzędzia oraz *nabijania ręki* mogą zaistnieć przeszkody. Mogą mieć one charakter organizacyjny, gdy np. oddział nie dysponuje sprzętem do ćwiczeń szycia tkanek. Nie są też prowadzone dodatkowe zajęcia dla rezydentów, mające im pomóc w rozwoju zdolności manualnych. Zdarza się, że rezydent jest na tyle zdeterminowany, że stara się te bariery przezwyciężyć. Było tak w przypadku doktor Jesionowskiej, specjalistki z siedmioletnim stażem:

Ja nigdy wcześniej nie pracowałam z mikroskopem i tak naprawdę to pierwszy rok czy półtora mojej specjalizacji to było tak, że na oddziale okulistyki pracowała moja współlokatorka [...] i oni mieli zrobione u siebie coś, co się nazywało kącikiem małego okulisty [...] i ona mi mówiła [...] „ja mam dzisiaj dyżur [...], ten kącik będzie wolny, tam narzędzia są, tylko sobie musisz nitki przynieść, no i co tam chcesz sobie poszyć”, czy tam nie wiem, banana ze skórą, czy jakieś takie udka kupowane w mięsnym sklepie, bo tam jest ta taka skóra, którą można poszyć. No i ja po prostu tak siedziałam i tak szylałam na tej okulistyce kilka razy w miesiącu [...]. Potem zaczęłam też chodzić pod nasz mikroskop na blok operacyjny. Dogadałam się z instrumentariuszkami i gdzieś tam siedziałam, one potem przychodziły szorowały tam to miejsce, gdzie ja sobie szylałam.

W powyższej wypowiedzi można zauważyć także, że ćwiczenie umiejętności manualnych po godzinach pracy nie jest sformalizowane czy weryfikowane, co po raz kolejny wskazuje na brak regulacji dotyczących cielesnego, manualnego aspektu pracy neurochirurgów. Ponadto doktor Jesionowska podejmuje także problem stopniowości ostrzenia narzędzia, czyli przystępowania do podejmowania coraz trudniejszych ćwiczeń⁵². O tym, że w nauczaniu umiejętności cielesnych korzysta się w neurochirurgii z tego rodzaju strategii, świadczy fakt, że rezydentów zaczyna się uczyć operatywy od rzeczy prostych, np. cięcia skóry, w tym techniki trzymania noża. Musi on być ustawiony *absolutnie prostopadle do skóry*, jak wspominał doktor Bzowski. Jeśli nóż będzie odchylony w którąkolwiek stronę, po zszyciu pacjent goi się *na zakładkę*, co może powodować infekcje.

Wracając do tematu przeszkód pojawiających się w procesie ostrzenia narzędzia, należy zwrócić uwagę na bariery związane z hierarchią wewnątrzgrupową i porządkiem społecznym oddziału, na którym kształci się rezydent. Oddział,

⁵² Jest to jedna z cech nauczania metodą *scaffolding* (Downey 2008), która została opisana w dalszej części rozdziału.

na którym prowadziłam moje badania, wyróżnia się na tle innych oddziałów, jak twierdzą niektórzy z moich rozmówców, szerokim dopuszczaniem rezydentów do operowania. Wynika to zapewne z kultury organizacyjnej, w której rezydenci są traktowani w sposób partnerski i w którym wysoko ceniona jest samodzielność operatorów. W przypadku bardziej hierarchicznych kultur organizacyjnych rezydenci często nie mają możliwości wykonywania operacji czy nawet ich części. Ordynatorzy czy starsi wiekiem specjaliści nie dopuszczają ich do *swoich* pacjentów. Trudno jest wyrokować, jaki jest powód takiego działania. Może być nim np. obawa przed poniesieniem odpowiedzialności w sytuacji, gdyby rezydent popełnił błąd, lub niechęć do kształcenia własnej konkurencji. Niezależnie od przyczyny wielu moich rozmówców wskazywało, że istnienie takiej bariery powoduje znacznie późniejsze rozwijanie umiejętności manualnych oraz *nabicie ręki*.

Jeszcze innym rodzajem społecznych barier w ostrzeniu narzędzia są stereotypy dotyczące płci rezydentów. Jak wspomniałam w poprzednim rozdziale, neurochirurgia jest specjalizacją zdominowaną przez mężczyzn i wielu starszych profesorów nie traktuje równo rezydentów i rezydentek. Sytuacja taka może mieć miejsce latami, co ciekawe, także po uzyskaniu przez te osoby specjalizacji. Jak opowiada o tym zjawisku doktor Jesionowska, specjalistka:

Mam takie poczucie, że te kobiety, które są chirurgami i są takimi raczej słabymi chirurgami, nie wiem czy to wynika z tego, że nie tą specjalizację sobie wybrały i gdzieś tam faktycznie gdzieś tam manualnie im czegoś brakuje, czy na przykład z tego, że faktycznie przez lata nie były dopuszczane do tych zabiegów.

Ostrzenie narzędzia jest działaniem, które musi być realizowane stale, aby neurochirurg utrzymywał swoje umiejętności na wysokim poziomie. Wiąże się z tym kolejna sprzeczność, o której wspominałam w poprzednim rozdziale. Z jednej strony za bardzo dobrego neurochirurga uważa się osobę, która m.in. wykonuje szeroki wachlarz różnego rodzaju operacji. Z drugiej zaś, wszyscy neurochirurdzy twierdzili zgodnie, że aby być najlepszym w jakimś typie operacji, należy ją wykonywać jak najczęściej, najlepiej codziennie. Zdaje się, że wynika to ze sprzeczności wartości. Z jednej strony praktyka podpowiada, że im bardziej specjalizujemy się w danym rodzaju operacji, tym lepiej je wykonujemy. Realizujemy w ten sposób istotną w świecie medycznym, w szczególności neurochirurgicznym wartość, jaką jest *nierobienie krzywdy* pacjentowi. Z drugiej strony prestiż osobisty czy prestiż placówki także stanowi wartość. Jest tak w szczególności, gdy mamy do czynienia ze szkołami neurochirurgii, znanymi w kraju czy także poza jego granicami. Różni je podejście do operowania, większe lub mniejsze skupienie na teorii, dopuszczanie młodych operatorów do zabiegów i tym podobne.

O sprzeczności wynikającej z konfliktu wartości możemy mówić także w przypadku relacji pomiędzy postrzeganiem zdolności manualnych jako cech

w pewnej mierze wrodzonych a ostrzeniem narzędzia. Z jednej strony moi rozmówcy mówili o cechach wrodzonych, których nie da się wytrenować. Ta opinia pochodziła z ich doświadczeń w obserwowaniu kolegów. Z drugiej, pojawiały się takie wypowiedzi, jak ta doktora Jabłońskiego:

it needs training, jak to mówią na wszystkich naszych kursach, czyli wszystkie najtrudniejsze rzeczy, szcicie jakichś naczyń pod mikroskopem, czego my tu nie robimy, czyli jest to taka najtrudniejsza jakby/ czyli robienie takich pomostów naczyniowych, [...] to jest takie najtrudniejsze, działalność neurochirurgiczna, której tak jak mówię, tu nikt nie robił i nie robi na tą chwilę, ale jak się jeździ na jakieś kursy i wychodzą właśnie jacy tam, z Berlina jest taki facet, który tego najwięcej robi, to mówi, że to nie jest trudne, to jest dostępne dla każdego neurochirurga, ale trzeba usiąść i się tego nauczyć. I tego się uczą na, niestety na szcurach.

Sprzeczność tych dwóch przekonań może wynikać z dwóch kwestii. Po pierwsze, tak jak wspomniałam, cechy wrodzone są stopniowalne. Można być sprawnym manualnie neurochirurgiem w operacjach o niższym stopniu trudności. Po drugie, wiedza ucieleśniona, czy też umiejętności manualne, *których można nauczyć nawet małpę*⁵³, są umiejscowione nisko w hierarchii wiedzy świata medycznego. Założeniem warsztatów uczących danej techniki operacji jest to, że umiejętności te da się wyćwiczyć. W przeciwnym razie nie miałyby one sensu, o czym opowiada doktor Jesionowska, specjalistka:

Jest taki pan profesor [...] [na kursie neurochirurgicznym – przyp. D.B.O.], pokazywał nam 2000 zaklipsowanych tętniaków na tętnicy podstawnej, to jest taki już naprawdę top topów z tej naszej neurochirurgii [...], taka wisienka na torcie, jest troszkę takich zabiegów. [...] I on właśnie mówił, że to nie jest tak, że on jest jakimś manualnym geniuszem, że on się po prostu urodził i taki był i że jak tak na nas patrzy, nie wiem ile nas tam było 25–30 osób, na pewno znajdują się ludzie, którzy manualnie są od niego bardziej sprawniejsi. Ale to, co jego różni od nas, to że on siedział w domu i regularnie odrabiał zadania domowe, tak? Siedział w tym laboratorium i ćwiczył, trenował. I on dalej to robi. [...] Bo wiadomo, że nikt nie jest w stanie być świetny w tym, jeśli coś robi raz w tygodniu czy raz w miesiącu.

Z kolei upatrywanie wyjątkowości zawodu neurochirurga w pracy manualnej byłoby niezgodne z postrzeganiem jego prestiżu, jako opartego na wysoko-specjalistycznej wiedzy medycznej. Efektem ostrzenia narzędzia, czyli najpierw jego wyćwiczenia, a następnie utrzymywania poprzez operowanie jest usamodzielnienie ciała, które zostanie opisane w następnej części rozdziału.

⁵³ Wyrażenie to wskazuje także na dystans do roli (Goffman 2000), a konkretnie do jej aspektu cielesnego.

Usamodzielnienie ciała

W procesie ostrzenia narzędzia ważne jest, aby neurochirurg nauczył się nie koncentrować całej swojej uwagi na wykonywaniu czynności manualnych. Celem ćwiczeń jest wcielenie umiejętności i wykonywanie ich niejako bez skupiania się na nich (Polanyi 1966; Jakubowska 2017). Dzięki temu operator nie musi być skoncentrowany w trakcie całej operacji, co zważywszy na ich wielogodzinne trwanie, byłoby męczące, a w efekcie mogłoby prowadzić do pomyłek. Proces ten nazywam usamodzielnieniem ciała, a sami neurochirurdzy mówią o robieniu czegoś *na pniu*. Nie oznacza to, że są to działania bezmyślne i zautomatyzowane. Tak opowiada o tej umiejętności doktor Sosnowski, specjalista:

To właśnie na tym polega proces kształcenia chirurga, by nauczył się nie myśleć o manipulacjach, które, znaczy nie musi widzieć i myśleć, tak? To wszystko to się jakoś w taki sposób zautomatyzowany odbywało. Ja rękę widzieć nie muszę, ale jednocześnie wiem, jak się nimi posługiwać i to się/ nie wiem, to jest dla mnie tak naturalne, że aż trudno mi o tym mówić [...]. My nie mamy regularnych treningów tak, jak to czynią sportowcy. My po prostu mamy swoją pracę. Każdego jednego dnia mamy de facto trening, więc o tym się kompletnie nie myśli [...]. Jeżeli chirurg musi patrzeć na swoje ręce, a jednocześnie mieć rozeznanie w sytuacji, w polu operacyjnym, no to chyba sobie, wcześniej czy później, przy odpowiednim stopniu skomplikowania takiej operacji nie poradzi. Więc to się dzieje, my mówimy, na pniu. Poza udziałem naszej świadomości, choć nie jest prawdą, że są to manewry nieuświadomione, absolutnie, tak nie jest, ale no, są zautomatyzowane.

Samo zjawisko usamodzielniania ciała jest obserwowalne w wielu rodzajach działań fizycznych opartych na trenowaniu. Mam tu na myśli np. uprawianie sportu, np. wspinaczki (Kacperczyk 2016) czy tańca (Byczkowska 2012b). Istotne jest jednak rozróżnienie na pracę poprzez ciało, jak w przypadku np. neurochirurgów i dyrygentów, oraz na pracę ciałem, jak opisuje ją Krzysztof Konecki (2012) w książce dotyczącej jogi. Jogini są świadomi swoim ciałem. B.K.S. Iyengar, twórca jednej z tradycji jogi i jeden z najważniejszych autorytetów w tej dziedzinie, twierdził, że umysł jogina zaczyna się od czubka głowy a kończy pod stopami. Ciało wykonuje asanę perfekcyjnie, dokładnie, bez wysiłku, ale jogin jest świadomy ciała, jego umysł jest w ciele. Nie ma ontologicznego rozgraniczenia na to, co mentalne, i to, co cielesne. Usamodzielnienie ciała podczas wykonywania jogi byłoby utraceniem świadomości ciała lub jej brakiem (Konecki 2012).

Usamodzielnienie ciała ma charakter procesualny, co oznacza, że ciało musi być nieustannie ćwiczone w wykonywaniu danych czynności (Jakubowska 2017). W przeciwnym razie traci na samodzielności i staje się niepewne jako narzędzie. Może się tak stać nawet przez okres dwóch tygodni wakacji. Moi rozmówcy zgodnie twierdzili, że po takim czasie potrzebują bardziej się koncentrować i kontrolować ruchy swojego ciała przy pierwszej operacji po powrocie.

Nabywanie warsztatu

Opisane powyżej rodzaje działania, jakimi są ostrzenie narzędzia i usamodzielnianie ciała, są elementami procesu, nazwanego przeze mnie nabywaniem warsztatu. Warsztat neurochirurga, jego indywidualny sposób pracy jest konsekwencją współoddziaływania na podejmowane przez niego działania i interakcje opisanych poniżej czynników:

- Dostosowania wystandaryzowanych procedur i narzędzi do jego indywidualnej cielesności (np. wzrostu, ręki wiodącej, ostrości wzroku, temperamentu, wieku itp.).

- Kultury organizacyjnej ośrodka wyrażonej w maksymie *tutaj tak robimy*. Może się ona przejawiać np. we wczesnym dopuszczaniu asystentów do wykonywania operacji lub odmawianiu im udziału w nich. Istnieją także sposoby wykonywania różnych zabiegów charakterystyczne dla danego ośrodka, czyli oddziału lub kliniki. Może to dotyczyć różnych rozwiązań, np. dojść w przypadku operacji głowowych czy sposobu zakładania stabilizacji na kręgosłup. Świadczy to o społecznym konstruowaniu cielesności oraz o tym, że nabywanie technik jest elementem socjalizacji wtórnej w konkretnej grupie pracowniczej.

- Cech przekazanych przez mistrza, nauczyciela, w tym jego indywidualnych preferencji – sposobu trzymania narzędzi, utrzymaniu pola operacyjnego w specyficznym porządku, używania określonych sprzętów, np. lupy zamiast mikroskopu do wykonywania niektórych operacji.

Wymienione powyżej czynniki są ze sobą powiązane, a także wzajemnie na siebie wpływają, powodując, że warsztat pracy poprzez ciało w przypadku jednostek jest niezwykle zindywidualizowany. Można powiedzieć, że nabywanie warsztatu polega na przySWOJeniu społecznie wystandaryzowanych sposobów używania narzędzi, w tym swego ciała w trakcie pracy w polu operacyjnym (por. Mauss 1977). Świadczy o tym fakt, że w badanym oddziale jeden z rodzajów narzędzia został także nazwany *nożem Leszczyńskiego*, ponieważ ten właśnie operator bardzo chętnie się nim posługuje. Również sposób pracy każdego z neurochirurgów jest charakterystyczny na tyle, że koledzy są w stanie rozpoznać go na filmie, na którym widać tylko narzędzia. Opowiada o tym zjawisku doktor Gruszczyński, specjalista:

Każdy się różni. [...] Jakbym obejrzał film każdego z kolegów, to bym powiedział, kto operuje. [...] Zdarza się czasami, że reoperujemy pacjentów nie zawsze po sobie, to też wiem, kto to mógł robić, ponieważ pracowałem z tą osobą i wiem, jak to wszystko wyglądało, czego mogę się spodziewać, gdzie mógł mieć akurat problem, że tak zrobił, a nie inaczej. Wiem, bo sam byłem szkolony właśnie w taki sposób.

Po sposobie pracy poszczególnych neurochirurgów łatwo jest również rozpoznać, kto był ich nauczycielem. Między innymi z tego też powodu w badanej placówce wprowadzono system wymiany mentorów. Wraz z rosnącym

doświadczeniem praca poprzez ciało staje się coraz bardziej zindywidualizowana, co świadczy o tym, że ciało jest to narzędzie elastyczne, które pod wpływem oddziaływań społecznych dostosowuje się do wyjątkowych i niepowtarzalnych sytuacji zabiegu.

Nabywanie warsztatu rozpoczyna się od obserwacji, a następnie naśladowania nauczyciela lub nauczycieli. Posiadając już doświadczenie i szerszy repertuar sposobów wykonywania danych czynności operacyjnych, neurochirurg podejmuje decyzje dotyczące stosowania konkretnych technik. Warsztat neurochirurga jest przez niego nabywany stopniowo i polega na włączaniu kolejnych umiejętności. Wcielone umiejętności stają się częścią repertuaru manualnego neurochirurga, co powoduje, że ciało je usamodzielnia (Polanyi 1966; Jakubowska 2017). Nabywanie warsztatu na każdym etapie ma charakter procesualny, ponieważ każdy z wymienionych czynników może ulec zmianie. Może zmienić się ordynator, który będzie preferował np. bardziej zhierarchizowane relacje z zespołem, może zostać wprowadzona nowa technika operacyjna, zakupiony nowy sprzęt. Indywidualna cielesność neurochirurga także ulega zmianie np. w wyniku usamodzielnienia się ciała w jakimś zakresie lub wraz z wiekiem. Warsztat każdego z nich ewoluuje, także dzięki wyborom dokonywanym przez neurochirurga. Jak pisze Richard Sennett (2010: 361), „Fachowiec najistotniejsze powody do dumy znajduje w rozwijaniu umiejętności. Dlatego proste naśladownictwo nie daje mu satysfakcji. Umiejętność musi ewoluować”.

Wybory te mogą dotyczyć technik pracy i przejawiać się porzuceniem naśladowania nauczyciela. Jest to jednak możliwe tylko wówczas, gdy dobrze poznało się tę technikę i posiada się umiejętność alternatywnego wykonania danego zadania. Jak mówi doktor Sosnowski⁵⁴: *Warsztat ewoluuje, my rezygnujemy z pewnych czynności, uznając, że są do niczego nam nie potrzebne, do niczego nie prowadzą.*

Budowanie własnego warsztatu pracy neurochirurgicznej przejawia się także w wybieraniu różnych, znanych z obserwacji technik operowania i dostosowania ich do wykonywania własnych operacji, ponieważ jak mówi doktor Sosnowski:

nie ma techniki jednej, najlepszej, uniwersalnej, takiego ideału, do którego wszyscy dążą, czyli jest człowiek, który operuje najlepiej na świecie i on trzyma pęsetę odwrotnie niż wszyscy, więc teraz wszyscy odwrotnie już mają się uczyć trzymać tę pęsetę, nie. Niech se tak trzyma. Inny będzie trzymał w inny sposób. Ważne jest, żeby zrobić jak najlepiej, jak najskuteczniej.

Praktykujący zawodowo neurochirurg czy też rezydent kształcący się w zawodzie mogą wyjeżdżać na kilkutygodniowe lub kilkumiesięczne staże

⁵⁴ Wywiad z wykorzystaniem materiału wideo.

zagraniczne. Uczą się na nich poprzez obserwację rozmaitych technik operacyjnych. Niektóre z nich włączają do swojego repertuaru, inne odrzucają, a jeszcze inne nie mogą być stosowane z uwagi na różnego rodzaju bariery instytucjonalne czy sprzętowe.

Innym rodzajem działań powodujących zindywidualizowanie technik pracy jest odrzucenie modyfikacji narzucanych np. poprzez zmieniającą się technologię pracy. Tak mówi na ten temat doktor Bzowski⁵⁵:

ponieważ jestem człowiekiem jeszcze wychowanym w starszej generacji, to ja często robię cztery otwory trepanacyjne, oddzielam oponę od kości gajdem i piluję kość pilkami ręcznie, a nie trepanem. Żeby właśnie uniknąć takiego rozdarcia opony. [...] jak ja szedłem do pracy, to czegoś takiego jak kraniotom⁵⁶ nie było. To jest rzecz, która się pojawiła z dziesięć lat temu.

Z powodu uwarunkowań indywidualnej cielesności operatora, a także różnego przebiegu karier jednostek, warsztat każdej z nich może być ograniczony. Jak twierdzą operatorzy, *każdy ma swój sufit* i niektórych barier nie da się przepracować.

Nabywanie, czy w późniejszym okresie świadome budowanie indywidualnego warsztatu operatora polega na doborze odpowiednich i wygodnych, uzgodnionych z jego indywidualną cielesnością technik pracy manualnej, m.in. opartych na opisanych wcześniej wyborach. Nie jest to jednak swobodny i dowolny wybór, ponieważ, jak deklarują neurochirurdzy i co też wielokrotnie obserwowałam na sali operacyjnej, główną wartością ich pracy jest efektywne operowanie. Nabywanie czy budowanie warsztatu jest zatem częścią działania głównego – dostosowywania się. Tworząc i indywidualnie interpretując techniki manualne prezentowane przez innych operatorów w kraju i zagranicą, konstruują taki warsztat, który pozwala im na najbardziej efektywne dostosowywanie swojej cielesności do wymagań operacji. Jak opowiada doktor Sosnowski⁵⁷:

Każdy z nas operuje troszkę inaczej, ma własny warsztat. Inaczej sobie przygotowuje pole operacyjne [...], każdy z nas inaczej sobie wyposaży mieszkanie i je urządzi, tak też inaczej sobie kreuje pole operacyjne [...], każdy z nas decyduje o tym, jak daleko przygotowuje, ile naczyń chce zobaczyć, bo to, o czym przede wszystkim myśli, to o bezpieczeństwie pacjenta. [...] to są operacje sytuacyjne, więc nie da się znaleźć dwóch identycznych. I mówię, każdy z nas operuje troszeczkę inaczej. Trochę inaczej otwiera

⁵⁵ Wywiad z wykorzystaniem materiału wideo.

⁵⁶ Urządzenie służące do usunięcia pokrywy czaszki w celu uzyskania dostępu do głębiej położonych struktur. Przed zakończeniem operacji usunięty fragment jest wstawiany na dawne miejsce i przytwierdzany klipsami (rodzaj zszywek).

⁵⁷ Wywiad z wykorzystaniem materiałów wideo.

szczelinę, trochę w innym miejscu, używa do tego trochę innych narzędzi. Natomiast to jest trochę tak: cel uświęca środki. Ale to nie znaczy, że mamy swobodę i chłasczczemy co popadnie. Każdy z nas dobiera sobie narzędzia. Te narzędzia mają mu leżeć w dłoni. Jedni są praworęczni, drugi leworęczni, to co komu leży.

Neurochirurg, biorąc pod uwagę własne plany rozwoju zawodowego, czy też plany rozwoju oddziału, w którym pracuje, może celowo poszukiwać i budować swój warsztat, włączając do niego wybrane techniki i umiejętności. Jest to planowe konstruowanie cielesności na podstawie społecznych (np. instytucjonalnych, grupowych) oczekiwań i zinternalizowanego wzorca roli zawodowej.

Wraz z ostrzeniem narzędzia oraz nabywaniem warsztatu przez rezydentów i neurochirurgów rośnie ich świadomość ciała. Jej poziom na początku drogi zawodowej może być uzależniony od wielu czynników, m.in. od socjalizacji w domu rodzinnym, ale także od tego, czy uprawia się sport lub inne aktywności fizyczne. Świadomość ciała w kontekście pracy poprzez ciało to umiejętność interpretowania sygnałów pochodzących z ciała, rozróżniania ich na podstawie doświadczenia i wcześniejszych interakcji z własnym ciałem (patrz także: Byczkowska 2012a). W swoich pracach na temat tancerzy baletowych Turner i Wainwright (2003) pisali np., w jaki sposób tancerze uczą się rozpoznawać różne rodzaje bólu, mogące powodować różne konsekwencje takie jak kontuzja lub zwiększenie zakresu ruchu. Podobny proces ma miejsce w przypadku używania ciała w innych zawodach, w tym w zawodzie neurochirurga. Jeden z asystentów stwierdził np., że jeśli operacja trwa do ośmiu godzin, woli on czuć głód i nie robić przerwy, niż zrobić przerwę, a następnie czuć się ospałym, zdekoncentrowanym. Świadomość reakcji swojego ciała jest istotna, tak jak istotne jest poznanie innych narzędzi wykorzystywanych w pracy neurochirurga. Można zaryzykować stwierdzenie, że operator musi wykształcić świadomość swojego ciała równą lub większą niż świadomość innych narzędzi – ich możliwości, przeznaczenia, jak i ograniczeń.

Świadomość ciała przejawia się w pracy neurochirurgicznej np. w kontroli mikroruchów własnego ciała, wycuciu wagi naczynia krwionośnego, struktur, umiejętności oceny potrzebnej siły (czyli interakcji z tkankami ciała pacjenta), umiejętności użycia siły minimalnej (Sennett 2010: 210–211), a także wcielenia narzędzi w granice ciała operatora (por. Merleau-Ponty 2001).

Scaffolding jako metoda nauczania

Wiele działań podejmowanych przez specjalistów neurochirurgii może być wyjaśnionych dzięki zastosowaniu koncepcji *scaffolding* (Downey 2008). Nauczyciel, w tym wypadku specjalista neurochirurg, obserwując ucznia – rezydenta powoli, krok po kroku oddaje mu do wykonania kolejne elementy operacji, zaczynając od najprostszych, zapewniając tymczasowe wsparcie, radę czy

upomnienie, a w sytuacji przerastającej możliwości adepta – przejmując operację. Tak o oczekiwaniach rezydentów opowiada doktor Jabłoński:

tak mówię, albo narzędzie trzymaj inaczej, albo nie tutaj, tylko w innym miejscu natnij coś, albo jak szyjesz, to zszyj to tak, albo to luźniej, albo to mocniej zszyj, no to na każdy aspekt zwracam uwagę, no bo na tym polega kształcenie, tak? No to jak ja się miałem do kogoś starszego, to też tego oczekiwałem, że to nie będzie tak, że on sobie gdzieś tam pójdzie, tylko że zwraca uwagę i pokazywał, jak to, jak to się powinno robić, więc no na każdym etapie.

W miarę nabywania kolejnych umiejętności nauczyciel zamienia bezpośrednie formy wsparcia, takie jak instruktaż na pośrednie – kontrolę i gotowość do przejęcia operacji. Taki sposób nauczania świadczy o społecznym konstruowaniu cielesności w zawodzie neurochirurga, ponieważ umiejętności cielesne są nabywane poprzez interakcję z nauczycielem. Nauczyciel nie jest w tej relacji bierny, ale w sposób aktywny udostępnia do wykonania zadania, z którymi jego zdaniem rezydent sobie poradzi. Stale go kontroluje, oddając odpowiedzialność młodemu koledze kawałek po kawałku. Dzięki temu nauczyciel umożliwia adeptowi wykonanie działań, które w przeciwnym razie byłyby poza jego zasięgiem. Zamiast samokontroli i własnej pewności ucznia tę kontrolę i wsparcie zapewnia nauczyciel. W miarę wcielania kolejnych ruchów rezydent przejmuje kontrolę nad własnym ciałem (Downey 2008: 206–207). Rola nauczyciela jest tu bardzo istotna, musi on więc znać granice ucznia, a także rozpoznać, kiedy może przekazać mu kontrolę nad kolejnymi elementami wykonywanego zadania. Poniższy fragment wypowiedzi doktor Bukowskiej opisuje, w jaki sposób następuje przejęcie kontroli i oddanie czy odebranie odpowiedzialności adeptowi:

W każdej specjalności zabiegowej jest uczenie się, nawet w cudzysłowie od mistrza, tak? Ten mistrz nie musi mieć osiemdziesiąt lat, tylko jest to ktoś, kto umie więcej, kto może wiele rzeczy przekazać, ale też ktoś, kto te pierwsze zabiegi, które robimy, pierwsze w życiu, pilotuje, tak? Siedzi obok, żeby ten stres zmniejszyć, i jak widzi, że to nie jest jeszcze ten moment, że ktoś nie jest gotowy, to nie mówi mu tego nawet, ale przejmuje tę operację i prowadzi ją dalej sam, tak? Jak pracuje z tą osobą, to ten starszy zawsze wie, kiedy jest ten moment. [...] to może jest trudne do nazwania, ale każdy ten starszy wie, czy ten młody jest gotowy czy nie.

Owo wsparcie może być oferowane na kilku płaszczyznach oraz na różnych etapach uczenia się zawodu. Etapy pracy ze wsparciem starszego kolegi można podzielić następująco:

- początkowy, który odbywa się podczas *przychodzenia*,
- oficjalną *asystę* przy operacjach i *operowanie cudzymi rękami* oraz
- *usamodzielnienie*.

Każdy z wymienionych etapów różni się poziomem *nabicia ręki*, czyli zdobywanych poprzez praktykę umiejętności cielesnych. Na każdym z tych etapów istnieją różne zadania czy konkretne ruchy, niemożliwe do wykonania nawet ze wsparciem nauczyciela. Etap początkowy jest nieodłącznie związany z kategorią *przychodzenia* przez adeptów jeszcze na studiach. Oprócz socjalizacji wtórnej w zawodzie neurochirurga, internalizacji socjolektu czy zwyczajów, studenci podejmują pierwsze kroki w pracy poprzez ciało. Tak opowiada o tym doktor Gruszczyński:

W trakcie swoich studiów, w tym podstawowym okresie, tych pierwszych trzech lat, to już każdy z nas się pojawiał, dodatkowo. I to już nie chodzi o żaden wolontariat [...], tylko po prostu tu przychodził z własnego zainteresowania, żeby się już wcześniej czegoś nauczyć na studiach. Stąd ten proces edukacji ludzi pracujących tutaj jest taki szybszy, przyspieszony w stosunku do innych oddziałów, gdzie ktoś się pojawia po skończeniu studiów, po skończeniu stażu. [...] Tu każdy przychodził już na studiach, wykonywał prostsze zabiegi. Oczywiście pod asystą specjalistów, starszych kolegów. A to, że tu jestem, zawdzięczam moim kolegom starszym, którzy mnie wprowadzali do zawodu.

W powyższym fragmencie można odnaleźć odwołanie do społecznego charakteru przekazywania wiedzy – to, czy specjaliści nauczają studentów np. szyć skórę, zależy od woli obu stron. Wskazuje to na interakcyjny wymiar kształtowania umiejętności cielesnych. Zależy on bowiem od osobistych preferencji każdego z nauczycieli, jak i uczniów np. do oddawania/brania odpowiedzialności, podejmowania ryzyka czy indywidualnej interpretacji gotowości do wykonania kolejnych czynności.

Po wykonywaniu najprostszych czynności przez studenta czy rezydenta przychodzi etap operowania w charakterze asystenta, kiedy to specjalista neurochirurg obserwuje każdą czynność młodszego kolegi lub koleżanki. Tak opisuje ten proces specjalistka neurochirurgii, doktor Jesionowska:

*No i na początku było tak, że człowiek się mył z tym starszym kolegą, po prostu na asystę, tak? Czyli asystował przy tych zabiegach, patrzył, jak to wygląda, no i później w miarę zdobywania doświadczenia, jak ktoś tam po prostu uznał, że „to już ten czas”, to po prostu była taka jakby zamiana ról, tak? Ja byłam jako operator, ktoś tam stał obok mnie, też asystował przy tym zabiegu, no i po prostu po kolei, każdy – „Dobra, mów co robisz, co teraz zamierzasz zrobić” [...].
– „Dobrze, biorę nóż, tnę skórę”.
– „Co pod skórą będzie?”.
*I krok po kroku takie powolne nauczanie zawodu.**

Jest to istotny dla procesu nauczania moment, ponieważ aby do niego doszło, specjalista musi ocenić, że nie ryzykuje nadmiernie, oddając rezydentowi

tytułowy skalpel. Operator jest odpowiedzialny za stan chorego i przebieg operacji, a także ponosi ewentualne konsekwencje prawne w sytuacji niepowodzenia operacji. Oczekuje zatem, że asystent będzie przewidywalny i że nie nadużyje jego zaufania. Jedna ze specjalistek stwierdziła, że jest to kwestia komunikowania, informowania o kolejnych krokach, w szczególności w odniesieniu do trudniejszych fragmentów operacji. Uwidocznia się tutaj pewien ukryty przekaz w edukacji medycznej (*hidden curriculum*)⁵⁸. W wywiadach moi rozmówcy mówili, że nie uczy się studentów czy rezydentów tego, jak trzymać narzędzia, jak siedzieć przy stole operacyjnym itp. Jednakże, jak widać na powyższych przykładach, socjalizacja cielesna jest warunkiem dopuszczenia do trudniejszych działań operacyjnych. Zinternalizowanie praktyk cielesnych zgodnych z normami subkultury neurochirurgicznej (m.in. delikatne ruchy, spokój i pewność ruchów, precyzja ruchów, przewidywalność, brak gwałtowności, kontrolowanie ciała w kontekście dychotomii *czyste/brudne*) jest pierwszym stopniem w uczeniu się praktyki pracy neurochirurgicznej. Rezydenci, przejmując operację od kogoś, także oczekują, że w razie niewłaściwego postępowania zostaną poprawieni. Można powiedzieć, że *scaffolding* jest działaniem wspólnym, bazującym na obopólnym zaufaniu. Oczekiwanie ze strony asystenta opisuje doktor Świerczyński:

No tak, no może się nie myć, no ale jest obok, tak? Czyli jak coś by, powiedzmy, się wydarzyło, to może w ciągu no nie wiem, trzech minut być umyty i stać przy zabiegu, prawda? [...] czasem się zdarza, że po prostu potrzeba dodatkowej pomocnej ręki, tak?

Operowanie cudzymi rękami to ostatni przed usamodzielnieniem się etap nauczania metodą *scaffolding*. Jest to taki etap, na którym wsparcie specjalisty polega głównie na kontrolowaniu adepta, jak wykonuje operację na jego pacjencie. To specjalista kwalifikuje pacjenta do operacji, podejmuje kluczowe decyzje dotyczące tego, jaką techniką będzie przeprowadzona operacja, jakie będzie otwarcie, ułożenie pacjenta itp. Asystent realizuje ten plan pod stałą kontrolą specjalisty. Tak opisuje ten etap nauczania doktor Bzowski:

⁵⁸ Oprócz celowego przekazywania wiedzy i umiejętności studentom medycyny i lekarzom specjalizującym się następuje niezamierzone, nieuświadomione przekazywanie ukrytych przekonań i postaw w trakcie realizacji ukrytego programu nauczania (*hidden curriculum*). Ukryty program nauczania składa się z tego, czego uczy się niecelowo poprzez dawanie przykładu, a nie z jawnego nauczania: wykładów, obchodów czy seminariów (Gofton, Regehr 2006; Mahood 2011). Także sam system nauczania, nawet wbrew wysiłkom poszczególnych nauczycieli, wpaja uczniom mity, uprzedzenia i kształtuje nawyki korzystane dla całego systemu społecznego, np. totalitarnego czy kapitalistycznego (Illich 1971: 33).

Doszedłem do wieku, kiedy operuję cudzymi rękami. Od tego są młodzi, żeby sobie nabijali rękę, a jestem od tego, żeby to nadzorować. Oni są zadowoleni, że mogą pracować manualnie, ja że nie muszę zgryzać kości.

Kolejnym etapem jest usamodzielnienie się neurochirurga. Ze względów formalnych dzieje się to zazwyczaj po zakończeniu procesu specjalizacji, czyli złożeniu Lekarskiego Egzaminu Specjalizacyjnego i uzyskaniu tytułu specjalisty neurochirurga. Można wówczas samemu przyjmować i kwalifikować pacjentów. Co ważne, formalne zakończenie specjalizacji nie oznacza, że młody specjalista będzie samodzielny, wykonując każdy rodzaj operacji. Prostsze zabiegi nerwów obwodowych, np. ciętni nadgarstka, rezydenci wykonują w zasadzie samodzielnie jeszcze przed ukończeniem specjalizacji. Te bardzo trudne i ryzykowane mogą wykonywać pod kontrolą starszych kolegów nawet wiele lat po zdobyciu oficjalnego tytułu. W pewnym sensie *scaffolding* trwa tak długo, jak neurochirurg naśladuje swojego nauczyciela czy mistrza. Dopiero w momencie, gdy odstąpi on od naśladowania i przyjmie własne, zindywidualizowane sposoby operowania, nawet wzorowane na pracy starszych kolegów, możemy powiedzieć, że proces ten się zakończył. Także doświadczeni neurochirurdzy, szkolący się pod okiem specjalistów z innych ośrodków w obsłudze nowoczesnego sprzętu lub wykonując nowy typ operacji, mogą tymczasowo korzystać z nauczania tą metodą.

Scaffolding ma także inny wymiar, związany z negatywną oceną postępów lub możliwości adepta. W odróżnieniu od szkolenia teoretycznego, kończonego egzaminem, szkolenie praktyczne nie jest sproceduralizowane⁵⁹. Dlatego też ewentualne negatywne zweryfikowanie rezydenta odbywa się w sposób nieformalny i może skutkować zniechęceniem, *poważną rozmową* mistrza czy ordynatora z adeptem. Dzieje się tak głównie wówczas, gdy umiejętności praktyczne, panowanie nad stresem, umiejętność podejmowania decyzji itp. nie rozwijają się w kierunku określonym przez normy subkulturowe. Owa *poważna rozmowa* jest rodzajem nieformalnej instytucji, poprzez którą osoby odpowiedzialne za kształcenie rezydentów wykluczają z zawodu osoby, które ich zdaniem nie przeszły weryfikacji wyżej wymienionych umiejętności.

Nauczanie metodą *scaffolding* to rodzaj procesualnego treningu dyscyplinowania ciał nowicjuszy, tak aby stopniowo coraz bardziej kontrolowali je i posługiwali się nimi w sposób pożądaný przez swoje środowisko zawodowe. Nowicjusze uwikłani w zawodowe sieci społeczne przejmują na siebie kontrolę sprawowaną nad własnymi ciałami (Crossley 2006: 22). Kontrola nad własnym ciałem, jego

⁵⁹ Może to wynikać z panującej w medycynie hierarchii wiedzy, w której wiedza teoretyczna, w szczególności wysokospecjalistyczna jest ceniona dużo wyżej niż wiedza praktyczna, w tym ucieleśniona.

funkcjami, umiejętnościami jest oddawana nowicjuszowi stopniowo, wówczas gdy mentor upewni się, że cielesne nawyki ucznia zostały „ukształtowane” zgodnie z wymaganiami środowiska zawodowego.

Zmysły w pracy neurochirurga

Zmysły i umiejętność interpretowania informacji z nich pochodzących stanowią istotną kompetencję w pracy neurochirurga. Do głównych zmysłów używanych w trakcie operacji należą wzrok i dotyk, ale zdarzyło mi się zaobserwować, że dzięki węchowi operator wpatrzony w mikroskop zapobiegł przypaleniu obłożenia przez pęsetę bipolarną⁶⁰. Z uwagi na bardzo małe łożo operacyjne wzrok operatora jest często, a dotyk prawie zawsze, zapośredniczony. Używanie zmysłów przez neurochirurga jest uwarunkowane społecznie, uzależnione od norm kulturowych i używanej technologii (por. Harris 2021: 2, 9).

Wzrok to zmysł, który jest zapośredniczany na dwa sposoby, w trakcie przygotowań do operacji i w jej trakcie. Przygotowując się do operacji, neurochirurg wykorzystuje badania obrazowe, które sprawiają, że niewidoczne, ukryte pod skórą czy kośćmi staje się uwidocznione. Na podstawie tych obrazów „zagląda” do wnętrza ciała pacjenta i na tej podstawie podejmuje decyzje operacyjne (wsparte przez aktora pozaludzkiego – *nonhuman actor*, Law 1992: 382–383). Badania obrazowe mogą być wykonywane także śródoperacyjnie np. wówczas, gdy operator chce się upewnić, czy jest we właściwym miejscu, czyli czy otwarcie zapewni mu dojście np. do guza lub też w sytuacji opisanej przez doktor Jesionowską:

Mamy kupione USG śródoperacyjne na blok i tego USG używamy po prostu namiętnie. Naprawdę, do każdego guza bierzemy to USG i w momencie, kiedy nam się makroskopowo wydaje, że już ten guz jest usunięty, to zawsze przykładamy USG, bo często jest tak, że te guzy, które nie mają takiej ładnej granicy w mikroskopie, że one mimo wszystko bardzo dobrze wyglądają w USG.

Drugim rodzajem zapośredniczenia wzroku jest wykorzystywanie lupy lub mikroskopu neurochirurgicznego. Oba te urządzenia, w różnym stopniu, powiększają obraz łoża operacyjnej i doświetlają go, dając tym samym dostęp do tkanek i struktur niewidocznych gołym okiem. Pozwala to na podejmowanie decyzji dotyczących kolejnych kroków operacji, o czym opowiada doktor Jabłoński⁶¹:

⁶⁰ Pęseta bipolarna służy do przypalania tkanek, dzięki czemu operator może zamknąć małe naczynia krwionośne i zapobiec upływowi krwi.

⁶¹ Wywiad z wykorzystaniem materiałów wideo.

pod mikroskopem widać, czy to jest naczynie, czy to jest struktura beznacyniowa [...] Widać po prostu, czyli kaliber jest inny tego naczynia. Czyli większa jest żyła, niż takie pasmo pajęczynówki no i żyła jest dość charakterystyczna, jest taka niebieska wypełniona krwią. A pajęczynówka nie jest, jest taka połyskująca. [...] Ona jest taka półprzezroczysta, a żyła już nie jest przezroczysta, no bo w środku płynie krew.

Zaobserwowane przez neurochirurga tkanki i ich strukturę porównuje on do obiektywnych standardów, np. do zapamiętanego z podręcznika lub z poprzednich operacji obrazu zdrowej tkanki lub czystej łoży chirurgicznej (Sennett 2010: 201).

Wprowadzenie do powszechnego użytku mikroskopu neurochirurgicznego spowodowało, że operacje stały się znacznie bezpieczniejsze i bardziej komfortowe dla operatora. Jak pisze Henry Marsh (2016: 39), brytyjski neurochirurg: „Nowoczesne binokularne mikroskopy operacyjne to prawdziwy cud techniki. Kocham ten, którego używam, dokładnie tak, jak dobry rzemieślnik kocha swoje narzędzia”. Używający ich operator musi nauczyć się korzystać ze zmysłu wzroku za ich pośrednictwem. Wiąże się to przede wszystkim z koniecznością zweryfikowania sposobu, w jaki mikroskop odzwierciedla rzeczywistość. Dlatego przed użyciem mikroskopu operator robi rodzaj „kalibracji”: kontrolnie ogląda swoje dłonie w rękawiczkach, aby poznać skalę powiększenia i odnieść ją do realnej wielkości operowanych zmian. Takie korzystanie z urządzeń zapośredniczających zmysły jest elementem ostrzenia narzędzia i wcielania tychże urządzeń do cielesności adepta neurochirurgii. Tak opisuje ten problem doktor Lipowski:

Jest to pewien problem na początku [...], mikroskop jest to coś innego, no operujemy tu, a patrzymy tam. To jest pewne do wyćwiczenie, że biorę, wkładam w taką tam przestrzeń, patrzę [gdzie indziej – przyp. D.B.O.] i ta ręka od razu ma trafić tam, póki nie widzę narzędzia, tak? Tylko ono ma trafić tam, bo ja je widzę dopiero na samym końcu. Więc to jest takie, no. Też czasami operuję, nagle się gubię, muszę spojrzeć, albo ktoś mi rękę poprowadzi. Zazwyczaj to jest tak, że od razu trafiam. Człowiek jest skupiony jednak.

Drugim zmysłem, który ma kluczowe znaczenie w pracy neurochirurgicznej, jest dotyk. Podczas pierwszego kontaktu z pacjentem w gabinecie lekarskim neurochirurg oprócz obejrzenia zapisu badań obrazowych przeprowadza pełne badanie neurologiczne, którego częścią jest dotykanie pacjenta w celu diagnostycznym. Największe jednak znaczenie dotyk ma w trakcie operacji. Jak pisze Richard Sennett (2010: 193–194):

mózg otrzymuje o wiele bardziej wiarygodną informację dzięki dotykowi aniżeli dzięki zwodniczemu zmysłowi wzroku. [...] W języku znajdujemy takie określenia jak na przykład „chwycić” (w sensie „rozumieć”). Odzwierciedlają one ewolucyjny dialog między ręką a mózgiem.

Powyższe odniesienie do kwestii języka ma odzwierciedlenie także w najczęstszej z metafor używanych przez neurochirurgów do opisywania przebiegu pracy w łóżu operacyjnej, metaforze wyprawy. Operacja w tym się do niej upodabnia, że ma ona jakiś cel, zatem należy ją zaplanować i realizuje się ją w założonym schemacie. Podobnie neurochirurg kształtuje drogę do celu operacji, reagując na bieżąco na wymagania sytuacji operacyjnych. Jak stwierdził jeden z neurochirurgów: *Robimy sobie drogę do tętniaka*. Inne słowa używane w odniesieniu do operacji to: *wejść, dojść, dojście, być gdzieś* (w jakiejś części mózgu), *nie wiedzieć, gdzie się jest, dotrzeć, rozejrzeć się*. Wydaje się, że kwestia dotyku jest w tym przypadku kluczowa – operator, dotykając poszczególnych tkanek, separując kolejne warstwy, rzeczywiście podróżuje w głąb ludzkiego mózgu. Neurochirurg podróżuje poprzez czubek używanego przez siebie narzędzia. Za jego pomocą osiąga cel tej wyprawy, np. usunięcie guza czy zamknięcie naczynia.

Dotyk zapośredniczony przez narzędzia neurochirurgiczne jest istotnym narzędziem diagnostycznym. Dzięki uzyskiwaniu informacji o tkankach podczas dotykania ich narzędziami operator podejmuje decyzje o podjęciu kolejnych kroków. Bez umiejętności ocenienia np. kruchości naczynia, odróżnienia tkanki patologicznej od zdrowej, twardości guza podejmowane decyzje mogłyby powodować powikłania pooperacyjne. Tak opowiada o tym zagadnieniu doktor Leszczyński⁶²:

To jest kawałek kamienia, czy może jajo, coś twardego doczepione do tego naczynia. I wtedy takie sobie zakładanie klipsa kończy się, że albo się coś rozwała, albo ten klips się zsuwa, zamyka naczynie i robi się niedokrwienie. Dlatego cała zabawa polega na tym, żeby go ze środka uczynić klipsowalnym. To znaczy, wypróżnić te skrzepy ze środka, on wtedy będzie miękki i wtedy dopiero założyć [klips – przyp. D.B.O.].

Dotyk, w niektórych sytuacjach niezapośredniczony, pozwala także ustalić położenie istotnych punktów anatomicznych. Dzięki ich wyznaczeniu neurochirurg może łatwiej „odnaleźć się” w anatomii pacjenta, aby zaznaczyć na skórze linie cięcia (Harris 2021: 10). Jest to jednak możliwe jedynie w przypadku operacji nerwów obwodowych, tak jak to opisuje asystent, doktor Jodłowski⁶³, odnosząc się do zabiegu cieśni nadgarstka:

Tu jest taka linia Kaplana. [...] Ja sobie ją wyznaczam, pokonując kąt prosty kciuka i starając się, jeżeli tylko można, wyczuć kość haczykowatą. U osób starszych, gdzie są chude ręce, można wyczuć. I to jest mniej więcej drugi brzeg. I rysuję sobie taką linię albo generalnie biorę długopis i robię tak [pokazuje rysowanie na dłoni badaczki – przyp. D.B.O.] [...], tu będzie kość gruszkowata, a tu mniej więcej – wyrostek

⁶² Wywiad z wykorzystaniem materiałów wideo.

⁶³ Wywiad z wykorzystaniem materiałów wideo.

haczykowaty. O, w tym miejscu wyrostek haczykowaty [cały czas rysuje na nadgarstku badaczki] [...] i teraz prowadzę taką linię, jeszcze prosząc pacjenta, żeby wykonał taki ruch, czyli dotknął ten palec z tym [pokazuje] i wyprostował te ręce. Wtedy uwidacznia się tutaj ścięgno [...], wystarczy, że sobie zaznaczę brzeg przysrodkowy i wiem, że od tego paliczka rysuję sobie linię prostą [...] i robię tą linię. I to jest linia nacięcia skóry.

W trakcie kontaktu poprzez dotyk dochodzi do ciekawej interakcji z patologicznymi tkankami. Neurochirurdzy na swój sposób antropomorfizują np. guz czy tętniak i zaczynają prowadzić z nimi interakcję – namawiać do odsłonięcia się czy poddania opróżnianiu (por. Fijewska 2022: 281; por. Sennett 2010: 158; por. *nonhuman actor* w teorii aktora-sieci: Latour 1996: 373). Zdarza się, że w szczególnie trudnych momentach operacji operator klnie, zwracając się do tkanki lub zmiany. Podczas jednej z obserwowanych przeze mnie operacji, kiedy młody pacjent miał usuwanego bardzo złośliwego guza nowotworowego, lekarz starał się pozbyć jak najwięcej chorej tkanki, ale guz był mocno zrośnięty z tkanką mózgu. Cały zespół stał przejęty wokół stołu operacyjnego, a operator badał narzędziami okolice guza, starając się wyczuć dotykiem granice pomiędzy tkankami. Gdy nie widział możliwości dalszego usuwania nowotworu bez ryzyka niedowładów, rozładował napięcie emocjonalne, używając pod adresem guza wulgarnych słów.

Zapośredniczenie dotyku polega także na konieczności pracy w rękawiczkach chirurgicznych. Adeptci neurochirurgii muszą je wcielić do swojej cielesności (Merleau-Ponty 2001). Na początku kariery przeszkadzają one, wymagają innego traktowania przedmiotów. Pewność dotyku większa jest dla gołych dłoni, mniej dokładna w pojedynczych rękawiczkach, a najmniej w podwójnych. Jak opowiada asystent, doktor Grabowski, czułość i pewność ruchu w rękawiczkach:

[n]a pewno jest mniejsza, no bo rękawice powodują, że jest grubsza skóra, rękawice też są śliskie jak są mokre, a tam dużo na przykład się polewa w polu operacyjnym, więc na pewno pewność jest lepsza, jak jest jedna rękawiczka. Najlepsza by była, jakby było zero rękawiczki i nic nie byłoby mokre, tak? [...] to kwestia bardziej predyspozycji. Takie coś to się widzi po kilku latach operacji, każdy widzi, które rękawiczki mu bardziej pasują, czy grubsze, czy cienie, z której firmy i tyle.

Radzenie sobie z zapośredniczeniem dotyku jest elementem socjalizacji zawodowej i odbywa się poprzez usamodzielnianie ciała. Wykonywanie kolejnych czynności w rękawiczkach ma spowodować wykształcenie nawyków związanych z ich używaniem i wspomniane już wcielenie tego obiektu do cielesności operatora. Gdy to nastąpi i neurochirurg korzysta z rozmaitych narzędzi swobodnie, ciało w pewnym sensie uzależnia się od nich. Tak opowiada o tym zjawisku doktor Jodłowski:

jak już się trochę nauczy, przyzwyczai się do tego, to nie zwraca na to uwagi, a wręcz narzędzia stają się doprecyzowaniem naszych palcy, rąk. Więc jak nauczymy się z nimi obchodzić, trzymać je, to potem już bez nich nie potrafimy, tak?

Adeptci medycyny są uczeni, jak przeprowadzać badania, używając zmysłu dotyku jako narzędzia diagnostycznego. Podobnie jak w przypadku innych technik pracy poprzez ciało, nauczanie to przebiega *implicite*, nie polega na dokładnym instruktażu. Przekazywanie wiedzy ucieleśnionej polega raczej na porównywaniu wyników pracy do wzorca, jakiego dostarcza nauczyciel, i przyjmowaniu legitymizowanej przez niego interpretacji. Tak o nabywaniu tej wiedzy opowiada specjalistka, doktor Jesionowska:

pani doktor [na zajęciach neurologii na studiach – przyp. D.B.O.] zawsze starała się nam znaleźć pacjentów z różnymi schorzeniami, prowadziła nas do tego człowieka i „zbadajcie, jak zbadacie, to po prostu później zbadamy go jeszcze raz i ustalimy wspólną wersję”. I to było po prostu na tej zasadzie: „no popatrzcie na napięcie mięśniowe u tego pacjenta albo popatrzcie, jak on reaguje na przykład na stuknięcie młotkiem i że jak taką reakcję obserwujecie, to to jest na przykład wygórowany odruch”, tak? Albo że „to jest zbyt wysokie napięcie mięśniowe”.

Informacje uzyskiwane poprzez zmysły nie zawsze są odbierane przez neurochirurgów w sposób uświadomiony. Oprócz opisanych już wzroku i dotyku duże znaczenie w podejmowaniu decyzji śródoperacyjnych przez operatora ma intuicja, bazująca na odczuciach ciała – często odczuciach pochodzących z brzucha (Katz 1999: 40). Są to zazwyczaj sygnały subtelne, niewerbalizowalne, z których neurochirurg wnioskuje na podstawie swojego doświadczenia. Intuicja ta przejawia się w zdolności do dokładnego i szybkiego reagowania i podejmowania decyzji na podstawie nieuświadomionych przesłanek. Neurochirurdzy opierają się na niej także w sytuacji, gdy potrzebują ustalić priorytety swoich działań lub powstrzymać się od działania (Abernathy, Hamm 1995: 22). Intuicja daje także poczucie pewności – głębokiej, niepodważalnej prawdy (Hilden 1991). Wielokrotnie podczas prowadzenia wywiadów z wykorzystaniem materiałów wideo pytałam moich rozmówców, skąd wiedzieli, z jaką siłą podnieść dane naczynie, w którym miejscu przyłożyć narzędzie, by odsunąć tkanki od siebie. Często słyszałam, że nie umieją odpowiedzieć na to pytanie, że po prostu wiedzą (por. Abernathy, Hamm 1995: 3). Padły też odpowiedzi odwołujące się do doświadczenia, np. *wiem to, bo pracuję na tym oddziale dwadzieścia pięć lat*.

W związku ze zmieniającym się warsztatem chirurgii jako specjalności zmienia się także sposób postrzegania zmysłów chirurga. Przed erą antyseptyki i anestezjologii, gdy operacje wykonywano na żywo, najważniejszym przymiotem chirurga była szybkość (Morris 1936: 32–33). Dziś neurochirurg dotyka rany chorego poprzez narzędzia, a nie palcem, jak było to zalecane przez dr. Morrisa

w książce z przełomu XIX i XX wieku. Operowanie *paluchami* jest dziś uważane za *nieładne*, czyli niezgodne z normami dobrze wykonanej operacji. Natomiast na przełomie XIX i XX wieku chirurdzy właśnie palcami badali zrosty i łożę operacyjną, o czym świadczy poniższy cytat (Morris 1936: 236):

Zmysł dotyku jest o wiele dokładniejszy aniżeli zmysł wzroku, jako bliższy nam osobiście. Palec, wyćwiczony w orjentowaniu⁶⁴ się pośród zrostów, wyczuwa na daleki dystans „zarys” zagrzebanego jajnika czy pęcherzyka żółciowego. Mój stary przyjaciel [...] mówił, że, ilekroć dostawał się pomiędzy powikłane zrosty, doznawał uczucia, że chciałby poprosić kogoś, aby zawiązał mu przepaską oczy.

Kiedyś dotyk, dziś wzrok, wspomagany przez lupę czy mikroskop jest zmysłem wiodącym.

Przeszkody w pracy poprzez ciało

Indywidualne uwarunkowania cielesności neurochirurga mogą stanowić przeszkody w realizowaniu działania głównego. Mogą mieć one istotny wpływ na przebieg kariery neurochirurgicznej, a niektóre z nich mogą spowodować jej przerwanie lub zakończenie. Jak wynika z moich rozmów z badanymi, do takich przeszkód należy np. jakakolwiek niepełnosprawność. Praca w zawodzie neurochirurga jest w przypadku takiej osoby praktycznie niemożliwa, z uwagi na wymagania działania głównego.

Wielu neurochirurgów wspominało także, że w ich zawodzie poważnym problemem jest otyłość. Ogranicza ona ruchy, ponadto dodatkowo obciąża kręgosłup, co powoduje, że trudniej jest wytrzymać w pozycji wymuszonej. Podczas badań w grupie neurochirurgów zauważyłam także, że otyłość jest oceniana bardzo negatywnie. Wynika to zapewne z tego, że wielu pacjentów zgłaszających się do neurochirurgów potrzebuje leczenia operacyjnego oraz czasami długotrwałej rehabilitacji z powodu otyłości, która wzmaga schorzenia kręgosłupa.

Innym ograniczeniem natury zdrowotnej jest uzależnienie od alkoholu lub narkotyków albo niekontrolowane zaburzenia natury psychicznej. W ten sposób uzasadnia to doktor Jabłoński, specjalista:

jak ktoś ma problem z alkoholem, to nie ma/ to nie jest dla niego miejsce, to jest od razu, to jest pierwsza rzecz. No jakby miał z narkotykami, a tu w historii tej kliniki był taki facet, który też dostał kopa. To na pewno takie rzeczy. W ogóle jakieś zaburzenia psychiczne, powiedzmy słabo kontrolowane, prawda? No bo jak ktoś ma depresję i bierze leki, wszystko gra, no to może sobie pracować, to nie ma problemu, ale no

⁶⁴ Pisownia oryginalna.

z psychozą na pewno, nawet dobrze leczoną, no to raczej nikt by nie powierzył takiej pracy, gdzie tutaj często się jest też samemu, po nocach, prawda? No to sobie nie wyobrażam. [...] był tu kolega z tymi, z problemami alkoholowymi, ale dostał po prostu kopa takiego w tyłek, że ma się pozbierać i się pozbierał, no. Przynajmniej częściowo się pozbierał, no bo tu pracuje cały czas.

Przeszkodą w realizacji kariery neurochirurgicznej nie jest leworęczność. Jest to uwarunkowanie, które w pewnym zakresie można modyfikować poprzez ćwiczenia. Jeszcze na studiach leworęczni adepci medycyny rozwijają sprawność prawej ręki. Służą do tego określone ćwiczenia, które opisuje doktor Brzozowska, leworęczna specjalistka:

Musiałam się nauczyć tą ręką [lewą – przyp. D.B.O.] trzymać to imadło i nitkę, i prawą ręką prowadzić to szycie, a nie lewą, jak normalnie bym cerowała skarpetkę. [...] człowiek już na studiach na chirurgii, czy będąc na stażu na chirurgii, takim w wakacje miesięcznym, to też uczy się posługiwania narzędziami prawą ręką też. Nawet na zajęciach z chirurgii na piątym roku czy na czwartym, kiedy wszyscy ochoczo szyjemy banana, skórę z banana, to tak posługujemy się prawą ręką. Także ja widzę od razu, że mam problem, że jestem leworęczna. Muszę się już w tym momencie, jeśli chcę zostać chirurgiem, de facto przestawić, żeby używać tej prawej ręki. Uczyć się faktycznie zszywać prawą, prawą ręką. Czasami też człowiek ćwiczy w domu, bo też można sobie kupić nitki, banana i ten sprzęt już na allegro [...] i ćwiczyć, ćwiczyć, ćwiczyć. Bez tego nie ma jakby ruchu.

W neurochirurgii wystandaryzowana, domyślna cielesność operatora jest praworęczna. To dla osób praworęcznych przystosowywane są zarówno sposoby uczenia na studiach, o czym mówiła doktor Brzozowska, jak również standardowe narzędzia czy organizacja sali operacyjnej, w tym podział na strefę czystą i brudną oraz ustawienie innych osób (głównie instrumentariuszki i asystenta) i sprzętów. Ta domyślna cielesność jest zinternalizowana w procesie socjalizacji wtórnej także przez osoby leworęczne. Opowiada o tym jeden ze specjalistów:

Ja na przykład jestem osobą leworęczną i jakby dla mnie na przykład ustawienie przy stole jest zupełnie inne niż dla ludzi praworęcznych. I im [starszym kolegom – przyp. D.B.O.] nie jest łatwo pracować ze mną. Tak samo mnie nie pracuje się dobrze ze wszystkimi [...]. Instrumentariuszki z reguły są szkolone tak, że dla chirurgów praworęcznych. Dla praworęcznych jest kwestia ułożenia, to gdzie stoimy przy stole też decyduje. Dzisiaj żeśmy operowali, to operator główny zawsze stoi po lewej stronie, a asysta może stać po prawej. Tak jest w przypadku osoby praworęcznej. Mi jest bez znaczenia. Ja wolę stać jako asysta niż jako główny operator. Wielokrotnie wtedy, kiedy ja operuję, jestem pierwszym operatorem i mam asystę, to ja stoję na miejscu asysty. Tak samo instrumentariuszkom pewnie nie jest łatwo ze mną współpracować. [...] jestem oburęczny i czasami nie wiem, którą bym chciał ręką skorzystać, bo mi jest to bez znaczenia, ewentualnie mam swoją ulubioną w takich precyzyjnych ruchach.

Pomimo iż dostępne są narzędzia dla neurochirurgów leworęcznych, ich używanie nie jest popularne w polskich warunkach. Ciało neurochirurga jest kształtowane również pod wpływem warunków organizacyjnych, w tym związanych z finansowaniem ochrony zdrowia i dostępnymi narzędziami. Jednym z takich przykładów jest konieczność wytrenowania prawej ręki przez neurochirurgów leworęcznych do obsługi narzędzi dla praworęcznych. Jak twierdzą moi badani, „na Zachodzie” istnieją i są używane narzędzia dla leworęcznych, ale są one drogie i polskie placówki nie kupują ich, mając tylko jednego takiego neurochirurga w zespole.

Oprócz istniejących, lecz rzadko stosowanych w Polsce narzędzi dla osób leworęcznych, w specjalistycznych podręcznikach neurochirurgii opisane jest także, jak wykonać określoną procedurę (np. wejście do danego rodzaju guza) w zależności od tego, czy neurochirurg jest prawo-, czy leworęczny. Warto zauważyć tę zależność. Gdy podręcznik lub np. kurs na studiach ma charakter ogólny, przygotowujący, wówczas zawarte w nim informacje odnoszą się do cielesności domyślnej, czyli praworęcznej. Gdy zaś opisywane są praktyczne wskazówki, wówczas autorzy biorą pod uwagę rękę wiodącą operatora.

Jak wynika z wypowiedzi badanych i z moich obserwacji na sali operacyjnej, neurochirurdzy, zarówno prawo-, jak i leworęczni mają wysoko rozwiniętą oburęczność. Zatem także praworęczni neurochirurdzy starają się ćwiczyć obie ręce, w tym wykonując np. proste, codzienne działania lewą ręką⁶⁵. Oburęczność jest istotnym atrybutem neurochirurga, natomiast jak opowiada leworęczny specjalista, dla większej efektywności pracy:

[z]awsze dobrze jest mieć jedną dominującą rękę, bo wydaje się, że to jest taka ręka, której się po prostu bardziej ufa. Ja mam akurat taką sytuację, że do bardziej precyzyjnych ruchów to wolę to wykonywać lewą ręką, a bardziej siłowe prawą.

W tej wypowiedzi możemy zauważyć, że neurochirurg opisuje swoje ciało jako narzędzie, którego jeden fragment – lewa ręka jest celowo używany do innych zadań, niż inny – prawa ręka. Taki funkcjonalny podział własnego ciała staje się elementem świadomości ciała neurochirurga (podobnie jak dyrygenta, o czym jest mowa w dalszej części książki) (Hirschhauer 1991). Percepcja, ale i używanie własnego ciała jest określane przez wymagania zarówno wykonywanego zawodu, jak i wymagania sytuacyjne w trakcie operacji, co dowodzi społecznego konstruowania cielesności. Wymagania te zostały uogólnione i sformalizowane w postaci opisanych w podręcznikach neurochirurgii standardowych wejść.

Innym, istotnym czynnikiem mającym wpływ na realizację działania głównego poprzez ciało są zmiany wynikające z wieku. Podobnie jak w przypadku

⁶⁵ Jest to działanie, które można zaklasyfikować jako ostrzenie narzędzia.

cech wrodzonych, neurochirurg może nimi zarządzać jedynie w pewnym zakresie, gdyż nie ma nad nimi pełnej kontroli. Tak opowiada o tym problemie specjalista z długim stażem, doktor Sosnowski:

to jednak jest precyzyjna robota, przychodzi, myślę, taki moment, kiedy ręce odmawiają nam posłuszeństwa. Grabieją i nie jesteśmy w stanie jej w odpowiedni sposób wykonywać, więc swego rodzaju kalectwo, no po prostu starość.

Podobnie jak cechy wrodzone, zmiany wynikające z wieku operatora są uznawane za takie, których w dłuższym czasie neurochirurg nie jest w stanie przezwyciężyć, które są poza jego kontrolą. Można natomiast podejmować określone działania, które pozwolą na pozostanie w zawodzie. Mogą one przyjmować postać długofalowych strategii zarządzania karierą (Strauss 1987; Wagner 2011), czyli takiego rozłożenia różnych składających się na nią obowiązków, aby w późniejszym wieku praca operacyjna miała mniejsze znaczenie, jak planuje zrobić to doktor Jabłoński:

ja sobie wyobrażam, że tak do sześćdziesiątki to bym powiedział na pełny gwizdek operacyjnie popracował, ale na dyżury to już se tak/ bo najlepiej by było, jakbym jeszcze z dziesięć lat podyżurował, potem już dał spokój. Ale od sześćdziesiątki to myślę, że takim, no idealnym właśnie to jest jakieś lądowanie, ze studentami zajęcia tak, żeby jeszcze jakieś tam parę groszy zarobić, a nie tracić kontaktu z pracą, ale to według mnie trzeba zaplanować, bo nie wyobrażam sobie, że z dnia na dzień tak człowiek pracuje, pracuje i z dnia na dzień idzie na przykład na emeryturę i nic nie robi, to... W takim zawodzie. No nie wiem, no to prawdopodobnie za długo by się nie pożyło, nie?

Działania te mogą mieć także mniej strategiczny, a bardziej doraźny charakter. Polegają one wówczas na minimalizowaniu wpływu wieku na sprawność np. poprzez wykorzystanie technologii. Sprzyja temu rozwój instrumentarium medycznego, skracającego czas trwania operacji. Ponadto nabyte przez lata pracy doświadczenie pozwala na bardziej efektywne wykorzystanie ciała w pracy, np. unikanie niepotrzebnych, a męczących ruchów.

Zarządzanie ciałem – efektywne wykorzystanie zasobów ciała i zaspokajanie jego potrzeb

Ciało jako narzędzie pracy neurochirurgów wymaga takiego traktowania, aby mogło efektywnie funkcjonować, nie sprawiać kłopotów, umożliwiać dostosowywanie się do wymogów zawodu na przestrzeni wielu lat trwania kariery zawodowej. Z rozmów z badanymi wynika, że istnieją społecznie wypracowane sposoby radzenia sobie z tym problemem. Społeczne konstruowanie cielesności w zawodzie neurochirurga ma charakter ponadśrodkowy, ponieważ podobne wskazówki dotyczące np. nienachylania się nad polem operacyjnym, siadania przy operacjach

głowych odnalazłam nie tylko w wywiadach, ale także w literaturze (Marsh 2016). Przyczyna tego stanu rzeczy leży zapewne w wymianie kadr i edukacji na stażach, oraz w tym, że podobny kontekst pracy, korzystanie z tych samych podręczników i urządzeń powoduje podobne sposoby działania. Poniżej opiszę kilka rodzajów strategii zarządzania ciałem, podporządkowanych wymaganiom zawodu.

Unikanie jest strategią zarządzania ciałem polegającą na świadomym i celowym niepodejmowaniu ryzykownych działań, np. sportów urazowych. Strategia ta najczęściej pojawia się na późniejszym etapie kariery. Starsi stażem specjaliści często kalkulują, czy ryzyko uprawiania jakiegoś sportu nie jest zbyt duże. Od sprawności fizycznej zależy przyszłość zawodowa neurochirurga, a przez to i sytuacja finansowa jego/jej rodziny. Staje się wówczas bardziej ostrożny i, jak mówi doktor Jabłoński, działa

raczej zdroworozsądkowo, żeby w ogóle se krzywdy nie zrobić, ale rzeczywiście jakbym sobie złamał rękę, czy nie daj Boże jakiegoś czaszkowo-mózgowego urazu doznał, no to byłby to koniec, prawda? A u nas jest o tyle źle, że człowiek nic więcej nie potrafi, no bo co? Prawda? Są bardziej uniwersalne jakieś takie zawody czy specjalności. Taki internista to w zasadzie gdzie by nie poszedł, to znajdzie pracę, a my?

Drugim rodzajem strategii jest utrzymywanie ciała w dobrej formie poprzez uprawianie mało ryzykownych sportów. Po pierwsze, dzięki uprawianiu sportu neurochirurg zachowuje i rozwija możliwości dostosowywania swojego ciała do sytuacji operacji. Istotną kwestią jest tutaj zachowanie szczupłej sylwetki, która nie ogranicza ruchów, pozwala na przybranie wielu pozycji, dotarcie do trudno dostępnych miejsc w polu operacyjnym. Mówi o tym doktor Lipowski:

Walczę też o to, żeby potem być w dobrej formie, bo jakbym ważył te dwadzieścia kilo więcej, to nie będę sobie dawał rady (śmiech) [...], jest zależność. Taka wydolność zmniejsza się. Patrząc na neurochirurgów z [innego szpitala – przyp. D.B.O.], paru grubszych, no to jednak jest problem. Te ruchy są [bardziej ograniczone – przyp. D.B.O.], no u takich już bardzo grubych.

Innym celem uprawiania sportu jest utrzymanie ciała w dobrej formie, pomimo wykonywanego zawodu. Sport ma wówczas na celu rekompensowanie zasobów ciała wykorzystywanych podczas pracy. Co istotne, neurochirurdzy poszukują najbardziej efektywnych sposobów, aby zrealizować ten cel. Kalkulują, który rodzaj aktywności umożliwi im utrzymanie narzędzia w formie. Tak o tym problemie opowiada doktor Jesionowska:

Ja jak przyszłam do pracy, to miałam spore problemy z bólem pleców. I te plecy naprawdę potrafiły mnie boleć, ja tam już mieszałam tymi nogami, bo to trochę pomagało. Gdzieś tam na jakimś steperze sobie, na takim stoleczku sobie ją stawiałam, no bo to gdzieś tam stawy krzyżowo-biodrowe odciąża, ale zdarzało mi się, że ja te plecy

czułam [...]; wróciłam na siłownię, [...] znalazłam sobie trenera personalnego i powiedziałam, jak wygląda sytuacja, że mnie bolą te plecy, że te zabiegi są długie, że one potrafią trwać sześć, osiem godzin na stojąco [...], no też kręgosłup się często w tych ołowianych płachtach operuje [...], no ale to też jest obciążenie. I my zaczęliśmy pracować nad tymi plecami. I tak powiem uczciwie, że nie pamiętam, kiedy mnie ostatni raz bolały plecy.

Uprawianie sportu i wysiłek fizyczny mają także inny efekt, wpływający pozytywnie na realizowanie działania głównego. Umożliwiają one odreagowanie negatywnych odczuć i emocji wynikających z trudnych sytuacji pojawiających się w pracy, takich jak powikłania po operacji. Nie jest to jedyna strategia radzenia sobie z emocjami w pracy neurochirurgów, ale jedna z najbardziej efektywnych i niedestrukcyjnych (jak np. alkohol, narkotyki). Dotyczy to w szczególności tych zadań, do których lekarzy nie przygotowuje się w trakcie formalnej edukacji i które nie są elementem wsparcia instytucji. Jak twierdzi doktor Brzozowska, neurochirurg dziecięcy:

Ja bardzo też dużo czasu spędzam na ćwiczeniach. Chodzę na siłownię, staram się dźwigać ciężary. Jakoś tak przynajmniej zmienić to takie zmęczenie psychiczne, bo to głównie zmęczenie jest takie po dyżurach, przekuć na takie zmęczenie fizyczne, żeby jakoś odreagować po tym, po tym dyżurze. Znaleźć siły i chęci na kolejną pracę i kolejny dyżur.

Kolejną strategią zarządzania ciałem jest utrzymywanie równowagi pomiędzy życiem zawodowym i osobistym. Jest to najtrudniejsza do realizacji strategia, z uwagi na uwarunkowania instytucjonalne. Jak stwierdziła jedna z moich rozmówczyń, w okresie ostatnich piętnastu lat liczba lekarzy na jej oddziale zmniejszała się, co spowodowało konieczność częstszego dyżurowania. Czasami zdarza się, że operator musi przyjść do pracy w dzień, kiedy ma zaplanowany czas wolny, ponieważ istnieje konieczność szybkiego operowania jego pacjenta. Możliwość stosowania tej strategii jest zależna od etapu kariery. Opowiada o tym doktor Leszczyński, specjalista z długim stażem pracy:

Na początek to jest właśnie burza i napór i w zasadzie ja stąd, jak byłem młody, to nie wychodziłem, prawda? To tam częściej byłem tutaj niż/ a teraz trzeba zachować jakiś taki [westchnięcie] środek pomiędzy tym, żeby nie/ mieć normalne życie też, no. Czytać książki, oglądać filmy, czy tam co interesuje, to robić, żeby to jakby nie żyć tylko tym. I to bardzo pomaga w pracy. Bardzo.

Istotną, choć traktowaną jako błaha przez moich rozmówców, kwestią są potrzeby fizjologiczne organizmu. Sposoby radzenia sobie z głodem, snem, zmęčeniem i koniecznością korzystania z toalety mogą się wydawać tematem mało istotnym, lecz zarządzanie nimi jest ważnym elementem kompetencji cielesnych

osób pracujących przy długotrwałych operacjach. Zarówno operatorzy, jak i instrumentariuszki dbają o to, aby ciało nie stanęło na przeszkodzie w realizacji operacji. W przypadku operatorów może to dotyczyć także unikania wypicia większej ilości alkoholu czy wcześniejszego wyjścia z imprezy, która odbywa się dzień czy dwa przed zabiegiem. Poza tym, jak zgodnie twierdzą operatorzy, *operacja daje po nadnerczach, jedzie się na nadnerczach*. Oznacza to, że poziom hormonów wynikający z pobudzenia (adrenalina, katecholaminy) przygotowuje ciało do walki i operatorowi nie chce się jeść, pić, nie czuje się zmęczenia. Pobudzenie może trwać nawet kilka godzin po zakończeniu operacji i uniemożliwiać zaśnięcie, o czym opowiada doktor Leszczyński:

wyrzut tych wszystkich hormonów stresu jest tak duży, że ja po nieprzespanej nocy to dokładnie tak samo, się ludzie dziwili. No właśnie tak, te szesnaście godzin, jak sobie dają radę? No to jestem w takim stresie, jakbym był w akcji, no nie? Akcja pod Arsenałem. Nie ma czegoś takiego, że ja bym tam zasnął. No oczywiście, jakby kto inny operował, to było tak kilka razy, tak, to pewnie mi będzie wypominał [nazwisko innego operatora – przyp. D.B.O.] do końca życia, że tam kiedyś, dawno temu tam [imię innego operatora – przyp. D.B.O.] jakiegoś tętniaka mieli trudnego, znaczy on miał, ja mu asystowałem i przyjechał [profesor – przyp. D.B.O.], żeby pomóc, no to [inny operator – przyp. D.B.O.] zasnął tam pod, no to środek nocy był, przy mikroskopie, ja zasnąłem pod ścianą, a on tam dłubał w tym wszystkim.

Sen jest potrzebą fizjologiczną, która w przypadku neurochirurgów prawie nigdy nie jest w pełni zaspokojona. Istnieją organizacyjne rozwiązania tego problemu jak kanapa w pokoju lekarskim, na której neurochirurg może się krótko przespać po dyżurze. Ponadto rezydenci przechodzą swoisty nieformalny trening umiejętności zasypiania w różnych warunkach, o czym pisze Henry Marsh (2016).

W trakcie socjalizacji wtórnej w zawodzie neurochirurga adepci uczą się także m.in. radzenia sobie z głodem i potrzebami fizjologicznymi. Operacje neurochirurgiczne trwają wiele godzin, a środek operacji przypada najczęściej na jej kluczową część. Wyjście w trakcie operacji, np. po 4, 5 godzinach do toalety wiąże się z pozostawieniem pacjenta z np. otwartym mózgiem na 15–20 minut. Tyle bowiem zajmuje *rozmycie się*, zjedzenie czy wypicie kawy, wizyta w toalecie i ponowne *umycie się*. Wbrew pozorom umiejętność zarządzania realizacją tych potrzeb jest istotną kompetencją nie tylko neurochirurga, ale i jego personelu wspierającego. Dotyczy to głównie instrumentariuszki, która, w przeciwieństwie do lekarza anestezjologa czy pielęgniarki pomocniczej, zazwyczaj nie opuszcza sali w trakcie operacji. Organizm neurochirurga musi przystosować się do pracy intelektualnej i fizycznej, w dużym skupieniu bez jedzenia, w tym cukru, który jest istotny dla funkcjonowania mózgu. Jest to jeden z treningów, jaki przechodzą adepci neurochirurgii (Fijewska 2022: 345). Jego przejście umożliwia realizację działania głównego. Moi rozmówcy mówili o możliwości przerwania operacji, by

coś zjeść czy skorzystać z toalety, lecz nie zaobserwowałam, by to robili w trakcie operacji. Dlatego też poniżej przytaczam fragment wywiadu z instrumentariuszką, panią Topolowską, która opisała tę kwestię w rozmowie ze mną:

Wtedy przed samym zabiegiem, przed myciem się do zabiegu, idziemy robić siku. To znaczy ja się staram zjeść śniadanie i mało piję [...]. Jak ja się myję, to ja już kawy nie wypiję. [...] Ale powiem pani, że jest taka blokada jakaś, że w trakcie zabiegu, mimo że jakbym tu była, to ja będę chodziła siku, ale jak stoję przy zabiegu, to mi się nie chce. [...] Czy stres, czy adrenalina, czy / Każdy zabieg jest dla nas stresem.

Możliwość zaspokojenia potrzeb fizjologicznych jest także negocjowana z neurochirurgiem i podporządkowywana sytuacji operacji. Świadczy to o opisanym poniżej przez panią Topolowską zjawisku cielesnego podporządkowywania się osób współpracujących z neurochirurgiem:

Jeżeli jest długi zabieg, a jest na przykład niedziela i jest jedna pielęgniarka. Więc jest taki moment przy zabiegu, że można poprosić operatora, że „Słuchaj, strasznie (już tam jest któraś godzina), strasznie chce mi się siku. Czy możemy zrobić małą przerwę?”. I on, i jeżeli pozwoli, to nie ma sprawy, a jeżeli powie „Słuchaj, a możesz za piętnaście minut, bo teraz tego”. Człowiek widzi, co on robi, nie? Jak będzie krwotok, to ja nie będę sikać.

Zmęczenie

Zmęczenie jest stanem ciała, który jest pewnego rodzaju stałym kontekstem pracy neurochirurgicznej, czy nawet szerzej – pracy lekarzy w polskim systemie ochrony zdrowia. Jak powiedział jeden z neurochirurgów, *do pewnego poziomu zmęczenia człowiek po prostu się przyzwyczaja*. Elementem procesu socjalizacji wtórnej w zawodzie lekarza, wprowadzanym już na studiach medycznych, jest osvajanie zmęczenia i niewyspania (Byczkowska 2006, 2007b) i jest to część cielesnego *hidden curriculum*. Najpierw ucząc się w nocy, później pracując w nocy na dyżurach czy przygotowując się do pracy w wolnym czasie, adepci medycyny internalizują standardy dotyczące wielogodzinnej pracy w szpitalu, na dyżurach, a następnie w poradni. Ponadto wraz z wiekiem następują w ciele zmiany, które są zauważalne przez operatorów. Jest to szybsze wyczerpanie sił w trakcie zabiegu operacyjnego, ale także pogarszający się wzrok (również od używania lupy czy mikroskopu). Owo zmęczenie można podzielić na kilka rodzajów:

- fizyczne – spowodowane długimi godzinami spędzonymi w pozycji wymuszonej;
- emocjonalne – wynikające z silnych emocji związanych z odpowiedzialnością za życie pacjenta;
- intelektualne – wymagające stałego analizowania sytuacji pod kątem wiedzy neurochirurgicznej oraz wielogodzinnego skupienia;

- znużenie – spowodowane wykonywaniem tej samej czynności przez kilka godzin;
- hormonalne – wynikające z nagle podnoszących i opadających poziomów hormonów stresu.

Zmęczenie wynikające ze wzmożonego wysiłku pojawia się szczególnie wtedy, gdy dany rodzaj operacji jest wykonywany przez neurochirurga po raz pierwszy. Drugim przypadkiem jest przeprowadzanie operacji wykonywanej rzadko. Trzeci rodzaj sytuacji to operowanie *na ostro*, gdy operator nie dysponuje wszystkimi wynikami potrzebnych badań, nie ma czasu się do niej przygotować ani zastosować strategii asekuracyjnych (np. odpowiedniej interakcji z chorym i jego rodziną).

Opisana wcześniej świadomość ciała jest ważną kompetencją pozwalającą interpretować symptomy zmęczenia, uniemożliwiające efektywne operowanie. O procesie uczenia się rozpoznawania zmęczenia opowiada doktor Bukowska, specjalistka neurochirurgii zajmująca się m.in. monitorowaniem śródoperacyjnym:

Ale nie powinien w żadnym razie operować poniżej swoich możliwości, tak? Bo wtedy łatwo się pomylić, czegoś nie zauważyć, coś zrobić nie tak i tak dalej. Ale każdy po latach pracy ma pewne objawy, które dla niego samego świadczą, że to już jest ten moment, że nie da rady.

Radzenie sobie ze zmęczeniem jest kolejnym przykładem sprzeczności związanej z wartościami funkcjonującymi w świecie neurochirurgii. Jak mówi doktor Sosnowski:

Przychodzi taki moment, kiedy jesteśmy bardzo zmęczeni i wtedy się poważnie zastanawiamy, rozważamy zakończenie operacji i raz na jakiś czas na takie posunięcie się decydujemy.

Przerwanie operacji i przeniesienie jej dokończenia na następny dzień było wspominane wielokrotnie przez moich rozmówców, jako coś normalnego. Jednak podczas półrocznych obserwacji na oddziale ani razu nie zdarzyło się, aby operator przerwał operację z powodu zmęczenia. Wydaje się, że sprzeczność ta jest spowodowana istnieniem dwóch wartości, dbaniem o dobro pacjenta oraz dbaniem o wysoką pozycję w hierarchii grupowej. Z uwagi na silną męską kulturę organizacyjną istniejącą na oddziale neurochirurgii niechętnie podejmują działania, które mogłyby zostać zinterpretowane przez ich kolegów jako objawy słabości. Innym tego rodzaju przykładem jest rzadkie radzenie się kolegów odnośnie do skomplikowanych przypadków pacjentów. Obie wartości są przez neurochirurgów zinternalizowane, jednak sytuacyjnie dokonują oni najczęściej wyboru pozwalającego na zachowanie wizerunku osoby samodzielnej i radzącej sobie, o ile nie zagraża to w znacznym stopniu dobru chorego.

Wpływ kultury organizacyjnej na interpretację zmęczenia i podejmowane wobec niego działania potwierdza także poniższa wypowiedź asystenta, doktora Grabowskiego. Praca w zmęczeniu jest na tyle istotną normą w zawodzie neurochirurga, że sprostanie jej może być źródłem dumy, w szczególności u młodszych adeptów neurochirurgii:

Tutaj czasami zabiegi trwają, na przykład kręgosłupów, stabilizacji czy na przykład takie dłuższe mózgowe, jakieś guzy kąta mostowo-mózdkowego, to są zabiegi, które potrafią trwać dłużej niż dwanaście godzin, tak? [...] No, raz guz kąta, tutaj pamiętam, jak przyjechałem, to dobie w zasadzie trwał zabieg (3) także/ a jeszcze byłem po trzech dobach ciągłego dyżuru w nocnej pomocy, także to był jakiś dramat tutaj. Ale no wszystko wystąpiło, na stojąco cały zabieg, bez żadnego wyjścia, także tu byłem bardzo dumny z siebie.

Zmęczenie jest kosztem, jaki neurochirurg ponosi, realizując istotne wartości. Można do nich zaliczyć wykonywanie trudnych operacji, ale także pomoc chorym. W poniższym cytacie z wypowiedzi doktora Jabłońskiego także widać, że zmęczenie, jego określony rodzaj, może stanowić nagrodę za wysiłek:

Znaczy ja się trochę wyżywam, bo ja jestem taki nie tego, jestem dość żywotny. W tym sensie ja się wyżywam w tym, w tej pracy, bo ja potrzebuję no robić coś dużo i coś trudnego, tak sobie wymyśliłem i to właśnie spełnia to, tak? Lubię być zmęczony po tej pracy, to jest bardzo przyjemny rodzaj zmęczenia. Tym bardziej, jak to zmęczenie, nagrodą za to zmęczenie jest to, że się zrobiło coś trudnego i oczywiście jakby/ a zwieńczeniem tego jest to, że chory jest zdrowy, prawda? Przyszedł chory, a jest zdrowy, no. To wie pani, no to jest, to jest uskrzydlające, to nie ma dwóch zdań. Może to nie jest tak, że ja się w tym jakoś rozpływam, to jest raczej taki jak narkoman, że to przez chwilę tylko jest ten, ale to jest bardzo ważne dla mnie, to jest super po prostu.

Emocje w pracy neurochirurga

Pracy neurochirurga towarzyszą silne emocje (por. Morris 1936: 51). Do pozytywnych należą głównie te, które wynikają z pomyślnie zakończonej operacji czy szerzej pojętego leczenia: satysfakcja, zadowolenie, ulga. Można też powiedzieć, że z uwagi na wysoki prestiż zawodu neurochirurga czerpią satysfakcję z przynależności do tej grupy zawodowej. W przypadku szczególnie trudnych operacji lub wykonywanych po raz pierwszy operatorom towarzyszy duma. Zarówno starsi stażem operatorzy, jak i młodszy asystenci wspominali często podczas wywiadów o swoim uzależnieniu od emocji, jakich dostarcza operacja. Określali to mianem *bycia na haju* spowodowanego wyrzutem hormonów. Operatorzy z dłuższym stażem twierdzili, że np. po dwutygodniowym pobycie na wakacjach brakuje im tego rodzaju emocji.

W badanym oddziale często mogłam obserwować doświadczanie przez neurochirurgów negatywnych emocji o różnym nasileniu. Ich powody były różnorodne, ale można je podzielić na następujące kategorie:

- kwestie organizacyjne, np. gdy nie można wykonać zabiegu z uwagi na ograniczenia personelu;
- kwestie sprzętowe, np. gdy sprzęt nie działa właściwie;
- kwestie trudnej *anatomii indywidualnej* pacjenta, np. gdy pacjent ma szczególnie trudną budowę ciała, utrudniającą pracę neurochirurga (intensywne krwawienia, twarde kości);
- kwestie emocjonalnego stosunku do usuwanej zmiany, np. gdy okazuje się, że zmiana jest innego rodzaju (np. bardziej złośliwa), niż się wydawało;
- kwestie personalne, np. ktoś z personelu nie przestrzega zasad na sali operacyjnej, np. rozmawia głośno przez telefon lub rodzina albo pacjent oskarżają lekarza o niewłaściwie przeprowadzone leczenie (co może skutkować założeniem sprawy sądowej).

Z uwagi na specyfikę pracy neurochirurgicznej (delikatne tkanki mózgu, długie operacje, bardzo mała loża operacyjna) elementem kapitału cielesnego w zawodzie neurochirurga jest umiejętność zarządzania emocjami. Jest ona niezbędna podczas wielogodzinnych operacji wymagających skupienia. Polega na utrzymaniu spokoju, a także na stworzeniu strategii redukcji emocji. Elementami tej strategii mogą być: słuchanie muzyki podczas operacji, żarty i swobodne rozmowy, w trudniejszych momentach operacji wyciszenie (siebie, ale także oddziałując na osoby w otoczeniu) czy wspomniane już używanie przekleństw. O tym, jak duże znaczenie w regulowaniu emocji mają przekleństwa wypowiedziane w trakcie operacji, opowiada doktor Brzozowska, neurochirurg dziecięcy:

Jak człowiek sam widzi, że mu nie idzie [operacja – przyp. D.B.O.], wtedy wypowie to magiczne słowo, to nagle wszystko układa się i w końcu idzie. [...] Ja lubię sobie przekląć na zabiegu, wtedy faktycznie się moja ręka inaczej układa i ta skóra się inaczej układa i wszystko idzie jak z płatka. A tak mówię „kurwa, nie mogę tego zrobić, nie mogę związać”, pac i już się udaje.

Poznanie i umiejętność stosowania wspomnianych wyżej strategii są elementami habitusu neurochirurga. Instrumentariuszki, z którymi rozmawiałam, porównywały podczas wywiadów neurochirurgów do chirurgów innych specjalności i stwierdzały, że są oni dużo spokojniejsi, opanowani emocjonalnie niż ich koledzy. Jak stwierdza instrumentariuszka z krótkim stażem pracy, pani Olszańska:

chirurdzy, jak zauważyłam po mojej wcześniejszej pracy, ogólnie mówią wszystko głośno, wyrażnie. Natomiast tutaj bardzo cichutko i czasami niedosłyszalnie (śmiech).

[...] wydaje mi się, że to jest też kwestia z zawodu, że oni są bardzo opanowani, oni robią małe rzeczy i wydaje mi się, że to też może mieć wpływ na to, że [mówią – przyp. D.B.O.] spokojnie, cicho.

Ważnym elementem kontekstu pracy neurochirurgicznej jest rozwój technologiczny, który zapewnia większe bezpieczeństwo w trakcie operacji. Przekłada się to na większą pewność przeprowadzania operacji i wpływa na doświadczane przez operatora emocje. Tak opowiada o tym doktor Bukowska, specjalista neurochirurgii zajmująca się monitorowaniem śródoperacyjnym:

To jest też dla neurochirurga bardzo ważne, są takie rodzaje monitorowania, że na przykład u mnie jest wszystko w porządku, a pacjent i tak się obudzi z niedowładem. Ale my wiemy, i ja wiem, i neurochirurg wie, że to jest ten niedowład najwyżej kilkunastu dniowy. Jeżeli zapis był prawidłowy. To jest nie do przecenienia, mnie się tak wydaje przynajmniej, że nie musi się denerwować, że o Jezus, coś się stało, nie zauważyłem, nie wiedziałem [...], ale gdyby tego nie było, gdybyśmy nie wiedzieli, że ten zapis jest w porządku, to też inne byłoby myślenie, prawda?

Interesującą kategorią, do której często odwoływali się moi rozmówcy, jest *praca w rytmie*. Doktor Jabłoński opisał ją następująco: *ma taki rytm operacja. Wiadomo, przychodzi facet, tu tniesz, tu zakładasz, tutaj wycinasz, prawda? Tak to wygląda*. Z kolei doktor Leszczyński, specjalista z długim stażem, mówiąc o operowaniu w rytmie, porównał operację do *dobrze zaśpiewanej piosenki*, czyli pracy równej, przewidywalnej, mającej swoje normalne etapy. *Praca w rytmie* nie wybijają operatora z koncentracji, a jego ciała z działań, w których jest ono usamodzielnione i odnośnie do których neurochirurg posiada wcieloną wiedzę. W sytuacji nietypowej, kiedy trudniej lub w mniejszym zakresie operator może skorzystać z usamodzielnionego ciała, następuje wybicie z rytmu, rozproszenie i konieczność wyjścia poza samodzielność ciała. Wtedy występuje większe ryzyko komplikacji czy problemów. Jest tak zapewne m.in. dlatego, że bardziej przewidywalne operacje są obciążone mniejszym ryzykiem niepowodzenia. *Praca w rytmie* jest, przynajmniej częściowo, zależna od posiadanych przez neurochirurga strategii redukcji emocji. Operator w dużej mierze może sam nadać rytm operacji, np. dzięki wcześniejszemu przemyśleniu i zaplanowaniu operacji, ale także dzięki posiadanemu doświadczeniu w pracy z podobnymi przypadkami. Osoby współpracujące z operatorami także zauważają i doceniają umiejętność nadania odpowiedniego rytmu pracy. Jak opowiada doktor Jabłoński, instrumentariuszki

wiedzą, że to są rzeczy, które muszą trwać, ale widzą, że są takie same operacje robione przez dwóch ludzi i u jednego trwa to dwie godziny, a u drugiego godzinę, prawda? A efekt jest taki sam albo lepszy u tego, co krócej zrobił, i że ta operacja też jakoś idzie

po prostu. [...] No bo ten rytm też wynika z tego, jak jest ogarnięty chirurg. No właśnie, że czy jest przygotowany, czy nie, tak?

Do tej samej kategorii możemy zaliczyć *ładne operacje*. Są to zabiegi wykonywane w naturalnych warstwach anatomicznych, którym towarzyszy mały wpływ krwi, praca odbywa się sprawnie i bez komplikacji, a sprzęty i narzędzia nie sprawiają problemu. Również taki rodzaj zabiegów pozwala operatorowi na skupieniu się na osiągnięciu ich celu, bez konieczności rozwiązywania nagle pojawiających się problemów.

2.5.2. Dostosowywanie innych osób i obiektów do ciała operatora

Główną strategią stosowaną przez neurochirurgów w interakcjach z innymi osobami oraz przedmiotami obecnymi na sali operacyjnej podczas zabiegu także jest dostosowywanie – działań innych osób oraz obiektów do działań neurochirurga. Poprzez swoje ciało neurochirurg dostosowuje skończoną liczbę rodzajów narzędzi i procedur do nieskończonej listy indywidualnych zmian w ludzkiej anatomii. Praca neurochirurga jest połączona z pracą innych osób także w wymiarze cielesnym. Często pracuje się na cztery lub sześć rąk, w zasadzie bez słów, a mimo tego każdy uczestnik zna swoją część zadania, zakres odpowiedzialności i sekwencję ruchów przy danej procedurze. Oczywiście, nie zawsze jest to relacja jednostronna i zdarza się, że to neurochirurg musi dostosować część swoich działań do innych obecnych osób lub wymagań obiektów. Może być to spowodowane pracą w różnych kontekstach, opisanych we wcześniejszym fragmencie książki. Kontekst instytucjonalny może wymagać od operatora np. pracy z niewprawną instrumentariuszką zatrudnioną z powodu braku personelu. Kontekst organizacyjny to np. niezakupienie nowych, ostrych noży do kraniotomu, co powoduje konieczność dostosowania tempa pracy do wolniej pilujących narzędzi.

We wcześniejszym rozdziale opisałam podział zadań pomiędzy różne osoby obecne przy operacji. Poniżej opiszę rolę instrumentariuszki, która najbliższej współpracuje z operatorem. Bliska współpraca ma miejsce także pomiędzy operatorem i asystentem, ale ta relacja została opisana dokładniej w części dotyczącej metody *scaffolding*.

Współpraca z instrumentariuszką

Ponieważ operator często używa lupy lub mikroskopu i jego wzrok, a także uwaga są skoncentrowane w wielokrotnie powiększonym polu operacyjnym, nie może co chwilę zerkać w bok, aby wziąć narzędzie ze stolika chirurgicznego. Dlatego też do cennych umiejętności instrumentariuszki należy znajomość przebiegu danego typu operacji, przewidywanie, jakie narzędzie będzie za chwilę w użyciu i podanie go w odpowiedni sposób.

Aby móc dobrze realizować swoją rolę, czyli dostosowywać swoje działania do zadań stojących przed neurochirurgiem, instrumentariuszka musi otrzymywać jasne komunikaty. Jak twierdzi instrumentariuszka z czterdziestoletnim stażem, pani Topolowska, neurochirurg *musi być komunikatywny. Jak ktoś mruczy pod nosem, to ja nie wiem co on chce*. Komunikacja ta nie musi mieć zawsze charakteru werbalnego, ale musi być dostosowana do kompetencji instrumentariuszki. W przypadku doświadczonych osób wystarczy dłoń wyciągnięta w oczekiwaniu na odpowiednie narzędzie (Katz 1999: 86). O dokładnym przebiegu takiej komunikacji opowiada pani Topolowska:

Spokojnie się podaje [narzędzie, opatrunek – przyp. D.B.O.] operatorowi. U nas się kładzie narzędzia na ręce. Na chirurgii jest taki moment, że... jak wyciąga rękę, to on musi wiedzieć/ musi mieć właściwe narzędzie włożone. [...] Jeżeli jest tak, że na przykład no coś innego robię, czy na moment się gdzieś tam odwrócę czy coś, to się wtedy mówi „Zaraz podam”, żeby on słyszał, że ja usłyszałam. „Zaraz podam. Moment”. Zawsze się uprzedza wtedy, bo on patrzy w mikroskop, w jedną stronę. On nie patrzy, nie odwraca się za każdym razem/ tylko my musimy perfekcyjnie znać te wszystkie narzędzia i kłaść mu na rękę.

W przypadku bardzo dobrze znających się nawzajem duetów operator–instrumentariuszka zdarza się, że instrumentariuszka wie, jakie narzędzie należy podać operatorowi, pomimo iż prosi on o inne. Obserwując przebieg operacji, kolejne jej fazy, ruchy i działania operatora, znając jego sposób działania w podobnych przypadkach, przewiduje, jakie narzędzie będzie potrzebne do wykonania kolejnego kroku. Tak opisuje ten rodzaj współpracy doktor Brzozowska:

Dobra instrumentariuszka to jest taka, że spojrzę, a ona wie, co mi podać. [...] Oczywiście czasami jest tak, że mówię „picek, picek⁶⁶”, ona mi podaje coś innego, „no tak, właśnie to chciałam”, a mówiłam całkiem inną rzecz.

Operatorzy cenią sobie także, gdy instrumentariuszka ma umiejętność podawania narzędzi wprost do ręki lub też podawania np. opatrunku czy igły *na narzędziu* (np. zapiętego w szczypcach). Powoduje to, że praca operatora przebiega płynnie. Podczas obserwowanych przeze mnie operacji instrumentariuszki, zgodnie z zasadami, nie dotykały narzędzi dotykających pacjenta (np. nie trzymały ssaka zasysającego krew z łoży operacyjnej), choć przyznawały, że czasami się zapominają i im się to zdarza. Podobnie jeśli konieczne było wycięcie kilku fragmentów czaszki (np. w celu poszerzenia otworu), zdarzało się, że

⁶⁶ Picek, picuś to potoczna nazwa jednego z narzędzi neurochirurgicznych służącego do oddzielania tkanek od siebie, jest ono bardzo małe i poręczne przy pracy w mikroskopie.

instrumentariuszki układały poszczególne elementy w całość, tak aby operator mógł je następnie przytwierdzić do kości.

Rola instrumentariuszki może być konstruowana w bardzo różny sposób. Zdecydowanie jednak przeciwstawiają się one stereotypowi, że ich rola polega jedynie na podawaniu narzędzi. Są to osoby z wyższym wykształceniem, niektóre z bardzo dużym doświadczeniem pracy na bloku operacyjnym. Własną koncepcję roli instrumentariuszki budują często nie na podawaniu narzędzi, ale na partnerskiej współpracy z neurochirurgiem. Tak opisuje ten element współpracy z instrumentariuszką doktor Jabłoński:

wiem, że tam instrumentariuszki lepsze narzekają na niektórych lekarzy i to, chyba ma jakieś tam, to chyba głównie na problemy jakieś takiej komunikacji właśnie, tak? Że to, niejasne są te przekazy, co oczekuje się, co operator jakby oczekuje od operacji. Ja to lubię na przykład powiedzieć taki overview dać operacji, zanim się to zacznie. Sluchaj, będzie leżał tak, z głową tak, głowę otwieramy tam, normalnie, tego. Później będzie mikroskop i to, i tam na przykład bez żadnych dziwactw, po prostu, tak? Że ja tu natnę mózg tam, później będziemy wypróżniać guz i ten, i koniec, tak? A jak jakieś dziwactwo, mówię „sluchaj, to będzie jakiś glaz, będę potrzebował to, miejmy to przygotowane”.

Niektóre z instrumentariuszek, zazwyczaj starsze, doświadczone i pewne swojej wiedzy, konstruują swą rolę w bardzo partnerskiej relacji z neurochirurgami, np. podejmując w rozmowie tematy pozaoperacyjne, czasami prywatne. Mają one także znaczny wpływ na atmosferę panującą w trakcie operacji. Tak mówi o sobie jedna z instrumentariuszek pracująca z chirurgami ogólnymi, opisanymi przez Pearl Katz (1999: 197) w książce *The Scalpel's Edge*.

Czuję, że instrumentariuszka ma władzę; nie czuję, że jest podwładną. Masz ogromną władzę poprzez możliwość wpływania na to, co się dzieje – dużo kontroli. Mam kontrolę nad narzędziami; mam kontrolę nad atmosferą w sali, nad napięciem w sali. Mam kontrolę nad niedbałym chirurgiem. [...] Ona nie tylko wykonuje polecenia chirurga. Przygotowuje wszystko z wyprzedzeniem. Instrument jest w jego ręce, zanim on o nim pomyśli.

Wizerunek roli opisany powyżej potwierdzają moje rozmowy i obserwacje w trakcie operacji. Niektóre instrumentariuszki, w szczególności jedna z nich – osoba o wysokiej pozycji na bloku operacyjnym – kilkakrotnie zwracały uwagę, czasami w dosyć bezpośredni sposób, gdy operator wykonał coś w niewłaściwy sposób, np. użył zbyt dużo materiału, spowodował zmarnowanie drogiego opatrunku itp. Neurochirurdzy, w szczególności młodszy stażem, przyjmowali takie uwagi, często się do nich stosowali, a zdarzało się, że przepaszali i tłumaczyli się. Jest to zapewne konsekwencją tego, że wielu neurochirurgów zaczynało pracę pod okiem instrumentariuszki, gdy byli jeszcze młodymi i niedoświadczonymi

asystentami. Musieli wówczas podporządkować się poleceniom instrumentariuszek, ponieważ to one są odpowiedzialne za utrzymanie na sali režimu czystości.

Dostosowywanie się do wymagań neurochirurga ma też znaczenie w przypadku używania przez niego zmysłu dotyku. Instrumentariuszki podające narzędzia chirurgom różnych specjalizacji wskazują na pewną różnicę: chirurgom ogólnym podaje się narzędzie mocno, żeby chirurg poczuł jego ciężar w dłoni. Z kolei neurochirurgom – delikatnie. Być może jest to związane z tym, że neurochirurdzy wykonują mikroruchy, ale także potrzebują wycucia w rękach, aby ocenić gęstość tkanki guza czy mózgu. Mocne podanie narzędzia mogłoby zaburzyć na chwilę to czucie delikatnych tkanek i mieć wpływ na szybkość powrotu do efektywnego operowania. Tak opisuje to zjawisko ze swojej perspektywy specjalistka z niedługim stażem, doktor Jesionowska:

To, co im [instrumentariuszkom – przyp. D.B.O.] się niestety zdarza, to, że zdarza im się nas trącić. I to nawet nie tyle że świadomie, tylko my operujemy pod mikroskopem i ja wyciągam rękę po narzędzie i ona w jakiś taki bardzo ciężki sposób mi to narzędzie podaje, a ja drugim ssakiem coś tam gdzieś tam sobie w głowie na przykład przytrzymuję i to wtedy tak zaburza taki ten delikatny balans i tą taką stabilność rąk.

Dostosowywanie obiektów

Aby móc jak najefektywniej wykonywać swoją pracę, neurochirurg dostosowuje obiekty służące w różny sposób przeprowadzeniu operacji do wymagań swojego ciała. Jest to oczywiście relacja dwukierunkowa – najpierw operator dostosowuje obiekty do swoich wymagań, na tyle, na ile jest to możliwe. Jeśli występują tu jakieś ograniczenia, jak w przypadku neurochirurgów leworęcznych, neurochirurg wykorzystuje swoje ciało jako mediatora pomiędzy wystandaryzowanymi obiektami i *indywidualną anatomią* chorego.

Zdarza się, że z uwagi na uwarunkowania organizacyjno-instytucjonalne łatwiej jest dostosować się operatorowi do obiektów, niż znaleźć sposób na dostosowanie ich do operatora. Jest tak np. w sytuacji, gdy koszty zakupu narzędzi dostosowanych do pracy osób leworęcznych są bardzo wysokie. Nie jest to jednak jedyna taka sytuacja. W związku z funkcjonowaniem w kontekście polskiego systemu ochrony zdrowia, w którym często zdarzają się braki sprzętowe czy materiałowe, neurochirurdzy muszą być dość elastyczni w sposobie realizowania swoich zadań. Opowiada o tym doktor Świerczyński, asystent:

w medycynie bardzo dużo zależy od tego, co jest dostępne, prawda? W jednym miejscu może być dostępny mikroskop lub nie albo mogą być dostępne trzy mikroskopy albo jeden, tak? Albo w ogóle. [...] Neurochirurg musi zrobić wszystko, żeby zrobić to jak najlepiej i żeby postępować jakby zgodnie z twardymi danymi i żeby, żeby nie narazić chorego na jakieś, na niebezpieczeństwo, jeżeli można było tego uniknąć, prawda? Ale zawsze konfrontuję to z rzeczywistością, z tym jakby, co mam do dyspozycji, prawda?

Osobną kategorią obiektu, jaki jest dostosowywany do wymogów operacji, jest ciało operowanego pacjenta. Celowo wspominam o nim w części dotyczącej obiektów, ponieważ tak jest ono sytuacyjnie postrzegane przez personel medyczny. Sytuacja operacji oraz wszelkiego rodzaju opisane wcześniej rytuały powodują, że operowany fragment ciała pacjenta jest traktowany jak obiekt. W chirurgii ogólnej operuje się zazwyczaj w położeniu na wznak, ponieważ daje ono dostęp do większości organów. W neurochirurgii operuje się kręgosłup lub głowę, zatem dostęp neurochirurg musi sobie stworzyć sam. Może to zrobić, ustalając ułożenie pacjenta, przekręcając go na stole operacyjnym, manipulując głową – czyli dostosowując operowany obiekt do swojego ciała.

Dostosowywanie przestrzeni

Specyficznym rodzajem obiektu dostosowywanym do neurochirurga jest przestrzeń, w tym przestrzeń sali operacyjnej. Jak już wspomniałam, cała organizacja sali operacyjnej, w tym rozmieszczenie w przestrzeni mebli, sprzętów i stanowisk pozostałych osób jest dostosowane do domyślnej, czyli praworęcznej, cielesności operatora. Poza tym operator dostosowuje przestrzeń wokół siebie do sytuacji konkretnej operacji, m.in. ustawiając wysokość stołu, dostosowując wysokość stołka. Jest to bardzo ważne także dlatego, że nie wszystkich obiektów lekarz może dotykać, gdy jest już *umyty*, więc możliwość modyfikowania przestrzeni w trakcie operacji jest ograniczona. Jak opowiada doktor Jabłoński, operator ma do dyspozycji dwie strategie, zależne od własnej sytuacji zdrowotnej:

No tak, no niby powinno się ustawiać ten stół tak, żeby człowiek se siedział wygodniej albo stał wygodnie i to z grubsza robimy, natomiast no, na przykład nie zawsze się to da zrobić tak, żeby było ładnie i człowiek rzeczywiście w takiej ergonomicznej pozycji pracował. [...] to są też dwie szkoły. Są tacy, którzy tańczą przy tym chorym i to jest na przykład doktor, doktor Leszczyński, od którego ja się uczyłem, a są tacy, no którzy próbują właśnie zachować tą ergonomię i to jest na przykład Sosnowski, tak? On to wszystko ma ten, żeby zrobione. Ale ja nie narzekam na kręgosłup, nie narzekam, odpukać.

Używanie narzędzi neurochirurgicznych

Narzędzia neurochirurgiczne stanowią przedłużenie rąk i doszczegółowienie zmysłów operatora, co sprawia, że są nieodłącznym elementem jego pracy (Merleau-Ponty 2001; Marsh 2016). Zgodnie z koncepcją Maurice'a Merleau-Ponty'ego granice ludzkiej cielesności są względne, a różnego rodzaju obiekty mogą być wcielane w granice naszego ciała. Merleau-Ponty pisał w swoich pracach o wcieleniu w granice własnej cielesności kapelusza z długim piórem. Wraz z doświadczeniem elegantka nosząca taki kapelusz uczy się poruszać w sposób, który pozwoli jej na unikanie zahaczania piórem np. o żyrandole czy przejścia

pomiędzy pomieszczeniami. Podobne zjawisko występuje w zawodach, w których używa się narzędzi, w tym w zawodzie neurochirurga. Wymaga to wielu godzin ćwiczeń, co potwierdza, jak ważne jest w tym zawodzie *przychodzenie*. O swoich doświadczeniach w tej kwestii opowiada doktor Jesionowska:

Jeśli chodzi o podstawowe narzędzia, takie naprawdę najbardziej podstawowe pod tytułem imadło i pęseta do takiego szycia, no to ja po prostu po to chodziłam na studiach na dyżury na SOR [...]; jakbym wzięła stoper i przeliczyła godziny spędzone na SOR-ach, latając te wszystkie rozbite głowy, no to tego naprawdę wyszło sporo. Więc ja przyszedłszy na specjalizację, ja już potrafiłam samodzielnie zszyć, ja wiedziałam, jak się nóż trzyma, ja wiedziałam, jak się nitki przycina, no umiałam chwycić imadło.

Jedna z osób biorących udział w badaniu opowiadała także, że obsługi kerrisona⁶⁷ uczyła się, zabrawszy stare, zużyte narzędzia przeznaczone do utylizacji i trenowała ich używanie na kościach zwierząt, *żeby wiedzieć, jak to tnie, jak mocno trzeba rękę ścisnąć*⁶⁸.

Wejście w kontakt z narzędziem pracy przebiega według schematu opisanego przez Raymonda Tallisa (2003) jako fenomen sięgania. Jak pisze Richard Sennett (2010: 197):

Wyróżnił on cztery wymiary: antycypację (np. formowanie ręki w kształt odpowiadający kształtowi przedmiotu), kontakt (gdy mózg, dzięki dotykowi, otrzymuje dane zmysłowe), język (nazywanie tego, co się trzyma) oraz refleksję i analizę całej sytuacji.

W przypadku neurochirurgów pierwszy krok – antycypacja – angażuje najczęściej dwie osoby: operatora i instrumentariuszkę podającą narzędzie we właściwy sposób. Następnie ma miejsce kontakt z narzędziem, a poprzez narzędzie – z operowaną tkanką. Umożliwia to odczucie jej cech, m.in. twardości czy sprężystości. W wyniku poznania tkanki, zapośredniczonego przez narzędzie, następuje nazwanie tkanki guza (czasami także wyrażenie swojego stosunku emocjonalnego do tej zmiany), a w końcu refleksja dotycząca tego, w jaki sposób należy z nią postąpić.

Moi rozmówcy zauważali także związek pomiędzy obsługiwaniem innych narzędzi w życiu codziennym a używaniem narzędzi na sali operacyjnej. Relacja ta jest dwustronna. Podejmowanie ćwiczeń, robienie rzeczy nieodruchowych, np. używanie lewej ręki do mycia zębów, krojenia warzyw powoduje usprawnienie operowania narzędziami. Jak mówi doktor Jodłowski:

⁶⁷ Przyrząd do zgryzania kości.

⁶⁸ Na prośbę osoby badanej nie podaje źródła danych.

Składam, rowery, od niedawna motocykle [...]. Czasem rysuję też, tak? I zauważyłem, że te ruchy, które podczas operacji zacząłem wykonywać, pewność trzymania pewnych narzędzi, przełożyła się na życie codzienne. Jak kroję w kuchni, to tak, zmieniło się to. Wszelkie narzędzia pod tytułem nóż, cęgi stały się dla mnie codziennością. Pomogło mi to na pewno.

Narzędzia neurochirurgiczne są używane przez neurochirurgów zgodnie z zasadą zwiększania efektywności operowania oraz bezpieczeństwa pacjenta. Ich celem jest np. zminimalizowanie niedostatków indywidualnej cielesności operatora, np. pogarszającego się z wiekiem wzroku. Jednak aby skorzystać z funkcji oferowanych przez narzędzia, operator musi najpierw wykonać pracę nad wcieleństwem narzędzi, co opisuje poniżej doktor Gruszczyński:

Ja na przykład pamiętam ten okres, kiedy dostaliśmy te lampki, to na początku wydawało się, że nie da się do tego przyzwyczaić. Bo ten przeskok przy patrzeniu, skupieniu uwagi, gdzie się widzi bardzo małą rzecz w powiększeniu w świetle, to jest niemożliwe, bo nie potrafiłem sobie tego wyobrazić, patrząc za chwilę na instrumentariuszkę po narzędzie. To jest straszne dla wzroku. Ale na przykład przywykliśmy do tego, kilka operacji, i później już, teraz na przykład, nie wyobrażam sobie wykonania tej operacji bez tej lupy, bo uważam, że byłoby to bardzo niebezpieczne.

Używanie narzędzi przez neurochirurga wiąże się z oczekiwaniem przez niego określonego efektu, jest także sformalizowane poprzez opisanie go w podręczniku. Jak mówi doktor Jabłoński⁶⁹:

Nożem jest taka specjalna technika nacinania tej pajęczynówki, która polega na tym, że tym ostrzem, tak jak ono jest ścięte, to bierze się do góry. Czyli tak jak jest z tego, do góry tym ścięciem [pokazuje kształt narzędzia]. Na mały kawałek się zanurza w tej pajęczynówce, podnosi się do góry i dopiero się pogłębia to cięcie. I to ma spowodować to, że na początku się zawieszamy tylko na tej pajęczynówce. Podnosząc do góry, powodujemy, że naczynia, które ewentualnie są, spadną sobie trochę niżej i że później możemy bezpiecznie popchnąć ten nóż. [...] To jest taka z książki opisana technika, którą ja stosuję i ona działa. [...] działa, czyli udaje się otworzyć w sposób taki atraumatyczny, czyli nieuszkodzający mózg i naczynia tę szczelinę Sylwiusza.

Używanie określonych narzędzi do wykonywania danych rodzajów operacji ma do pewnego stopnia wymiar indywidualny, zależny od osobistych preferencji operatora, a do pewnego stopnia jest uzależnione od kontekstu polskiego systemu ochrony zdrowia. Użycie określonego narzędzia może być rodzajem strategii asekuracyjnej, pozwalającej uniknąć pozwu sądowego. Opowiada o tym doktor Gruszczyński:

⁶⁹ Wywiad z wykorzystaniem materiałów wideo.

Do niektórych zabiegów jedna osoba zawsze weźmie lupę, a inna osoba nie weźmie lupy, tak? Albo czasem weźmie, czasem nie weźmie. No, jeśli chodzi o mikroskop, no to są zabiegi, do których zawsze każdy weźmie mikroskop, no bo jest to dostępne i gdyby nie wziął, no to można by zarzucić, że to był błąd, tak? Że to było postępowanie niezgodnie ze standardem, tak?

Narzędzia, w tym narzędzia neurochirurgiczne są artefaktami wytworzonymi w konkretnym czasie, pozwalającymi realizować określone zadania stojące przed operatorami. Definicja tych zadań oczywiście zmieniała się na przestrzeni dziesięcioleci, a za zmianą tą szła konieczność dostosowania sposobu używania ciała do obsługi owych narzędzi. Tak kwestie budowy tytułowego skalpela oraz zmieniających się wymagań dotyczących manualnych zdolności jego obsługi opisał Richard Sennett (2010: 245):

Skalpele przybierały różne formy w zależności od zastosowania. Niektóre zaostrano jedynie na czubku – te służyły do cięcia błon. Inne bywały wygięte i tępe, by za ich pomocą podtrzymywać naczynie krwionośne [...]. Precyzja skalpela oznaczała, że ręka medyka czy chirurga musiała nabrać nowych umiejętności [...]. Palce, a nie ramię czy przedramię odgrywały tu kluczową rolę. Opanowanie zasady siły minimalnej [...] stało się niezbędne.

Uwarunkowania organizacyjne, w tym niedofinansowanie systemu ochrony zdrowia także pośrednio wpływają na sposób używania narzędzi przez neurochirurgów. Niedoskonałość narzędzi, wysoki stopień ich zużycia, czyli np. wiertarka z tępym wiertłem, źle działające aplikatory do zakładania klipsów na tętniak (por. Marsh 2016) mogą być istotnym elementem decydującym o przebiegu operacji. Zadaniem neurochirurga jest uzupełnienie braków narzędzia swoimi umiejętnościami.

Realizowanie różnych rodzajów wiedzy w zawodzie neurochirurga

Neurochirurdzy na różnych etapach kariery inaczej podchodzą do relacji ciało–wiedza. Starsi neurochirurdzy, czyli specjaliści z większym doświadczeniem twierdzą, że umiejętności manualne są trudne, trzeba się ich długo uczyć i są nieodrywalne od wiedzy. Z kolei asystenci w trakcie specjalizacji oraz młodszy specjaliści uznają umiejętności manualne za łatwe, a główną trudność zawodu upatrują w zdobyciu i zastosowaniu teoretycznej wiedzy medycznej.

Jednak niezależnie od postrzegania wzajemnej relacji pomiędzy różnymi rodzajami wiedzy, w praktyce zawodu są one równie niezbędne i nierozzerwalnie połączone. Przeprowadzając wywiady z wykorzystaniem materiałów wideo, najczęściej

nagrań operacji wykonywanych przez moich rozmówców⁷⁰, wielokrotnie miałam możliwość zaobserwowania, jak omawiając kolejne czynności operacyjne widoczne na ekranie, zmieniali oni perspektywę i odwoływali się naprzemiennie do różnych rodzajów posiadanej wiedzy: teoretycznej ogólnej, specjalistycznej neurochirurgicznej wiedzy teoretycznej, pochodzącej z praktycznych wskazówek zawartych w podręcznikach autorstwa praktyków, wynikającej z doświadczenia czy wcielonej wiedzy. Na przykład podczas jednego z wywiadów z wykorzystaniem materiałów wideo jeden z badanych często i szybko odwoływał się na zmianę do wiedzy teoretycznej: *to się tak nazywa, to się tak robi, to służy do tego*, wiedzy praktycznej uogólnionej: *to robimy tak* i doświadczenia indywidualnego wykorzystanego w kontekście danej sytuacji: *to, co ja robię, to I zastanawiam się, czy mogę, czy nie mogę [czegoś zrobić – przyp. D.B.O.]; teraz delikatnymi ruchami próbuję dotrzeć do guza*. Operator stale porusza się pomiędzy różnymi rodzajami wiedzy, a w czasie operacji także działaniem poprzez ciało i czerpaniem informacji o konkretnej sytuacji ze zmysłów zapośredniczonych przez narzędzia. Proces ten, mający miejsce podczas trudniejszych etapów operacji, przebiega według następującego schematu, który nie zawsze jest uświadomiony przez operatora: działanie oparte na informacjach pochodzących np. z badań obrazowych → ocena sytuacji w oparciu o wiedzę teoretyczną, doświadczenie, intuicję → decyzja o podjęciu kolejnego kroku, który może polegać na wycofaniu się z danego obszaru → ocena sytuacji na podstawie wiedzy teoretycznej, doświadczenia, intuicji itd.

Przyswojenie niektórych rodzajów nowej wiedzy jest możliwe dopiero na dalszym etapie rozwoju zawodowego. Aby wiedza teoretyczna czy też wiedza praktyczna przekazana przez specjalistę mogła zostać przyswojona, konieczne jest posiadanie doświadczenia. Uogólniając, można stwierdzić, że jeśli operator nie doświadczył jakiegoś rodzaju sytuacji w trakcie operacji, nie będzie mógł odnieść do nich nowej wiedzy. O tym zjawisku opowiada doktor Jabłoński⁷¹:

mam jakiś taki podręcznik, mogę pokazać, mój ulubiony [szuka podręcznika]. Człowiek się nie uczy z jednej książki. To jest suma kilku książek, tego, co się zobaczyło na jakichś konferencjach, i tego, co się zobaczyło, jak robią starsi koledzy. [...] Więc można powiedzieć, że jak jest schemat operacji taki generalny, ale w drobnych szczegółach są różne takie smaczki, których można się nauczyć od kogoś, a nie z książki. Albo właśnie z książki można się nauczyć, bo ten ktoś tak tego nie robi. [...] Jakies rozwiązania awaryjne, jakby coś poszło nie tak. Ale to trzeba mieć, jak my to nazywamy, pewien zapas mocy, czyli albo mieć takie doświadczenie, że człowiek już przeżył parę awaryjnych sytuacji i jakoś sobie z nimi dał radę. Albo widział, jak ktoś sobie dał radę, albo ma to wszystko.

⁷⁰ Używany na sali operacyjnej mikroskop neurochirurgiczny ma funkcję nagrywania filmów.

⁷¹ Wywiad z wykorzystaniem materiałów wideo oraz analizą podręcznika.

2.5.3. Podsumowanie

Praca poprzez ciało w zawodzie neurochirurga jest kształtowana przez wiele wymienionych w rozdziale czynników, w tym czynników społecznych. Należą do nich wartości i normy kultury chirurgicznej i subkultury neurochirurgicznej, czynniki instytucjonalne, w tym przede wszystkim konteksty polskiego systemu ochrony zdrowia i międzynarodowych norm praktyki neurochirurgicznej, a także technologia medyczna. W odniesieniu do sposobu pracy poprzez ciało praktykowanego przez osoby badane kluczowe są takie kwestie, jak system reprodukcji kadr przyjęty w badanym oddziale neurochirurgii, kultura organizacyjna, kwestie hierarchii oraz czynniki grupowe i interakcyjne. To one kształtują konteksty, w których indywidualna cielesność neurochirurga staje się narzędziem pracy nad *indywidualną anatomią* pacjenta. Działając poprzez swoje ciało, neurochirurg dostosowuje się do wymagań stojących przed nim zadań zawodowych. W ten sposób realizowane jest społeczne konstruowanie cielesności, które zostanie szczegółowo omówione w rozdziale czwartym. Używanie ciała w pracy neurochirurgicznej zostanie tam porównane do używania ciała w pracy dyrygentów orkiestrowych. W kolejnym, trzecim rozdziale przedstawię dokładniej konteksty i charakterystykę pracy poprzez ciało przedstawicieli drugiego z wymienionych zawodów.

3. Praca w zawodzie dyrygenta orkiestrowego

*Dyrygent, zanim stanie na podium, winien tak się nasycić muzyką,
żeby się z niego wylewała rękawami.*

Wacław Talich, czeski dyrygent (Jerzy Waldorff, 1994, *Diabły i Anioły*, s. 235)

3.1. Historia i przemiany zawodu dyrygenta

Tak jak chirurgia, podobnie dyrygentura ma swoją długą i bogatą historię. Jedną z najwcześniejszych jej form była cheironomia znana już w starożytnym Egipcie i Grecji, a także w hebrajskiej tradycji liturgicznej. Był to rodzaj dyrygowania chórem, wspierający wykonawców poprzez prowadzenie dłonią linii melodycznej (Galkin 1988: 243). Praktykowano ją aż do średniowiecza, kiedy to kościoły chrześcijańskie zaczęły wspierać rozwój muzyki, szczególnie religijnej. Aż do końca XVIII wieku zawód dyrygenta jako taki nie istniał, a muzyki poważnej można było słuchać albo na dworach, albo właśnie w kościołach (Waldorff 1994: 18). Nie oznacza to jednak, że nie istniały zadania stojące przed dyrygentem. Kierowaniem orkiestrą podczas wykonania zajmował się muzyk uczestniczący w koncercie, grający najczęściej na klawesynie basso continuo dźwięki będące fundamentem utworu. Był nim często sam kompozytor dzieła. Role muzyka, kompozytora i dyrygenta łączyła jedna osoba (Khodyakov 2014: 66–67). Było to możliwe, ponieważ zespoły wykonawcze były stosunkowo nieliczne i mniej zróżnicowane niż dziś. Jednak już wówczas zdarzały się wykonania, w których kierujący orkiestrą stawał do niej przodem i używał laski (a czasami także rulonu papieru lub prostego patyka) do wymierzania rytmu (Galkin 1988: 192). W pierwszych dwóch dekadach XIX wieku orkiestrami zaczęły kierować osoby, które realizowały tylko to jedno zadanie. Zdarzało się, że orkiestry przyzwyczajone do tego, że ich pracą kierował inny muzyk, protestowały przeciwko takiemu rozwiązaniu. Jednak ostatecznie, także z uwagi na coraz liczniejsze orkiestry przyjęło się, że koncert prowadzi muzyk, który nie gra jednocześnie na swoim instrumencie oraz używa batuty, aby jego ruchy były lepiej widoczne. Tego rodzaju wewnętrzny rozwój organizacji jest jedną z wymienianych przez Everetta Hughesa (1993: 377) przyczyn powstawania nowych zawodów, w tym profesji.

Rola dyrygenta, jaką znamy dzisiaj, została ukształtowana w dobie romantyzmu, także dzięki burżuazji. Wzbogacone podczas rewolucji przemysłowej

mieszczanstwo zaczęło finansować powstawanie świeckich filharmonii i sal koncertowych. Spowodowało to także szerszy dostęp do muzyki (Galkin 1988: XXIX). W filharmoniach występowały orkiestry wykonujące utwory współczesnych kompozytorów, także niereligijne. Zmiany w obrębie muzyki były, według Alvina Tofflera, konsekwencją przejścia z pierwszej do drugiej fali cywilizacji (1986: 50–51). W konsekwencji industrializacji i urbanizacji, we wspomnianych salach koncertowych muzycy grali dla anonimowych odbiorców, a nie jak wcześniej – dla mecenasa czy patrona. Muzyka stała się rodzajem „produktu”, którego sprzedają zajmowali się impresaria. Filharmonie i sale koncertowe rozrastały się, przez co potrzebowano głośniejszej muzyki i formy kameralne ustąpiły symfonicznym. Coraz większego znaczenia nabrało zarządzanie takim dużym zespołem, czyli dyrygowanie.

Także w tym okresie spośród muzyków zaczęli wyłaniać się wirtuozi, czyli osoby szczególnie sławne, kochane przez publiczność, koncertujące w różnych miastach i krajach. Zaliczali się do nich zarówno instrumentalści, jak i dyrygenci. Wśród pierwszych dyrygentów wymienia się m.in. Louisa Spohra, Carla Marię von Webera, Louis-Antoine Julliena, Hectora Berlioza, Ryszarda Wagnera, François Habenecka, Franciszka Liszta czy Felixa Mendelssohna-Bartholdy. Byli oni także kompozytorami i prowadzili głównie wykonania swoich dzieł. O Hansie von Bülowie, jako o pierwszym dyrygencie we współczesnym znaczeniu tego słowa, tak pisze Jerzy Waldorff (1994: 29): „Rozumiał, jako pierwszy, że dyrygentura jest również gatunkiem twórczości, odmiennym, niezmiernie trudnym, podwójnie odpowiedzialnym, bo za siebie i cudze dzieło, wymagającym oddania się całkowitego”.

Do czasów von Bülowa zadaniem dyrygenta było poprawne odczytanie utworu i honorowanie znaków tempa zapisanych przez kompozytora. Rola dyrygenta miała zatem wymiar raczej techniczno-organizacyjny niż twórczy. Von Bülow wprowadził do prac swej orkiestry w Meiningen m.in. zwyczaj wstępnego omówienia utworu i jego analizy przed rozpoczęciem prób, oraz dzielił poszczególne głosy orkiestry tak, aby muzycy podążali za wskazówkami zanotowanymi przez dyrygenta na partyturach. Nie wystarczyło odegrać nut, ale należało zgrać się z innymi muzykami i zrealizować wizję dyrygenta. Von Bülow rozwinął także organizacyjny aspekt pracy dyrygenta, wprowadzając oddzielne próby dla różnych sekcji instrumentalnych, co można określić jako działanie wspomagające powstający subświat społeczny poprzez tworzenie organizacji (*organizational building*) (Kacperczyk 2005: 173–174). Zdarzało mu się zmieniać charakter utworów do tego stopnia, że czasami publiczność nie mogła rozpoznać dzieł sobie znanych. Było to już wówczas uznawane za zbyt daleko idące ingerowanie w twórczość kompozytora i niezwykle negatywnie oceniane (Waldorff 1994: 34). Miało to miejsce, gdy rola dyrygenta, jego możliwości ingerowania w utwór czy granice wpływania na jego kształt były jeszcze społecznie definiowane, czyli w końcu XIX wieku.

Nawet wśród największych artystów różne były także opinie na temat roli, jaką dyrygent powinien pełnić w interpretacji dzieła. Jak pisze Jerzy Waldorff (1994: 62–63):

historyczna zasługa Toscaniniego: wywalczenie dla dyrygenta prawa do samodzielnego w koncepcji opracowania spektaklu operowego. Jeszcze Verdi był zdania, że dyrygent winien grać rolę żywego metronomu, poddającego właściwe tempa orkiestrze i scenie, bo reszta jest wyłącznie przywilejem twórcy partytury. [...] w głośnym sporze o wzorowe tempo *Bolera*, Toscaniniemu udało się przekonać Ravela, że jego – dyrygenta, tempo jest najwłaściwsze, a nie proponowane przez kompozytora.

Działanie to można określić jako wspierające wyłaniający się subświat społeczny dyrygentury orkiestrowej – poszerzanie działalności (*extending*) (Kacperczyk 2005: 173–174) jego członków o samodzielną interpretację partytury muzycznej.

Istotnym przełomem w pracy dyrygentów z orkiestrami była II wojna światowa, podczas której zginęło wielu profesjonalnych muzyków. Jak wynika z moich rozmów z dyrygentami, instytucje muzyczne odbudowane czy powstałe po wojnie często skupiały muzyków amatorów, co powodowało trudności w utrzymaniu wysokiego poziomu orkiestr. Tendencja ta została odwrócona dopiero w latach dziewięćdziesiątych XX wieku, kiedy młode pokolenia profesjonalnych muzyków zaczęły dominować w orkiestrach. Miało to wpływ na autodefinicję i realizowanie roli zawodowej przez dyrygentów. Ponieważ świadkami i uczestnikami tych przemian były niektóre z badanych przeze mnie osób, podejmę ten temat szerzej w dalszej części pracy.

Pisząc o historii zawodu dyrygenta, warto także zwrócić uwagę na klasowy charakter muzyki poważnej, a co za tym idzie, klasowy habitus uprawiających ją jednostek. Ten gatunek muzyki powstawał w znacznej mierze na potrzeby przedstawicieli klasy średniej i mieszczaństwa, przez co zawodowi muzycy także często się z niej rekrutowali. Wartości realizowane przez muzyków grających ten rodzaj muzyki, a także relacje pomiędzy muzykami (internalizowane już na etapie edukacji w szkole muzycznej) odzwierciedlają wartości tej klasy. Oznacza to także reprodukcjonowanie wzorców np. ról płciowych charakterystycznych dla klasy średniej w relacjach dyrygenta z muzykami (Bull 2016: 857).

3.2. Proces pracy dyrygenta

3.2.1. Specyfika pracy dyrygentkiej

Celem pracy dyrygenta orkiestrowego jest stworzenie jednego, spójnego dzieła muzycznego odegranego przez wielu muzyków składających się na orkiestrę, a w niektórych przypadkach także przez solistów wokalnych lub instrumentalnych, chór czy balet. Jak twierdzą niektórzy z moich rozmówców, zadanie to można porównać do pracy z grupą osób, które czytają jeden wiersz w tym samym czasie. W pracy z orkiestrą utrudnienie stanowi fakt, że każdy z instrumentalistów

ma przed sobą tylko część partytury – z zapisem muzyki granej na jednym instrumencie. Ponadto tempo, głośność, emocjonalna interpretacja tekstu może być różna u każdego z muzyków. Zadaniem dyrygenta jest sprawić, by orkiestra grała utwór jako jedność, wprowadzając w odpowiednim momencie partytury konkretne instrumenty i narzucając jeden sposób interpretacji muzyki. Dzięki uderzeniom batuty dyrygent odmierza czas, przez co sprawia, że muzycy podziwiają jedną, płynącą wraz z muzyką rzeczywistość sytuacji koncertu (Schutz 1976: 174–176). Sens wspólnego tworzenia muzyki (*making music together*) leży w podzieleniu znaczącego doświadczenia mentalnego i polega na ciągłej komunikacji pomiędzy muzykami (bezpośredniej lub realizowanej przez dyrygenta) (Segre 2020: 72–73).

Praca nad wspólnym odegraniem utworu muzycznego przebiega najpierw w trakcie prób, których liczba jest uzależniona od organizacji pracy danej instytucji muzycznej, ale także od zwyczajów panujących w danym kraju. Podczas prób dyrygent przedstawia swoją koncepcję utworu (w sposób zwerbalizowany i wprost lub poprzez instrukcje dla poszczególnych partii orkiestry), a muzycy *zgrywają się*, czyli starają się zagrać jako jeden *aparatus wykonawczy*¹. Podczas prób dopuszczalne jest przerywanie grania, uwagi, instruktaż, powtórki. Dyrygent komunikuje się nie tylko gestem, ale i werbalnie. Próby możemy podzielić na sekcyjne, w których uczestniczą muzycy grający na danym rodzaju instrumentów, np. dętych, smyczkowych, i próby *tutti*, czyli dla całej orkiestry. Można także wyróżnić próby techniczne, czyli takie, których celem jest wyćwiczenie rytmu, wspólnego grania i dynamiki, ale bez angażowania emocji niesionych przez utwór.

Podczas wspólnego wykonania muzyki dostrajają się do siebie wzajemnie (*tune into*) (Alfred Schutz, za: Segre 2020: 68, 72–73). W mniejszych, kilkuosobowych grupach (w małych zespołach lub w sekcjach instrumentalnych większej orkiestry) dzieje się to poprzez komunikację niewerbalną, głównie kontakt wzrokowy, obserwację gestów. Każdy z muzyków musi być stale świadomy, co robią inni muzycy, oraz nieustająco dostosowywać swoje działania do tego, co słyszy i widzi (Faulkner, Becker 2009: 185, w: Segre 2020: 66). W dużych zespołach muzycy nie widzą wszystkich swoich współwykonawców przez cały czas trwania występu. Rolą dyrygenta jest zatem nie tyle zapośredniczyć, co w dużym stopniu zastąpić kontakt pomiędzy muzykami, w szczególności siedzącymi dalej od siebie. Odczytywanie komunikatów polega głównie na obserwacji gestów oraz podążaniu za partyturą interpretowaną gestami przez dyrygenta. Ponieważ zespół wykonawczy składa się nawet ze 160 muzyków, istotna jest rola silnego przywódcy, który samym gestem sprawi, że osoby te będą wykonywały w podobny sposób jedno działanie w określonych ramach czasowych. Sam dyrygent nie

¹ Tak badani określają orkiestrę lub orkiestrę i chór ewentualnie z towarzyszeniem solisty.

wytwarza jednak dźwięków. Jak mówi jedna z uczestniczek badania, *nie granie, ale uzewnętrznianie jest clue* tego zawodu. Ten element pracy dyrygenta realizowany jest głównie poprzez ciało, ale nie mniejsze znaczenie ma charyzma, także przez nie wyrażana. Duże znaczenie ma także umiejętność podjęcia samodzielnej, *de facto* autorytarnej decyzji i przekonania lub wymuszenia jej wykonania na orkiestrze.

Innym istotnym elementem pracy dyrygenta jest mediowanie pomiędzy kompozytorem i orkiestrą, w celu od-tworzenia (*re-create*) dzieła muzycznego zgodnie z zamysłem jego autora. Jak pisze Alfred Schutz, rolą muzyka jest pośredniczenie (*intermediate*) pomiędzy kompozytorem i słuchaczem (Schutz 1976: 159). Jeśli spojrzymy na rolę dyrygenta z perspektywy zaproponowanej przez Schutza, należy uznać, że jego rolą jest pośredniczenie pomiędzy kompozytorem i muzykami, którzy grają zgodnie z instrukcjami kompozytora. Partytura jest jedynie zestawem komend, poleceń, które muzyk realizuje we właściwy sposób, aby od-tworzyć utwór (Schutz 1976: 163, 166). Zawiera ona wprawdzie czasami ogólnie wskazówki dotyczące sposobu grania, są to jedynie narzędzia do ukazania nastroju, np. *radośnie*, *marszowo*. Nie zawiera ona interpretacji dzieła. Jak twierdzi Wilhelm Furtwängler [cyt. za: Schutz 1976: 166], zapis nutowy:

nie daje żadnych wskazówek co do zamierzonej głośności *forte*, zamierzonej szybkości *tempo*, ponieważ każde *forte* i każde *tempo* musi być w praktyce dostosowane do miejsca i okoliczności wykonania i do zespołu wykonawczego [...]. Oznaczenia ekspresji w odniesieniu do całego utworu celowo posiadają jedynie wartość symboliczną i nie są określane dla pojedynczego instrumentu, dlatego „*ff*” dla fagotu ma zupełnie inne znaczenie niż dla puzonu.

3.2.2. Autodefinicja w zawodzie dyrygenta

Dyrygentura jest zawodem, który ulega stałym przekształceniom. W pierwszej części tego rozdziału opisałam, jak zmiany społeczne (np. wzrost znaczenia burżuazji) wpłynęły na zmiany w muzyce, a co za tym idzie, na wykształcenie się roli dyrygenta, a następnie jej rozwój i sprofesjonalizowanie. W tym fragmencie opiszę, jakie definicje własnej roli zawodowej posiadają różni przedstawiciele zawodu dyrygenta. Areny sporu (*arenas*) (Clarke 1990: 20; Strauss 1984: 134) wewnątrz subświata społecznego dyrygentury dotyczą m.in. znaczenia, jakie we współczesnym świecie ma muzyka poważna, jaka jest w związku z tym rola dyrygenta i jakie zadania przed nim stoją. Dyrygenci biorący udział w badaniu w różny sposób definiują swój zawód, reprezentują oni różne szkoły, są uczniami różnych nauczycieli, na co innego kładą nacisk.

Pierwszym obiektem granicznym (Clarke 1991: 131, 133–134), wokół którego trwa dyskusja związana z rolą dyrygenta, jest muzyka poważna jako dziedzina sztuki. To, czym jest, czym być powinna i jaki jest cel jej tworzenia, różnie

definiują przedstawiciele różnych pokoleń. Podczas analizy danych wyłoniłam występujące definicje statusu muzyki poważnej².

- Muzyka poważna jest elitarna, dlatego powinna być wykonywana przez wykształconych muzyków w salach koncertowych, filharmoniach i operach, które są miejscami elitarnymi. Muzyków obowiązują stroje klasyczne, elegancki styl ubioru i sposób bycia. Jest to podejście tradycjonalistyczne, a jego zwolennicy albo są uznanymi dyrygentami o międzynarodowym zasięgu kariery, albo są uczniami takich profesorów. Wzorcami dla takich osób są instytucje muzyczne z kilkusetletnią tradycją, jak np. Opera Wiedeńska. Panują tam sztywne reguły postępowania, dotyczące zarówno dyrygentów, orkiestr, jak i publiczności. Zasady te są przekazywane kolejnym pokoleniom muzyków, umożliwiają też orkiestrze bardzo dobre *zgranie*, z powodu socjalizacji i zdobycia wykształcenia w tych samych szkołach. Mogą zdarzyć się niewielkie odstępstwa od tych zasad, w szczególności pod wpływem zmian społecznych. Opowiada o nich studentka dyrygentury, pani Wróblewska:

Są takie orkiestry, które bez dyrygenta zagrają. Samograje tak zwane, ale to są orkiestry, które są tak homogeniczne, one mają, na przykład w Filharmonii Wiedeńskiej nie dostanie się osoba, która nie jest po Akademii Wiedeńskiej i która nie jest Wiedeńczykiem, tak? To jest w ogóle, były takie [wymagania – D.B.O.]. Teraz, jeżeli chodzi o narodowość, oczywiście to się zmieniło i to jest bardziej elastyczne i nie takie rygorystyczne, jak kiedyś, ale kiedyś inna osoba oprócz pochodzenia austriackiego nie miała tam wstępu. Więc to są orkiestry, które z pokolenia na pokolenie przechodzą, mają przekazywane w swoich uczelniach macierzystych taką kulturę grania, która jest w tej orkiestrze, więc oni po prostu, oni są ze sobą po prostu zespoleni, są w stanie wykonać pewne rzeczy sami.

- Muzyka poważna jest dla zwykłego człowieka, może ją grać każdy, ponieważ jako rodzaj sztuki powinna być dostępna wszystkim, dać możliwość rozwoju każdemu człowiekowi. Nie ma znaczenia, czy jest się amatorem, czy profesjonalistą, liczy się zabawa, rozwój, pasja i relacje pomiędzy dyrygentem i członkami orkiestry. Brak zakorzenienia instytucjonalnego to brak ograniczeń związanych

² Przyjęta przeze mnie formalna definicja muzyki poważnej opiera się na koncepcji Philipa Tagga (1982). Opracował on trójkąt aksjomatyczny, który stanowi rodzaj kontinuum o trzech końcach. Znajdują się na nich trzy rodzaje muzyki: poważna (*art music*), ludowa (*folk music*) i rozrywkowa (*popular music*). Cechy konstytuujące muzykę poważną są następujące: tworzona i wykonywana głównie przez profesjonalistów, nieanonimowe autorstwo, brak masowej dystrybucji, jest przekazywana poprzez notację muzyczną, rozbudowana teoria wiąże się z ziemiańsko-przemysłowym typem społeczności, jest finansowana ze środków publicznych.

z tradycjami wykonawczymi, z oczekiwaniami dyrekcji i publiczności, a co za tym idzie, wolność dyrygenta jako artysty.

- Muzyka powinna być odgrywana przez profesjonalistów na wysokim poziomie, ale poziom ten powinien ograniczać się do wykonania. Muzyka nie powinna być elitarna, ponieważ jej słuchalność spada i niedługo będzie ona miała charakter bardzo niszowy. Filharmonia czy opera powinny utrzymywać wysoki poziom muzyczny, ale jako miejsca nie powinny być elitarne, ale otwarte na słuchaczy o różnym stopniu zapoznania z muzyką. Dotyczy to także stroju, który nie musi być klasyczny i elegancki, ale może sam w sobie przyciągać odbiorców. Taką rolę pełni np. strój dyrygentki: piękne, długie, kolorowe suknie, które ze względu na ich atrakcyjny, współczesny wygląd spowodują zainteresowanie osobą dyrygenta i zachęcą do przyścia na koncert. Takie podejście prezentują raczej młodszy dyrygenci, którzy albo nie uczyli się u bardzo wybitnych profesorów, albo w wyniku różnych zdarzeń w życiu przeddefiniowali podawane przez nich wzorce. Czerpią oni z medialnych wzorców muzyków zagranicznych, znanych i bardzo dobrze grających, ale mających charakterystyczny wizerunek. Jak opowiada o swoich wyobrażeniach muzyki poważnej dwoje młodszych dyrygentów: pani Szpakowska, asystentka dyrygenta w operze i pan Sójkowski, asystent dyrygenta w filharmonii:

Ja uważam, że sztuka nie może istnieć bez jakiegoś powiązania z człowiekiem, z jego pozycją społeczną, tak więc... [...] To jest błędne w ogóle nastawienie. Tak, takie właśnie, jak sami się trochę, mam wrażenie, że środowiska artystyczne się wyizolowały, na zasadzie, że to jest już w ogóle takie – ja nie wiem – musisz znać historię sztuki, żeby docenić kogoś tam i kogoś, tak? [...] Znajdź sobie na YouTube'ie „Yuya Wang” – taka pianistka. [...] Która jest jedną teraz z tych najlepszych pianistek w ogóle na świecie i jedną też z bardziej kontrowersyjnych ze względu na swoje stroje. No bo to jest laska, która wychodzi na scenę, wiesz, tu cekinowy pasek, tu cekinowy pasek. Taki obcas, tak? [pokazuje wysokość obcasa] Ale jej to w niczym jakby nie przeszkadza, a jednocześnie jest jakiś taki dodatkowy w naszej wizualnej już w tej chwili kulturze. Po prostu jest to coś, czym ona jakby dodatkowo wygrywa jakieś punkty. Dla mnie jest odważną kobietą, która jest megaatrakcyjna i ma to w dupie. Nie będzie się ubierała w czarną kierdę do ziemi i posępne stroje, bo jest pianistką.

Ja jednak uważam, że zawsze trzeba szukać pierwiastka tego takiego ludzkiego w tym, w twórczości naszej. [...] Ja troszkę walczę z tym takim stereotypem filharmonii jako miejsca, gdzie jest sztywno, gdzie są właśnie białe kołnierzyki, gdzie jesteśmy grzeczni, nieruchomi, gdzie tylko słuchamy, klaszczemy, gdzie jest ta etykieta i tak dalej, i tak dalej. Oczywiście, że filharmonia w jakiś sposób elitarna musi pozostać i cała ta muzyka w jakiś sposób elitarna, powiedzmy, niech będzie, ale na zasadzie trzymania poziomu samej muzyki.

Określone definiowanie tego gatunku sztuki pociąga za sobą definiowanie samego siebie jako artysty kreującego jej dzieła. Odzwierciedla to np. stosunek do publiczności, do instytucji muzycznych, czy określa zobowiązania dyrygenta wobec dzieła muzycznego.

Drugim wymiarem, na którym dyrygenci budują swoją profesjonalną auto-definicję, jest własne wyobrażenie o tym, w jakim celu pracują oni z orkiestrą. O ile podstawowa odpowiedź na to pytanie jest podobna w przypadku znacznej większości osób i brzmi: aby orkiestra mogła zagrać wspólnie jeden utwór muzyczny, o tyle wyobrażenia na temat tego, co dyrygent może zrobić, aby to osiągnąć, są zróżnicowane. Zarówno w wypowiedziach badanych, jak i w literaturze najczęściej pojawiały się dwie interpretacje. Część dyrygentów uznaje, że ważny jest element techniczny, czyli że rola dyrygenta polega głównie na taktowaniu, wprowadzaniu w trakcie wykonania kolejnych instrumentów, narzucania interpretacji dzieła, rytmu czy impulsów. W podręczniku dyrygowania Lucjan Jaworski (2003: 9) podaje dwie, jak może się zdawać, pozostające w pewnym stopniu w kontrze do siebie, definicje dyrygowania. Pierwsza z nich, autorstwa J.K. Lasockiego, definiuje dyrygowanie właśnie jako:

kierowanie wykonaniem utworu, inaczej mówiąc, jest to przekazywanie zespołowi muzycznemu za pomocą ruchów rąk (gestów) pewnych dyspozycji i sugestii dotyczących dzieła muzycznego. Dyrygować znaczy więc organizować, prowadzić wykonanie, wyrażać ruchami treść muzyczną dzieła, jego charakter, rytm, melodię i dynamikę.

Jest to zatem definicja odwołująca się do technicznych elementów pracy nad utworem. Rola dyrygenta jest tutaj rozumiana jako rola techniczna, organizacyjna. Jest to też koncepcja, która rozwinęła się w okresie klasycznym i wiekach wcześniejszych. Odmierna jest wizja dyrygenta romantycznego, stosującego bogatą interpretację własną, a przez to także bogatą i swobodną pracę poprzez ciało. W utworach awangardowych następuje powrót do gestów prostych, wybijania taktu, pilnowania miar czasu itp. Jak widać na powyższym przykładzie, gesty „dozwolone”, a także szerzej pojęta praca poprzez ciało, są różnicowane w zależności od wymagań utworu. Wynikają one z charakterystycznych dla różnych epok historycznych definicji roli dyrygenta, które przekładają się na ciało.

Druga definicja, autorstwa J. Zabłockiego (za: Jaworski 2003), mówi, że:

dyrygowanie [...] jest jakoby pantomimicznym przedstawieniem muzyki zawartej w ramach konstrukcji formalnej utworu. Nie jest jednak tylko ilustracją (tak jak taniec w stosunku do muzyki), ale jest tworzeniem, dokonywanym imperatywnie i wyprzedzającym w czasie, a więc niejako nadrzędne w stosunku do wykonywanego dzieła.

W tej definicji zwraca się uwagę na interpretacyjny i przywódczy aspekt roli dyrygenta, jako twórcy danego dzieła. Istotna jest tutaj także rola gestu, który ma szczególne znaczenie w komunikowaniu interpretacji muzycznej. Część badanych także uznaje, że ich rola nie polega na taktowaniu. Stwierdzają, że pracując z profesjonalnymi muzykami, nie muszą tego robić, ponieważ *są to rzeczy podstawowe*. Swoją rolę widzą raczej jako inspiratora, osoby kierującej energią wykonania, porywającą za sobą i swoją interpretacją dzieła muzyków orkiestrowych. Profesor Łabędzka, dyrygentka, opowiada, na czym polega jej praca: *Rozbudzanie pasji. I rozwiązywanie problemów (śmiech). Niekończących się. To chyba głównie to*. Dodaje także:

uważam, że taktowanie nie ma żadnego sensu. To się mija z celem. Natomiast to pobudzanie, inspirowanie to to jest sedno sprawy. Bardzo często wypuszczamy my dyrygentów, którzy naprawdę dużo czasu poświęcili na tym, żeby równo, w znaczeniu czasowym i przestrzennym dyrygować. Tylko że nie wiadomo po co. No tak, no nie wiadomo. To jest nudne i bezsensowne. Natomiast rzadko się zdarza, żeby ktoś wychodził stamtąd, wiedząc, że ma inspirować. To jest... (stała) inspiracja i dążenie do tego jest właśnie kluczowe dla mnie...

3.2.3. Aspekty dyrygowania

Praca dyrygenta łączy w sobie realizację wielu rozmaitych zadań. Nie wszystkie one skupiają się wokół pracy z orkiestrą nad utworem. Część z nich ma odmienny charakter, jednak nie jest bez znaczenia dla współpracy z muzykami i rozwoju kariery dyrygenckiej. Poniżej pokrótce opiszę różne aspekty pracy dyrygenta.

Z wypowiedzi osób badanych wynika, że ten pierwszy, techniczny aspekt dyrygowania jest w pewnym sensie łatwy do nauczania i jest pewnego rodzaju podstawą pracy dyrygenckiej. Dopiero umiejętność przekazania twórczej interpretacji dzieła to pełne, prawdziwe dyrygowanie. Przekaz dyrygencki może być mniej lub bardziej bogaty, sugestywny, jednoznaczny, a dyrygent może pomagać lub przeszkadzać w wykonaniu muzyki. Jaworski (2003: 9) zauważa także, że „technika jest absolutną podstawą” pracy dyrygenta, a strona ekspresyjna i emocjonalna jest sprawą indywidualną, na której można się skupić, gdy kwestie techniczne są opanowane i nie zaprzatają uwagi dyrygenta.

„Instrumentem muzycznym” dyrygenta jest orkiestra lub chór, a podstawą techniki „grania na tym instrumencie” jest zasób ruchów i gestów oraz umiejętność ich świadomego wykorzystania w celu integracji zespołu i przekazania dyspozycji dotyczących interpretacji utworu (Jaworski 2003: 9). Jak z własnego doświadczenia gry w orkiestrze pisze Anna Bull (2016: 863): „Były momenty, kiedy wydawało się, że dyrygent był prawie lalkarzem, grającym na naszych instrumentach i naszych ciałach swoimi gestami”.

Podobnie jak w przypadku grania na innych instrumentach, swobodę w technice dyrygenckiej można zdobyć jedynie poprzez regularne ćwiczenia. Powodują one, że ruchy stają się jednocześnie automatyczne i naturalne. Brak takich ćwiczeń skutkuje karykaturalnością ruchów i niewielką pewnością dyrygenta. Można zatem powiedzieć, że ciało jako narzędzie dyrygowania musi być stale trenowane. Może też dojść do wcielenia złych nawyków, które w dalszych etapach kariery trudno jest wykorzenić.

Nie mniej ważnym aspektem pracy dyrygenta, od którego w dużej mierze zależą jego relacje z orkiestrą, jest aspekt organizacyjny. Sprawne organizowanie prób, nieprzedłużanie ich są ważnymi umiejętnościami dyrygenta. Zdarza się i tak, że dyrygent musi zająć się sprawami technicznymi czy lokalowymi (np. skrzypiące drzwi, chłód w sali prób), aby umożliwić orkiestrze pracę nad dziełem.

Innym istotnym aspektem pracy dyrygenta jest posługiwanie się wiedzą, a w zasadzie kilkoma rodzajami wiedzy niezbędnej do prowadzenia orkiestry. Należą do nich: wiedza teoretyczna i niepraktyczna, np. ogólna wiedza z zakresu historii muzyki (Harris 2007) oraz teoretyczno-praktyczna, np. wiedza z zakresu teorii muzyki (Stanley, Williamson 2001). Te rodzaje wiedzy można sklasyfikować jako *know-what*. Innym rodzajem wiedzy jest *know-how*, odnoszące się do wiedzy praktycznej dotyczącej tego, jak prowadzić orkiestrę podczas próby i koncertu. Niektóre elementy *know-how* można określić mianem wiedzy milczącej (Polanyi 1966), czyli informacji, której pochodzenia nie znamy, nie potrafimy jej zwerbalizować, ale swobodnie z niej korzystamy. Kształcenie dyrygentów to także uczenie i nabywanie umiejętności takich jak *czucie muzyki*, czyli umiejętność kierowania orkiestrą poprzez własne ciało (zob. też: Jakubowska 2017).

Sukces w zawodzie dyrygenta zależy również od biegłości w posługiwaniu się wiedzą teoretyczną zapośredniczoną przez ciało. Korzystanie z batuty wymaga dużej świadomości własnego ciała, a także wielu lat ćwiczeń pod okiem nauczycieli i praktyków. Socjalizacja wtórna (tj. proces nabywania tożsamości zawodowej oraz akulturacja norm i wartości określonych przez i/lub dla określonej grupy społecznej) w danym zawodzie, jak również proces kształcenia, przeplatają się z praktykami fizycznymi mającymi na celu nabycie umiejętności cielesnych. Zdobywanie doświadczenia praktycznego, w tym specjalistycznych umiejętności w zakresie wiedzy cielesnej lub wiedzy somatycznej (tzw. *pamięci mięśniowej*) jest kluczowe dla tej roli społecznej. Dyrygenci posługują się gestami i mimiką nie tylko w celu przekazania informacji muzykom. Ich rola polega także na inspirowaniu zespołu i przekazywaniu znaczeń (zarówno kulturowych, jak i emocjonalnych) związanych z danym utworem muzycznym.

Pomimo iż zawód dyrygenta kojarzy się raczej z wysiłkiem indywidualnym, sukces w tej profesji zależy od pracy zespołowej. Dlatego też istotna jest umiejętność pracy indywidualnej i współpracy z zespołem. Członkowie orkiestry muszą czuć się komfortowo, podążając za dyrygentem i wykonując jego polecenia. Jak twierdzi Coleman (2013, cyt. za: Anna Bull 2016: 868), odzwierciedlanie

ruchów dyrygenta jest silnym przeżyciem emocjonalnym, które w pewnym stopniu tłumaczy relację na poziomie cielesnym. Dzięki silnemu przeżywaniu emocji niesionych przez utwór muzyczny dyrygent jest w stanie sprawować charyzmatyczną władzę. Władza ta działa „poprzez intensywność” (*„power works through intensity”*), jak pisze Coleman, w tym przypadku gestów i mimiki.

3.2.4. Konteksty pracy dyrygenta

Praca dyrygenta może być wykonywana w różnych kontekstach sytuacyjnych. W zależności od tego, jaki jest cel pracy, czy jest to przygotowanie do koncertu, czy jego publiczne wykonanie, a także w jakiej instytucji muzycznej jest on wykonywany, praca dyrygenta przebiega w różnych uwarunkowaniach sytuacyjnych. Poniżej omówię kilka z nich.

Próba i koncert

Podstawowym uwarunkowaniem sytuacyjnym, które ma wpływ na przebieg pracy dyrygenta, jest to, czy utwór jest przygotowywany podczas prób, czy też jest on wykonywany podczas koncertu. Główna różnica w sposobie pracy polega na tym, że podczas koncertu dyrygent musi pozostać całkowicie niesłyszalny i jego komunikowanie z orkiestrą ogranicza się do pracy poprzez ciało. Występując na Goffmanowskiej scenie (2000), nie ma także możliwości przerwania wykonania w jego trakcie i wprowadzenia poprawek. Zarówno dyrygent, jak i orkiestra bazują na tym, co zostało wypracowane na próbach. Dotyczy to zarówno kwestii technicznych, jak i zaufania wobec orkiestry. W wywiadach konwersacyjnych prowadzonych przeze mnie podczas obserwacji badani wielokrotnie przywoływali mrozące (ich) krew opowieści, w których orkiestra źle traktowana przez dyrygenta w trakcie prób, nie zagrała podczas koncertu. W takiej sytuacji, będącej skrajnym sposobem wyrażenia buntu przez orkiestrę, dyrygent jest w zasadzie pozbawiony możliwości wpłynięcia na muzyków. Muzycy orkiestrowi prawie zawsze współpracują z dyrygentem i nawet jeśli popełni on błąd, zagrają tak, jak zostało to ustalone na próbie.

Próba stanowi także czas przygotowań, podczas gdy wykonanie przed publicznością spaja wcześniej przygotowywane fragmenty w całość odegraną w danym miejscu i czasie, przed konkretną publicznością. Kreowany przez dyrygenta *spektakl emocjonalny* staje się udziałem wszystkich osób uczestniczących w koncercie, zarówno artystów tworzących go, jak i słuchaczy. Tak opisuje to zjawisko pan Gołębiewski, dyrygent pracujący w operze:

jedność podczas spektaklu jest niezwykła. To się da tylko przeżyć wtedy, kiedy jest spektakl. Tylko i wyłącznie wtedy. Wcześniej rzeczywiście wygląda to trochę jak, jakby to była praca w fabryce. Natomiast jak już kurtyna idzie w górę i zaczynamy grać, no to ten poziom mobilizacji jest olbrzymi.

Dyrygenci mogą pracować w wielu różnych kontekstach, np. z orkiestrą dętą grającą w przemarszu czy z orkiestrą boczną w operze. Istnieje też wiele rodzajów składów muzycznych, zespołów czy przedsięwzięć artystycznych, w których praca dyrygenta jest niezbędna. W każdej z takich sytuacji dyrygent dostosowuje sposób komunikowania do wymagań muzyków. O specyfice kontekstów pracy w filharmonii, w operze oraz podczas nagrywania płyty badane przeze mnie osoby mówiły najczęściej.

Filharmonia

Filharmonia czy inny rodzaj sali koncertowej to miejsce, w którym głównym zbiorowym aktorem jest orkiestra. Dyrygent pracuje najczęściej z jednym zespołem (orkiestrą) lub z dwoma (orkiestrą i chórem), które siedzą lub stoją w jednym miejscu sceny. Jest on widoczny dla muzyków, co sprawia, że może wykonywać nieco mniej wyraziste technicznie gesty. Muzycy stoją zazwyczaj na scenie, są dobrze widoczni i sami dobrze widzą siebie nawzajem. Dyrygent prowadzi orkiestrę, stojąc na podwyższeniu, czasami współpracując z solistą instrumentalnym lub wokalnym, który zazwyczaj nie przemieszcza się po scenie. Praca dyrygenta w filharmonii opisywana była najczęściej przez badanych jako praca *najczystsza*, podczas której może się on skupić jedynie na kierowaniu wykonania dzieła przez orkiestrę.

Opera

Specyfika pracy w operze znacznie różni się od tej w filharmonii. W operze orkiestra i dyrygent są umiejscowieni w *kanale*³ pomiędzy sceną a widownią i podczas przedstawienia są niewidoczni dla publiczności. Praca dyrygenta w operze obejmuje współpracę i komunikowanie z różnymi grupami zaangażowanymi w stworzenie dzieła. Można do nich zaliczyć orkiestrę, balet, zespół solistów, chór czy pracowników technicznych. Proces współpracy przy tworzeniu dzieła jest dwustopniowy. Najpierw artyści przygotowują się w swoich zespołach. Przygotowania te obejmują także pracę indywidualną poszczególnych wykonawców. Następnie na kilku próbach pracują wspólnie wszystkie zespoły. Podczas występu oprócz pracy z orkiestrą dyrygent prowadzi także chór i solistów będących na scenie, a graną muzykę musi podporządkować możliwościom tancerzy baletowych. Praca dyrygenta w operze polega na prowadzeniu bardziej rozproszonego i złożonego zespołu⁴. Tak opisuje ten kontekst pracy pani Szpakowska, dyrygentka pracująca w operze:

³ Używam tutaj języka używanego przez muzyków. Bardziej oficjalna nazwa to orkiestron lub fosa dla orkiestry.

⁴ Opisując pracę dyrygenta w filharmonii i operze, Jerzy Waldorff (1994: 71) stwierdza: „Na żadnym artyście nie ciąży tak wielka i widoczna odpowiedzialność jak na dy-

No i jak poszłam do tego teatru, no to pamiętam, że po pierwszej próbie wyszłam i ja nie mogłam dojść do siebie. „Jezus Maria, to jest jeszcze lepsze niż ta (śmiech) symfoniczna dyrygentura! Nie, to w ogóle ja chcę robić to!” (śmiech). Więc to było takie dochodzenie w bólach do tego. [...] Mam więcej rzeczy do zsynchronizowania, tak? W operze. [...] musimy być czujni, bo coś się zawsze może wydarzyć takiego typu właśnie ktoś się potknął, ktoś kogoś zasłonił na chwilę, bo coś mu się pochrzało i przeszedł mu przed nosem nie w tym momencie co trzeba. Nie mamy tego kontaktu, więc ja muszę być czujna, żeby orkiestrę podporządkować troszkę do tego, co się dzieje na scenie, tak? Że mogą się różne rzeczy wydarzyć. Oni też muszą być czujni na każdy mój gest, bo na przykład, no nie wiem, dłużej trzymamy tą nutę, bo tamta nie zdążyła zbiec z tych schodów, a takie jest założenie, że do końca tego dźwięku miała zbiec i dopiero mamy następną frazę. [...] pokazuję i śpiewakowi, i orkiestrze, natomiast czasem jest tak, że jakaś akcja sceniczna wymaga tyle zaangażowania od śpiewaka, że on nie jest w stanie zwracać / kontrolować, czy jest dobrze ze mną też, tylko wtedy ja muszę bardziej kontrolować, czy ja jestem z nim, bo ma, nie wiem, fikołka musi zrobić w międzyczasie. [...] No więc nie będzie już na mnie w pełni grał, tylko ja muszę pod niego. Ale to jest taka, to jest taka energia wymienna. To jest coś, co właśnie mnie fascynowało w teatrze.

Jerzy Maksymiuk pisze, że różnice pomiędzy dyrygowaniem w dwóch wymienionych kontekstach są tak duże, że: „Oper i koncertów połączyć nie można. [...] Mam małą inklinację do opery, dyrygowałem kilka, ale źle się czuję w tym gatunku, w kanale i w ogóle z muzyką z tekstem. Wolę absolutną muzykę” (Maksymiuk, Piasecka 2002: 31, 120). Wydaje się, że faktycznie lepsze dopasowanie do jednego z tych gatunków jest kwestią indywidualnych dyspozycji dyrygenta i jego preferencji muzycznych.

Praca dyrygenta z orkiestrą w operze lub filharmonii może być rozpatrywana także w kontekście współpracy artysty z instytucją. W tej sytuacji główny dyrygent najczęściej jest dyrektorem artystycznym i decyduje albo o kształcie i charakterze (tradycyjnym, nowoczesnym) danej instytucji. Może wejść w rolę kontynuatora lub innowatora koncepcji artystycznej danej instytucji. Taka praca obejmuje też w pewnym sensie pracę administracyjną, polegającą na stworzeniu

rygencie. On jest »pierwszy po Bogu« na estradach koncertowych i pierwszy przed Bogiem w Operach. Funkcjonowanie skomplikowanych mechanizmów teatrów operowych, podobnych do ogromnych machin o tysiącach kółek, kół i innych części, jest tym trudniejsze, że role zębatych kółek grają ludzie. Stąd następują czasami takie zacięcia i zaburzenia w pracy, że sam Pan Bóg nie umiałby ich rozwikłać, a dyrygent musi dać sobie z nimi radę. On koordynuje działalność reżysera, scenografa i choreografa, współgranie solistów, chóru i baletu z orkiestrą. Wreszcie, aby spektakl operowy wspierał się na twardym gruncie, on musi trzymać mocną ręką teatralne podziemie: pracę malarni, stolarni, rekwizytorni, zakładów krawieckich i maszynistów. Nad tym wszystkim króluje dzieło muzyczne, konieczność jak najlepszego zrealizowania go”.

odpowiednich warunków pracy muzykom. Może także polegać na stworzeniu orkiestry od nowa lub na wprowadzeniu znacznych zmian w jej składzie (Waldorff 1994: 256).

Nagranie

Interesującym uwarunkowaniem pracy dyrygenta jest to, że podczas nagrywania muzyki w studio może on wpływać na słuchaczy tylko poprzez dźwięki. O ile podczas koncertu, mimo iż stoi tyłem do publiczności, komunikuje się z nią nie tylko poprzez muzykę graną przez orkiestrę czy solistów, ale także bardziej bezpośrednio – poprzez gesty do niej skierowane, spojrzenia, mimikę. Ponadto na odbiór utworu przez publiczność wpływa także kontekst: miejsce, pogoda, atmosfera koncertu. Tych wszystkich elementów nie ma w sytuacji nagrywania płyty, co utrudnia pracę dyrygenta. Co więcej, w przypadku nagrania każde wykonanie można powtórzyć wiele razy. Powoduje to, że nawet najmniejszy błąd może zostać wychwycony przez dyrygenta i nagranie rozpoczyna się od nowa. Jak mówi profesor dyrygentury, pani Łabędzka:

O wiele trudniej na przykład zrobić wrażenie na słuchaczach, kiedy się nagrywa płytę... i kiedy słuchacz ma tylko dźwięk. To gigantycznie trudne, dlatego że w trakcie nagrywania, zwłaszcza z zespołem, bo jak się samemu nagrywa, to jest troszkę inaczej. Wtedy człowiek skupia się na sobie i wie, co jest dobrze, co źle. Jak gramy z zespołem... w zależności od tego, na którym wątku się skupię, to pozostałych wątków nie zauważam. I jak już było idealnie, idę do reżyserki – „Boże, jeszcze raz”. I tak można cały dzień, dopóki człowiek nie włączy wszystkich wątków równocześnie. [...] tam nie mogę nic wyreżyserować, nie mogę niczego pokryć, tak jak zawsze na koncertach robię, nie mogę odwrócić uwagi ani naprawić. Tam musi być doskonale i już.

3.2.5. Subprocesy pracy dyrygenta

Podobnie jak w przypadku pracy neurochirurgicznej, w procesie pracy dyrygenta także można rozróżnić kilka subprocessów. Należą do nich: subprocess interpretacji dzieła, subprocess prezentacji interpretacji i negocjacji z orkiestrą, subprocess przygotowania dzieła z orkiestrą oraz subprocess wykonywania dzieła. Każdy z nich ma charakterystyczne etapy i cechy, także od dyrygenta wymaga podejmowania różnego rodzaju działań. Opisane poniżej subprocessy przedstawia rysunek 3.

Subproces interpretacji dzieła

Proces ten rozpoczyna się od podjęcia decyzji o wyborze danego utworu do przygotowania go jako premiery. Praca z partyturą polega przede wszystkim na bardzo dokładnym jej odczytaniu, analizie zapisu nutowego i wskazówek kompozytora. W przypadku dzieł autorów nieżyjących lub takich, z którymi dyrygent nie może się spotkać, dyrygent wykonuje również pracę teoretyczną i interpretacyjną na podstawie swojej wiedzy. Ważnym elementem uwzględnianym przez dyrygentów jest biografia kompozytora, która wpływa na interpretację partytury. Dyrygent (ale również muzyk grający solo) w pewnym stopniu odtwarza doświadczenia kompozytora, a nie jedynie ekspresję jego myśli muzycznych (Schutz 1976: 168–170). Jak twierdzi jedna z dyrygentek:

Nuty to są na końcu. Najpierw kto napisał, kiedy, co przeżył. Dlaczego kocham Brahmsa? Bo miał bardzo smutne życie! Naprawdę dramatyczne. Człowiek jak już sobie o tym Brahmsie poczyta, to potem zacznie słuchać jego utworu, to zupełnie inaczej się odczytuje, tak? [...] Czajkowski, te jego wymioty ekspresji. No bo on był gejem, tak? Nie był w stanie w tamtych czasach w żaden sposób inny tego powiedzieć. Mówił przez muzykę, ale to było tak przesadzone, że aż dla nas współczesnych czasami obce. [...] Więc jakby trzeba brać zawsze poprawkę na to, kto to był, co robił, co się w jego życiu w danym momencie działo, bo w tym momencie on pisał ten utwór.

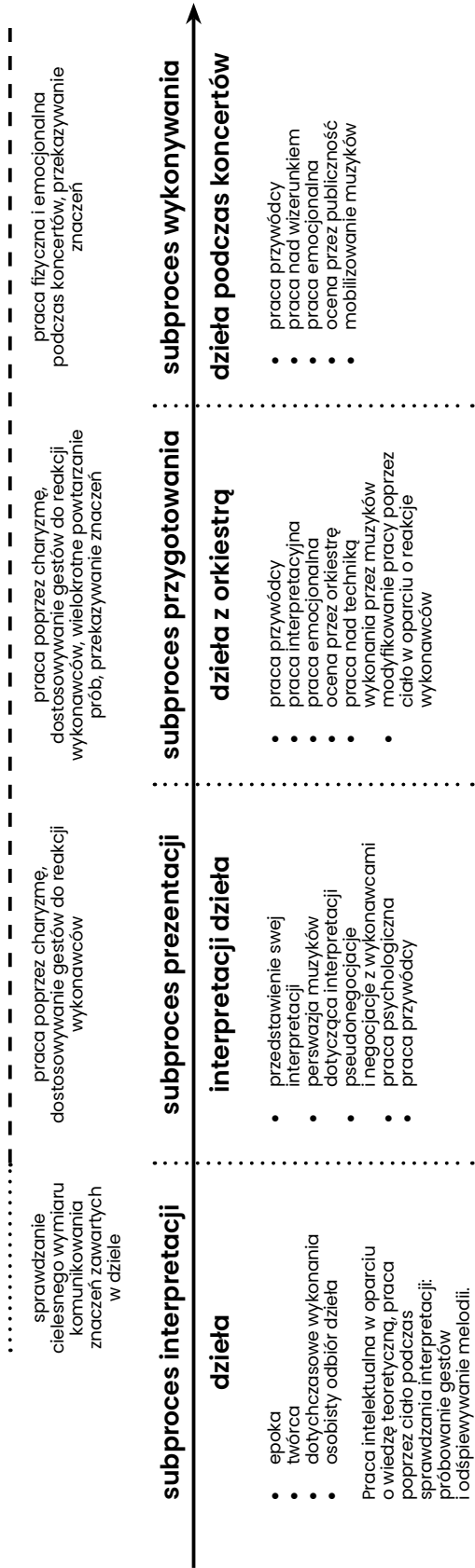
Dyrygent wykorzystuje także swoją wiedzę z zakresu historii epoki, historii sztuki danej epoki (architektury, literatury, teatru), historii dzieła, jego dotychczasowych wykonania, ale przede wszystkim własnego odbioru emocjonalnego danego utworu, a dopiero później bierze, no i czyta sobie te nutki.

W przypadku pracy nad dziełami kompozytorów żyjących czy osobiście znanych dyrygentowi często zaprasza się ich do pracy nad interpretacją dzieła czy też do pracy na etapie subprocesu pracy z orkiestrą. Jak mówi profesor dyrygentury, pan Żurawski:

Muszę to przepuścić przez swoje emocje, no które muszą być inne niż u kompozytora, no bo nie ma innej możliwości. Ale staram się zbliżyć. Dlatego pytam, czy jest zadowolony, czy tu takie intencje oddałem czy nie.

Praca nad dziełem współczesnym nie wymaga także studiów nad epoką, w której zostało ono stworzone, ponieważ dyrygent zna te czasy z własnego doświadczenia i tyle mi łatwiej, że mogę odzwierciedlić emocje współczesnego człowieka. Inaczej jest, jeśli dyrygent nie współpracuje bezpośrednio z żyjącym kompozytorem, ale sam ma zinterpretować utwór. Jak twierdzi dyrygentka pracująca w operze, pani Szpakowska, kiedy dostaje swoją premierę:

Praca poprzez ciało



ocena sposobu i efektów pracy, refleksje dotyczące kolejnych wykonan danego dzieła, a także własnego warsztatu zawodowego

Rysunek 3. Proces pracy dyrygenckiej (źródło: opracowanie własne)

wszystko zależy ode mnie, więc ja sobie siedzę z tymi nutami w domu. Wtedy staram się nie słuchać nagrań, nie, właśnie nie inspirować się jakby [cmoknięcie], nie czerpać od kogoś innego, tylko najpierw... moją wiedzę, moją wrażliwość, moje spostrzeżenie. Jakby co ja widzę w tej partyturze. Jakby dojść do tego sama ze sobą. [...] Instrumenty są [w teatrze – przyp. D.B.O.], a więc siedzę i sobie gram [na pianinie – przyp. D.B.O.] i wtedy przychodzą do mnie różne pomysły na interpretację i dopiero ewentualnie końcowym efektem jest to, że [...] mam na przykład jakiś tam plik ulubionych dyrygentów, czy uważam, że ten akurat jest dobry od tego kompozytora, a ten od tego i wtedy sobie słucham jeszcze, co jeszcze ktoś inny w tym zobaczył. Czy mi się chce coś inkorporować do swojej myśli, czy zostawiam taką interpretację, o jakiej sobie tam pomyślałam, tak? [...] Ja potrafię zaśpiewać każdą partię, jaka jest w ogóle w operze. Nie wszyscy dyrygenci tak pracują. To nie jest oczywiście konieczne. Myślę, że dla mnie jest konieczne, dlatego że ja wtedy lepiej rozumiem każdą z tych partii... Lepiej jestem w stanie zrozumieć, co się dzieje z ciałem, jak śpiewam. Taki pasaż, taki układ. Oczywiście znajomość... no tego jest mnóstwo. Instrumentalizacji, czyli kto jaki instrument gra, jaki temat, dlaczego tak, a w ogóle co wydobyć, a co schować, a co można podkreślić i tak dalej.

Ten etap może nie występować albo występować w zmienionej formie w dwóch przypadkach: gdy dyrygent asystuje przy przygotowaniu tytułu lub gdy przejmuje go po innym dyrygencie. W pierwszej sytuacji asystent rozpoczyna pracę od bardzo dokładnego poznania partytury, jej analizy, wysłuchania nagrań różnych interpretacji. Ponieważ w tej sytuacji asystent prowadzi próby w zastępstwie głównego dyrygenta, podporządkowuje się jego interpretacji dzieła i musi być w stanie odtworzyć jak najwierniej jego tempa, jego interpretację i wymagać tego cały czas od śpiewaków czy od chóru. Poza tym w sytuacji asystowania dyrygent musi posiadać znajomość materiału, ale „carte blanche”, jeśli chodzi o interpretację i wtedy jestem gotowa cudzą tak jakby do tego zaaplikować i ją realizować.

Druga sytuacja ma miejsce wtedy, gdy dyrygent przejmuje tytuł po kimś, kto przygotował go wcześniej i wypracował razem z orkiestrą i innymi artystami określony sposób jego prezentacji. Jeśli dyrygent ma więcej czasu, może lekko zmodyfikować jego wykonanie, aby coś tam swojego dodać do tego. Nie zmienia jednak interpretacji dzieła całkowicie, ponieważ wymagałoby to wiele pracy od muzyków. Poza tym taka zmiana interpretacji może zostać odebrana jako dyskredytowanie dyrygenta, który przygotował dzieło jako pierwszy.

Bardzo ważnym aspektem tego subprocesu jest *przepuszczanie przez siebie* danego utworu muzycznego (por. Atkinson 2006: 104). Oznacza to interpretację danego dzieła z perspektywy doświadczeń, temperamentu, emocji dyrygenta, co stanowi o realizowaniu artystycznego aspektu roli. Różni dyrygenci w różny sposób interpretują to samo dzieło muzyczne. Postrzeganie danego dzieła może być związane z interpretacją historii w nim opowiedzianej z perspektywy np. płci dyrygenta. Tak opowiada o tym zjawisku dyrygentka operowa, pani Szpakowska:

Czyli w sensie, tak jak kiedyś jeden mój kolega dyrygent powiedział mi naprawdę piękny komplement... po tym jak zadyrygowałam „Tramwaj zwany pożądaniem”. Wcześniej to robił [nazwisko znanego dyrygenta – przyp. D.B.O.], a więc [furia uznania] i tam się wszyscy rozwodzili, że Boże, jak ona wspaniale tego/ prowadził jak muzykę filmową. Ja to zrobiłam zupełnie inaczej. Jakoś tak tą rzecz poprowadziłam inaczej, ale nie zrobiłam tego też jakoś stricte świadomie. Dopiero potem mi ten kolega uświadomił i mówi: „Słuchaj, ty to zadyrygowałaś totalnie z punktu tej Blanche”, czyli tej głównej postaci, która właśnie przechodzi to załamanie nerwowe, przechodzi/ jest zgwałcona i tak dalej. Mówi: „Ty byłaś tą kobietą tutaj w kanale, a orkiestra razem z tobą w muzyce”. No coś też/ sama to czułam. Też musiałam coś takiego w sobie jakby odkryć, że przepuściliśmy z [imię solistki – przyp. D.B.O.] przez siebie, bo ona akurat śpiewała na tym samym poziomie, tak? No więc musiało być tu coś. No byłam też tą postacią, w związku z tym w nią wpisana jest seksualność, że właśnie neurotyzm i wszystko naraz, które wyszły potem. [...] [Dyrygent mężczyzna – przyp. D.B.O.] Na pewno nie byłby w stanie. Znaczący przełożyłby to na język faceta, który sobie wyobraża. To też jest cenne, tak? To jest jego perspektywa. No tak jak w każdej sztuce to artysta jest jak gdyby tym, który wyznacza. Przez jego wrażliwość jest postrzegana rzeczywistość, którą (teraz) ty możesz. „O Pani, bo ja tego tak nie pojmowałam” albo „Tak, to jest moje”, albo nie. Bzdura. No po to jest sztuka, żebyśmy się konfrontowali z różnymi perspektywami.

Co więcej, to samo dzieło może zostać zinterpretowane w różny sposób przez tego samego dyrygenta na różnych etapach jego życia, w toku nabywania nowych osobistych doświadczeń.

Przebieg tego subprocesu i rodzaj pracy wykonywanej przez dyrygenta na tym etapie są także uzależnione od specyfiki dzieła muzycznego. Jeśli jest to dzieło operowe, w którym ważnym elementem jest słowo, niektóre treści są przekazane wprost, poprzez wypowiedzi bohaterów. Jeśli zaś jest to balet, wówczas interpretacja muzyczna musi być wyrazista, aby wspierała role odgrywane przez tancerzy, emocje pomiędzy nimi. Dzięki temu widzom łatwiej jest odbierać przekaz kompozytora.

Subproces prezentacji interpretacji i (pozornych) negocjacji z orkiestrą

Działania dyrygenta w tym subprocesie polegają na przedstawieniu interpretacji utworu orkiestrze, przekonaniu jej do danego wykonania, pseudonegocjacji i ewentualnych perswazjach. Dyrygenci wykorzystują różne sposoby perswazji i może ona przybrać formę pracy z ciałami muzyków. Profesor dyrygentury opowiedziała mi historię przygotowywania amatorskiej orkiestry do wykonania utworu mazura. Na jedną z pierwszych prób zaprosiła nauczycielkę tańca i poprosiła muzyków o wspólne zatańczenie mazura. Gdy poczuli oni rytm, charakter tego ruchu, łatwiej było im zagrać w sposób zdefiniowany przez dyrygentkę. Innym sposobem perswazji jest odwołanie się do własnych doświadczeń

muzyków: ruchu, bólu, emocji. Na tym etapie praca dyrygenta polega na tym, aby spowodować, że orkiestra podąży za jego interpretacją dzieła, uwierzy w to, co chce on opowiedzieć poprzez muzykę.

Proces ten występuje w sytuacji przygotowywania własnej premiery/interpretacji dzieła przez dyrygenta. W sytuacji asystowania lub przejmowania tytułu przez dyrygenta etap ten jest realizowany przez dyrygenta głównego.

Subproces przygotowania dzieła z orkiestrą

Elementami tego procesu są przede wszystkim wielokrotne próby wykonania dzieła w sposób określony przez dyrygenta. Istotne znaczenie ma tutaj praca poprzez ciało, praca emocjonalna (Hochschild 2009: 7), praca nad techniką wykonania (przez muzyków) oraz nieustające negocjowanie swojej roli przez dyrygenta i orkiestrę, solistów, chór czy inne osoby uczestniczące w spektaklu (Turner 2002).

Praca na tym etapie ma szczególne znaczenie dla powodzenia wykonania. Jedynie dzięki ustaleniom i próbom z orkiestrą dyrygent może uzyskać planowany efekt. Paradoksalnie odpowiedzialność za wykonanie utworu zawsze spada na dyrygenta, chociaż podczas wykonania nie gra on ani jednego dźwięku.

Subproces wykonywania dzieła podczas koncertów

Jest to zwieńczenie procesu pracy z orkiestrą, a jednocześnie etap, na którym popełnienie błędu przez którąkolwiek ze stron może powodować nieodwracalne skutki. Subproces ten rozpoczyna się od mentalnego przygotowania się przez dyrygenta do wejścia w sytuację koncertu lub spektaklu. Z uwagi na intensywną i zapośredniczoną pracę emocjonalną dyrygent musi przed występem skoncentrować się na stworzeniu najpierw w swoim prywatnym uniwersum sytuacji emocjonalnej odpowiadającej charakterowi dzieła. Dopiero wówczas, gdy sam jest skoncentrowany i wywoła w sobie określone emocje, może je przekazać orkiestrze, a w sposób zapośredniczony – publiczności. Strategie wchodzenia w sytuację koncertu mają charakter zindywidualizowany i są uzależnione od typu dzieła. Są one internalizowane w trakcie obserwowania znaczących innych – mistrzów, a także wypracowywane w toku kariery. Jak mówi pani Szpakowska, dyrygentka pracująca w operze:

ja znam takich ludzi, którzy potrafią nie wiem, cały dzień zasuwać na zakupach w ogóle i ugotować obiad i idą do teatru potem jakby... jakby ich odstresowuje. Dzięki temu jakby porzucają napięcie i potem z biegu właśnie wchodzą i dyryguje, żeby czasem się nie/ Żeby się nie nakręcić. A ja na przykład mam tak, że ja właśnie potrzebuję się wyciszyć. Jeżeli mogę, no to nic nie robię jakby od rana do wieczora, jeżeli mam taki wolniejszy dzień, tylko go sobie spędzam jakoś tam – a tu sobie coś obejrzę, a tu sobie poczytam książkę, poleżę. Nie wiem, spokojnie sobie zrobię makijaż i taka lubię być dużo wcześniej w teatrze. Niektórzy na przykład wolą właśnie przyjść w ostatniej chwili i się szybko przebrać i właśnie leć. A ja sobie wolę posiedzieć, wolę się ze wszystkimi przywitać, przejść po garderobach, pogadać, potem wejść w nastrój i dopiero się

jakby... jestem w stanie wejść w spektakl. Tak... Nie lubię się spieszyć. Nie lubię tej takiej nerwówki, że właśnie wpadam, nie wiem, w co mam się przebrać czy nie, w ogóle coś, a niektórzy na przykład to lubią, tak? Bo to go odciąga gdzieś tam.

Wejście w sytuację koncertu to także umiejętność pozbycia się emocji, które nie są efektywne z perspektywy wykonania dzieła (por. Hochschild 2009: 7). Umiejętność ich opanowania jest kwestią kompetencji nabywanych w trakcie zdobywania doświadczenia. Tak mówi o nich profesor Żurawski:

Jak się zacznie akcja muzyczna, to ja już wchodzę w swój świat. [...] wchodzę w ten świat muzyki i nic mnie nie obchodzi. [...] Już się nauczyłem, że jak się zaczął pierwsze dźwięki muzyki, to mnie nic nie interesuje. To już mnie nic nie interesuje. No czasami mi to zajmuje minutę, dwie, zanim się już skupię, skoncentruję, wyrzucę z siebie tą treść [...], no ale czasami jest coś gdzieś, nie wiem jak to określić. Jakaś taka blokada, że moje myślenie nie jest takie czyste, przejrzyste, tylko gdzieś tam coś z tyłu głowy. Tego już się nie da pokonać. To jest ten rodzaj tremy, który gdzieś tkwi w podświadomości. Jakies spięcie, czuję wtedy, że to nie jest to.

W trakcie tego subprocesu dyrygent wykonuje pracę poprzez ciało i pracę emocjonalną (Hochschild 2009: 7), polegającą na *kierowaniu energią* orkiestry. Szczególne znaczenie ma tutaj jego wygląd i charyzma, ponieważ podlega on (jak i cała orkiestra) wzmożonej ocenie publiczności. Na tym etapie występują też najsilniejsze emocje wynikające z *flow*, czyli bycia w procesie tworzenia sztuki, którego nie można zatrzymać bez szkody dla jego jakości. Tak wspomina jedną z trudnych sytuacji podczas koncertu profesor Żurawski:

Zdarzyło mi się, kulminacja już, skrzypek gra, nagle mu struna pęka. No koniec. Prawda? Koniec. Zamknąłem orkiestrę. Cisza. Rozpacz widzę w jego oczach. Na spokojnie: wymień strunę [...]. Na szczęście tylko mu spadła z podstrunnika, więc szybko założył, ale diabli wzięli już cały koncert.

Ten sam dyrygent wiele opowiadał mi na temat tego, że żaden koncert nie przebiega dokładnie tak jak inne, że za każdym razem tworzy się nowy *spektakl emocjonalny*, a muzyka tkwi w dyrygencie. Takie kwestie jak nastrój dyrygenta czy atmosfera na sali mogą mieć wpływ na sposób *zadyrygowania* dzieła. O tym oraz o *flow* w trakcie koncertu opowiada jeden z badanych, pan Sójkowski, asystent dyrygenta w filharmonii:

Znaczy to, co przeżywam, i mój stan fizyczny i emocjonalny niejednokrotnie przekłada się również na aktualne wykonanie w danym momencie czy tempo tego wykonania czy jakąś tam ekspresję, oczywiście człowiek stara się odciąć od tego i jakby skupić się tylko faktycznie na robocie i powinien być super i jest takie poczucie, że się jest tak głęboko w to zaangażowanym, że się jakby panuje nad tym wszystkim, tak? Albo z drugiej strony uczucie, które doświadczyłem kilka razy w życiu, że z jednej strony panuje nad tym

wszystkim, a z drugiej tak stoję obok i kontroluję to wszystko bez żadnego problemu także nie wszystko, co się nie dzieje, tak? To nie jest jakiś amok, nie jest to jakiś popłoch, ale jakby do końca jest opanowana sytuacja. Z drugiej strony mam wrażenie, że jakby obserwuję to na spokojnie z zewnątrz.

3.2.6. Dobre praktyki w pracy dyrygenta

Jak możemy zauważyć, praca dyrygenta polega na realizacji wielu zadań, które mają bardzo różny od siebie charakter: artystyczny, emocjonalny, przywódczy, organizacyjny, techniczny czy administracyjny. Aby uporządkować sposób myślenia o wymaganiach tego zawodu, niektórzy dyrygenci tworzą zestawy *złotych rad* czy *dobrych praktyk*. Poniżej przytaczam dwie z nich: autorstwa Jerzego Maksymiuka i Emila Młynarskiego. Każdą z zasad opatrzyłam odwołaniem do aspektów, kontekstów pracy, kariery lub realizowania roli społecznej dyrygenta.

Tabela 1. Dobre praktyki w pracy dyrygenta według Jerzego Maksymiuka (Maksymiuk, Piasecka 2002) a konteksty pracy i wymagania społeczne roli

Lp.	Dobre praktyki według Jerzego Maksymiuka	Aspekt pracy, roli, kontekstu lub przebiegu kariery dyrygenta
1.	Dyryguj, co możesz (bardziej elegancko: to, czemu ty odpowiadasz)	Wskazanie na indywidualne dyspozycje dyrygenta
2.	Bądź zawsze przygotowany do próby	Socjalizacja do samodyscypliny, pracowitości
3.	Wiedz wcześniej, kto się na niej pomyli	Dobra znajomość zespołu, umiejętności zarządzania grupą
4.	Wyłów rewolucjonistów, którzy mogliby wywołać w orkiestrze rewolucję	Umiejętności zarządzania grupą, przywództwo

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2. Dobre praktyki w pracy dyrygenta według Emila Młynarskiego (za: Waldorff 1994: 111–112) a konteksty pracy i wymagania społeczne roli

Lp.	Dobre praktyki według Emila Młynarskiego	Aspekt pracy, roli, kontekstu lub przebiegu kariery dyrygenta
1.	Dyrygent musi znać najdokładniej utwory, którymi ma dyrygować, tak pod względem muzycznym, jak i technicznym	Wiedza teoretyczna, pamięć

Lp.	Dobre praktyki według Emila Młynarskiego	Aspekt pracy, roli, kontekstu lub przebiegu kariery dyrygenta
2.	Musi posiadać słuch absolutny. Powinien umieć „wyławiać” błędy, wskazując dokładnie instrument, który się pomylił. Umiejąc z miejsca wytknąć błędy poszczególnych instrumentalistów, zdobywa się zaufanie orkiestry	Cechy wrodzone, wiedza praktyczna, umiejętności przywódcze
3.	Dbać o umiejętny rozkład prób i umiejętnie próbować. Należy próbować w ten sposób, aby najtrudniejsze rzeczy wydały się orkiestrze łatwe do pokonania. Trzeba niekiedy umieć zaufać orkiestrze, szczególnie jeżeli orkiestra jest dobra. W ogóle trzeba się zorientować szybko co do możliwości wykonawczych każdej orkiestry	Przywódstwo, budowanie relacji z orkiestrą, umiejętności organizacyjne
4.	Bez potrzeby nie machać, to znaczy nie nadużywać szerokich ruchów. W ogóle ruchy muszą być naturalne, wynikające z ekspresji wykonywanego dzieła, bo tylko takim ruchom wierzy orkiestra. Przy akompaniowaniu solistom należy dawać ruchy minimalne i z kiści [ręki – przyp. D.B.O.]	Precyzyjne komunikowanie gestami, kontrola nad własnym ciałem
5.	Pamiętać, że najważniejszym czynnikiem dobrego dyrygowania są oczy. W czasie dyrygowania powinny one nadążać wszędzie	Funkcjonalny podział ciała, komunikacja niewerbalna, kontrola sytuacji

Źródło: opracowanie własne.

3.2.7. Technologia

W przeciwieństwie do neurochirurgów, w pracy dyrygentów rozwiązania technologiczne nie pełnią kluczowej roli w subświecie społecznym dyrygentury orkiestrowej (Kacperczyk 2005: 175). Oczywiście, technologia tworzenia instrumentów muzycznych czy konstruowania sal koncertowych jest bardzo istotna dla odbioru dzieła przez publiczność. Wykorzystanie technologii nie ogranicza się także do pracy z tak prostym narzędziem jak batuta. Głównie w operze technologia ma na celu wspomaganie dyrygenta. Z uwagi na wymogi sceny komunikacja

po między nim a muzykami może być utrudniona. O takich rozwiązaniach opowiada dyrygentka operowa, pani Szpakowska:

Na przykład teraz tak było, że chór gdzieś tam stał przy schodach, tam w głębi sceny. No a wy jesteście schowani w kanale, nie? Oni [chór – przyp. D.B.O.] raczej nas widzą. Na tyle ten gest jest sobie gdzieś, to u nas w teatrze są odsłuchy, z tyłu sceny masz głośniki. Oni słyszą, jak gra orkiestra i śpiewają pod to. Są też, nie wiem, czy widziałas, my jesteśmy na kamerze cały czas, a więc są ekrany boczne i ekrany z tyłu też mogą wyjechać. I czasami są stawiane w (płyty), że widz ich nie widzi, ale kątem oka chór je widzi. No nie widzisz, czy z tak dalekiej odległości ktoś się patrzy trochę w bok i śpiewa, bo cię widzi w monitorze.

Analizując powyższy przykład z perspektywy aktora-sieci możemy uznać, że kamery i monitory są ważnym pozaludzkim aktorem (Law 1992: 382–383) sieci realizującej stojące przed artystami zadanie wystawienia koncertu czy przedstawienia. Podobnie jak w przypadku pracy zespołów neurochirurgicznych, umożliwiają realizację zadań, jednak w przypadku zespołów artystycznych rozwiązania technologiczne to ten pozaludzki aktor, dzięki któremu w ogóle możliwe jest zgranie działań poszczególnych zespołów, np. muzycznego i chóru na dużej przestrzeni stworzonej z Goffmanowskich scen i półscen (2000). Rozwiązania technologiczne umożliwiają także współpracę przy realizacji dzieł w wykonaniu większej liczby orkiestr. Dzieje się tak, gdy przedstawienie wymaga pracy orkiestry bocznej, prowadzonej przez drugiego dyrygenta. Jak mówi pani Szpakowska, dyrygentka pracująca w operze:

Jest coś takiego jak orkiestra dodatkowa boczna, więc ja mam tam dwadzieścia parę osób w kulisie z boku i ja mam monitor z dyrygentem głównym i muszę dyrygować identycznie jak dyrygent główny, tak żebyśmy byli równo z tą orkiestrą, która jest na dole – moja orkiestra, tak? W ten sposób. No i... jako się udaje.

Technologia w postaci możliwości nagrywania własnych lekcji dyrygentury jest także często wykorzystywana przez studentów. Profesorowie traktują ten rodzaj pracy jako umożliwiający rozwój umiejętności dyrygenckich. Po pierwsze, student oswaja się w ten sposób, że jego ruchy i mimika są nagrywane. Po drugie, oglądając film i omawiając go z nauczycielem, internalizuje profesjonalne kryteria oceny swojej pracy.

3.2.8. Emocje w pracy dyrygenta

Emocje w zawodzie dyrygenta odgrywają bardzo istotną rolę. Jednym z zadań stojących przed dyrygentem jest wzbudzanie w muzykach, a za ich pośrednictwem także w publiczności, emocji przewidzianych przez kompozytora dzieła i wynikających z interpretacji dyrygenta. W tym rozumieniu roli partytura

muzyczna jest jedynie środkiem technicznym, mającym na celu wzbudzenie w słuchaczach silnych emocji, które są zawsze pozytywne, nawet jeśli przywołują nieprzyjemne skojarzenia, o czym opowiada profesor Żurawski:

Znaczy, wpływam na emocje, o! Czyli pozytywnie. Ale generalnie pozytywnie, nawet przekazując złe emocje, dramatyczne. To też oddziałuje na słuchacza, ale zawsze w pozytywny sposób, bo jednak wyzwala u niego jakieś... jakieś emocje. A emocje słuchowe są... Z wyjątkiem, no, huku, krzyku... [...] To jest klasyczna muzyka nie jest w stanie... Więc raczej pozytywnie tylko działamy...

Podobnie jak w przypadku tancerzy towarzyskich (Byczkowska 2012a), także dyrygenci, zanim wzbudzą emocje w innych osobach, muszą je wzbudzić sami w sobie. Nie chodzi tutaj o udawanie emocji, o ich odgrywanie, ale o wejście w sytuację emocjonalną wykreowaną w czasie przygotowań i prób. Tancerze towarzyscy konstruują wyodrębnioną rzeczywistość tańca – samym ruchem tańczonym wyodrębniają daną przestrzeń ze zwykłych ram i kreują w niej emocje i przeżycia związane z danym stylem tańca. Możemy to zaobserwować nie tylko u zawodowców na turniejowych parkietach, ale i w hiszpańskich nadmorskich miasteczkach, gdy para zaczyna tańczyć na chodniku, a wokół niej zbierają się przechodnie i obserwując taniec, zaczynają odczuwać emocje, np. tanga (Byczkowska 2012b). Jak głosi motto tego rozdziału, dyrygent musi najpierw nasycić się muzyką, ale i emocjami w niej zawartymi, aby móc nimi emanować w każdym geście, postawie ciała czy wyrazie mimicznym. Wymaga to wejścia w sytuację koncertu, co w przypadku wielu dyrygentów polega na długiej koncentracji, nawet wielogodzinnej, w odosobnieniu.

Kreowanie emocji zapisanych w partyturze stworzonej przez kogoś innego, kompozytora, jest możliwe wówczas, gdy dyrygent *przepuści przez siebie* treść i zamysł dzieła. Oznacza to, że przeżycia, które były udziałem kompozytora, musi odnaleźć w sobie, we własnych doświadczeniach, w swojej biografii. Wówczas dyrygując, jest bardziej autentyczny, dzięki czemu jego przekaz będzie bardziej klarowny i czytelny.

Oprócz emocji związanych z interpretacją dzieła, dyrygent może także odczuwać wiele pozytywnych emocji związanych z sukcesem koncertu czy udaną współpracą podczas prób. Jednak najsilniejsze pozytywne emocje pojawiają się podczas koncertu, gdy wszystko układa się po myśli dyrygenta, wykonanie jest spójne i na tyle sugestywne, że publiczności udziela się ten nastrój i *wszyscy oddychają w jednym tempie*. Nawet wielokrotnie odgrywane dzieła potrafią wzbudzić w dyrygencie silne emocje, o czym opowiada pan Sójkowski, asystent dyrygenta filharmonii:

Mnie osobiście kilka razy zdarzyło się siedzieć, po tygodniu prób, jako asystent dyrygenta, po tygodniu prób tutaj tej orkiestry siedzieć na koncercie i naprawdę po raz kolejny przeżyć, głęboko przeżyć, prawie do łez nawet, wykonanie utworu. I to

uwielbiam takie momenty. Mimo że przez cały tydzień ten utwór w mojej obecności był grany, nie wiem, dwadzieścia razy i tak naprawdę już powinienem mieć dość, ale jednak coś w trakcie tego ostatecznego koncertowego wykonu, coś dokonuje się w tych ludziach, tak w instrumentalistach, jak w dyrygencie i między innymi, że no otrzymuje to jakąś dodatkową wartość. Pod warunkiem że nie jest zagrane obojętnie oczywiście.

Wykonywaniu zadań zawodowych przez dyrygenta nie towarzyszą jednak wyłącznie emocje pozytywne. Negatywne odczucia związane są m.in. z brakiem stabilności zatrudnienia. Stała niepewność, tymczasowość jest wpisana w ten zawód. Innym powodem pojawiania się negatywnych emocji jest osamotnienie. Podobnie jak neurochirurg, dyrygent także podejmuje najważniejsze decyzje samodzielnie, sam obmyśla plan interpretacji dzieła, jest odpowiedzialny za wykonanie go przez orkiestrę. Poczucie odpowiedzialności, ale i osamotnienia wynikające z tych aspektów pracy może być przytłaczające dla niektórych jednostek tym bardziej, że w rolę społeczną dyrygenta wpisane jest zdecydowanie, nie ma w nim miejsca na choćby chwilowe zwątpienie. W zawód dyrygenta, jako artystyczny, wpisana jest *nierównowaga emocjonalna*. Tak opisuje to zjawisko profesor Łabędzka:

przecież my jesteśmy artystami. Jesteśmy w chimerycznym kółku. [...] Najwięksi aktorzy też przed występami panikują. Potrafi się człowiek rozchorować, że gorączki dostaje. A potem co się po koncercie dzieje, ło Jezu, z osobowością. To dopiero. Z jednej strony jest albo euforia, albo zawałił, nie nadaje się do niczego. „Dlaczego nie dzwonią?”, albo za dużo dzwonią, albo za mało dzwonią, albo „O Jezu, a teraz co dalej zrobić, żeby znowu sukces był?”. Przecież jak dobrze zadyrygował, to dalej musi być lepiej. Jest miliony idiotycznych, naprawdę idiotycznych myśli. Ja, która dwadzieścia lat dyryguję, no to już wiem, że to musi się przeze mnie przewalić. Jakiś tydzień to trwa i potem się uspokaja, wracam do normy. Ale żadnych nie wolno podejmować decyzji w tym tygodniu po koncercie, bo człowiek reaguje histerycznie.

Opisane powyżej rozchwianie i napięcie emocjonalne może być bardzo problematyczne i wymaga umiejętności radzenia sobie z nim. Dyrygenci z dłuższym stażem umieją opanowywać negatywne emocje czy też treść. Strachowi przed pomyłką na koncercie starają się zapobiegać poprzez budowanie dobrych relacji z orkiestrą. Wzajemne zaufanie w zespole i *bycie jednością* powodują, że dyrygent ma poczucie, że nawet jeśli pomyli się na koncercie, orkiestra zagra prawidłowo i pomyłka nie zostanie zauważona przez publiczność.

Niestety, sposoby radzenia sobie ze stresem i silnymi emocjami nie są nauczane w uczelniach muzycznych. Poprzez *przychodzenie* adepci zawodu internalizują różne, także destrukcyjne sposoby radzenia sobie z napięciem. Najczęstszym z nich jest regularne picie alkoholu i stosowanie innych używek. Tak opisuje jego działanie dyrygent pracujący w operze, pan Gołębiowski:

To jest najłatwiejszy sposób rozładowania emocji, ale to to wtedy równia pochyła. I myślę, że większość dyrygentów z tym ma największy problem. Zważywszy na to, że zawsze dyrygent jest sam, nie ma pomocy z żadnej strony, musi sobie z własnymi emocjami radzić samemu i zawsze jest narażony na ataki z każdej strony, no to te emocje się bardzo mocno w psychice dyrygenta odkładają. [...] najlepiej by było, gdyby dyrygent o danym dziele wiedział więcej, niż ktokolwiek z wykonawców. Jest to rzeczywiście tytaniczna praca, tytaniczna. Normalnie jest jeszcze dodatkowe obowiązki organizacyjne i chwilami jest to fizycznie trudne, ciężkie. No i dlatego alkohol jest jakby wyjściem z sytuacji najlepszym. Można na chwilę zapomnieć.

Emocje są związane z autodefinicją dyrygenta dotyczącą rozumienia realizowanej przez niego roli społecznej. W relacjach bardziej partnerskich z orkiestrą obciążenie emocjonalne wynikające z oczekiwania, że dyrygent będzie nieomylny, jest mniejsze niż w przypadku osób realizujących tę rolę w bardziej tradycyjny sposób.

Dyrygenci zarówno podczas przygotowań, jak i w trakcie wykonania dzieła wykonują bardzo intensywną pracę emocjonalną (Hochschild 2009). W sposób bezpośredni praca ta wykonywana jest wobec muzyków orkiestry i chórzystów, którzy wykonują dzieło na podstawie interpretacji przekazanej im przez dyrygenta. Niebezpośrednio praca ta wykonywana jest także w stosunku do publiczności. Czasami oczywiście dyrygent może odwrócić się do publiczności i puścić oko czy uśmiechnąć się, aby bezpośrednio wpłynąć na reakcję emocjonalną słuchaczy. Innym rodzajem pracy emocjonalnej jest reagowanie na emocje pojawiające się w trakcie wykonania wśród muzyków, których źródłem może być np. błąd muzyka czy nadzwyczajne wydarzenie, np. zranienie się dyrygenta w dłoń białej rękawicy i opryskanie muzyków krwią. W takich sytuacjach rola dyrygenta polega na utrzymaniu lub spowodowaniu reakcji emocjonalnych muzyków na poziom takich emocji, jakie mają być treścią koncertu.

3.2.9. Błędy w pracy dyrygenta

Gdy pytałam moich rozmówców o błędy w pracy dyrygenckiej, nie umieli ich jednoznacznie określić. Mieli problem z odpowiedzią, odwoływali się czasami do takich pojęć jak pomyłka czy brak doświadczenia. Jeden z dyrygentów uznał, że trudno w ogóle mówić o błędach w pracy dyrygenta. Niedoświadczony dyrygent może dokonać błędnej interpretacji dzieła, czyli niestylowej i niezgodnej z założeniami epoki. Dopytany, do błędów zaliczał złe odczytanie partytury, a *zadyrygowanie* czegoś, czego nie ma w nutach, uznał za *przestępstwo muzyczne*. Z kolei profesor Łabędzka stwierdziła, że dobry dyrygent nie popełnia prostych błędów. Jednym z nich jest uleganie wrażeniu, że czas płynie wolno i znaczne przyspieszenie wykonania, co może być problematyczne technicznie dla muzyków, a także powoduje, że utwór trwa krócej, niż powinien. Jak twierdzi,

W czasie koncertu, gdy jesteśmy bardzo spięci, stres na nas działa, mamy zupełnie inne wrażenie upływu czasu. Mianowicie wydaje nam się, że czas zwalnia. W związku z tym przyspieszamy akcję. Efekt jest taki, że większość studentów czy ludzi zaraz po studiach na koncertach o wiele szybciej dyryguje, niż planowało. Potem wielkie zdziwienie – „Naprawdę?”, „No posłuchaj nagrania”, „(odgłos zdziwienia)”. Ale to dopiero po koncercie, jak już stres opadnie, tak? Już na spokojnie można posłuchać. To jest jeden z takich najbardziej typowych błęd, który się zdarza.

Jak stwierdził jeden z moich rozmówców, jest takie powiedzenie, że dyrygenta generalnie nie słychać. Jeżeli dyrygent popełni błąd, to słyhać go bardzo wyraźnie. Praca w orkiestrze to działanie zespołowe, a dyrygent pośredniczy pomiędzy zespołami, także pomiędzy wykonawcami i partyturą. Jeśli zaś popełni błąd, jak opowiada pan Gołębiewski, dyrygent pracujący w operze:

Wtedy jest katastrofa. Wtedy nic ze sobą nie współgra. Dyrygent po prostu nie może się pomylić. [...] oczywiście dąży się do doskonałości, żeby tych błędów było jak najmniej, aczkolwiek no nikt nie jest robotem i taki w... to jest czynnik ludzki i na to nie mamy, nie mamy wpływu po prostu. Tak, taki jest to zawód. I dyrygenci też są ludźmi, też popełniają błędy. Aczkolwiek te błędy są w skutkach no wręcz katastrofalne. Wystarczy, że dyrygent się pomyli i nagle ta lawina błędów we wszystkich zespołach to jak kula śnieżna. Toczy się i potem jest katastrofa.

Interesujące są także sytuacje, w których dyrygent popełnia nie tyle błąd, ile jego działania przeczą celom realizowanej przez niego roli. Dzieje się tak wówczas, gdy jego sposób dyrygowania lub zachowania wobec orkiestry przeszkadza, zamiast prowadzić orkiestrę w działaniu. Może się tak zdarzyć, gdy dyrygent nie spełnia wymagań roli (Turner 2002). Jak mówią moi rozmówcy: *nie wie, po co jest na scenie*, i gdy kieruje uwagę i energię na siebie, a nie na orkiestrę. Jak opowiada profesor Łabędzka:

Bardzo często dyrygenci – znam takich dyrygentów (nie tylko młodych), takich, którzy są nastawieni bardzo na siebie, na swoje ego. Oni są wtedy gwiazdą wieczoru. Nie myślą o tym, co się dzieje. Znaczą, źle wyrysowana jest energia, tak? W tym momencie. Nie orkiestra jest tym głównym wykonawcą, tylko on jest tym głównym wykonawcą. Bardzo często tacy dyrygenci zapominają o tym, że coś się dźwiękowo dzieje i dyrygują swoją wyobraźnią. Tym, co oni by chcieli usłyszeć, a nie tym, co się dookoła dzieje.

Błąd podczas koncertu może stanowić punkt zwrotny w karierze (Strauss 2012: 323). Może on spowodować, że dyrygent nie będzie umiał poradzić sobie z emocjami i ciężącą nad nim odpowiedzialnością. W sytuacji kolejnego wykonania może wystąpić u niego *emocjonalny paraliż*, niezdolność do zmierzenia się z sytuacją prowadzenia koncertu.

3.3. Konstruowanie roli społecznej dyrygenta⁵

W tym podrozdziale przedstawiam proces konstruowania roli (Turner 2002) dyrygenta orkiestrowego. Co dosyć ważne w kontekście dalszych rozważań, w porównaniu z opisanym wcześniej kształceniem w zawodzie neurochirurga, rozwój kariery dyrygenta ma znacznie mniej sformalizowany charakter. Adept dyrygentury nie ma zapewnionego stałego kształcenia pod okiem mistrza czy jasnych formalnych procedur związanych z podziałem zadań oraz oceną wykonania pracy. Z tego powodu indywidualne negocjowanie przez dyrygenta swojej roli z innymi osobami, głównie muzykami, ma dużo większy wpływ na jej realizację.

Dyrygenci, podobnie jak neurochirurdzy, są postrzegani jako indywidualiści, których działania są autonomiczne i niezakłócone wpływami innych. Jak jednak wynika z przeprowadzonych badań, jest to jedynie wizerunek tworzony na potrzeby społecznego konstruowania roli dyrygenta orkiestrowego (Turner 2002). Na realizację tej roli społecznej wpływ mają interakcje z wieloma indywidualnymi i grupowymi aktorami społecznymi – kompozytorem (oraz reprezentującym go obiektem – partyturą muzyczną), muzykami orkiestrowymi, śpiewakami chóru, tancerzami baletu, solistami czy publicznością. Znaczenie tych osób w procesie konstruowania roli, a także negocjowanie działań, konflikty czy uwspólnianie wykonania dzieła muzycznego opiszę dokładniej w kolejnych akapitach. Oprócz wymienionych wyżej istnieją także inni aktorzy, którzy mają wpływ na realizowanie przez dyrygenta jego czy jej roli zawodowej. Są to pracownicy administracji, władze instytucji kultury⁶, pracownicy techniczni, a w przypadku teatrów muzycznych i oper – reżyserzy. Nie będę jednak szczegółowo opisywać ich znaczenia w konstruowaniu roli, ponieważ interakcje z nimi nie mają tak dużego znaczenia, jak te z aktorami wymienionymi wcześniej.

Konstruowanie roli uzależnione jest również od czynników kulturowych, grupowych i instytucjonalnych kształtujących nie tylko sposób działania indywidualnych osób, ale pośrednio wpływających na rozwój muzyki orkiestrowej.

⁵ Ten podrozdział został częściowo oparty na materiale i analizach danych opublikowanych w artykule mojego autorstwa zatytułowanym *A Socially Constructed Individualist: An Interactionist Study of Role-Making among Orchestral Conductors* w piśmie „Qualitative Sociology Review” 2022, 18(4): 132–152.

⁶ Podczas jednej z rozmów z profesorem dyrygentury w starszym wieku opowiedział mi on o wpływie cenzury państwowej na treść przedstawionego utworu. W czasach PRL każdy publicznie prezentowany utwór musiał mieć zgodę cenzora na jego przedstawienie. Przygotowane przez mojego rozmówcę dzieło miało częściowo charakter religijny i cenzor nie zgodził się, aby zakończyć je zgodnie z zapisem w partyturze słowem „amen”.

Proces ten polega na stałym balansowaniu pomiędzy tym, co indywidualne (artystyczne), a tym, co społeczne (grupowe i organizacyjne). Ważnym elementem tego procesu jest negocjowanie znaczeń, przyjmowanie perspektywy innych i rekonstruowanie roli oraz autodefinicji w takich sytuacjach społecznych jak interpretacja dzieła muzycznego, przedstawianie interpretacji orkiestrze, reagowanie na błędy podczas prób i przywództwo. Jak ujął to student dyrygentury: *dyrygent zawsze robi, co chce. Co chce. Co powinien, może tak.*

3.3.1. Kompozytor i partytura muzyczna

Zarówno kompozytor, jak i partytura są tymi aktorami (Latour 1996: 369), z którymi dyrygent negocjuje interpretację oraz wykonanie dzieła. Jeśli kompozytor uczestniczy w przygotowaniach do koncertu, negocjacje te mają charakter bezpośredni. W przypadku większych filharmonii czy oper, a także ważniejszych ich wykonań (np. na festiwalach) kompozytor może współpracować z dyrygentem podczas przygotowywania interpretacji dzieła.

Nieco odmienna sytuacja ma miejsce, jeśli kompozytor zmarł lub był nieobecny podczas prób, a także gdy jest mało prawdopodobne, by wysłuchał konkretnego wykonania. Nawet jeśli dyrygent sam pracuje z partyturą, interpretacja nie jest działaniem w pełni autonomicznym. W tym aspekcie swojej roli dyrygent ograniczony jest nie tylko zapisem nutowym, ale i wyobrażonymi interakcjami z kompozytorem. Stara się wydedukować jego intencje, np. poprzez poznanie jego biografii czy epoki, w której tworzył.

Podczas pracy z partyturą dyrygent podkreśla pewne, szczególnie mu bliskie, wartości w utworze. Jak metaforycznie ujął to Jerzy Waldorff (1994: 35), kompozytor tworzy rzeźbę, a zadaniem dyrygenta jest ją przedstawić, oświetlić, pokazać w określonym kontekście. Dzięki temu, w zależności od interpretacji dyrygenta, dzieło jednego kompozytora może być wykonane w sposób ukazujący różne jego aspekty.

Umiejętność pracy z partyturą jest niezwykle istotna w pracy dyrygentów, o czym świadczy fakt, że w każdym kolejnym roku edukacji czas poświęcany tej czynności przez studentów dyrygentury wydłuża się (Schmidt i in. 2021: 370–371). Jak twierdzą Schmidt i współautorzy, studiowanie partytury jest nie tylko najczęściej praktykowaną czynnością od początku studiów dyrygenckich, ale także staje się coraz bardziej czasochłonne w miarę zaawansowania studentów. Może to wynikać z wymagań roli, a mówiąc konkretniej z faktu, że studenci na wyższych latach studiów mają więcej możliwości pracy z orkiestrami i bardzo dobra znajomość partytury staje się coraz bardziej potrzebna.

Interesującej perspektywy analitycznej odnośnie do pracy z partyturą czy też z wyobrażeniem i wiedzą, jakie dyrygent posiada na temat osoby kompozytora, dostarcza teoria aktora-sieci. Jedną z ciekawych cech tej koncepcji jest zacieranie granicy pomiędzy ludźmi i innymi obiektami, jako aktywnymi

aktorami podejmującymi działania czy wchodzącymi w interakcje. Jak pisze Marilyn Strathern (1999: 157–158), ludzie nie powinni być traktowani w opozycji do swoich wytworów, gdyż to one właśnie jako przedmioty często ustalają relacje pomiędzy ludźmi. Partyturę można w tej interpretacji traktować jako pozaludzkiego aktora (Law 1992: 381), który pośredniczy pomiędzy kompozytorem a dyrygentem. Sama jednak niesie znaczenia, które wpływają na działania dyrygenta wobec orkiestry. Jak twierdzi John Law, pozaludzcy aktorzy bywają niezbędni, aby zaistniała współpraca pomiędzy aktorami ludzkimi (Law 1992: 382). Dzięki istnieniu partytury, jej interpretacji, wiedzy z zakresu historii muzyki dyrygent może podejmować określone działania wobec orkiestry, a muzycy orkiestry realizują jego polecenia, w wyniku czego zadanie, jakie stoi przed tą siecią, może zostać zrealizowane.

3.3.2. Orkiestra

Bardzo ważnym aspektem w realizowaniu roli dyrygenta jest współpraca z orkiestrą. Szczególną rolę w tej relacji odgrywa charyzma i umiejętność oddziaływania na muzyków. Ten element roli dyrygenta jest więc istotną częścią procesu dydaktycznego. Podczas obserwowanych przeze mnie lekcji dyrygentury niejednokrotnie widziałam, jak nauczyciele komentowali sposób pracy z „orkiestrą” reprezentowaną przez jednego lub dwóch akompaniatorów grających na fortepianach. W trakcie jednej z nich uczeń pokazał grymas niezadowolenia na twarzy, gdy akompaniatorzy zagrali inaczej, niż by sobie tego życzył. Został natychmiast skarcony przez nauczyciela, za to, że okazał muzykom niezadowolenie z ich gry, co w trakcie koncertu może np. zestresować orkiestrę i przełożyć się na dalsze fragmenty utworu. Profesorowie często reagowali też na niejasny gest studenta, ale bardzo często tłumaczyli błędy pianistów brakiem precyzji i zdecydowania studenta. Każdy dyrygent posługuje się jednak własnymi, unikatowymi sposobami zarządzania orkiestrą, co jest również zależne od szczególnych cech jej członków.

Dyrygent, jako pośrednik pomiędzy zapisem nutowym stworzonym przez kompozytora a orkiestrą, rozwiązuje problemy wynikające z praktycznego wykonania utworu przez *aparatus wykonawczy*. Jak to ujął Jerzy Maksymiuk (Maksymiuk, Piasecka 2002: 96), światowej sławy polski dyrygent:

Dyrygent powinien znać możliwości instrumentu i wiedzieć, o co może prosić, a co powinien pominąć. Czasami kompozytorzy piszą w partyturach różne rzeczy, których nie można zagrać, albo na przykład pasaże, które nie mają większego znaczenia [...], czasami zdarza się, że na przykład flet jest niesłyszalny, ponieważ kompozytor nie uwzględnił tego, że inna grupa instrumentów, którą wprowadził, „przykrywa” ten instrument. Jestem za tym, żeby nie zmieniać zapisu kompozytora. Proszę po prostu, żeby ci, którzy grają tzw. kontrapunkt albo inne linie, zagrali „mniej”.

Bardzo ważnym elementem realizowania roli społecznej dyrygenta jest umiejętność szybkiego reagowania na błędy, niepewność czy wahania w orkiestrze. Tak ujął to jeden z moich rozmówców, profesor Żurawski:

Nawet w trakcie akcji muzycznej, no muzyk się pomyli. No to co? Nie mogę przerwać koncertu, prawda? I go zbesztać czy ten. Tylko przyjąć do wiadomości i natychmiast o tym zapomnieć. To jest tylko człowiek, każdy z nas jest człowiekiem, każdy się może pomylić. Nie wolno na to zwracać uwagi, no ale to trudne jest.

W przywódczym aspekcie roli dyrygent jest odpowiedzialny za wykonanie utworu, w tym także za różne niepowodzenia orkiestry. W jego ruchach nie może być widać wahań i niepewności, ponieważ podczas koncertu głównym instrumentem pracy dyrygenta jest ciało⁷. Podejmowanie decyzji to umiejętność dokonywania samodzielnego, *de facto* autorytarnego wyboru i przekonania lub zmuszenia do wprowadzenia go w życie przez orkiestrę. Jak twierdzi jedna z moich rozmówczyń, profesor Łabędzka, decyzje o interpretacji są:

Pozornie demokratyczne. Dlatego, że te pozory dają mnie... większe możliwości, tak? Mam tych pomysłów na rozwiązanie problemu więcej, a zespołowi dają poczucie swobody. Wolności. Prawo do decydowania, tak? To to jest to, myślę, bardzo ważne. Nie jestem zwolenniczką dyktatorskiego panowania nad zespołem... Tylko nie wiem, czy to komuś może dawać satysfakcję. Znaczący ciężar odpowiedzialności za podjętą decyzję i tak zawsze spada na mnie. I tu nie ma zmiłuj. [...] To nie jest rodzaj oszustwa, tylko jakby szukania. [Negocjowania – przyp. D.B.O.] Troszkę też, ale chyba nie bardzo jestem uступliwa. [...] [Czasami powody są – przyp. D.B.O.], takie naprawdę bardzo głębokie, kiedy ktoś nie jest w stanie tego utworu wykonać, ponieważ moja filozoficzna powiastka do tego przygotowana mu nie odpowiada. [...] Miałam już taką sytuację, kiedy coś religijnego wymyśliłam i przyszedł Jehowita i mówi: „Przepraszam, ja nie biorę udziału. Proszę wybaczyć”. I musieliśmy wszystko przenieć. To było wyzwanie, pamiętam, bo to już zapadło głęboko tym wierzącym uczniom, tak? W duszy. A tu nagle masz – rewolucja. No, sięgnęliśmy do kosmosu, do wartości ogólnoludzkich i się dało.

Jak zgodnie twierdzili moi rozmówcy, niezdecydowanie dyrygenta świadczy o braku profesjonalizmu, braku charyzmy, nieumiejętności panowania nad własnym ciałem. Dyrygenci manipulują wrażeniami (*impression management*; Goffman 2000) poprzez swoje ciało i jako prowadzący muszą nieustannie kontrolować swoją mimikę, czyli reakcje na pojawiające się błędy. Każde wytrącenie orkiestry z rytmu może rzucić cień na kolejne etapy koncertu.

⁷ Nieco inaczej jest podczas prób, gdy dyrygent może przerywać wykonanie i omawiać powstałe problemy.

Relacja dyrygent–orkiestra zmieniała się znacząco wraz ze zmianami definicji roli dyrygenta od końca XIX wieku. Wynikała ona z faktu, że często jedynie dyrygent umiał odczytać partyturę, ponieważ muzycy nie byli profesjonalnie wykształceni. Dyrygenci byli postrzegani jako postaci wybitne, niemal boskie, posiadające szczególne talenty artystyczne i interpretacyjne, które pozwalały im zaopiniować własną interpretację muzyki i wymagać od muzyków wykonania utworu w określony sposób (S.E. Rubin w *New York Times Magazine*, cyt. za: Khodyakow 2014: 67). Muzycy orkiestrowi mieli po prostu słuchać swoich dyrygentów i podążać za nimi. To dyrygenci byli uważani za prawdziwych wykonawców, a orkiestra za instrument, na którym „grali” (Fischer, Jackson 1997, za: Khodyakow 2014: 67). Taka pozycja powodowała możliwość sprawowania praktycznie autorytarnej władzy nad orkiestrą (zob. Waldorff 1994: 138). Tak opisuje tę definicję roli dyrygenta pracująca w operze, pani Szpakowska:

Taki, wiesz, z początku właśnie koniec XIX wieku, a [początek – przyp. D.B.O.] XX wieku, że dyrygent to była taka osoba... Jakby to powiedzieć w ogóle. No ktoś ponad całą resztę. W jakimkolwiek teatrze, nie wiem w operze, filharmonii. To często byli tacy ludzie, którzy pozwalali sobie na wszystko. No dzisiaj no to by było tak albo mobbing, albo molestowanie, albo jeszcze coś tam innego, a kiedyś to była norma (3). No wydaje mi się, że czasem niestety to są ludzie, którzy chcą sobie coś udowodnić. Wiesz, trochę kompleksów wylazi. Takiego egoizmu źle rozumianego. Tak mi się to/ przynajmniej u niektórych postaci. A wiesz, jak jesteś na to podatna, to taka sytuacja, że jesteś u władzy, że masz ostateczne słowo co do wszystkiego, no to nakręca jakby tylko pewnie.

Rosnąca od lat powojennych liczba profesjonalnych, wysoko wykształconych muzyków spowodowała powstanie nowych, bardziej partnerskich relacji pomiędzy dyrygentem a orkiestrą. Muzycy wiedzieli rzeczy oczywiste i byli w stanie współdziałać z dyrygentem jak partnerzy. Proces ten został dobrze opisany przez profesora Żurawskiego:

Trzeba być bardzo zdecydowanym. Stanowczym. Dzisiaj przede wszystkim merytorycznym. Wiedzą i umiejętnościami trzeba natychmiast zaimponować orkiestrze, żeby mieć ją za sobą. Do niedawna, gdzie to był męski zawód wyłącznie, do lat 90. ... ten model prowadzenia orkiestry się kompletnie zmienił. To było, na całym świecie zresztą... to byli bogowie. Bezwzględni, twardzi. Po sierżancku prowadzący często próby, poniewierający ludźmi i tak dalej. No tak to było. Do lat 90. ... Ja już byłem troszkę inaczej ukształtowany. Inne wyobrażenie miałem, co mi się sprawdziło... że merytorycznie więcej osiągnę niż, ale oczywiście zawsze bardzo konsekwentnie. Grzecznie, ale bardzo konsekwentnie. Nieprzygotowany jesteś? Do widzenia, do domu, tak? [Poprzednik – przyp. D.B.O.] ten, z tych wielkich bogów by zwyzywał, zwolnił z pracy, cokolwiek. Ja robiłem to samo, tylko spokojnie, tak? Przygotuj się do pracy. Nie jesteś przygotowany – do widzenia. To było straszne wyrzucić muzyka z pracy, z estrady.

Ale spokojnie. Bez awantury, bez wyzywania. Te same metody, tylko inaczej (śmiech). Ubrane w inną formę. Nie ma już takiej potrzeby dzisiaj.

Kluczową umiejętnością dyrygenta, będącą ważnym kryterium jego profesjonalizmu jest inspirowanie orkiestry. Polega ono nie tylko na narzuceniu swojej interpretacji utworu, ale także na umiejętnym wykorzystaniu indywidualnych i grupowych możliwości orkiestry. Jest to kompetencja nabywana w toku praktycznej pracy z orkiestrą, a także związana z zaakceptowaniem, że muzycy w orkiestrze są profesjonalnymi artystami. Zauważenie, docenienie i umiejętne wykorzystanie ich kompetencji pozwala dyrygentowi na lepszą realizację swojej interpretacji dzieła. Tak opisywał ten fenomen znany polski dyrygent, Leopold Stokowski (za: Waldorff 1994: 150):

Dyrygent powinien zrozumieć psychikę wykonawców i umieć połączyć ich różnorodne charaktery w jeden, harmonijny organizm, który jest zbiorem nie tylko wielu instrumentów, ale w jeszcze większym stopniu wielu artystycznych indywidualności, różnych pod psychicznym i emocjonalnym względem.

Jest to możliwe jedynie wówczas, gdy dyrygent nie ma potrzeby konkurować z orkiestrą i rozumie swoją i jej rolę jako współtworzenie jednego dzieła, uwspólniania jego wykonania. Jak opowiada pan Sójkowski, asystent dyrygenta w filharmonii:

Dyrygent jest po to, żeby pomóc orkiestrze być razem, po to, żeby ją zainspirować, po to, żeby ją ciągnąć, po to, żeby też pozwolić jej zaufać samej sobie, bo ona sama w sobie jest w stanie zrobić bardzo wiele; ingerować wtedy, kiedy trzeba, czasami tak nakręcić i puścić czasami w ogóle, zupełnie poddać, bo orkiestra jest czasem jak taki dobry ruski czolg i ona świetnie sobie radzi sama i dużo rzeczy wie też sama.

Do charakterystycznych cech przedstawicieli młodszego pokolenia dyrygentów należy także otwartość na inspirację ze strony orkiestry. Jest to związane ze zmieniającym się wzorcem relacji orkiestra–dyrygent na bardziej partnerski, mniej hierarchiczny. Opowiada o nich pani Szpakowska, dyrygentka pracująca w operze:

Tak. No i wiesz, ja mam na przykład takie podejście, że to nawet ja czasem mogę się czegoś od niej nauczyć [skrzypaczki – przyp. D.B.O.], tak? Jest znakomitą solistką, więc dlaczego by od siebie nawzajem. A przyjdzie ktoś taki, kto musi pokazać, że ja jestem i tak lepsza od ciebie, tak? W sensie, bo ja tu jestem dyrygentem i ja ci powiem, jak masz to zagrać, a nie, że ty mi będziesz coś mówiła, w ogóle nie, że „To może spróbujmy tak czy coś tam?”. Także to jest takie, że jeżeli ktoś nie ma w sobie takiej gotowości, że nie jest nieomylny i że to wiesz, to nie powoduje, że traci w oczach w ludzi, no to może na tym skorzystać. Jak bardzo się upiera, że on musi być ten genialny, jedyny i w ogóle wiedzący najlepiej, to mogą się zacząć tarcia, nie?

Wspomniane przez dyrygentkę tarcia są bardzo niebezpieczne dla dyrygenta, ponieważ jest on uzależniony od orkiestry. Bez niej nawet najlepszy dyrygent nie zagra koncertu. Wchodzenie przez dyrygenta w konflikt z orkiestrą może się dla niego skończyć fiaskiem (Maksymiuk, Piasecka 2002: 94). Jak stwierdził jeden z badanych, dyrygent w operze, dyrygent stający po raz pierwszy przed orkiestrą *zderza się z czołgiem, z pędzącym pociągiem. Jak człowiek do tego pociągu nie wskoczy, no to już nie ma odwrotu*. Anna Bull (2016: 862) twierdzi z kolei, że jednym ze sposobów na utrzymanie dyscypliny przy jednoczesnym zyskaniu sympatii orkiestry jest żartowanie z orkiestrą. Humor, podobnie zresztą jak w przypadku neurochirurgów, umożliwia także rozładowanie napięcia, jakie wynika z wielogodzinnego skupienia na granym fragmencie oraz pojawiającej się czasami nudy. Pozwala on na utrzymanie równowagi pomiędzy przekazywanymi przez dyrygenta emocjami, ekscytacją, nudą, frustracjami wynikającymi z nieudanego odegrania fragmentu dzieła czy obecną w zespole konkurencją.

3.3.3. Chór

Jak wspomniałam, dyrygowanie chórem jest w wielu aspektach podobne do dyrygowania orkiestrą. Głos ludzki charakteryzuje się swoją specyfiką, różną od instrumentów muzycznych, lecz moi rozmówcy często wspominali, że dyrygowanie chórem czterogłosowym to jak dyrygowanie czterema instrumentami. W tym sensie praca z chórem jest podobna do pracy z orkiestrą. Dyrygent bierze także pierwszy wdech z wokalistami chóru i muzykami grającymi na instrumentach dętych.

Pomiędzy dyrygowaniem muzykami instrumentalistami i śpiewakami chóru istnieją jednak różnice wynikające z dwóch przyczyn. Po pierwsze, chór przygotowywany jest do koncertu przez chórmistrza. Chórmistrz jest dyrygentem chóru i, tak jak dyrygent przygotowujący koncert lub spektakl, ma zazwyczaj własną wizję dzieła. Dlatego też konieczna jest współpraca pomiędzy dwoma dyrygentami, a także wspólne próby dyrygenta i orkiestry z chórem. Opowiada o tym pan Gołębiewski, dyrygent operowy:

chór identycznie jak orkiestra. Też musi mieć wyznaczone priorytety, dany fragment robimy tak, a dany/ [...] nie, mamy chórmistrza, on przygotowuje partie, dobrze czyta ze swoim zespołem materiał. Chór jest zawsze nauczony swojej partii na pamięć. Potem wchodzi reżyser, swoje wizje członkom chóru przedstawia, ustawia w odpowiedni, w odpowiedni sposób, no a dyrygent musi po prostu zadyrygować. [...] Jeżeli mamy koncerty, gdzie rzeczywiście tych fragmentów chóralnych jest sporo, no to oczywiście próby z samym chórem są, tak. Bo rzeczywiście ta koncepcja samego chórmistrza i dyrygenta mogą, może być zdecydowanie odmienna.

Druga przyczyna specyfiki pracy z chórem polega na tym, że wokaliści stoją lub siedzą dalej od dyrygenta niż orkiestra. W filharmoniach chór stoi zazwyczaj w głębi sceny, za orkiestrą. Z kolei podczas spektakli operowych chórzyści stoją na scenie, podczas gdy orkiestra gra w *kanale* pod sceną. Ponadto przemieszczają się po scenie, odgrywając swoje role w spektaklu. Dlatego też ważnym aktorem pozaludzkim (Law 1992: 382–383) jest w tej relacji technologia wykorzystywana na scenie. Tak pracę z chórem charakteryzuje dyrygent pracujący w operze, pan Gołębiewski:

[Chór, stojąc w głębi sceny, widzi – przyp. D.B.O.] *Niewiele, bo bardzo często jest tak, że chór nie widzi dyrygenta. Jeszcze jak do tego dochodzą jakieś mgły albo światła są rażące, to kontakt jest bardzo mocno ograniczony. Dlatego w bocznych kulisach zawsze stoją monitory, żeby też ta widoczność dyrygenta była lepsza. Aczkolwiek i tak no nie do końca się to sprawdza. Najlepiej mieć kontakt na żywo. Dlatego im wyżej podniosę ręce dla zespołu chóru, tym lepiej. Zawsze staram się robić tak, żeby wszyscy widzieli mnie dobrze. No ale nie zawsze jest to możliwe i wtedy chór po prostu słucha orkiestry. Dlatego próby wewnętrzne [orkiestra i chór – przyp. D.B.O.] są jak najbardziej praktykowane, tak.*

3.3.4. Soliści

Dyrygenci współpracują z dwoma rodzajami solistów – instrumentalnymi i wokalnymi, czyli śpiewakami. Oba rodzaje współpracy mogą mieć miejsce zarówno w filharmonii, jak i w operze. W filharmonii soliści zazwyczaj stoją na scenie razem z orkiestrą i są dobrze widoczni dla dyrygenta. W operze soliści instrumentalni mogą być obecni na scenie lub siedzieć w *kanale* razem z orkiestrą. Soliści – śpiewacy wykonują swoje partie na scenie, dlatego ich komunikacja z dyrygentem może być trudniejsza. We wszystkich tych sytuacjach rola lidera z dyrygenta przechodzi na solistę. Głównym zadaniem dyrygenta jest sprawienie, by solista czuł się bezpiecznie poprzez prowadzenie orkiestry w taki sposób, by grana muzyka stanowiła komfortowe tło. Podczas jednej z lekcji dyrygentury obserwowałam studentkę pracującą z solistką skrzypaczką. Zadaniem studentki było dyrygowanie dwoma pianistami zharmonizowane z występem solisty. Oceniając ich pierwsze wspólne wykonanie, profesor powiedział do studentki: *Nie możesz dyrygować solistą. Spójrz na smyczek i oddychaj, aby mieć z nią równe impulsy.* Kiedy dyrygent pracuje z prawdziwą orkiestrą, impulsy są przekazywane przez dyrygenta orkiestrze.

Sposób wspólnego wykonania danego utworu może być negocjowany pomiędzy dyrygentem i solistą podczas wspólnych prób orkiestry. Różne rozwiązania są tutaj negocjowane przez obie strony interakcji. Poprzez te negocjacje dyrygent może oddać nieco pola soliście, godząc się w mniejszym lub większym stopniu na proponowane przez niego rozwiązania. Tak opisuje te relacje pan Gołębiewski, dyrygent operowy:

Z solistami wygląda trochę inaczej, bo to im musi być wygodnie. I zawsze mogą powiedzieć, że wolalibyśmy to zrobić trochę inaczej, bo tak się czuję bardziej komfortowo. Im trzeba stwarzać warunki cieplarniane. O, tak bym powiedział. [...] aczkolwiek jeżeli to też trzeba wziąć oczywiście przez pryzmat i sceny, i muzykalności, wymagań reżysera. Nie zawsze koncepcja wokalisty, śpiewaka jest na tyle dobra, żeby można było jej zaufać. I wtedy dyrygent musi poprowadzić solistę inaczej, niż on by tego chciał. Aczkolwiek zawsze jest to rozmowa i próba znalezienia wspólnej koncepcji tak, żeby no efekt finalny był zadowalający wszystkie strony.

Negocjowanie może odbywać się także podczas koncertu. Solista może wykonać utwór inaczej, niż zostało to ustalone na próbach. W takich sytuacjach dyrygent musi dostosować się do wykonania solisty, mając na uwadze powodzenie koncertu (Faulkner, Becker 2009: 185, cyt. za: Segre 2020: 66). Mimo odległości i trwającego spektaklu interakcje pomiędzy dyrygentem a solistą zachodzą stale. Odbywają się one wówczas głównie poprzez kontakt wzrokowy, nawiązywany tak, aby publiczność go nie zauważyła. Jak twierdzą dyrygenci operowi, z którymi rozmawiałam, doświadczeni soliści *czują* dyrygenta i mogą dostosować swoje wykonanie, np. przyspieszyć je lub zwolnić wykonanie zgodnie z zamysłem dyrygenta. Należy jednak pamiętać, że soliści-śpiewacy wykonują wymagającą pracę fizyczną, jednocześnie odgrywając rolę aktorską. W związku z tym, negocjując ze śpiewakiem lub śpiewaczką sposób wykonania utworu, np. jego szybkość czy ustawienia na scenie, dyrygent bierze pod uwagę fizyczne wymagania, jakie stoją przez solistą, takie jak możliwość swobodnego nabierania powietrza czy przyjęcie pozycji ciała umożliwiającej swobodne oddychanie (Atkinson 2006: 103).

Sytuacja, w której solista wykonuje utwór inaczej, niż zostało to ustalone z dyrygentem i orkiestrą na próbach, może stanowić wyzwanie dla dyrygenta. Podważa bowiem podejmowane przez niego decyzje i zmusza do podporządkowania się soliście podczas koncertu, a tym samym w pewnym stopniu kwestionuje jego przywództwo. Dyrygenci mogą wówczas podjąć działania mające na celu rekonstrukcję statusu przywódcy. Jak opowiada pani Szpakowska, dyrygentka pracująca w operze, gdy podczas koncertu solista wykonuje utwór inaczej, niż było ustalone,

No już se możesz swoją wizję schować, co – mówię – nigdy nie jest wygodne, bo to też jest jakby... To jest właśnie taka krucha granica między tym, co możesz narzucić, a co możesz oddać tak, żeby nie stracić twarzy, tak? No bo jeżeli każdy śpiewak będzie z tobą robił, nie wiem, co chce, to w pewnym momencie też orkiestra stwierdzi, że no dobra, ale „hello”, albo masz jakiś autorytet i potrafisz to wymusić [...]. To musisz jakoś zainterweniować, no prostu.

Jeśli relacje pomiędzy dyrygentem a solistą są bliższe, np. pracują oni od wielu lat wspólnie w jednej instytucji, a ich relacje są partnerskie, dyrygent może

pozwolić sobie na bardziej bezpośrednią ingerencję w wykonanie. Mogłam zaobserwować taką sytuację podczas jednej z prób operowych do koncertu noworocznego. Jeden z solistów śpiewał romantyczny utwór w bardzo wolnym tempie. Sprawa była omawiana z dyrygentem na wcześniejszych próbach. Kiedy orkiestra wykonała utwór trzeciego dnia prób, a solista ponownie zaśpiewał utwór powoli, dyrygent krzyknął do niego z kanału orkiestrowego: *Janek [imię zmienione – przyp. D.B.O.], no co ty! Nie chcesz brzmieć jak jakiś stary dziad!.* Prawdopodobnie było to właśnie działanie rekonstruujące pozycję przywódczą dyrygenta, który wcześniej wielokrotnie ustalał ze śpiewakiem odpowiednie tempo wykonania utworu. W sytuacji powtarzającego się niedostosowania do ustalonego tempa wybrał sankcję ośmieszenia, aby wymusić na śpiewaku odpowiednie wykonanie utworu.

3.3.5. Balet

Jeśli chodzi o współpracę z baletem, co często ma miejsce w przypadku dyrygentów operowych, należy wziąć pod uwagę dodatkową kwestię – specyfikę ciała ludzkiego jako posiadającego pewne ograniczenia. Oczywiście, ograniczenia ludzkiego ciała są widoczne w przypadku instrumentalistów (np. prowadzenie w zbyt szybkim tempie uniemożliwia grę) oraz w przypadku solistów wokalnych (np. kwestia oddechu, możliwości utrzymania dźwięku) i mogą również wpływać na wizję dyrygenta. Natomiast w przypadku tancerzy baletowych dyrygent musi bardzo dobrze znać sposób ich tańca. Dyrygent może w tym celu uczestniczyć w próbach baletowych i po dokonaniu obserwacji dostosować tempo muzyki do możliwości cielesnych tancerzy. W przypadku instrumentalistów i solistów wokalnych możliwa jest dwukierunkowa komunikacja z dyrygentem. Mogą oni pokazać dyrygentowi, że coś jest nie tak lub że muszą śpiewać czy grać wolniej lub szybciej. W przeciwieństwie do nich tancerze baletu nieustannie poruszają się po scenie i bardzo rzadko mają kontakt wzrokowy z dyrygentem. W momencie występu tancerze muszą dostosować się do muzyki granej przez orkiestrę. Jak ujął to jeden z moich rozmówców, dyrygent pracujący w operze:

tancerze baletu zawsze mówią, że dla nich jest coś za szybko albo za wolno. Że w tym tempie się męczą. Chociaż tego w ogóle nie widać. Tutaj uśmiech, niebiańskie klimaty, a potem wychodzą ze sceny i mówią: „co to jest?” [...]. I teraz przygotowując ten koncert, zawsze kierownik baletu obok mnie jest i mówi, że to musimy zrobić inaczej. Tancerze się męczą, musimy to zrobić inaczej. No i jeżeli dostaję taki komunikat, no to wiadomo, że muszę to zmienić. Niezależnie od swojej wizji utworu.

Jak wskazują powyższe przykłady, interpretacja partytury przez dyrygenta, wyrażająca się m.in. poprzez przyjęcie określonego tempa, musi być negocjowana z wykonawcami. W przeciwnym razie koncert może nie być dobrze zagrany

lub dojdzie do konfliktu pomiędzy dyrygentem a tancerzami. Negocjacje odbywają się nie tylko na próbach. Prowadząc orkiestrę podczas koncertu, dyrygent musi nieustannie obserwować i uzgadniać tempo muzyki pomiędzy baletem a orkiestrą. Jest to zadanie niełatwe, co opisuje dyrygentka operowa, pani Szpakowska:

Z baletem to jest w ogóle najtrudniejsza chyba rzecz do ogarnięcia, z racji tego, że tam jest bardzo ważne wstrzelenie się w dobre tempo. [...] Natomiast solista co? Jak masz za wolne tempo, to albo nie wyskoczy, bo nie ma tego rozbiegu, tak? Za wolne tempo jest podbiegu, żeby mógł dobrze wykonać piruet [...]. Ja dyrygowałam, w sumie w tym roku miałam swój pierwszy debiut z baletem, no to ci powiem, że się napociłam tak, że Jezu, myślałam, że zejść (śmiech). [Największa trudność polega – przyp. D.B.O.] na zgraniu się z muzyką do ciała, do możliwości ciała. Tam też są soliści, są koryfeje. Każdy z solistów jest inny, tak? Nie zagrasz dwa razy takiego samego tempa [...]. A tu jak idzie gest ręką, no to ja go nagle nie zwolnię w trakcie, bo za chwilę mi inna figura nie wyjdzie, bo chodzi o balans ciała.

3.3.6. Publiczność

Relacje dyrygenta z publicznością polegają głównie na tym, że może, ale nie musi być on przez nią zaakceptowany. Zależy to od wielu czynników, lecz na pewno dotyczy w większym stopniu filharmonii oraz oper z długą tradycją, których publiczność jest bardziej przyzwyczajona do określonego repertuaru, stylu wykonawczego czy zachowania dyrygenta. Na przykład konserwatywna publiczność, przyzwyczajona do słuchania klasycznych dzieł, niechętnie akceptuje dyrygentów, którzy preferują bardziej współczesne utwory. Niektórzy, nawet wielcy, dyrygenci decydują się wtedy na włączenie do repertuaru muzyki znanej publiczności, nawet jeśli nie jest to do końca zgodne z ich wizją (Waldorff 1994: 50). Pomiędzy publicznością a dyrygentem może również dochodzić do „próby sił”. Dla dyrygenta szczególne znaczenie mają tu te same cechy, które są ważne w relacjach z orkiestrą – zdolność do szybkiej reakcji, umiejętności psychologiczne i charyzma. Dyrygent może narzucić publiczności swoją definicję sytuacji koncertu czy konkretnego jego momentu (np. zawahania, błędu) poprzez to, co Atkinson (2006: 96) nazywa widocznym punktem skupienia wspólnej uwagi (*visual focus of shared attentiveness*), a co stanowi element charyzmy.

Stosunki dyrygenta z publicznością, głównie ze stałymi bywalcami danej instytucji muzycznej, czy też z publicznością obecną w danym momencie w sali koncertowej, bywają różne – od gościnnych po wrogie – i opierają się na dwukierunkowej komunikacji. Tak o Herbercie von Karajanie, światowej sławy dyrygenście austriackim, pisze Jerzy Waldorff (1994: 292):

Mistrz, wszedłszy na estradę, zaczynał od minutowego skupienia: krył twarz w dłoniach i tak trwał w otaczającej go nabożnej ciszy. Później brał się do dyrygowania, ale często urywał po kilku taktach, jeśli był zdania, że audytorium nie odnosi się do estrady z należnym szacunkiem, że jakiś bezczelny śmiałek – na przykład – kaszle lub też szura nogami. Wtedy odwracał się i spoglądał na salę, zmarszczony, tak strasznym wzrokiem, że ludzie truchleli z przerażenia. Sterroryzowawszy ich dopiero jak trzeba, Karajan nakazywał orkiestrze dalszą grę.

Ważnym czynnikiem wpływającym na relacje pomiędzy dyrygentem a publicznością jest to, że zazwyczaj stoi on przodem do orkiestry, a tyłem do publiczności, przez co nie widzi ona twarzy dyrygenta. Dlatego dyrygent nie czuje się obserwowany przez publiczność i może skupić się na tworzeniu muzyki. Jak opowiada profesor Skowroński, dyrygent chórally:

[Stanie – przyp. D.B.O.] *tyłem do publiczności to jest super sprawa. Ja to zawsze mówię, że oficjalnie wybrałem ten zawód, żeby nie stać i nie patrzeć twarzą na publiczność, na te kilkaset osób, tylko żeby odwrócić się do nich i prowadzić, kreować, robić jakąś muzykę z grupą ludzi która, przyjmijmy, najczęściej też tego chce, tak? No to jest komfortowe bardzo. Ja nie lubię tej sytuacji kiedy muszę się obrócić, znaczy tam ukłon czy coś tam, jasne, tak? Ale nie lubię tych sytuacji, kiedy muszę obrócić się i coś tam zapowiedzieć, powiedzieć przy okazji koncertu i to mnie strasznie denerwuje zawsze i jakby rozprasza i oddalam to, jak tylko mogę.*

Stanie tyłem do publiczności powoduje, że niektórzy dyrygenci odczuwają potrzebę legitymizacji swojej obecności poprzez bardziej ekspresyjne gesty (Khodyakov 2014: 66, 68). W takich sytuacjach starają się zarządzać wrażeniami publiczności (Goffman 2000) poprzez specyficzne komunikowanie się z nią. Niektórzy dyrygenci, wiedząc, że jakiś fragment utworu jest trudny i że orkiestra może popełnić błąd, mogą stosować działania odwracające uwagę publiczności, np. odwrócić się i spojrzeć na nią, czasem mrugnąć lub wskazać, jak należy interpretować dany fragment utworu. Jak powiedziała jedna z badanych przeze mnie osób, *połowa publiczności jest głucha, ale wszyscy mają oczy.*

Pomimo tego rodzaju interakcji kontakt pomiędzy dyrygentem a publicznością rzadko jest bezpośredni i ma miejsce tylko w momentach, w których wchodzi on na scenę, opuszcza ją lub wygłasza komunikat np. na powitanie. Dlatego też relacja pomiędzy dyrygentem a publicznością budowana jest poprzez doświadczenie wspólnej rzeczywistości koncertu. Jest to doświadczenie, którego dyrygenci pragną i uznają je za jedną z najważniejszych gratyfikacji w ich pracy. Tak opisuje to uczucie dyrygent orkiestry operowej, pan Gołębiowski:

Myszę, że najfajniejsze i najbardziej budujące [w pracy dyrygenta jest – przyp. D.B.O.] wtedy, kiedy można zapomnieć o tych wszystkich różnych problemach, jest ten moment, kiedy czuć i to bardzo wyraźnie czuć, kiedy publiczność będąca z tyłu, za

plecami dyrygenta w specyficzny sposób zaczyna oddychać i czuć tę właściwą energię, że ludziom się podoba, to naprawdę czuć. I to dodaje olbrzymich skrzydeł.

Uzyskanie tej gratyfikacji uzależnione jest jednak nie tylko od wykonania utworu przez orkiestrę, ale także od zdolności słuchaczy do podążania za muzyką. Odbiór muzyki jest rodzajem umiejętności, kształtowanej poprzez socjalizację i edukację. Wiąże się z posiadaniem wiedzy i świadomością, że wszystkie elementy muzyczne stanowią „znaczącą jedność” (*a meaningful unity*) (Schutz 1996: 275; patrz także: Skanda 1982).

Zarówno dyrygent, orkiestra (czy inni występujący artyści), jak i publiczność są częścią tego samego procesu – tworzenia muzyki (Hall 1984: 119). Dyrygent przed koncertem odczytuje oczekiwania publiczności, co jest tym łatwiejsze, a może być także nieuświadomione, jeśli dłużej pracuje w danej instytucji kulturalnej lub choćby pochodzi z tej samej kultury. W trakcie koncertu odbiera sygnały od publiczności, choćby słysząc jej reakcje na muzykę, takie jak wspomniany *specyficzny sposób oddychania*. Po koncercie także interpretuje odbiór przygotowanego koncertu bądź spektaklu przez widzów czy słuchaczy, co ma wpływ na jego dalszą pracę.

3.3.7. Inne uwarunkowania realizowania roli dyrygenta

Wymienione powyżej interakcje z różnymi aktorami społecznymi przebiegają oczywiście w różny sposób w przypadku różnych dyrygentów. Nie jest to uzależnione jedynie od ich cech indywidualnych, ale także od kilku cech społecznych. Należą do nich płeć dyrygenta, wiek, kompetencje, narodowość, doświadczenie międzynarodowe, a także rodzaj zatrudnienia.

Pomimo deklaracji wielu osób zajmujących się dyrygowaniem, dotyczących tego, że płeć we współczesnej dyrygenturze nie ma znaczenia, dyrygentura nadal jest zawodem zdominowanym przez mężczyzn⁸. Ukształtował się on w czasach, gdy kobiety były socjalizowane do pełnienia ról społecznych charakteryzujących się uległością, brakiem umiejętności podejmowania decyzji, asertywności i przywództwa. Choć czasy i rola płci zmieniły się od XVIII wieku, kiedy to pojawił się zawód dyrygenta, kobieta dyrygent jest oceniana przez publiczność, muzyków i kolegów według nieco innych kryteriów. Jak wspomina dyrygentka operowa, pani Szpakowska:

⁸ W tej części rozdziału przedstawiam jedynie aspekty płci w kontekście konstruowania roli społecznej dyrygenta. W dalszej części rozdziału omówię także wpływ płci na rozwój kariery dyrygenckiej.

Ja się na ten konkurs [na stanowisko asystenta dyrygenta – przyp. D.B.O.] zgłosiłam. Przyjechałam tutaj na przesłuchania, to też mieliśmy część próby do poprowadzenia, jakąś tam rozmowę z nim [dyrektorem artystycznym – przyp. D.B.O.], co nie. I ja, i taki Janek⁹. Byliśmy ex aequo. Z tym że on się jakoś/ i to tak jest zawsze, że jak jest do wyboru kobieta albo mężczyzna, to mężczyzna będzie się skłaniał ku temu, żeby wybrać jednak sobie faceta na asystenta. To jest jakby, w ogóle to jest/ No to tak jest wszędzie. No i jakiś taki dodatkowy, że no dobra, jesteśmy na równi, ale to wiadomo, że w związku z tym facet (śmiech). Facet to jakiś taki bardziej pewny.

Podobne doświadczenia opisuje światowej sławy dyrygentka Agnieszka Duczmal w rozmowie przeprowadzonej przez red. Katarzynę Kubisiowską dla „Tygodnika Powszechnego”¹⁰:

Jako kobieta cały czas zmagalam się z tym, że zawsze widziano we mnie młodą i dobrze zapowiadającą się. Kiedy skończyłam 60 lat, postanowiłam zrobić koncert urodzinowy, żeby pokazać i powiedzieć głośno, że mam już 60 lat i już nie jestem młodą, dobrze zapowiadającą się dyrygentką [...]. Rzeczywiście, nie jestem traktowana przez muzyków już jako dziewczynka, która próbuje odebrać mężczyznom ich prawa do tego zawodu. Bo całe życie zależało mi na tym, żeby traktowano mnie jako dyrygenta, a nie jako jakieś kuriozum, któremu trzeba w jakiś inny sposób się przyglądać i dawać, nie wiem, fory czy nie fory, czy bardziej krytykować. Żeby traktować mnie jako dyrygenta.

Jeśli chodzi o kreowanie roli kobiet dyrygentów, ciekawym zagadnieniem jest dyskusja na temat odpowiedniego ubioru. Według niektórych dyrygentek ubiór powinien jak najbardziej przypominać strój męski, ponieważ *koncert to nie jest pokaz mody, a muzyka jest najważniejsza*. Według innych wręcz przeciwnie, suknia powinna być kobieca, elegancka, a nawet seksowna. Jest to ciekawy przykład procesualnego aspektu kształtowania społecznej roli dyrygentki jako naśladowania roli dyrygenta mężczyzny lub jako poszukiwania rozwiązań odróżniających kobiety dyrygentki od mężczyzn. Ubiór kobiet dyrygentek stanowi, jak widać, interesujący i ważny obiekt graniczny (Clarke 1991: 131, 133–134) podlegający negocjacjom w ramach subświata społecznego dyrygentury orkiestrowej.

Drugim z istotnych czynników jest wiek dyrygenta. Ma on dwojaki wpływ na proces konstruowania roli. Po pierwsze, jest on fizycznym, widocznym dowodem na posiadanie potencjalnego doświadczenia. Młodszy dyrygenci są często sprawdzani przez muzyków i muszą zazwyczaj udowodnić innym aktorom, że „coś umieją”. Po drugie, wiek dyrygenta wpływa na realizowany przez niego rodzaj relacji z innymi: bardziej dominujący lub bardziej partnerski. Starsi dyrygenci, rozpoczynający

⁹ Imię zmienione.

¹⁰ Podcast Powszechny, dostęp 22.09.2021.

karierę w latach 90. lub wcześniej, mieli jeszcze szansę być kształceni i kształtowani przez profesorów, którzy byli socjalizowani w hierarchicznej kulturze muzyki orkiestrowej i operowej. Taką definicję roli dyrygenta przekazują oni swoim uczniom, o czym opowiada pani Szpakowska, dyrygentka pracująca w operze:

Niektórzy z tych starszych, to im się jeszcze czasem zdarza. [...] Ja go [nazwisko dyrygenta – przyp. D.B.O.] bardzo szanuję jako dyrygenta, ale jako człowieka to już średnio, ponieważ on właśnie wręcz zaszczebiał w studentach, że orkiestra to jest twój wróg. Że to jest jakaś odwieczna walka, że ludzie będą próbowali w ogóle umniejszyć ciebie czy podważyć twój autorytet, bo oni dyrygentów traktują jako wrogów.

Oczywiście, także starsi dyrygenci mogą proponować bardziej partnerskie relacje, jeśli mieli styczność z tym rodzajem pracy z orkiestrą np. poprzez udział w projektach międzynarodowych, współpracę z młodszymi muzykami orkiestrowymi.

Z kolei młodszy dyrygenci biorący udział w moich badaniach deklarują bardziej partnerski styl przywództwa i współpracy z innymi artystami. Jest to konsekwencją zmieniającej się definicji roli dyrygenta, jako współpracownika i przywódcy, a nie szefa czy wręcz wroga, który musi zmusić muzyków, by spełnili jego wolę. Opowiadając o tym aspekcie roli, młodszy dyrygenci odwołują się raczej do takich wartości jak wzajemny szacunek i poczucie bycia jednym zespołem. Tak ujmuje pan Sójkowski, asystent dyrygenta filharmonii, konflikt z orkiestrą:

Zdarza się. Znaczy, ja zawsze zmierzam do tego, żeby ta praca była współpracą, a nie takim konkursem kompetencji właśnie, oczywiście, że ja muszę uznać, że ci ludzie, którzy grają, każdy z nich jest profesjonalistą jednak. Oczywiście, że jedni z nich są lepsi, drudzy są gorsi [...]. Jedni są bardziej doświadczeni, inni są mniej doświadczeni. Jednym się bardziej chce, innym się mniej chce, jedni są bardziej konfliktowi, inni mniej. Jednym zależy, innym niekoniecznie. Oczywiście, że zdarzają się ciągle różne takie dziwne sytuacje, przy czym nie wiem, mnie się jeszcze nigdy nie zdarzyło, żeby orkiestra mi się postawiła i powiedziała, że nie. Że nie. Idź sobie do domu, my cię nie będziemy słuchać. Jakoś tak/ nie wiem, może to jest kwestia niedopuszczania do pewnych napięć. Nigdy mi się nie zdarzało/ może raz, może dwa razy, okazać zdenerwowania czy jakiegoś takiego [prycha]. Bo to akurat do niczego dobrego nie prowadzi.

Kompetencje dyrygenta to kolejny z czynników wpływających w znacznym stopniu na sposób traktowania go przez muzyków orkiestrowych, solistów, publiczność i innych aktorów społecznych. Jak już wspomniałam, dość trudno jest utrzymać równowagę pomiędzy indywidualną wizją dyrygenta a wpływem osób, od których uzależniona jest realizacja tej wizji. Skuteczną strategią osiągnięcia tej równowagi jest budowanie porozumienia z innymi dzięki takim kompetencjom

jak wiedza teoretyczna, umiejętności cielesne, udział w projektach artystycznych, charyzma itp. (Khodyakov 2014: 77). Umiejętność budowania zaufania pomiędzy dyrygentem a jego współpracownikami jest niezbędna do wspólnego tworzenia muzyki (Bull 2016: 861, 863), jak i w ogóle do wykonywania tej (oraz innych) profesji (Hughes 1984: 375). Jak deklaruje Charles Hazlewood, brytyjski dyrygent: „Moja praca zależy od tego [zaufania – przyp. D.B.O.]. Między mną a orkiestrą musi istnieć niewzruszona więź zaufania, zrodzona z wzajemnego szacunku, dzięki której możemy snuć muzyczną narrację, w którą wszyscy wierzymy”¹¹. Podobnie o zaufaniu mówi Agnieszka Duczmał we wspomnianym już wywiadzie. Swoje relacje z muzykami porównuje z zaufaniem, jakiego wymaga wspólna wspinaaczka:

w górach nauczyłam się oceniania ryzyka i odpowiedzialności za drugiego człowieka, który jest związany ze mną liną. Oczywiście w normalnym życiu ta lina jest symboliczna, ale w ten sposób traktuję wszystkich moich współpracowników [...], wszystkich muzyków, z którymi współpracuję, bo z nimi czuję się mentalnie związana taką braterską liną, bo wiem, że to, co robimy, to robimy wspólnie. I od tego, jak będziemy to robić, jak będziemy zaangażowani, ile będziemy dawać nawzajem sobie, zależy efekt naszej pracy. Bo efekt naszej pracy to jest efekt emocjonalny, prawda? Jest z jednej strony profesjonalne przygotowanie materiału muzycznego, a z drugiej strony wiążemy się jakby wspólną emocją, którą emanuje muzyka i którą wspólnie chcemy odczytać z tej muzyki, która jest zapisana w czarnych kropczkach na pięcioliniach.

W przypadku braku umiejętności budowania zaufania ze strony orkiestry i tworzenia relacji z orkiestrą dyrygent nie jest w stanie wprowadzić w życie (orkiestrowe) swoich pozostałych, nawet najwyższej klasy, kompetencji.

Narodowość i doświadczenie międzynarodowe także mają wpływ na realizowanie roli dyrygenta orkiestrowego. Jeśli dyrygent rozwija międzynarodową karierę, zazwyczaj internalizuje różne, kulturowo ukształtowane sposoby komunikowania się z orkiestrą. Może przyjąć bardziej lub mniej bezpośredni sposób kontaktów z muzykami, pozwala na okazywanie emocji lub komunikuje się spokojnie. Im więcej międzynarodowych doświadczeń zawodowych posiada dyrygent, tym więcej strategii umie stosować w swoich interakcjach z innymi aktorami społecznymi. Jak w swojej książce pisze jeden z polskich dyrygentów światowej sławy:

Angielskie orkiestry są zdyscyplinowane i przyzwyczajone do małej ilości prób, a więc i do niemarnowania czasu. We włoskiej orkiestrze nie ma co czekać na ciszę. Po prostu, nie zwracając uwagi na to, że altowiolinista się odwraca, a drugi

¹¹ „Trusting the ensemble” na stronie www.ted.com/talks/charles_hazlewood_trusting_the_ensemble

skrzypek coś mówi, musi odważnie powiedzieć: numero vente duo (dwadzieścia dwa) i zacząć dyrygować. Początkowo zagra kilku, potem dołączą kolejni muzycy i po pięciu minutach wszyscy będą grać, i to z chęcią. [...] w różnych krajach obowiązują różne zwyczaje. W Anglii próby odbywają się od godziny dziesiątej do czternastej i od piętnastej do dziewiętnastej. Niedopuszczalne jest tam spóźnienie się i przekraczanie czasu przeznaczonego na próbę. [...] W Kanadzie nie wolno zejść dyrygentowi z podium – to jego terytorium. Jeżeli je opuści, to znaczy, że wkracza w prywatne terytorium muzyków i narusza ich prywatność. Podejście do muzyka oznacza akt agresji (Maksymiuk, Piasecka 2002: 55–56).

W trakcie współpracy międzynarodowej dyrygent uczy się także bardziej uniwersalnego języka gestów, czytelnego dla muzyków z różnych kultur pochodzenia. Opowiada o tym zjawisku profesor Łabędzka:

Przyjechał kiedyś do nas taki profesor... Petrov się nazywał, pamiętam, z Rosji. Miał próbę taką pokazową z chórem Uczelni i przyszedł, i mówi: „Słuchajcie, ja nie znam waszego języka, wy nie znacie mojego języka, więc ja tą próbę poprowadzę bez słów”. I nie powiedział ani jednego słowa przez dwie godziny. Ci młodzi ludzie dwie godziny stali w Pałacyku Mieszczańskim, pamiętam, na schodach. Stali, nikt nie drgnął. Wszyscy tak chłonęli to, co on tym ciałem, czasami śpiewając coś, tak? Jak jakiś... jakiś motyw zanucił. Po prostu jedli mu z ręki¹².

Forma zatrudnienia dyrygenta ma wpływ na atrybuty władzy, jaką ma on w swoich rękach. Jeżeli dyrygent jest jednocześnie dyrektorem artystycznym instytucji, jego władza nad muzykiem jest większa, gdyż może on m.in. odmówić przedłużania mu kontaktu lub nie uwzględniać go w przyszłych projektach. Asystenci dyrygenta nie dysponują tym rodzajem władzy, ale mogą wykorzystać budowanie trwalszych relacji, ponieważ zazwyczaj współpracują z orkiestrą przez dłuższy czas. W ich przypadku charyzma także jest istotnym atrybutem roli. Najmniej atrybutów mają dyrygenci występujący gościnnie, ponieważ pracują z muzykami przez krótki czas i nie mają nad nimi formalnej władzy. W ich przypadku liczy się przede wszystkim umiejętność nawiązywania relacji, budowanie zaufania i charyzma, dzięki którym sprawują władzę (Khodyakov 2014).

Relacje z różnorodnymi aktorami i związanymi z nimi światami wspólnych doświadczeń są niezbędne do uzyskania symbolicznych i materialnych zasobów potrzebnych do realizacji swojej roli przez dyrygenta (Becker 1951; Segre 2020). Negocjowanie roli i zadania stojącego przed dyrygentem wskazuje, że „znaczenie powstaje kontekstualnie” poprzez wykonanie i interpretację reakcji na znaczące gesty używane podczas wspólnej gry (Faulkner, Becker 2009: 154–155, cyt. w: Segre 2020: 72).

¹² Nazwisko profesora, nazwa uczelni i nazwa pałacu zostały zmienione.

3.4. Kariera dyrygenta

3.4.1. Dyspozycje do wykonywania zawodu dyrygenta

Kształcenie dyrygentów w dużym stopniu polega na kształtowaniu pewnych przydatnych czy wręcz niezbędnych w pracy dyspozycji do działania sprzyjających rozwojowi kariery dyrygenta. Co prawda, moi rozmówcy mówili o tym, że są to *cechy wrodzone*, naturalne, ale w trakcie moich badań obserwowałam wiele działań socjalizacyjnych, skupiających się na rozwoju jednych i stłumieniu innych predyspozycji indywidualnych.

Podstawową, nadrzędną dyspozycją w pracy dyrygenta jest wysoka świadomość swoich emocji i działań. Jest to cecha działań dotyczących różnych kwestii: ubioru, sposobu wypowiedzania się, punktualności, charyzmy, czyli *narzucania siebie* (kod *in vivo*) i swojej woli. Świadomość siebie kształtowana jest w procesie edukacji poprzez sprawowanie kontroli, która w wyniku internalizacji przechodzi w samokontrolę. Wiele uwagi w trakcie edukacji zwraca się także na kształtowanie sposobu myślenia, w tym przede wszystkim uczenie zdecydowania. Jest to umiejętność przejmowania kontroli i powodowania, że inni będą działali tak, jak chce dyrygent. Moi rozmówcy nazywali tę kompetencję *imperatywem* (kod *in vivo*), definiując ją krótko w następujący sposób: *moja wola, ma być jak chcę*. Podczas jednej z obserwacji lekcji dyrygentury, kiedy studentka miała problem w narzuceniu swojej interpretacji, profesor dyrygentury stwierdziła: *jest wersja pani Anny [akompaniatrix], moja i zaraz jeszcze panią [badaczkę – przyp. D.B.O.] poprosimy. A pani będzie miała trzy wersje i pani zwariuje, bo pani nie ma swojej [...], za pewniakiem się idzie*. Podobną definicję tej dyspozycji do wykonywania zawodu dyrygenta przytacza w swojej książce Jerzy Maksymiuk: „Dla jednego piękno będzie w lekkości, dla drugiego – w masywnym, potężnym dźwięku. Stąd jedno przekonanie musi być wiodące – dyrygenta. Po to między innymi on jest” (Maksymiuk, Piasecka 2002: 50).

Wykształcenie w adepcie dyrygentury kluczowego w zawodzie *imperatywu* jest wynikiem socjalizacji do samodzielności. O swoich doświadczeniach w tej kwestii opowiada studentka dyrygentury, pani Wróblewska:

Rozmówczyni: [...] *mi było głupio przychodzić do profesora: „profesorze, ta pani zachowuje się karygodnie, przeszkadza mi, a nie pomaga, tak?”*, bo on by powiedział: „No i co? Radź sobie z tym”.

Badaczka: *No ale poradziła sobie pani, tak?*

Rozmówczyni: *NO TAK!*

Ważną dyspozycją do pracy dyrygenta jest odpowiedzialność rozumiana jako obowiązek odpowiadania za swoje i czyjeś (orkiestry, solistów itp.) czyny oraz radzenia sobie z ich konsekwencjami. Od pierwszych lat studiów nauczyciele sprawdzają, czy dyrygent jest w stanie realizować przedsięwzięcia wymagające

podejmowania odpowiedzialnych decyzji. Jeśli ma z tym problem i nauka nie daje skutków, dyrygent może zostać zniechęcony do kontynuowania studiów lub pracy w zawodzie. Każdy student jest bowiem wizytówką swego mistrza i zgodnie z zasadą sprzężenia karier (Wagner 2011, 2012) rozwój jego kariery wpływa na postrzeganie w środowisku muzycznym profesora.

Z odpowiedzialnością za swoje i cudze czyny wiąże się punktualność i właściwa organizacja pracy. Są one elementem szerzej rozumianej samodyscypliny, która jest kluczową cechą, jaką muszą wykształcić nauczyciele w adeptach dyrygentury. Jej brak jest podkreślany i oceniany negatywnie przez profesorów. Podczas obserwacji na lekcjach dyrygentury jeden ze studentów kilkakrotnie się spóźniał lub bez zapowiedzi nie przychodził na zajęcia. Było to szeroko komentowane i oceniane bardzo negatywnie, jako cecha uniemożliwiająca mu wykonywanie tego zawodu. Pedagogzy (profesor i dwoje akompaniatorów) odbierali to także jako brak szacunku dla nich. Pochodną samodyscypliny jest także pracowitość. Tak opowiada o jej kształtowaniu studentka dyrygentury, pani Wróblewska:

ten natłok pracy, który mam cały czas, ja co roku mam coraz więcej, coraz więcej pracy, coraz bardziej jestem uodporniana na to i nie wiem, jak to po prostu podsumować, ale chodzi o to, że po prostu to jest wynik tego, pracy z profesorem X, który mi już narzucił wcześniej od razu więcej materiału i dlatego ja sobie potrafię jakoś z tym poradzić, tak? Że w sensie potrafię to jakoś wydzielić i mimo że mam dokładane po prostu milion innych rzeczy, to ja to w jakiś sposób godzę.

Inną ważną w pracy dyrygenta dyspozycją jest odporność psychiczna, w szczególności dotycząca umiejętności znoszenia presji, zarówno tremy na koncercie, jak i pracy na Goffmanowskiej (2000) scenie, pod ciągłymi oceniającymi spojrzeniami orkiestry, widzów, dyrekcji filharmonii czy opery itp. Bardzo istotne jest zachowanie koncentracji w momencie stresu. Jak pisze Jerzy Waldorff (1994: 59–60), ogromna odpowiedzialność, jaka spoczywa na dyrygencie nie tylko za wykonanie dzieła i za muzyków, ale także za pozostałych artystów, może powodować przeciążenie, przemęczenie i stres. Jako artyści posiadają też często szczególną wrażliwość i są zdeterminowani, aby uzyskać pożądaný efekt muzyczny. Dlatego też zdarzają się wśród nich osoby bardzo zdecydowane, wręcz terroryzujące orkiestrę czy innych wykonawców. Dawniej tacy dyrygenci byli tolerowani, lecz dziś muzycy są przyzwyczajeni do traktowania ich jak profesjonalistów i zdarzają się pozwy o mobbing wobec dyrygentów stosujących nękanie lub wyżywających się psychicznie na współpracownikach.

Istotną umiejętnością jest nauczanie pozbycia się wstydu związanego z ekspresją ruchową, mimiczną i wokalną. Na obserwowanych przeze mnie lekcjach profesor dyrygentury mówiła zazwyczaj studentkom, że nie można się wstydzić emocji pochodzących z utworu, bo to nie są nasze emocje, ale emocje twórcy:

nie pokazujecie swojego serca, tylko nakładacie maskę i gracie emocje utworu. Te emocje dyrygent musi odnaleźć sam poprzez interpretację utworu.

Kolejną cechą, która umożliwia pracę w zawodzie dyrygenta, jest podzielność uwagi, ponieważ *w trakcie koncertu zawsze za dużo się dzieje. Adeptom dyrygentury pomaga także pewnego rodzaju dyspozycja, polegająca na naturalnej swobodnej gestykulacji, o czym opowiada profesor Łabędzka:*

pamiętam, że już w szkole podstawowej [muzycznej – przyp. D.B.O.] jakieś tam nauczycielki o teorii przepowiadały, że Irenka¹³ to chyba dyrygentką zostanie, bo ma taką podzielność uwagi. Pamiętam, że na to zwracano uwagę. I że ja – no właśnie, wszystko gestem wyrażam. Tak macham łapami. To takie cechy, które podobno są wrodzone czy nabyte, ale przypisane do człowieka i tak już nauczyciele przewidują – „O, to chyba będzie dobry pomysł!”.

Istotna jest także bardzo dobra pamięć, ponieważ dyrygent musi zapamiętać wiele wersów partytury, a jednocześnie skupić się na wielu elementach dzieła muzycznego. Kształcenie jej polega np. na niezapowiedzianym zabieraniu przez profesora partytury studentom podczas dyrygowania. Dyrygent musi posiadać także *gigantyczną* wyobraźnię muzyczną, aby móc kreować interpretacje dzieł.

3.4.2. Stawanie się dyrygentem

Jeszcze zanim rozpocznie się formalną naukę, istotnym elementem rozwoju muzycznego jest nabywanie habitusu (Bourdieu, Passeron 1990) muzyka. Zazwyczaj ma ono miejsce w domu rodzinnym, wśród rodziców, którzy byli muzykami lub lubili i umieli grać na instrumentach. Duży wpływ na nabywanie habitusu ma to, czy w domu istnieje tradycja muzyczna, zapoznanie dziecka z różnorodnymi instrumentami, pojęciami muzycznymi czy osłuchanie z różnymi gatunkami muzycznymi.

Stawanie się (Becker 1953) dyrygentem jest procesem, w którym istotna jest praca nad nową, zawodową tożsamością dyrygenta (*identity work*) (Strauss i in. 1997; Konecki 1988: 231; Ślęzak 2009). Praca ta polega na wypracowaniu autodefinicji zawodowej dyrygenta, która konstruowana jest na podstawie interakcji z innymi aktorami społecznymi, głównie mistrzem i muzykami orkiestry. Proces ten wymaga jednak przede wszystkim długiego okresu edukacji teoretycznej i praktycznej w otoczeniu członków społecznego świata muzyki poważnej, a następnie społecznego subświata dyrygentury. Jej końcowe etapy odbywają się pod okiem mistrza (patrz też: Goode 1977: 442, cyt. w: Rodgers, Thorson 2019: n.p.). Edukacja muzyczna rozpoczyna się zazwyczaj już w wieku 7 lub 8

¹³ Imię zmienione.

lat w podstawowej szkole muzycznej, a następnie jest kontynuowana w średniej szkole muzycznej. Dzieci i młodzież uczęszczające do tych szkół uczą się teorii i historii muzyki oraz gry na instrumentach muzycznych. Niektórzy z nich decydują się na studia na uczelniach muzycznych, gdzie mogą wybrać różne kierunki, m.in. instrumentalne, wokalne, teorię muzyki, kompozycję czy edukację muzyczną.

Na niektórych uczelniach muzycznych w Polsce funkcjonują kierunki dyrygenckie. Muzycy wykonawcy, ale i sami dyrygenci, oczekują, że dyrygent będzie dojrzałym muzykiem. Dlatego też dyrygentura jest zazwyczaj drugim kierunkiem, realizowanym po studiach instrumentalnych lub edukacji muzycznej. Na jednym roku dyrygentury studiuje zwykle nie więcej niż jedna lub dwie osoby, rzadko trzy. Każdy rok ma jednego profesora prowadzącego, który jest głównym mentorem i nauczycielem studentów¹⁴.

Proces kształcenia muzycznego w zawodzie instrumentalisty wymaga wykształcenia w studencie określonego sposobu myślenia, polegającego na *pompowaniu ego*, skoncentrowaniu na sobie, swoich odczuciach, przeżyciach. Taki obraz siebie jest kształtowany w młodych muzykach instrumentalnych, aby ułatwić im poradzenie sobie z emocjonalnymi wyzwaniem występu, w tym np. tremy, aby muzyk *nie pękł* (praca nad tożsamością, Strauss i in. 1997). Ten sposób myślenia musi zostać zmieniony w toku studiów dyrygenckich, aby przyszły dyrygent mógł pracować z zespołem. Akcent zostaje przeniesiony z siebie na innych. Będąc dyrygentem, nie wystarczy skupić się na samym sobie i odczytać emocje, trzeba także umieć sugestywnie przekazać je zespołowi muzycznemu, innym muzykom, aby mogli wyrazić to poprzez grę. Ta zmiana sposobu myślenia jest jednym z kluczowych elementów kształcenia muzyka do roli dyrygenta. Potwierdza to komentarz profesor dyrygentury w trakcie lekcji wobec sposobu dyrygowania jednej ze studentek: *jak pani grała na oboju, to pani grała forte, robiła minę do forte i słyszeli forte. A teraz ja mam obój i pani ma mnie zmusić, żeby ja zagrała forte*.

Porzucenie wcześniejszego, kształconego latami nastawienia jest jednak procesem trudnym i wymagającym, lecz dotyczy wielu rodzajów karier. Jak pisze Anselm Strauss (2012: 548): „W mniej drastycznych rodzajach zmiany człowiek zostaje poproszony, za pośrednictwem nauczycieli, o porzucenie przeszłości, niebranie pod uwagę swoich poprzednich dokonań, wyzbycie się wcześniejszej dumy, zaprzestanie identyfikowania się z poprzednimi praktykami [...]”. W przypadku studentów dyrygentury opisane przez Straussa „prośenie o porzucenie przeszłości” jest procesem trwającym latami, wymagającym od nauczyciela-mistrza kompetencji

¹⁴ Warto zaznaczyć, że edukacja dyrygencka od zarania tego zawodu była edukacją w relacji mistrz–uczeń. Pierwsi adepci tego zawodu, jak np. Hans von Bülow kształcili się, obserwując, a także naśladowując i przejmując obowiązki swoich mistrzów (w tym wypadku Ryszarda Wagnera) (Waldorff 1994: 22).

interakcyjnych, wspierania w pracy nad nową, dyrygencką tożsamością (Strauss i in. 1997). Dotyczy ono zarówno zmiany perspektywy interakcyjnej polegającej na umiejętnym wpływaniu na innych muzyków, wzięcia odpowiedzialności za wspólną pracę, jak i praktyk cielesnych związanych z dyrygowaniem.

Zajęcia dyrygentury są pierwszym miejscem, gdzie studenci poznają nie tylko techniczną i artystyczną stronę dyrygowania, ale przede wszystkim pod okiem mistrza nabywają kompetencji interakcyjnych niezbędnych do pracy z orkiestrą. Zajęcia te odbywają się w sali, w której jeden lub dwóch akompaniatorów gra na fortepianach muzykę dyrygowaną przez studenta. Rolą akompaniatorów jest odegranie muzyki w taki sposób, jak pokazał to student. Nie jest to zatem pełny odpowiednik pracy z orkiestrą, która w trakcie koncertu może zagrać zgodnie z planem, nawet jeśli dyrygent popełni błąd. Tak opowiada o tym akompaniatorka, pani Sowińska:

Badaczka: *Sześćdziesiąty raz pani to [dany utwór na zajęciach – przyp. D.B.O.] gra i pani wie, jak to powinno być zagrane, bo już pani to grała i były dobre, i były złe momenty tego dyrygenta-studenta. To nie kusi panią, żeby to dobrze zagrać? Czy jak on spartoli, to pani też zagra nie tak, jak powinno być, tylko tak, jak on pokazał?*

Rozmówczyni: *Ja akurat zagram tak, jak on to pokazał, spartolę to. Dlatego że wiem, że po to jest nam ta moja praca tutaj. Natomiast jeżeli bym grała w orkiestrze, to bym nie spartoliła, to bym/ kiedy dyrygent by coś schrzanił, nie wiem, to bym zagrała dobrze. A tutaj po to to robię, bo to jest jakby proces edukacyjny i tak jakby on musi wyciągnąć wnioski, że coś zrobił źle.*

Profesor prowadzący zajęcia pomaga, komentuje, prezentuje odpowiednie ruchy, przerywa studentowi wykonywanie utworu. Jego uwagi mogą dotyczyć wielu aspektów roli dyrygenta, poczynając od postawy ciała, znajomości i interpretacji partytury, po kwestie techniczne, znajomość historii muzyki czy teorii kompozycji. Nauczyciele dyrygentury wykorzystują wiele sposobów, aby przekazać *know-how* i *know-what* adeptowi dyrygentury. Wiele z nich ma charakter cielesny, polega np. na wspólnym oddychaniu, przytrzymaniu ręki czy korygowaniu postawy studenta. Ważnym elementem kształcenia jest wykorzystywanie przez profesorów skrótów interpretacyjnych, które mają ułatwić studentowi *zadyrygowanie* utworu, a następnie przełożenie go na pracę poprzez ciało. Jedną z takich sytuacji miała miejsce podczas mojej obserwacji lekcji dyrygentury. Prowadząca ją profesor Łabędzka zwracała uwagę studentce, że niewłaściwie interpretuje utwór: *o czym jest ten utwór¹⁵? Chodź, Polsko, pogruchamy sobie, będzie fajnie – nie mam czasu, cierpię. Martyrologia polska.*

Oprócz pracy na lekcjach studenci mają możliwość prowadzenia orkiestr uczelnianych, aby nauczyć się pracy z większą grupą muzyków. Do orkiestry

¹⁵ Gołąbeczka autorstwa S. Moniuszki.

mogą dołączać studenci kierunków instrumentalnych, kształcący się na danej uczelni muzycznej. Dzięki pracy w orkiestrze uczą się oni grania w większych zespołach, a także nabywają umiejętności współpracy z dyrygentami.

W każdym semestrze każdy student dyrygentury musi zdać egzamin przed profesorami, podczas którego wykonuje kilka utworów muzycznych przygotowanych wspólnie z profesorem oraz jeden przygotowany indywidualnie. Jest to rodzaj monitorowania zmian, jakie przechodzi student w odniesieniu do reprezentowanego przez profesorów wzorca roli społecznej dyrygenta (Turner 2002). Egzamin dyplomowy kończący studia polega na dyrygowaniu orkiestrą w trakcie koncertu.

Zarówno przed studiami, podczas nich, jak i po ukończeniu studiów dyrygenckich istotne znaczenie dla socjalizacji wtórnej w tym zawodzie, podobnie jak w zawodzie neurochirurga, ma *przychodzenie*. Jest ono ważnym elementem nieformalnego procesu kształcenia, ponieważ kandydat na dyrygenta czy młody dyrygent przyswaja, *jak się pracuje, jak się czyta partyturę, jak się planuje pracę w ogóle z zespołem*¹⁶. Nabywa w ten sposób m.in. specyficzny język, sposoby radzenia sobie z orkiestrą, umiejętności interpretacji utworu czy obserwuje odgrywanie roli przez różnych przedstawicieli tego zawodu. Kluczowym aspektem *przychodzenia* jest także obserwacja i naśladowanie praktyk cielesnych starszych kolegów czy mistrzów. Nie zawsze dotyczy to samego dyrygowania, ale np. umiejętności rozluźnienia się w przerwach prób, doboru ubrań odpowiednich do dyrygowania czy sposobu utrzymania dłużej wyprostowanej sylwetki. Taki rodzaj socjalizacji stanowi skuteczną strategię wejścia na ścieżkę kariery, co jest związane z cieleśnym, a nie jedynie teoretycznym charakterem pracy.

Zarówno w trakcie formalnej edukacji, jak i podczas *przychodzenia*, znaczący inni, w tym przede wszystkim nauczyciele adepta dyrygentury, przekazują mu nie tylko wiedzę, kompetencje interakcyjne i umiejętności cielesne. Swoimi nazwiskami nadają także studentowi czy młodemu dyrygentowi prestiż autentyczności i autorytet. Daje im to legitymizację do interpretowania utworu muzycznego z perspektywy historii i biografii jego autora, a także uwiarygodnia w kontaktach z muzykami orkiestrowymi (zob. sprzężenie karier, Wagner 2011).

3.4.3. Punkty zwrotne

Kariera dyrygencka jest sformalizowana w niewielkim stopniu, w porównaniu np. z karierą w zawodzie neurochirurga. Oprócz corocznych egzaminów składanych przed gronem profesorskim adept dyrygentury ma stosunkowo niewiele „twardych dowodów” na przejście kolejnych etapów kariery. Dlatego też istotnym punktem zwrotnym (Strauss 2012: 532) może być dla młodego dyrygenta

¹⁶ Wypowiedź dyrygentki pracującej w operze.

społeczna legitymizacja osiągnięć muzycznych, np. w formie gratulacji ze strony muzyków orkiestry czy znaczących innych po *zadyrgowaniu* koncertem. Z uwagi na ważną rolę kształcenia w oparciu o relację mistrz–uczeń punktem zwrotnym często bywa docenienie (lub niedocenienie) adepta przez mistrza. Tak opisuje ten moment swojego rozwoju muzycznego studentka dyrygentury, pani Wróblewska:

On mi nigdy nie powiedział, że on chce zrobić ze mnie dyrygenta i że mam do tego zadatki. Nigdy mi tego nie powiedział wprost, nigdy. Ja powiem tak, to jest człowiek, który w taki sposób trenuje cię psychicznie, że on nie musi ci tego powiedzieć, ty o tym wiesz. Ja od początku miałam wyższe wymagania niż moi koledzy. [...] Oczywiście on nic nie mówił absolutnie, tak jak powiedziałam – nic, w ogóle, że mam jakieś zadatki, predyspozycje. No stawiał piątkę tu, dobra, to narzucił, coś tam. No i koledzy mieli do dyrygowania jakieś proste rzeczy chóralne, a mi na koniec profesor rzuca coś instrumentalnego, jakiś urywek z symfonii Mozarta, „proszę to zrobić, proszę to załatwić w taki sposób” i tak dalej. Koniec dyskusji, tak? Nic wytłumaczenia, jak mam to zrobić, w ogóle nic, „proszę to zrobić”, koniec. [...] Profesor po trzech latach nauczania powiedział do mnie zdanie „czy będziesz zdawała na dyrygenturę symfoniczną?” [...] ,mnie zatkało, bo ja oczywiście bym powiedziała „tak, tak, tak, tak, tak”, ale nie mogłam tego pokazać, bo oczywiście co on by sobie pomyślał, więc ja nic mu nie odpowiedziałam [...], pamiętam to i była sytuacja pod tytułem od razu skrócenie: „tak albo nie, bo jeżeli dyrygent jest niezdecydowany, to się nie nadaje”, od razu był wydzielony taki tekst. Mówię „tak, zdaję”. „Proszę przygotować to, to, to”.

Także jednostka może sama siebie poddawać testom, mającym sprawdzić, czy nadaje się do zawodu (Strauss 2012: 532). Jeśli np. młody dyrygent zda te samodzielnie ustalone testy, np. zorganizuje trudny koncert i poprowadzi go, zaczyna o sobie myśleć w kontekście nowej tożsamości samodzielnego dyrygenta umiającego poprowadzić bardziej liczną orkiestrę.

Na późniejszym etapie kariery dyrygenckiej do punktów zwrotnych można zaliczyć propozycję współpracy od bardziej doświadczonego czy znanego dyrygenta, który umożliwi np. czasowe prowadzenie orkiestry w prestiżowej instytucji muzycznej. Innym przykładem jest przekazanie asystentowi prowadzenia dzieła, spowodowane innymi, ważniejszymi obowiązkami mistrza. Dowodzi to, że sprzężenie karier adepta i mistrza dyrygentury jest istotnym czynnikiem rozwoju kariery na każdym jej etapie. Z kolei sformalizowanym punktem zwrotnym może być wygranie konkursu czy zatrudnienie na stanowisku asystenta czy dyrygenta w instytucji muzycznej. Takie konkretne zdarzenia mają duże znaczenie dla adepta, ponieważ uzmysławiają mu, jak wielką przeszedł przemianę. Publiczny charakter tych wydarzeń wzmacnia to wrażenie (Strauss 2012: 532).

Punkty zwrotne w karierze dyrygenta mogą mieć także negatywny wpływ na przebieg kariery – spowolnić ją, ograniczyć jej zasięg lub nawet zakończyć. Takim

punktem zwrotnym może być problem, który pojawił się w trakcie koncertu. Jak wspominali badani, każdy z nich miał taki moment w swojej karierze, jednak nie każdemu udało się poradzić sobie z silnymi negatywnymi emocjami, które temu doświadczeniu towarzyszyły. Tak profesor Łabędzka opisuje jeden z takich punktów zwrotnych, zaobserwowany niegdyś moment niezdecydowania w sytuacji problemu w trakcie koncertu:

Bardzo niebezpieczny moment. Mam w (oczach) takiego dyrygenta, który na przykład fantastyczny student, miał/ świetnie uczył naprawdę. U nas w akademii. Naprawdę, ludzie wszyscy kariery porobili i wiem, że jest w ogóle bardzo dobrym dyrygentem, ale w pewnym momencie, pracując w Teatrze u nas... nie wiem, z jakiego powodu właśnie pojawiło się zwątpienie. On się zaczął bać dyrygowania. I jakiś tam był koncert taki, kiedy to nie poszło zupełnie, właśnie z powodu tego... tego strachu jego. On już nigdy do dyrygowania nie wrócił. [...] ma opinię człowieka złamanego. Że dyrygent, przychodzi taki moment, kiedy coś się stanie i już tego nie można odwrócić. Znaczący być może jakimś wielkim, nadludzkim wysiłkiem by się dało zbudować jeszcze raz. To jest chyba ego właśnie, tak? Ale pojawiła się wątpliwość, czy ja powinienem, czy ja potrafię, czy ja się nadaję, czy oni mnie szanują.

Punktem zwrotnym o negatywnym znaczeniu dla rozwoju kariery może być także stan zdrowia dyrygenta, który uniemożliwia mu dalszą pracę. Wielu dyrygentów ma problemy z kręgosłupem z powodu stania i wysokiego prowadzenia ramion, arytmie spowodowaną nienaturalnym oddychaniem w trakcie dyrygowania. Zdarzają się jednak sytuacje stanowiące zagrożenie życia, w konsekwencji powodujące ogromny lęk przed powrotem na estradę. Opowiada o nich profesor Żurawski:

Przeżyłem zawał na koncercie. I przeżyłem. [Kontynuowałem – przyp. D.B.O.] do końca. [...] Straszliwie się źle czułem. Straszliwie się źle czułem. Tony wody, przestałem widzieć, muzycy byli przerażeni, a ja do końca trzymałem się. Podświadomie skończyłem koncert. Ciężko wrócić później na estradę, to najtrudniejszy moment, ale tak sobie postanowiłem już po tym wszystkim, po operacji, po rekonwalescencji. Właśnie czułem psychicznie, że jak nie wrócę w to samo miejsce na dodatek, na tą samą salę, na tą samą estradę, to już nie wyjdę w ogóle na estradę. I przyznam szczerze, że bardzo mi ciężko było. Nie na koncert, tylko na próbę.

Dalszy przebieg kariery po takim wydarzeniu uzależniony jest nie tylko od czynników takich jak stan zdrowia, ale także od perspektywy postrzegania sytuacji przez dyrygenta, jego autodefinicji oraz podejmowanych na ich podstawie działań lub ich unikania.

3.4.4. Zarządzanie karierą

Zarządzanie karierą w zawodzie dyrygenta polega na podejmowaniu działań mających na celu jej jak najbardziej efektywny rozwój w określonych uwarunkowaniach instytucjonalnych, społecznych i interakcyjnych. Kariera dyrygenta jest względnie trudna do zaplanowania np. w porównaniu z opisywaną w tej książce karierą neurochirurga. Dlatego też trudno jest mówić w jej przypadku o strategicznym, czyli długofalowym, przemyślanym i realizowanym konsekwentnie planie. W jej toku mogą np. zaistnieć zdarzenia, które będą miały znaczący wpływ na przebieg kariery dyrygenta, niezależnie od działań podejmowanych przez niego samego. Dlatego też możemy mówić o zarządzaniu karierą, ale raczej w kontekście podejmowania najbardziej efektywnych decyzji, niż planowego podążania określoną z góry drogą. Pamiętajmy, że studenci dyrygentury oraz dyrygenci mają często także inny, zdobyty wcześniej zawód muzyczny. Jeśli np. pojawi się niespodziewana możliwość stałej pracy w pierwszym zawodzie, kariera dyrygenta może zostać zawieszona na całe lata lub nawet na zawsze. Poniżej znajdują się lista działań, jakie dyrygenci podejmują w celu zarządzania karierą.

- Celowe inicjowanie interakcji z mistrzem przed rozpoczęciem studiów czy współpracy (np. poprzez *przychodzenie*, zapisanie się na konsultacje do wybranego profesora).

- Jasne komunikowanie znaczącym innym, jakie kierunki rozwoju kariery interesują adepta (np. preferencje wobec opery lub filharmonii).

- Podejmowanie strategicznych decyzji i wyborów związanych z danym etapem kariery, np. porzucenie dotychczasowego nauczyciela, poszukiwanie instytucji, w której można będzie jak najkorzystniej rozpocząć karierę, czyli np. takiej uczelni, która jest otwarta na osoby z innych miast, regionów.

- Współpraca z osobami, których kapitał społeczny i reputacja dają większe szanse na znalezienie pracy i rozwój kariery (zob. sprzężenie karier, Wagner 2011).

- Udział w konkursach w celu zbudowania reputacji, formalnych osiągnięć i budowania kapitału społecznego.

- Podporządkowanie innych sfer życia, np. miejsca zamieszkania do możliwości wykonywania pracy w zawodzie.

- W późniejszym etapie kariery, w przypadku wystąpienia przeszkód w rozwoju kariery, wybór rodzaju realizowanej kariery alternatywnej.

Wymienione powyżej rodzaje działań mogą być podejmowane przez znaczącego innego, niejako w zastępstwie, w stosunku do kariery adepta. Mistrz może to robić np. poprzez podejmowanie ważnych decyzji w imieniu swojego ucznia. Ma to oczywiście związek ze sprzężeniem zwrotnym karier (Wagner 2011), ponieważ umożliwia budowanie reputacji profesora w związku z reputacją ucznia. Decyzje mistrza mogą dotyczyć każdego elementu kariery ucznia. W zależności

od tego, jakie nadzieje z adeptem wiąże mistrz, czy relacje pomiędzy aktorami są bliskie, jaki jest potencjał adepta czy jak ważna jest decyzja, jej narzucenie może być bardziej lub mniej zasadnicze. O dwóch takich przypadkach (z dwoma różnymi nauczycielami) w swojej karierze opowiada studentka dyrygentury, pani Wróblewska:

nie poszłam też na tą uczelnię [...], mój nauczyciel, który się uczył w X w liceum, on się uczył w liceum u tych samych profesorów, którzy uczyli na akademii. I on też ze względu na swoje doświadczenie, jak ci ludzie prowadzą i jakie mają własne przekonania, zabronił mi po prostu, żeby tam pójść, tak? [...] warto po prostu może iść w innym kierunku, w sensie na inną uczelnię i dlatego zdecydowałam się na Miasto Y [...], jak ja powiedziałam [swojemu profesorowi – przyp. D.B.O.], że „przepraszam, nie będzie mnie na zajęciach, bo jadę na konsultacje do profesora W, ponieważ zdaję do niego do Miasta Z”, to usłyszałam takie zdanie: „może pani tam jechać na egzamin, ale ma pani zdać do Miasta Y”, koniec. „Ma pani zdać do Miasta Y”.

3.4.5. Sprzężenie zwrotne karier mistrza i ucznia

Konstruowanie kariery w zawodzie dyrygenta, znacznie bardziej niż ma to miejsce w przypadku neurochirurgów, wiąże się nierozłącznie z występowaniem zjawiska sprzężenia zwrotnego karier (Wagner 2011). Jest ono charakterystyczne dla zawodów, w których reputacja ma szczególne znaczenie dla rozwoju kariery. Dyrygentura, obok innych zawodów artystycznych, bez wątpienia należy do takich profesji. Warunkiem koniecznym zaistnienia sprzężenia zwrotnego karier jest zaistnienie jakiegoś rodzaju współpracy pomiędzy dwoma przedstawicielami środowiska, np. podczas procesu nauczania. Z uwagi na fakt, że w dyrygenturze brak jest jasnych i klarownych kryteriów oceny, a także brak ścisłych procedur rozwoju kariery, bardzo ważne dla adeptów dyrygentury jest bycie wprowadzonym w kręgi zawodowe, a także socjalizowanie do uczestnictwa w nich. Jak opowiada studentka dyrygentury, pani Wróblewska:

szczerze przyznam, że patrząc na te pięć lat, które mam z profesorem, to on po prostu przełożył mi głowę w sposób diametralny i to, w jaki sposób teraz znajduję pracę i ludzie do mnie dzwonią, to jest tylko wynik tego, w jaki sposób profesor pracował nad moją, że tak powiem, psychiką, sposobem zachowania, podejściem do ludzi, zachowaniem na scenie i tą po prostu kontrolą i elastycznością w zachowaniu, bo też trzeba się umieć zachować do każdego i dyplomatycznie umieć rozwiązać każdą sytuację. I tego wszystkiego nauczył mnie profesor X. To, w jaki sposób ja teraz gram, i to, że się sprawdzam na przykład w filharmonii, to, że jestem w ogóle zapraszana do tego, żeby z nimi grać, to jest wynik tego, że uczę się u profesora nauki z dyrygentem i nauki, jak być dyrygentem, tak?

Sprzężenie karier jest istotne także dla starszych dyrygentów – mistrzów. Osiągnięcia ich uczniów są bowiem ważnym elementem ich dorobku i utrzymaniu wysokiej pozycji w środowisku. Można powiedzieć, że sprzężenie zwrotne karier może mieć walor bezpośredni – wartością może być praca z uczniem znanego profesora. Opowiada o tym dyrygentka operowa, pani Szpakowska:

Bardzo chciałam studiować u X [...]. Po części z szacunku do niego, po części z szacunku do Y [...], który był wieloletnim profesorem właśnie w Akademii i X był jego wychowankiem. [...] Ja jakoś idąc tym (tropem), pomyślałam, że ja bym chciała też tą linią pójść, tak? Chciałabym z jakimś tam jego wychowankiem pracować. Przychodziłam do X tam na lekcję, przyglądać się, jak on uczy studentów. No i żeby mnie poznał, bo to nikt nigdy nikogo nie przyjmie do swojej klasy, jeżeli go wcześniej nie poznał, tak? [...] X miał taką pozycję, że było wiadomo, że jak się u niego skończy studia, to będzie praca.

W ramach sprzężenia zwrotnego karier dochodzi także do sprzężenia reputacji. Sława starszego dyrygenta staje się udziałem młodszego poprzez rodzaj społecznego dziedziczenia – uczeń jest rozpoznawany w tym niewielkim świecie jako ten, który był kształcony przez mistrza, zatem posiadał część jego umiejętności.

Strategia ta jest wpisana w rozwój karier wielkich dyrygentów od setek lat. Jerzy Waldorff (1994) opisuje, jak często kontakt z wielkimi epoki dawał młodym muzykom szansę na rozwinięcie ich karier. Wielcy, tacy jak Ryszard Wagner, pracując w jednej instytucji, koncertowali także gościnnie na całym świecie. Pod ich nieobecność uczniowie prowadzili orkiestry w tych instytucjach. Dawało to możliwość młodym adeptom dyrygentury, aby spróbowali pracy z orkiestrą przygotowaną przez mistrza. Z kolei mistrzowie mogli być zastępowani przez nowicjuszy w realizacji ich obowiązków, co umożliwiała im międzynarodowy rozwój kariery (Hughes 1993: 383).

Podkreślanie kontaktu z mistrzami, ale także innymi przedstawicielami świata muzyki o wysokiej reputacji jest elementem strategii autoprezentacyjnej. W książce *Maksymiuk na maksa*, w której Jerzy Maksymiuk opowiada o swoim życiu zawodowym, wielokrotnie przedstawia on znane postaci świata muzyki: dyrygentów, solistów, instrumentalistów czy kompozytorów, jako swoich znajomych lub osoby, z którymi pracował (Maksymiuk, Piasecka 2002: 23).

Ta strategia autoprezentacyjna może być także realizowana przez przedstawianie swojej osoby w zestawianiu ze znanymi miejscami lub instytucjami, np.:

Granie muzyki współczesnej weszło mi w krew. Kiedyś przez nią o mało nie zawałiłem koncertu w Albert Hall. Jakiś kompozytor przyniósł mi swoją partyturę i tak się w nią zapatrzyłem, że zupełnie zapomniałem o koncercie. W pewnym momencie zdrętwiałem, uprzytomniwszy sobie, że jestem zupełnie zdekcentrowany, a mam zagrać dla sześciotysięcznej publiczności i krytyków z „Timesa”, „Guardiana”, „Daily Telegraph” (Maksymiuk, Piasecka 2002: 23).

Jeden z profesorów dyrygentury opowiadał mi, jak skonfrontowanie się z kultowymi miejscami związanymi z historią muzyki jednocześnie stanowi ważny punkt kariery, wpływa na zmianę autodefinicji, a jednocześnie jest testem, skonfrontowaniem się z własnymi wyobrażeniami:

Jest to pewna nobilitacja, spełnienie marzeń, że grałem w miejscach, gdzie grali najwięksi kompozytorzy, dyrygenci świata. Że człowiek się napakował wcześniej z książek, z historii... znalezienie się w tych samych pomieszczeniach, gdzie byli ci, no dla mnie święci – Brahms, Dvořák, ja w tej samej sali, w tym samym miejscu siedziałem co on sto lat wcześniej i tak dalej, to na mnie zawsze robiło wrażenie. Gdzie grałem w Sali Pleyela w Paryżu, gdzie Chopin pierwszy raz wykonywał Koncert E-mol. Też grałem ten sam koncert, tylko 150 lat później. I to są wspaniałe przeżycia, tylko trzeba pokonać ten strach i ten respekt niesamowity przed tym miejscem. [...] Powiem pani, że... po tylu latach... cztery, pięć lat temu dopiero pierwszy raz grałem w Złotej Sali we Wiedniu, więc... Corocznie oglądam taki zachwycony koncert noworoczny, prawda? A jak się znalazłem w tej samej sali, znaczy miałem wyjść [...]. Piękna sala, wszystko w porządku. Tak sobie myślę, a kto tam przyjdzie na takie tam nieznanego dyrygenta, przecież to/ Wchodzę, a tu pełna sala, tak samo jak na koncertach noworocznych. Tam jest po prostu zwyczaj bywania w tej sali. Sparaliżowało mnie w pierwszej chwili, mimo że już czterdzieści lat jestem na estradzie.

3.4.6. Wpływ płci dyrygenta na rozwój kariery

Tak istotne dla realizowania roli dyrygenta sprzężenie zwrotne karier może być niedostępne lub znacznie utrudnione, jeśli mistrzem jest mężczyzna, w szczególności w starszym wieku, a adeptem kobieta. Pierwsza przeszkoda zdarza się już na samym początku kariery, gdy studentka kierunku muzycznego chce rozpocząć studia u znanego profesora. Jedną z moich rozmówczyń, dyrygentka pracująca w operze, chciała uczyć się w klasie profesora X z uwagi na jego doskonałą reputację w środowisku. Spotkała się ze zdecydowaną odmową profesora:

Ale X tak niechętnie, że kolejna kobieta u niego w klasie. On miał z tym jakiś problem, tak? Że tam jakieś dwie były studentki, a potem było, że on się zaparł i nie.

Podobna sytuacja spotkała kilkadziesiąt lat wcześniej studentkę dyrygentury, która chciała studiować u profesora Y, mistrza profesora X. Można zatem sądzić, że przekonania dotyczące roli kobiet w zawodach muzycznych są elementem socjalizacji i przechodzą z mistrza na uczniów. W tym jednak przypadku studentka (obecnie profesor dyrygentury) przekonała profesora Y do tego, aby ją przyjął, demonstrując kluczową w zawodzie dyrygenta dyspozycję osobowościową – zdecydowanie:

On zaczął mnie denerwować, że kobiety nie, a ja byłam jeszcze młoda i głupia (śmiech), wzięłam i tupnęłam nogą. Jaki imperatyw! Tak, wzięłam i tupnęłam! On jeszcze metr sześćdziesiąt wzrostu, dwadzieścia centymetrów poniżej. Zdenerwował mnie. Ja, będąc dzieckiem, na jego koncerty chodziłam, zawsze miałam ustanowione, że jak będę się uczyć dyrygowania, to tylko u niego. Kurczę, skończyłam z wyróżnieniem studia, przychodzę z dobrym programem, z wygranym konkursem... Co on mi będzie o płci mówić? Strasznie mnie zezłościł. Zapomniałam o tym, kim on jest, kim ja, i tupnęłam nogą... On mówi „Wow! Coś w tym jest! Proszę przyjść pokazać”. No jak już pokazałam, to już poszło.

Zauważmy, że podobna sytuacja została opisana przez jedną z kobiet wykonujących zawód neurochirurga. W tamtej sytuacji także przełamanie pierwszej bariery i udowodnienie własnych, zgodnych z wymaganiami zawodu kompetencji stanowiło punkt zwrotny w karierze. Sytuacje podobne do opisanych powyżej nie są odosobnione. W ostatnich latach częściej zdarza się jednak, że dyrygenci mężczyźni uczą czy wręcz zarządzają karierami studentek, jak w przypadku cytowanych w tej pracy kobiet. Bariera stereotypów płciowych nie jest zatem nie do pokonania. Stanowi jednak, jak w przypadku adeptek neurochirurgii, dodatkową przeszkodę na samym początku kariery, z którą nie muszą się mierzyć studenci płci męskiej.

Na późniejszym etapie kariery także dochodzi do utrudnienia sprzężenia zwrotnego karier we współpracy z mistrzami. Przykładem może być zróżnicowanie relacji mistrz–uczeń w zależności od tego, czy uczeń jest płci męskiej czy żeńskiej. Jedną z takich sytuacji opisała pracująca w operze pani Szpakowska, a dotyczyła ona asystentki dyrygenta, pracującej w dużym mieście europejskim dla światowej sławy dyrygenta. Współpracuje on z wieloma asystentami w różnych miejscach na świecie:

i każdy z nich jest tam do czegoś innego przydzielony. Bardzo często jest tak, że chłopaki dostają zadania stricte zawodowe, żeby się mogli czegoś nauczyć, a ona na przykład ma za zadanie odebrać jego koszulę z pralni, w ogóle tak. Zadbąć o to, żeby partytura była na miejsce doniesiona. [...] a chłopaki, nie wiem, niech tam, nie wiem, poprowadzą za niego próbę, jakby miał się spóźnić.

Podobnie, jak w przypadku adeptek neurochirurgii, i tutaj mistrz przydziela kobietom inne, stereotypowo kobiece zadania, tym samym utrudniając im właściwe przygotowanie do zawodu. Każda z badanych kobiet zajmujących się dyrygenturą wskazywała na to, że jej płeć ma znaczenie w przebiegu kariery. Czasami świadczą o tym takie zdarzenia, jak opisane powyżej. Nieuprzywilejowana pozycja kobiet w świecie dyrygentury przejawia się także mniej bezpośrednio.

Inną odsłoną problemu stereotypowego traktowania kobiet jest to, że pracując w zawodzie dyrygenta, muszą się także mierzyć z panującym w tym środowisku przeświadczeniem, że nadają się one do *mniej poważnych projektów*, np. do pracy na próbach, współpracy z niewielkimi orkiestrami. Siła wyrazu, potrzebna

do narzucenia swojej wizji dzieła, kojarzona często z umiejętnością narzucenia swojej woli jest stereotypowo kojarzona z cechami męskimi, o czym opowiada profesor Żurawski:

teraz już chyba te różnice zanikają... Ale z wcześniejszych doświadczeń i obserwacji uważałem, że (2) kobiety nie mają w sobie tyle siły w przekazie – są zbyt delikatne. [...] I coś, co ja bym przekazał w... treści dwa razy mocniej, to one by właśnie/ Jedna jest taka, którą obserwowałem. Bardzo pięknie prowadziła i jest świetnym dyrygentem, ale określiłem jej możliwości, że ona, powiedzmy, skończy na formach... robiąc to świetnie, no z pracą z ludźmi do pięćdziesięciu osób, do sześćdziesięciu, żeby to (skrócić). Natomiast jestem przekonany, że nie poradziłaby sobie z wielkimi formami.

Praca w dużych projektach ma kluczowe znaczenie dla rozwoju kariery w zawodzie dyrygenta. Posiadanie w swoim zawodowym dorobku poważnych koncertów w prestiżowych instytucjach jest bardzo ważne dla uzyskiwania angaży w kolejnych przedsięwzięciach. Zjawisko to jest szczególnie widoczne w przypadku najlepszych orkiestr Europy i świata. W poniższym cytacie o tym zjawisku opowiada studentka dyrygentury, pani Wróblewska, wspominając także kwestie narodowości dyrygentki:

Kobiety mają ciężiej, żeby w ogóle skupić uwagę nie na swój wygląd, a na, że tak powiem, sposób prowadzenia, a kolejna sprawa jest taka, że w ogóle żeby zyskać taki szacunek dowodzącego, to jest problematyczne. I, ale to się zmienia, to się zmienia, bo ja coraz więcej widzę kobiet, które są dopuszczane w ogóle do prowadzenia, oczywiście no to nie jest taki szczebel, jak nie wiem, Berlińczycy. Bo ja kobiety dyrygujące Berlińczykami widziałam chyba raz, dwa razy. I to była oczywiście Niemka, jedna była taka Francuzka, ale to była/ w ogóle w życiu, w ogóle nie wiedziałam, kto to jest. A, nie wiem, jakąś Słowiankę tam? W życiu nie widziałam.

Jednym z przejawów odmiennego traktowania dyrygentek przez ich kolegów jest rzadkie proszenie o opinię czy radę, a także milknięcie w obecności kobiet rozmów prowadzonych przez mężczyzn. Tak opowiada o tym problemie dyrygentka pracująca w operze, pani Szpakowska:

żaden facet nigdy nie przyjdzie do mnie po radę na jakiś temat albo po opinię. Oni tylko między sobą w ogóle. Ewentualnie ja dostaję jakieś tam już potem czy nie wiem no, stoimy w grupie, wszyscy się witają „No to cześć”, no to też mi rękę podają, ale już się robi coś takiego, że tak chyba se woleli chyba po męsku „co tam w ogóle”, a tu jednak trzeba, bo ona tutaj nie wiadomo co w ogóle. Więc to się takie [cmoknięcie ustami] coś jest takiego wyczuwalnego dla mnie. [...] Widzę, że kobieta w ich gronie wprowadza jakiegoś rodzaju zakłopotanie i że wygodniej im jest, jak mnie nie mają. No i jakieś w ogóle żeby mnie o coś zapytać, czy nie wiem, żebym się coś wypowiedziała, komuś doradziła, to w ogóle nie ma szans, mimo tego, że pewnie podświadomie gdzieś

tam sobie zdają sprawę, że w wielu momentach mogłaby się jednak moja opinia przydać, czy że mogłabym mieć rację, to... niekoniecznie.

Może to wskazywać na postrzeganie tej osoby jako nie całkiem pełnoprawnego uczestnika tego środowiska zawodowego, który nie uczestniczy na równych zasadach w wymianie informacji czy opinii, jest zatem w pewnym stopniu na marginesie zawodowych interakcji. Z uwagi na znaczenie relacji wewnątrzgrupowych w profesji dyrygenta takie pozostawanie na obrzeżach komunikacji wewnątrzgrupowej może mieć wpływ na rozwój kariery.

Innym przejawem odmiennego statusu kobiet w tej profesji jest zwracanie uwagi i podkreślanie w publicznych wystąpieniach, np. podczas zapowiadania w trakcie koncertu, wyglądu dyrygentek. Podczas obserwacji prób do koncertu w Operze, przy różnych okazjach, takich jak powitanie publiczności, prezentacja artystów czy zakończenie koncertu konferansjer, prezentując dyrygentkę, podkreślał jej urodę. Nie odwoływał się w ten sposób do dyrygenta, który dyrygował część spektaklu. W mojej późniejszej rozmowie z dyrygentką dowiedziałam się, że nie jest to odosobniony przypadek. Zdarza się także, że po *zadyrygowanym* koncercie koledzy po fachu nie komentują wykonania, ale np. suknię dyrygentki.

Kolejnym zjawiskiem z tej kategorii jest przydzielanie nauczycielkom dyrygentury głównie studentek, podczas gdy nauczyciele mężczyźni uczą zarówno studentki, jak i studentów. Biorąc pod uwagę proces sprzężenia zwrotnego kariery, może to mieć wpływ na późniejsze korzystanie z reputacji uczniów. Profesor prowadzący studentów mężczyzn, którzy nie doświadczają wymienionych wyżej trudności wynikających z płci, ma większą szansę uzyskania korzyści ze sprzężenia zwrotnego kariery.

W porównaniu do mężczyzn kobiety muszą także w większym stopniu udowodnić swoje kompetencje w styczności z orkiestrą, co zostało opisane w części dotyczącej konstruowania roli. Problem ten dotyczy również profesorek pracujących ze studentami płci męskiej. Tak opisuje to zjawisko profesor Łabędzka:

Myszę, że dla moich kolegów dyrygentów mężczyzn nie ma różnicy [czy pracują ze studentami, czy ze studentkami – przyp. D.B.O.], natomiast dla kobiet jest różnica, ponieważ student, przychodząc na studia, wymaga, żebym udowodniła, że kimś jestem. A kobieta nie. Kobieta mnie podziwia za to, że jestem dyrygentką, a mężczyzna: „Zaraz, zaraz. Chwileczkę. Ja mam się uczyć u kobiety, tak?”. Jest coś takiego i ja muszę wtedy rzeczywiście stanąć na rżęsach i jak już pokażę, co potrafię, to już idzie gładko.

Konieczność udowodnienia swoich kompetencji i zdolności do wykonywania zawodu jest widoczna także w relacjach z nauczycielami, nawet na wyższych latach studiów. Badane zgodnie stwierdzają, że po wstępnym udowodnieniu nauczycielowi, że warto jest z nimi pracować, profesorowie w dalszej współpracy

stawiają im wyższe wymagania, mniej tolerują słabości. Trudno powiedzieć, czy wynika to z chęci zahartowania studentki do relacji z orkiestrą, w których mogą być podważane jej kompetencje. Tak opowiada o własnych doświadczeniach dyrygentka operowa, pani Szpakowska:

cały czas ktoś usiłuje podważyć to, co ty mówisz. [...] w Mieście X jest tak zwany chów pieczarkowy, czyli trzymaj w ciemnicy, podlewaj gnojem raz po raz, to wtedy najlepiej wyrośnie w ogóle. Także po prostu nie ma zmiłuj się, zlituj się, wręcz odwrotnie. Jakby no profesor miał jeszcze jakąś taką jazdę dostał w pewnym momencie, że on tym bardziej musi mnie teraz w ogóle, wiesz, przetresować, żeby się uodporniła na wszystkie takie rzeczy. Więc jak miałam najgorzej, bo byłam jedna kobieta i chłopaki, tak? Na przykład przyszedł kolega z katarą – „Oj, to w ogóle nie dyryguj dzisiaj, bo pewnie masz katar, to jesteś zmęczony”. Jak ja mówiłam, że nie wiem, wczoraj miałam gorączkę i nie wiem, czy dzisiaj dam radę w ogóle półtorej godziny dyrygowania, tak? „A co mnie to interesuje? A co, a co? Przyjdiesz i powiesz orkiestrze, że masz gorączkę? To Ci powiedzą, że masz okres i nie możesz w ogóle dyrygować, tak? Bo jesteś babą. Włóż na ten i zasuważ”.

Co więcej, kobiety wykonujące zawód dyrygenta mają świadomość, że są w pewnym sensie nowością w zawodzie. Mam na myśli dosłowne znaczenie słowa „nowość” – czymś, z czym orkiestra nie spotkała się np. przez kilkadziesiąt lat. Nawet dobre dyrygentki wiedzą, że po studiach mogą nie znaleźć pracy i mają także świadomość, że współpracownicy będą od nich wymagali więcej pracy i wysiłku niż od kolegów. Opowiada o tym studentka dyrygentury, pani Wróblewska:

owszem, jest to bardzo zdominowany świat tu przez facetów i ja mam tego świadomość, że mogę nie wykonywać tego zawodu ze względu na swoją płć. Żeby być dyrygentem damskim, który jest szanowany i dopuszczany, trzeba być bardzo silnym psychicznie, fizycznie i trzeba być dwa razy więcej, dwa razy bardziej przygotowanym od facetów [...]; generalnie kobieta dyrygent to jest zawód, który może nie dawać chleba i na pewno trzeba być bardzo twardym psychicznie, wiedzieć, czego się chce i wkładać dwa, trzy razy więcej pracy, niż ten mężczyzna. Po prostu przez to, że jesteśmy traktowane pobieżnie ze względu na swój wygląd, nie wiem (3), może to, inną po prostu, nie wiem, delikatność, to musimy mieć bardzo duże poparcie umiejętności takich teoretycznych i po prostu takie podparcie wiedzą, którą ten muzyk instrumentalista nie ma, tak?

W związku ze zmianami definicji społecznej roli dyrygenta w kierunku relacji bardziej partnerskich zmienia się także podejście do kobiet. W latach ubiegłych kobiety pracujące w zawodzie dyrygenta spotykały się z oczekiwaniem, że będą prowadziły orkiestrę ostrzej, *po męsku* lub *jak sierżant*. Obecnie, ponieważ taki styl jest tylko jedną ze strategii prowadzenia orkiestry, muzycy są przygotowani na współpracę w bardziej partnerskim, miękkim stylu i zazwyczaj, przynajmniej ci młodszy, nie utożsamiają jej ze słabym przygotowaniem dyrygenta. Ponadto

wraz z rosnącym znaczeniem artystek w świecie muzyki, nie tylko dyrygentek, interpretacja dzieł muzycznych z perspektywy kobiet zyskuje na znaczeniu. Zatem wraz z dostępem kobiet do dyrygentury, czy szerzej, zmianami w definicji roli dyrygenta, zmienia się także obraz muzyki poważnej.

3.4.7. Uwarunkowania instytucjonalne kariery dyrygenta

Jedną z konsekwencji braku jasnych, obiektywnych kryteriów oceny pracy dyrygenta jest rekrutowanie do różnego rodzaju instytucji nie zawsze na podstawie wyborów merytorycznych. Oczywiście, nie każdy wybór dyrygenta do pracy czy studenta na studia opiera się na kryteriach niemerytorycznych – wiele razy w trakcie badań słyszałam opowieści o tym, że kryteria te są ważne lub kluczowe. Nie jest tak jednak zawsze. Niewymierna forma pracy dyrygenta, np. umiejętność twórczego odczytania partytury, ekspresji czy przekazu emocjonalnego, daje jednak duże pole do narzucenia interpretacji działań dyrygenta (lub adepta) jako lepszych lub gorszych.

Uwarunkowania instytucjonalne mają wpływ na rozwój kariery dyrygenta już na etapie rekrutacji do Uczelni Muzycznej. W wywiadach pojawiały się często wypowiedzi, w których moi rozmówcy opisywali, jak istotne w dostaniu się na Uczelnię jest posiadanie kapitału społecznego. Kapitał ten to przede wszystkim bycie rozpoznawalnym przez nauczyciela, u którego dyrygent ma się w przyszłości uczyć. Aby zdobyć ten rodzaj kapitału, można oczywiście *przychodzić* na różnego rodzaju wydarzenia, koncerty, w których bierze on udział. Bardziej efektywnym sposobem jest pobieranie lekcji u tej osoby, jeśli np. uczy w średniej szkole muzycznej. Jeśli nie ma takiej możliwości, można skorzystać z oferowanych przez niektórych nauczycieli konsultacji, czyli prywatnych lekcji. Polegają one na przygotowaniu materiału na egzamin, ale mają na celu także szerszy rozwój artystyczny ucznia. Ich rola polega także na tym, aby nauczyciel mógł zapoznać się z potencjałem kandydata, z tym, na ile będzie można z nim skutecznie pracować i czy zaistnieje możliwość sprzężenia zwrotnego karier. Nie należy zatem traktować prywatnych lekcji jako wykupionej przepustki do studiów. Co ważne, ze znanym nauczycielowi kandydatem może wygrać w czasie egzaminów osoba, która nie jest znana egzaminatorom, ale przedstawia bardzo dobry materiał.

Dostęp do niektórych uczelni muzycznych jest utrudniony dla osób spoza regionu czy danego miasta. Podczas jednego z wywiadów dowiedziałam się, że na jednej z uczelni nie przyjmuje się osób z regionu sąsiadującego, od setek lat skonfliktowanego z regionem, w którym istnieje uczelnia. W innej preferowane są osoby z miasta, w którym się ona znajduje, oraz studenci zagraniczni, którzy przynoszą uczelni dochód. Wynika to z ograniczonej liczby miejsc na studiach. Jak mówi studentka dyrygentury, pani Wróblewska:

próbowałam uderzyć w X, z tym że X to też jest bardzo hermetyczne miasto, przyjmujące swoich z X i to też jest związane z tym, że tam jest po prostu dużo szkół muzycznych, tam jest, nie wiem, szkół muzycznych drugiego stopnia oficjalnie, państwowych, to jest chyba pięć? No to już jak przynajmniej jedna osoba kończy, to już jest pięciu kandydatów [na studia dyrygenckie – przyp. D.B.O.], tak? A zazwyczaj miejsc jest maksymalnie trzy.

Wpływ uwarunkowań instytucjonalnych nie ogranicza się jedynie do okresu studiów. Z uwagi na ograniczoną liczbę miejsc pracy dla absolwentów dyrygentury znalezienie pracy w zawodzie jest trudne, zależne od dorobku młodego dyrygenta, jego umiejętności, płci, ale także od posiadanego przez niego kapitału społecznego. Pomimo tego nawet zdobycie pracy w filharmonii, operze lub innej instytucji muzycznej nie gwarantuje stałego zatrudnienia. Wiele z tych placówek jest prowadzonych przez jednostki ministerialne czy samorządowe. Zmiana władzy po wyborach może nieść za sobą zmianę dyrekcji, co z kolei powoduje np. zatrudnienie innego kierownika muzycznego/artystycznego¹⁷ czy dyrygenta, a w konsekwencji zmianę koncepcji artystycznej. Opowiada o tym pani Szpakowska, dyrygentka pracująca w operze:

Jednak ten mój zawód jest na tyle niepewny, że przyjdzie, nie wiem, nowy dyrektor, czy nawet temu nowemu coś się tam odwidzi i to jest chwila moment. Do widzenia, bo kolega musi przyjść albo nie wiem, z urzędu mi każą wziąć kogoś i lecis od razu ze stołka. I to raz przeżyłam.

Ponadto, pomimo iż kryteria oceny pracy dyrygenta nie są całkiem obiektywne, w dużych jednostkach, w szczególności o długiej tradycji, dyrygentom stawiane są oczekiwania dotyczące sposobu interpretacji dzieł. Nie chcę przez to powiedzieć, że dyrygent nie może podejmować własnych decyzji odnośnie do interpretacji dzieła. Może to robić, jednak w ramach konwencji przyjętej w tym środowisku, o czym opowiada profesor Łabędzka:

taki dyrygent w takiej filharmonii no raczej nie ma takiej wolności. [...] Są style wykonawcze, są tradycje wykonawcze, są oczekiwania. [...] [Są kontrakty – przyp. D.B.O.] Na jakiś tam rok, dwa. Potem do widzenia, jest zmiana, bo się znudził. Bo za dużo wymaga, bo za mało wymaga albo nie było podwyżki. Chociaż dyrygent nie ma nic (wspólnego) z tymi sprawami.

¹⁷ Każda muzyczna instytucja kultury posiada dyrektora artystycznego, który nie tylko technicznie prowadzi, ale jest również odpowiedzialny za ogólny kierunek artystyczny orkiestry, decyzje personalne i repertuarowe oraz za zapraszanie dyrygentów gościnnych do prowadzenia orkiestry podczas jego nieobecności (Khodyakow 2014: 67).

3.5. Praca poprzez ciało w zawodzie dyrygenta – uzewnętrznianie (*externalizing*)

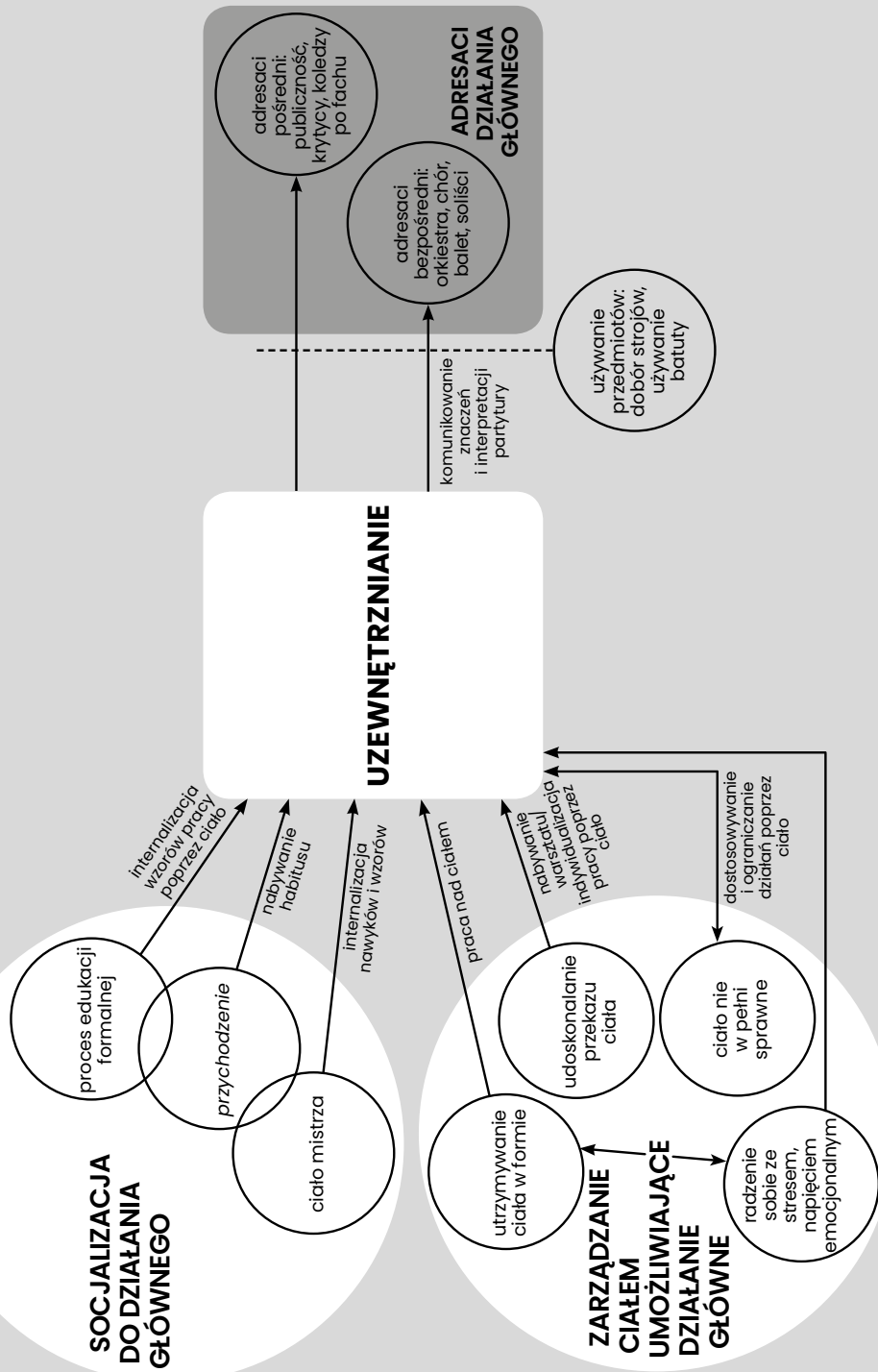
Don't play the notes. Play the meaning of the notes.

Pablo Casals

Głównym działaniem realizowanym przez dyrygentów poprzez ciało jest uzewnętrznianie (*externalizing*) i są mu podporządkowane wszystkie inne procesy, działania i obiekty wykorzystywane w pracy. Relację pomiędzy kategorią centralną a innymi kategoriami pracy poprzez ciało w pracy dyrygenta ilustruje rysunek 4. Celem działania głównego jest przekazanie orkiestrze tego, jak dyrygent zinterpretował partyturę, a przede wszystkim to, w jaki sposób indywidualnie odczytał przekaz kompozytora, czyli *przepuścił partyturę przez siebie*. Jak zgodnie twierdzą badani, interpretacja ta powinna być obserwowalna na zewnątrz, „w każdej uncji twojego ciała” (*„in every ounce of your body”*, Bull 2016: 863). Działanie jest wówczas spójne i autentyczne, a przekaz dyrygenta bardziej efektywny.

Uzewnętrznianie polega na takim wykorzystaniu postawy ciała, gestów, mimiki twarzy przez dyrygenta, aby jego interpretacja dzieła muzycznego wypracowana w pierwszym subprocesie pracy została przekazana muzykom i aby odegrali ją oni w zamierzony przez niego sposób (patrz także: Bull 2016: 864). Podczas odwiedzonej przeze mnie konferencji dyrygenckiej jeden z profesorów stwierdził, że *dyrygentura to wizualna sztuka retoryczna*. Stwierdzenie to potwierdza tezę Atkinsona (2006: 96), że ciało odgrywa kluczową rolę w tworzeniu sytuacji występu, przekazywanych emocji i reakcji na nie. Praca dyrygenta nie ogranicza się do technicznego kierowania wykonaniem, do prezentowania odpowiednich gestów ciała czy twarzy, ale zawiera trudno werbalizowalną umiejętność *przekazywania energii*¹⁸. Można powiedzieć, że dyrygent jest głównym nośnikiem interpretacji dzieła, że powinien tą interpretacją emanować i w ten sposób inspirować orkiestrę. Moi rozmówcy mieli dużą trudność w zwerbalizowaniu tego aspektu pracy, ponieważ w dużej mierze jest on elementem wiedzy pozadyskursywnej. Zdarzało się jednak, że używali metafor, jak np. *dyrygentura to sztuka przekazywania energii*. Trzeba ją *wirtualnie, ruchami powietrza przekazać*. Jest to kolejny dowód na to, jak niezbędne w nabywaniu habitusu dyrygenta czy też stawianiu się dyrygentem jest *przychodzenie*, a także kontakt fizyczny z mi-
strzem w trakcie procesu dydaktycznego.

¹⁸ Podobnie mimikę i gestykulację wykorzystują śpiewacy operowi, którzy wzmacniają za ich pomocą przekaz utworu, zwracając uwagę widza na jego określone fragmenty czy punkty (Atkinson 2006: 97).



Rysunek 4. Diagram kategorii – praca poprzez ciało w zawodzie dyrygenta (źródło: opracowanie własne)

Uzewewnętrznienie polega na przenoszeniu własnego wyobrażenia o dźwięku na inne osoby i na tyle sugestywne jego komunikowanie, aby sprawić, że osoby te wykonają pracę poprzez ciało (grając lub śpiewając) i wytworzą muzykę zgodną z pierwotnym wyobrażeniem dyrygenta. Zatem na samym początku pracy konieczne jest stworzenie precyzyjnego wyobrażenia utworu. Podczas jednej z obserwowanych przeze mnie lekcji miała miejsce sytuacja, która ilustruje, jak bardzo praca poprzez ciało zakorzeniona jest w wyobrażeniu o utworze oraz że sama praca przez ciało nie wystarczy, aby orkiestra rozumiała zamierzenia dyrygenta, jeśli nie ma on klarownego wyobrażenia o dźwiękach:

studentka kończy dyrygować utwór, profesor przystępuje do omówienia pracy lewej i prawej ręki. Studentka skarży się, że nie może nad tym zapanować. Profesor odpowiada *bo pani nie wie, co chce pani pokazać*. Sam dyryguje wspomniany fragment *ja wiem, co chcę pokazać, pani też musi wiedzieć*. Dyrygują razem. Profesor podpowiada. Po zakończonym utworze profesor mówi *i co, umie pani pokazać, wszystko pani umie, tylko szare komórki muszą działać. Teraz pani zadanie to jest patrzeć w partyturę i myśleć, co jak chcę pokazać. To nie jest łatwe, to długo trwa*¹⁹.

Praca poprzez ciało ma miejsce przede wszystkim w subprocesach prezentacji interpretacji i negocjacji z orkiestrą, przygotowania dzieła z orkiestrą oraz wykonywania dzieła. W niewielkim stopniu, w formie przygotowywania ma miejsce także w pierwszym subprocesie – interpretacji dzieła – ale głównie w przypadku młodszych dyrygentów, wypracowujących cielesny warsztat pracy. Na charakter i przebieg działania głównego w konkretnej sytuacji czy też na to, jak jest ono realizowane, mają wpływ uwarunkowania, które opiszę poniżej.

Predyspozycje

Podobnie jak w przypadku neurochirurgów, na proces pracy poprzez ciało i na działanie główne wpływ mają cechy wrodzone dyrygenta lub adepta dyrygentury. Zauważenie tych cech wrodzonych, zwanych także *predyspozycjami*, jest jednym z ważnych punktów wczesnego etapu kariery dyrygenta. Swoboda w uzewnętrznianiu swoich przeżyć jest zatem czynnikiem indywidualnym, który ułatwia realizowanie działania głównego, a przez to sprzyja rozwojowi kariery. Pomimo iż umiejętności dyrygenckie są efektem wieloletniego treningu i da się je wyćwiczyć, to jak mówi profesor Skowroński, chórmistrz i wykładowca akademicki:

¹⁹ Notatki z obserwacji.

Oczywiście do tego są niezbędne jakieś tam predyspozycje i łatwość pewna manualna taka. Niektórzy mają dużo lepszą, niektórzy nie. Niektórzy mają z natury pewne rzeczy dane i te ręce same z siebie gdzieś tam pewne rzeczy robią, budują, kreują, a u niektórych to jest ciężka, ciężka robota, tak? W dużej części da się to wyćwiczyć, tak? Ale jeżeli ktoś nie ma smykałki do tego, to będzie zawsze to troszkę, znaczy, takie nienaturalne, czasami drewniane, takie drętwe, tak?

Oprócz swobody w wyrażaniu gestem ważne są inne predyspozycje. Należy do nich z pewnością dobra wyobraźnia muzyczna, aby wiedzieć, co należy wydobyc z zapisu nutowego. Ponadto często podkreślaną cechą jest charyzma, która powoduje, że przekaz cielesny jest na tyle intensywny i dominujący, że pozwala dyrygentowi wpływać na muzyków poprzez gest. O znaczeniu charyzmy w zawodzie dyrygenta opowiada pani Sowińska, akompaniatorka:

muszą mieć też charyzmę, bo na zajęciach oni dyrygują dwoma osobami tak jakby, tak? Muzyką, która jest tutaj. A tam sześćdziesiąt osób siedzi, tak? Nie wiem, ludzie gadają, ludzie mówią im „tutaj powinno być tak”, to są też cały czas interakcje jakieś takie już z ludźmi, więc myślę, że ta charyzma też jest bardzo, bardzo ważna.

Uzewewnętrznianie przeżyć, jakie w dyrygencie wywołuje partytura, zaczyna się od uzewnętrznienia ich przed samym sobą oraz znalezienia jakiegokolwiek sposobu, aby interpretacja ta uzyskała formę zewnętrzną, dostępną innemu. Może być to zaśpiewanie, wyklaskanie czy wypowiedzenie danego fragmentu dzieła. Forma ma tutaj znaczenie drugorzędne, istotna jest możliwość przekazania swojej interpretacji. Opowiada o tym dyrygentka, profesor Łabędzka:

Jeżeli nie jest w stanie [w jakiś sposób uzewnętrznic swojej interpretacji – przyp. D.B.O.], orkiestra nie jest w stanie tego zagrać. To na jakiej zasadzie to działa? Przecież to są dwie różne osoby, tak? Co najmniej dwie. W momencie kiedy dyrygent to potrafi jakoś to ruchem wyrazić – się potrafi to zagrać.

Czerpanie z własnych doświadczeń

Prezentowanie własnej interpretacji przez dyrygenta wymaga ukazania emocji zainspirowanych utworem, ale jednak w jakimś stopniu czerpanych z własnych doświadczeń. Dlatego też aby doszło do uzewnętrznienia, dyrygent musi mieć odwagę i chęć ukazania swoich przeżyć orkiestrze. Tak opisuje ten proces dyrygentka pracująca w operze, pani Szpakowska:

jeżeli to jest takie połączenie, tak jak ja mam na przykład tutaj z tą naszą orkiestrą, to to jest takie trochę wejście w taką strefę swoją intymną. Bo jeżeli chcesz rzeczywiście... możesz to zrobić, technicznie pokazując emocję. Da się zrobić i często się tak robi, bo

człowiek codziennie się nie będzie tam na drugą stronę w ogóle ze wszystkim, po prostu bebeczami na wierzchu. Ale są takie momenty, że rzeczywiście się człowiek próbuje coś tam... odsłania, tak? Czyli no tak jak z bliską osobą jest jakiś taki rodzaj intymności, jeżeli chodzi o emocje. A jednocześnie jest to wszystko zakłète w twoją cielesność, tak? W twoje gesty, w twoje ruchy. One mogą być bardziej techniczne, ale też mogą być bardziej nasycone... Nie chcę powiedzieć, że erotyzmem, bo to jest złe. Jakims takim rodzajem energii [zmysłowej – przyp. D.B.O.]. I tej miłości w ogóle do muzyki i emocji, które w operze na przykład są, tak.

W ciele dyrygenta ma być odzwierciedlona wyobrażona przez niego muzyka. Aby tego dokonać, dyrygent musi nie tylko wyobrazić sobie brzmienie tego dźwięku, ale także odwołać się do własnych doświadczeń korespondujących z podobnymi jak w utworze uczuciami, emocjami, zdarzeniami. Dzięki temu poszukiwaniu przekaz dyrygenta jest autentyczny, a przez to bardziej efektywny. Tak opowiada o tym dyrygentka, profesor Łabędzka:

To jest ulubiony mój wątek, bo dzieciaki zwłaszcza uczę, że jak masz zagrać coś dostojnie, majestatycznie, wyobrażamy sobie koronację, to no to przecież musisz te plecy wyprostować, bo ci ta korona bęćnie na ziemię, tak? Wyprostuj się. I oni prostując się, grają inną barwą, grają inaczej frazy. Zmienia się nieświadomie zupełnie interpretacja. Że jakby szukałam wyrazu muzycznego najpierw w sylwetce i w minie. [...] Nie można grać „maestoso”, siedząc tak [garbi się – przyp. D.B.O.]. No nie da się.

Uzewewnętrznianie interpretacji partytury, aby było efektywne, musi być autentyczne. Po pierwsze, postawa ciała, wykreowana przez dyrygenta atmosfera, gesty i mimika muszą być ze sobą kompatybilne. Jak opowiadali badani, emocje pokazywane w trakcie utworu muszą być naprawdę przeżywane przez dyrygenta, a wówczas ciało wyrazi je w sposób spójny i sugestywny.

Po drugie, aby uzewnętrznienie było efektywne, nie może ono przypominać odgrywania innego dyrygenta, nawet mistrza. Nie może być również *choreografią do muzyki granej przez orkiestrę*. Oba wymienione działania nie stanowią uzewnętrzniania. Nie polegają bowiem na ukazywaniu tego, jak dyrygent *przepuszcza przez siebie partyturę*, a zatem nie realizują celów stojących przed dyrygentem. Tak o różnicy pomiędzy odgrywaniem i uzewnętrznianiem opowiada dyrygentka, profesor Łabędzka:

To uzewnętrznianie w każdym razie cielesne moim zdaniem jest bardzo ważne, ale uzewnętrznianie – nie granie, a uzewnętrznianie [...]. Kiedyś z moim psem byłam na spacerze, gdzieś tam na wsi i jakaś taka (wataha) dzikich psów dużych do nas dobiegła. To był szczeniaczek jeszcze. Ja zupełnie nie myśląc, wiadomo – to było działanie instynktowne, ale odwróciłam się do tych psów i poczułam, jak mi wychodzą pazury z opuszków. Oczywiście to się nie zdarzyło, tak? [wydaje odgłos drapania] i mówię:

„Co ja robię?”, ale te psy już uciekły. Ja się bałam. Panicznie się bałam. Wiedziałam, że inaczej będzie/ nie wiedziałam, to było nieświadome działanie, tak? To był odruch. I potem bardzo dużo o tych pazurach sobie myślałam. I teraz jak jesteśmy dyrygentami, czasami te pazury wyciągamy. Bo oczywiście nam nie wyjdą paznokcie jak kotu z opuszków, ale... takie emocje.

Robienie choreografii do muzyki granej przez orkiestrę jest znacznym utrudnieniem dla muzyków, ponieważ muszą oni wówczas samodzielnie nadawać interpretację konkretnym fragmentom muzyki. Cechuje to słabych studentów i dyrygentów, którzy nie są w stanie nadawać tonu działaniom orkiestry. Tak opowiada o tym pani Sowińska, akompaniatorka:

Zdolny student i prawdziwy dyrygent jakby panuje nad tym, co my gramy. A ten słabszy jakby... dyryguje pod muzykę, którą słyszy. [...] ten gest... jakby się zgadza, ale on nie kierunkuje tej muzyki energetycznie czy tam, no nie wiem, na przykład my zwalniamy i on też będzie za nami zwalniał.

Po trzecie, warunkiem efektywnego uzewnętrzniania jest uprzedzanie przez dyrygenta działań orkiestry. Podczas jednej z obserwacji na lekcjach dyrygentury byłam świadkiem sytuacji, gdy profesor Łabędzka tłumaczyła studentowi charakter i cel jego roli jako dyrygenta. Użyła w tym celu metafory, mówiąc: *przypominam, że jest pan znakiem drogowym i dopiero za chwilę to się wydarzy i nie tu* (pokazuje na dyrygenta) *tylko tam* (pokazuje na fortepian). Wypowiedź ta zwraca uwagę, że działania dyrygenta mają dwie cechy: nie tylko są one wyprzedzające wobec działań orkiestry, ale także ich efekt jest realizowany, a przez to widoczny (i słyszalny) w wykonaniu innych osób.

Uzewnętrznianie ma na celu nie tylko przekazywanie znaczeń i interpretacji partytury. Ma także, a może przede wszystkim uwspólniać wykonanie utworu przez całą grupę wykonawców. Oznaczenia muzyczne zawarte w partyturze nie stanowią obiektywnego zapisu, nie są opisane ilością milisekund czy decybelami. Bardzo często w moich rozmowach muzycy opowiadali o pulsie krwi, który jest indywidualnym wyznacznikiem fizjologii każdego z nas. Według tego pulsu, rytmu oddechu, muzycy odgrywają partie swoich instrumentów. Aby zrobić to w sposób umożliwiający wspólne odegranie dzieła, dyrygent musi narzucić im działanie w jednym pulsie. Tak pani Wróblewska, studentka dyrygentury, odpowiada na pytanie o cel pracy dyrygenta:

Nie wszyscy muzycy mają taki sam puls, jednak dyrygent jest wyznacznikiem metrycznym, kontrolą nad tym, co się dzieje i podczas pracy z takim muzykiem ja to widzę, bo ja się tego uczę, tak? Na przykład dyrygent powinien być odzwierciedleniem dla muzyka. Na przykład, jeżeli jest jego wejście, żeby on poprawnie wszedł w daną część, powinien wziąć taki sam oddech, w jakim jest pulsie, tak? I dyrygent, i instrumentalista. Zazwyczaj jest tak, że jak się dyryguje grupą dętą, podstawą do

ich dyrygowania jest wzięcie oddechu, więc dyrygent to jest kontrola, z tych podstawowych rzeczy, tak? To jest kontrola materiału muzycznego, pomoc po prostu dla tych instrumentalistów.

Nabywanie warsztatu

Jak twierdzi Atkinson (2006: 96), ciało odgrywa kluczową rolę w tworzeniu sytuacji występu operowego, kreowania jego charakteru, przekazu emocjonalnego i tego, jakie wywoła on reakcje. Aby umożliwić tego rodzaju celowe działania, konieczne jest nabycie ucieleśnionej wiedzy o rzemiośle (*embodied craft knowledge*), która w przypadku dyrygentów koncentruje się wokół gestu komunikującego muzykom orkiestry, czego od nich oczekuje, a realizowane jest poprzez uzewnętrznianie. Używanie ciała przez dyrygentów wymaga posiadania dużego repertuaru ruchów, nie tylko opartych na codziennych gestach, ale i będących efektem ćwiczeń, precyzyjnego przekazu znaczeń, ukierunkowanych na konkretny cel. Jak opowiada pan Sójkowski, asystent dyrygenta filharmonii:

kiedy zaczynałem uczyć dyrygowania, musiałem wyprodukować w sobie pewien zakres własnych gestów, które oczywiście ciągle się wzbogaca. Gestów, których ja na co dzień nie wykonywałem, gestów, które muszą coś znaczyć, które zwracają się do kogoś tam z jakimś tam zamiarem, gestów, których ja wcześniej nie miałem. Gestów, w których ja też muszę być przesadnie precyzyjny, ale też przesadnie jakby znaczący, więc to jest cały czas przekraczanie pewnych barier, o których wcześniej nawet nie wiedzieliśmy, że istnieją.

Uzewnętrznianie polega również na zawarciu w ruchach ciała, w gestach i mimice charakterystyki danego dzieła, jego stylistyki. Nie ogranicza się ono zatem jedynie do przekazania emocji, ale także typowej dla danego kompozytora, czy wręcz epoki, stylistyki. Uwidocznienie jej w pracy poprzez ciało umożliwia jej zagranie przez orkiestrę. Podczas jednej z obserwowanych lekcji dyrygentury profesor omawiał wykonanie utworu ze studentem. Jak stwierdził: *Z pana ruchu wynika, że tu są same ósemki, Beethoven jest bardzo rytmiczny, nie wolno ciąć dźwięków.* Po chwili student rozpoczął dyrygowanie innego utworu. Profesor przerwał wykonanie po paru dźwiękach, stukając batutą, i zapytał: *a to taki sam kompozytor jak Beethoven?* Student odpowiedział, że nie, a profesor się z nim zgodził. Student kontynuował wykonanie, a po kolejnej chwili profesor stwierdził: *To nie ten kompozytor, nie ta estetyka dźwięków i ruchu.*

Podział symboliczny i funkcjonalny ciała

Aby móc realizować działanie główne, dyrygenci pracują nad swoim ciałem, ćwiczą przed lustrem lub w towarzystwie mistrza, rozwijając swój warsztat. Poprzez tę pracę dochodzi do zmiany perspektywy postrzegania i używania ciała przez dyrygentów w sytuacji pracy z orkiestrą. Perspektywa ta wiąże się z kilkoma zagadnieniami, które opiszę poniżej. Są to: funkcjonalny (Hirschhauer 1991) i znaczeniowy

podział ciała, schemat gestów oraz wpływ autodefinicji zawodowej na pracę poprzez ciało.

Funkcjonalny i znaczeniowy podział ciała polega na tym, że różnym fragmentom czy funkcjom ciała przypisuje się wykonywanie różnych zadań. Nadaje się także różne znaczenia tym samym ruchom wykonywanym przez prawą i lewą rękę. Poniżej przedstawiam opis poszczególnych fragmentów ciała wraz z przypisanymi im rolami i znaczeniami.

Sylwetka – dyrygenci, podczas pracy z orkiestrą używają całego swojego ciała. Pracują oni z założenia w pozycji stojącej, wyprostowanej. Pozycja ta umożliwia lepszą widoczność dyrygenta dla muzyków orkiestry, ale jest także istotna z powodu lepszej możliwości kontrolowania dźwięków pojawiających się w orkiestrze, o czym opowiada dyrygent, profesor Żurawski:

ponad trzydzieści lat na estradzie to zawsze na stojąco. Wie pani. Lepszy kontakt. Dla mnie lepszy kontakt z zespołem. Lepsze słyszenie. To jest o tyle skomplikowane, że pierwsze uderzenie od dźwięku całej orkiestry idzie na dyrygenta. Jeżeli siedzę, no to idzie gdzieś poza moją głowę. Jeżeli tak, to ja muszę/ No to też z praktyki. Nauczyłem się punktowo słyszeć. No jeżeli mam kontrolować utwór, a każdy z nich gra coś innego, no to jak to kontrolować, jak ja tego nie słyszę.

Zdarza się jednak, że z uwagi na stan zdrowia czy wiek bardziej znani dyrygenci pracują, siedząc. Kluczowe jest tutaj określenie „bardziej znani”, ponieważ na łamanie zasad zawodu mogą sobie pozwolić jedynie osoby o ugruntowanej pozycji²⁰.

Odpowiednie ustawienie sylwetki to jedna z podstawowych umiejętności, jakie student dyrygentury nabywa podczas pierwszych lekcji. Sylwetka powinna odzwierciedlać prestiż i charyzmę należną roli dyrygenta, odpowiadać stylowi dyrygowanego utworu (Atkinson 2006: 96), a jednocześnie umożliwiać efektywną pracę poprzez ciało. Piszac w podręczniku dyrygowania o prawidłowej sylwetce, Lucjan Jaworski (2003: 13) używa określeń odnoszących się do efektu. Wskazuje on co prawda, w jakiej pozycji powinny być nogi (lekki rozkrok), tułów czy głowa (wyprostowane), ale głównym celem pozycji jest uzyskanie sylwetki, której gesty są „naturalne, luźne i estetyczne, a zarazem efektywne oraz wymagają jak najmniej wysiłku”. Odwołuje się on zatem do ciała postrzeganego jako narzędzia, którego odpowiednie wykorzystanie pozwala osiągnąć zamierzony efekt. Co istotne, kształt sylwetki jest uzależniony od stylu utworu. Różne muzyczne style charakteryzują się też specyficznymi rodzajami napięcia, zatrzymania czy wesołości słyszalnymi w utworze (Atkinson 2006: 96). Wymagają zatem od

²⁰ Ciekawym przykładem tego zjawiska jest dyrygowanie na siedząco i śpiewanie przez Leifa Segerstama orkiestrą Sinfónica de Galicia w utworze Rimsky-Korsakov: Scheherazade op. 35 – dostępny na: https://www.youtube.com/watch?v=zY4w4_W30aQ

dyrygenta wywoływania w sposób niewerbalny charakterystycznych dla danego stylu reakcji muzyków. Jak podczas jednej z lekcji dyrygentury stwierdziła profesor Łabędzka: *utwór klasyczny jest wtedy, jak się frak nie marszczy*.

Poszczególne fragmenty ciała mogą pomagać lub przeszkadzać w przekazywaniu zespołowi konkretnych wytycznych, dlatego od początku pracy potrzebna jest świadomość i kontrola całego ciała, wykonywanych ruchów, grymasów czy gestów (przechylenie głowy, kiwanie tułowiem przód–tył itp.). Istotna jest zatem kontrola postawy całego ciała, jako mająca zapewnić dyrygentowi efektywność przekazu. Tę efektywność można uzyskać poprzez celowe spinanie i rozluźnianie ciała w celu uzyskania odpowiedniego efektu muzycznego. Na przykład podczas jednej z obserwowanych przeze mnie lekcji profesor zwrócił studentowi uwagę następującej treści: *Pan jest spięty. Całą moc pan daje od razu. Nie rozluźnia się pan [...]. Pan jest spięty i przez to nie ma pan beethovenowskiego pulsu*.

Ręce – głównie za ich pośrednictwem przekazywane są dyspozycje i sugestie, stąd ich układ i sposób poruszania są najistotniejsze w komunikowaniu z orkiestrą (por. Kępiński 2001: 174). O układzie rąk w *pozycji dyrygenckiej, pozycji wyjściowej* zwanej także *pozycją zasadniczą* Jaworski (2003: 13, 14–15) pisze w podręczniku w następujący sposób:

kciuk wyprostowany, pozostałe palce lekko zaokrąglone tworzą w środku okrągłe zagłębienie, kości nadgarstka uwypuklone, środkowy palec jest przedłużeniem linii przebiegającej przez środek przedramienia, kciuk może delikatnie stykać się z palcem wskazującym. Unosimy powoli przedramię, zginając rękę tylko w łokciu, do takiej wysokości, aby w stosunku do tułowia przedramię tworzyło kąt prosty w płaszczyźnie wertykalnej i horyzontalnej.

Opis ten jest ilustracją szczegółowości i dbałości o detal związany z wykorzystaniem własnego ciała do przekazania treści muzycznych. W podręczniku jest on uzupełniony, podobnie jak pozostałe omówienia, fotografiami, na których kobieta prezentuje poszczególne pozycje ręki. Dodatkowo autor proponuje ćwiczenia, które poprzez wielokrotne ich powtarzanie pozwalają na wypracowanie niewymuszonej, ale prawidłowej pozycji rąk²¹ (Kotarbiński 2019: 172). Celem ćwiczeń jest wykonywanie ich w sposób świadomy, a jednak naturalny i estetyczny, aby nie wydawały się sztuczne i narzucone. Jak widać na tym przykładzie, poszczególne elementy ciała (np. palce) mają przypisane bardzo konkretne zadania związane z wykonywaniem przez dyrygenta pracy. Dzieje się to dzięki wysokiej świadomości ciała, a także stałym ćwiczeniom. Podstawowym aparatem ruchu wykorzystywanym przez dyrygenta jest przedramię. Co ciekawe, jego wykorzystanie jest uzależnione od wielkości zespołu, jak i od wzrostu dyrygenta, a konkretnie od

²¹ Uzyskiwanie efektywności pracy poprzez ciało dzięki wcieleniu nieformalnych wytycznych dotyczących jego kształtu.

długości jego rąk (Jaworski 2003: 17), a także od tego, czy orkiestra gra na scenie, czy w *kanale*, jak to się dzieje w operze.

Jeśli posługujemy się ciałem-narzędziem niestandardowym (tak jak wyjątkowo długim młotkiem), powinniśmy wykorzystać w tym celu określone ruchy, modyfikujące użycie narzędzia w stosunku do narzędzia standardowego. Inaczej mówiąc, narzędzia standardowego używa się w inny sposób niż niestandardowego, jeśli chce się osiągnąć podobny rezultat. Tak jest w przypadku długich rąk, których zwyczajne używanie może powodować, że gesty będą karykaturalne lub będą utrudniały odbiór znaczeń przez orkiestrę czy innych artystów. Nie spełnią zatem swojego zadania i jako narzędzie nie będą efektywne. Ćwiczenia pozwalające na swobodne wykorzystanie tej części ciała, traktowanego jako narzędzie pracy, odwołują się do świadomego i intencjonalnego napinania lub rozluźniania np. ręki w stawie łokciowym, co nie zawsze umiemy zrobić, jeśli korzystamy z ciała jako niedyrygenci. Do podstawowych ćwiczeń mających usprawnić te ruchy należą także „malowanie” w powietrzu litery U (ćwiczenie dyrygowania miękkiego) i V (ćwiczenie dyrygowania ostrego), pozwalające nabyć świadomość ruchu swojego ciała.

W procesie edukacji dyrygenci uczą się pewnych uniwersalnych, stosowanych prawie zawsze schematów gestów rąk. Są one uniwersalne w tym znaczeniu, że każdy muzyk rozumie ich znaczenie (por. Kępiński 2001: 176). Nie każdy dyrygent stosuje je jednak w swojej pracy. Jest to uzależnione np. od tego, jaką przyjmuje definicję swojej roli zawodowej: czy zadaniem dyrygenta jest raczej inspirowanie, czy techniczne taktowanie. Dowodzi to, że autodefinicja zawodowa wpływa na sposób pracy poprzez ciało. Niemniej schemat ten istnieje i dyrygenci znają go, nawet jeśli go nie stosują. O roli schematu opowiada student dyrygentury, pan Sikorski:

Istnieją konkretne schematy, którymi się dyryguje, jeżeli utwór jest na cztery, utwór jest na dwa, utwór jest na trzy, i tak dalej. To jest taka podstawa w warsztacie, żeby móc coś pokazać. W ogóle fascynujące, orkiestry często nie mają pojęcia, jak ten schemat wygląda, ale one są na tyle komunikatywne, że na przykład jeżeli poprosiłoby się kogoś w wiolonczelach, żeby pokazał schemat na cztery, to on nie jest w stanie [...], zawsze się znajdzie chociaż jedna osoba w orkiestrze, która nie ma pojęcia, jak schemat wygląda. I teraz on może nie umieć pokazać, może nie mieć bladego pojęcia, ale on jest na tyle komunikatywny, że niezależnie od tego, czy się człowiek orientuje, jak konkretnie ten schemat wygląda, to i tak będzie wiedział, gdzie jest raz. Jakby sama gestykulacja i sugerowanie ruchem ciała przez dyrygenta pokazuje, w którym momencie taktu jest się w danym momencie, czy w którym momencie frazy.

Taktowanie, opisane powyżej, jest to ruch ukazujący metrum i tempo w odczwiercaniu od innych elementów muzycznych, jest manualnym przekazem metroritmicznej struktury utworu (Jaworski 2003: 20). Jest to środek kontaktu

z wykonawcami. Technika posługiwania się ręką w celu przekazania struktury metro-rytmicznej obejmuje trzy fazy: przygotowawczą, uderzeniową i końcową. Każda z nich polega na wykonaniu konkretnego ruchu, są to odpowiednio: *auftakt* /ruch przygotowawczy, uderzenie, odbicie²². Ruch przygotowawczy ma tu szczególne znaczenie, gdyż jest prawie zawsze ruchem do góry (wprost, w lewo lub prawo), rozpoczynającym wykonanie utworu. Następuje po nim ruch w dół, zwany ruchem wywoławczym lub uderzeniem, a jego celem jest ukazanie ręką chwili wydania dźwięku. Wyjątek stanowi dyrygowanie w operze, gdzie dyrygent jest dla chóru czy solisty stojącego na scenie widoczny jedynie od pasa czy od klatki piersiowej w górę. Dlatego też w operach ruch przygotowawczy skierowany jest do dołu, a ruch na raz w górę. Są one dzięki temu lepiej widoczne. Ruchy te zostały jasno i wyraźnie określone, są one pewnym zinstytucjonalizowanym standardem komunikacji poprzez ciało. Długość ruchu przygotowawczego i wywoławczego powinna być taka sama, co ułatwia powrót ręki do pozycji zasadniczej, jest zatem elementem efektywnościowego wykorzystania ciała jako narzędzia przekazu.

Oczywiście, wielcy dyrygenci mogą mieć swoją indywidualną technikę, lecz oni grają zazwyczaj z muzykami wysokiej klasy, którzy rozumieją dyrygenta i mają zaawansowany warsztat (por. Atkinson 2006: 104). Gdy gra się z muzykami amatorami, np. w szkole, warto jest robić standardowe ruchy, aby były one czytelne. Jest to dowód na standaryzację ciała, jako narzędzia mającego działać w określony sposób, zgodnie z określonymi i ujednoliconymi zasadami. Jak pisze Lucjan Jaworski (2003: 42, 69):

o dynamice dźwięku decyduje wielkość ruchu przygotowawczego i wynikające z niego długość ruchu wywoławczego. Duże ruchy prowokują mocniejszy dźwięk, małe słabszy, a jeszcze mniejsze lub poziome bez przygotowania sugerują brak dźwięku i służą do zaznaczenia (odliczenia) miary taktu [...]. Podstawową zasadą dyrygowania w tempie szybkim jest zmniejszenie aparatu technicznego i zmniejszenie ruchu; to znaczy: łatwiej uzyskać szybkie tempo, dyrygując przedramieniem niż całą ręką, a jeszcze łatwiej – samą dłonią. Pamiętajmy zatem o zasadzie: w wolnych tempach – duży aparat, w szybkich – mały²³.

²² Nazewnictwo poszczególnych ruchów może różnić się w zależności od nauczyciela czy tradycji w danej uczelni muzycznej. Nie jest to opracowanie muzykologiczne, dlatego wybrałam te sformułowania, które albo dobrze ilustrują charakter ruchu, albo też są stosowane przez obserwowanych przeze mnie dyrygentów.

²³ Doskonałą ilustracją tej zasady jest film zatytułowany *Maestro Andris Nelsons gets the audience clapping during the New Year's concert in Vienna* opublikowany na portalu Facebook przez Raitisa Fermanisa. Możemy na nim obejrzeć, jak maestro dyryguje publicznością, a za nim praktycznie samodzielnie gra orkiestra. Dzięki mimice, szerszym i mniejszym gestom powoduje, że widzowie klaszczą wspólnie, oddając charak-

Niepełne opanowanie narzędzia, jakim jest ciało, może ograniczać możliwości interpretacji dźwięku przez niewłaściwe wykonanie ruchu, jak w przykładzie opisanym przez Lucjana Jaworskiego (2003: 76):

Unoszenie rąk do góry utrudnia wytrzymanie dłuższych fermat oraz wykonanie ruchu przygotowawczego do ich zamknięcia. Fermaty na długich dźwiękach pokazywane tym sposobem przez studentów często były skracane, bowiem ich zakończenie następowało w chwili, gdy ręce osiągnęły graniczną wysokość i dalsze unoszenie nie było możliwe. Długość fermaty była więc uwarunkowana umiejętnością opanowania szybkości unoszenia rąk, a nie względami ekstatycznymi.

Ważną, nauczaną od pierwszych lekcji dyrygentury umiejętnością jest oddzielanie (separacja) ruchów rąk od reszty ciała. Jest ona istotna z punktu widzenia efektywności pracy poprzez ciało, ponieważ pozwala unikać spinania np. brody, karku czy głowy, co może przekładać się na oddech. Ciało spięte ma ograniczoną możliwość swobodnego ruchu, a zatem ogranicza ekspresję dyrygenta i możliwość przekazu znaczeń.

Twarz – wyraz twarzy jest dopełnieniem przekazu rąk, dosyć istotnym, dlatego dyrygent musi ściśle kontrolować mimikę. Wiele informacji dotyczących emocjonalnego przekazu dzieła muzycy odczytują z jego twarzy. Odczytują z niej także, jak dyrygent ocenia ich pracę – czy jest z niej zadowolony, czy też nie. Dlatego twarz jest tym elementem ciała dyrygenta, który musi on umieć ujarzmić w wysokim stopniu (Kępiński 2001: 166, 170).

Jako źródło przekazu emocji kluczowe są oczy dyrygenta, dzięki którym nawiązuje on kontakt z poszczególnymi muzykami czy grupami muzyków i dodatkowo pokazuje, kiedy muzyk powinien wejść ze swoją partią (por. Kępiński 2001: 170). Oczy to taki element twarzy, którym najtrudniej jest wolicjonalnie manipulować (Kępiński 2001: 168). Doskonale widać w nich emocje przeżywane przez jednostkę. Stąd ich wyraz może być ważnym narzędziem przekazu emocji, jaki dyrygent chciałby wzbudzić poprzez muzykę, ale tylko wówczas, gdy sam je przeżywa, gdy jest nasycony jej atmosferą. Mimika to narzędzie wpływu nie tylko na orkiestrę, ale także na widownię. Dlatego też dyrygent nie powinien pokazywać nawet w najmniejszym grymasie twarzy, że błąd popełnił on sam lub orkiestra, ponieważ wpływa wówczas na ocenę koncertu wśród publiczności.

Jak wspominali dyrygenci, ich praca angażuje całe ciało. Centralnym punktem komunikowania z orkiestrą jest jednak twarz i ręce, ewentualnie przedłużone batutą. O ile praca sylwetki, praca nóg ma znaczenie, o tyle że wyznacza pewien

ter dyrygowanego utworu. Świadczy to o tym, że gesty używane przez dyrygenta są na tyle intuicyjne i naturalne, że są w stanie wywołać pożądany efekt nawet wśród osób niezajmujących się profesjonalnie muzyką. Link do filmu: <https://www.facebook.com/662243149/videos/10157740785533150/>

sposób grania, np. bardziej lub mniej taneczny, o tyle gest powinien być skupiony we wspomnianym centralnym punkcie. W przeciwnym razie sygnały są zbyt rozproszone na ciele dyrygenta i przestają być dla muzyków widoczne i czytelne. Według pana Sójkowskiego, asystenta dyrygenta filharmonii i chórmistrza:

Im bardziej [gest jest – przyp. D.B.O.] skupiony na końcu, czyli właśnie najlepiej w dłoni, tym bardziej nośny, tym bardziej, więcej znaczący. A w momencie, kiedy my zaczynamy, nie wiem, działać, nie wiem, jakimiś biodrami, brzuchem, ramionami czy nie wiadomo czym, to tak naprawdę może się okazać, że to staje się nieczytelne.

Nogi, stopy, biodra – dolna połowa ciała dyrygenta nie służy do przekazywania znaczeń i powinna pozostawać raczej nieruchoma, aby ekspresja była skanalizowana w te fragmenty, które są widoczne dla orkiestry. Wśród błędów dotyczących tej części ciała Lucjan Jaworski wymienia ruchy nóg – dreptanie, tupanie, uginanie kolan, przestępowanie z jednej nogi na drugą. Zdarza się, że dyrygenci podczas koncertów skaczą, przechylają się na jedną lub drugą stronę. Jeśli jest to spójne z przekazem rąk i pozwala skutecznie przekazywać znaczenia zamierzone przez dyrygenta, może mieć walor porywania, doenergetyzowania orkiestry.

Oprócz podziału symbolicznego i funkcjonalnego ciała dyrygenta, wykorzystaniem mimiki twarzy i spinania ciała istotnym narzędziem pracy i komunikacji jest w zawodzie dyrygenta oddech. Sterowanie własnym oddechem, wstrzymywanie go czy też branie wdechu wraz z innymi muzykami (śpiewakami solowymi, chórzystami, instrumentalistami dętymi) stanowi ważny element pracy poprzez ciało. Jak mówili uczestnicy moich badań, *dzięki oddechowi jesteśmy razem*. Tak opisuje jego znaczenie asystent dyrygenta filharmonii i chórmistrz, pan Sójkowski:

Dla mnie ma kapitalne znaczenie. Po pierwsze pomaga mi to w wyczuciu czasu, kształtuję oddechem, wypracowałem sobie, znaczy dla chóru to jest niezbędne. Dla orkiestry niekonieczne, chociaż dla dętej grupy też, bo przecież oni tak samo oddychają. Muszą nabrać powietrza, żeby wydobyć dźwięk. Smyczkowcy nie muszą. Ale jeśli się wytworzy pewne mechanizmy równoległe/ Dlaczego preferuję oddech z ręką? Bo oddech jest naszą naturalną rzeczą, dzięki niemu żyjemy, prawda? Więc to już jest w mózgu. I teraz: poprzez szybkość tego oddechu ja sobie wytwarzam impulsy, które przenoszę na rękę. Łagodny oddech – łagodny dźwięk. Ostry – ostry. Wielkość, szybkość. I kumuluję energię w tym. I to skutecznie.

W sposobie oddychania zawarte są także informacje dotyczące sposobu grania, jak mówi profesor dyrygentury, pan Żurawski: *oni rozumieją to dobrze, co jest zawarte w oddechu. W jednym takim geście jest zawarty czas, sposób artykulacji, dynamika, tempo i emocje, jakie chcę osiągnąć*. Uczestnicząc w lekcjach dyrygentury, wielokrotnie miałam możliwość obserwować, jak profesorowie zwracali uwagę na odpowiedni moment, ale i właściwy sposób wzięcia oddechu. Branie wdechu

ustami powoduje, zdaniem badanych, że jest on bardziej widoczny dla orkiestry i bardziej dotlenia ciało. Z kolei branie wdechu nosem powoduje, że jest on mniej widoczny, krótszy, wdech może być spóźniony wobec muzyki, a ciało dyrygenta się spina. Te dwa sposoby oddychania mogą być używane celowo przez dyrygenta chcącego uzyskać konkretny efekt. Jak mówi dyrygent pracujący w operze, pan Gołębiewski:

myślę, że wdech nosem, to chyba też w zależności od tempa, które jest w danym momencie potrzebne. Jeżeli weźmie się oddech ustami, to on jest mało energiczny, natomiast nosem jest właśnie taki mobilizujący. I im szybsze tempo, tym oddech powinien być krótszy. Ciężko wziąć oddech krótki ustami. To chyba na tym to polega. Także też nie można wymagać, nie można byłoby wymagać od chóru czy od solistów szybkiego czy wolnego tempa, biorąc oddech niewłaściwy, tak? Z niewłaściwą intencją. Śpiewając wolno, nie można dać im zainicjować czegoś błyskawicznego. Czyli ten oddech też musi być dostosowany do wymaganej frazy. Tak, do efektu, który zamierzaliśmy podczas prób.

Jak opowiada ten sam dyrygent operowy, oddech stanowi sposób zespajania różnych zespołów operowych. Stanowi on rodzaj cielesnego realizowania roli dyrygenta, jako węzła komunikacyjnego, którego zadaniem jest spowodowanie, że różni muzycy (orkiestrowi, chórzyści) wykonują spójnie jeden utwór:

Bo oddech jest ważny. Jest ważnym elementem, bo on jakby zespala wszystkie zespoły [w operze – przyp. D.B.O.]. Oddech może być słyszalny, od strony dyrygenta może być słyszalny, ale niekoniecznie, bo oddech powinien być wyraźny w geście, tak. [...] Bo oddech powinien być właśnie w ciele. Jeżeli jest dobrze ten gest wykonany, to wtedy soliści wiedzą, kiedy wziąć oddech, instrumentalści grający na instrumentach dętych też muszą wziąć oddech wspólny. Czasami rzeczywiście łatwiej jest wziąć oddech dyrygentowi w sposób słyszalny, wtedy wszyscy reagują automatycznie, ale nie jest to, nie jest to wymagane, ale jest pomocne. Czasami go biorę [oddech ustami – przyp. D.B.O.], czasami nie. Ale dla mnie jest to naturalne, bo najpierw grałem na instrumencie dętym, więc każda fraza, każde rozpoczęcie (S), nie wiem, jak to powiedzieć, dzieła, utworu, frazy, zawsze się łączyło z wzięciem oddechu. Więc dla mnie jest to rzecz jak najbardziej naturalna i ja bez tego nie potrafię. No ale, no mówię – każdy dyrygent musi mieć swój środek wyrazu, który będzie czytelny dla wszystkich tych wykonawców.

W przypadku pracy z solistami oddech również odgrywa istotną rolę. Dostrojenie przez dyrygenta swojego oddechu do oddechu solisty ułatwia dopasowanie impulsów, następnie przekazywanych orkiestrze.

Świadome oddychanie pozwala dyrygentowi nie tylko wpływać na adresatów swoich działań, ale także efektywnie wykorzystać własne ciało w pracy, rozłożyć siły podczas długiego koncertu. Umiejętność ta jest jednak zindywidualizowana, zatem możliwość jej przekazania w procesie dydaktycznym jest niewielka. Zależy

bardziej od doświadczenia, zdolności do koncentracji i świadomości ciała konkretnego dyrygenta. Nieumiejętne oddychanie może mieć dla dyrygenta także konsekwencje związane z zakwasami, bólami mięśni, ponieważ podczas koncertu intensywnie pracuje on fizycznie. Używanie oddechu jako narzędzia pracy może mieć niestety dla dyrygentów także negatywne skutki. Jak wspomina dyrygentka pracująca w operze, pani Szpakowska:

Na pewno arytmia serca też nam grozi i często dyrygenci na to chorują... na to chorują. Ze względu na połączenie oddechu z muzyką. Bo generalnie jest tak, że bierzesz aufakt, jakby czekasz razem ze śpiewakiem, no to przeważnie nie oddychasz. To nie normalnie, tylko mam cały czas albo szybciej, albo wolniej, albo... się zmęczę, albo kiedy ja muszę dłuższą frazę, to ja muszę uspokoić oddech, tak? Albo go przyspieszyć.

W pracy dyrygenta istnieją także pewne tabu związane z używaniem ciała. Oprócz zakazów związanych z niską efektywnością gestów, takich jak *przyklejone rączki*, czyli dyrygowanie samymi przedramionami lub dyrygowanie łokciami, które powoduje, że gest jest nieczytelny, do tabu można zaliczyć tzw. wysuwanie dłoni *na kwstę*. Polega ono na odwróceniu dłoni wnętrzem do góry i wysunięciu jej przed siebie. W zachodniej kulturze jest to czytelny gest prośby o datek²⁴. Nie jest on spójny ze społeczną definicją roli dyrygenta ani z jej przywódczym aspektem.

Podział funkcjonalny ciała ma w znacznej mierze charakter społeczny i jest elementem socjalizacji w zawodzie dyrygenta (por. Hirschhauer 1991). Istnieje jednak pewien zakres samodzielnego nadawania przez dyrygenta funkcjonalności i znaczeń fragmentom swojego ciała. Jest on uzależniony od dwóch istotnych czynników. Pierwszy z nich dotyczy tego, jak swoją rolę w relacji z orkiestrą definiuje sam dyrygent. Autodefinicja zawodowa dyrygenta nie ogranicza się do określenia zadania, które przed nim stoi, gdy wychodzi on przed orkiestrę. Także preferencje dotyczące efektu jego pracy mają wpływ na sposób używania ciała. Tak opisuje tę zależność dyrygent, profesor Żurawski:

Mam wzorce. Dla mnie Bernstein, który tworzył dla mnie spektakle emocjonalne, a nie w zimny wyrachowany sposób, jak Karajan prowadził. Sterylnie. Intelktualnie, sterylne. Ja wolę emocje.

W badaniach prowadzonych przez Annę Bull (2016: 861) także pojawia się wątek sposobu użycia ciała w zależności od autodefinicji roli zawodowej, a dokładniej mówiąc, interpretacji tego, jaki charakter powinna mieć skuteczna

²⁴ Podobne tabu istnieje w świecie społecznym tańca. Tancerze wykorzystujący jako rekwizyt kapelusz mogą manipulować nim w różny sposób, ale zazwyczaj nie odwracają go dnem do dołu, aby nie sprawiać wrażenia, że zbierają pieniądze do kapelusza.

strategia pracy z orkiestrą. Jeden z badanych twierdził, że jego nauczyciel zawsze powtarzał mu, aby nie nawiązywał bezpośredniego kontaktu wzrokowego z muzykami. Poprzez taki kontakt tworzy się intymna i osobista relacja, co nie sprzyja utrzymaniu atmosfery stałej kontroli i obserwacji. Zatem nawiązywanie, albo nie, kontaktu wzrokowego przez dyrygenta uzależnione jest od typu relacji, jaką chce nawiązać z muzykami, która z kolei zależy od tego, w jaki sposób interpretuje swoją rolę. Zależność ta nie musi mieć stałego charakteru ani oznaczać definitywnej rezygnacji z realizowania jakichś aspektów roli. Autodefinicja może mieć charakter sytuacyjny i wynikać np. z oceny, że konkretna orkiestra potrzebuje określonego rodzaju wsparcia ze strony dyrygenta.

Drugim czynnikiem wpływającym na sposób pracy poprzez ciało podczas danego występu czy próby jest okres historyczny pochodzenia utworu. Dyrygenci, którzy nabyli habitus cielesny w czasach współczesnych, nie mogą odzwierciedlić całkowicie pracy kompozytorów dyrygujących orkiestrami dwieście lat temu z powodu posiadania innego habitusu cielesnego. Istnieją oczywiście wskazówki czy sposoby osiągania określonych efektów muzycznych. Relację pomiędzy charakterystycznymi dla danej epoki cechami utworów muzycznych a techniką dyrygowania umożliwiającą efektywną pracę poprzez ciało opisał Jerzy Waldorff (1994: 120–121):

Dawne geometryczne taktowanie, z podstawowymi figurami na $\frac{3}{4}$ i $\frac{4}{4}$ rysowanymi przez dyrygenta ręką w powietrzu, mogło być aktualne tak długo, póki w utworach wartości metryczne zmieniały się rzadko, jak u Haydna czy Mozarta, u których całe części symfonii utrzymywane są w jednym takcie. W miarę wszakże upływu lat i rozwoju muzyki jedność wartości metrycznych praktykowana zaczęła być na coraz krótszych odcinkach partytury. [...] Dyrygent, który chciałby prowadzić to arcydzieło [*Święto wiosny* – przyp. D.B.O.], jeżeli chciałby posłużyć się tradycyjnym sposobem taktowania, wywichnąłby ręce w stawach, zaś orkiestrę wprowadził w kompletną dezorientację. Należało przeto wywiązać się z zadania jakimś sposobem odmiennym, co właśnie czynił Furtwängler, dyrygując prawą ręką tylko ruchami w dół i w górę, rzecz jasna w zmiennym, odpowiednim tempie [...]. Jak pokazuje historia, pierwsze wysiłki uproszczenia techniki dyrygenckiej podejmowali już Wagner i Liszt z chęci, aby melodie w ich kompozycjach płynęły swobodnie po linii horyzontalnej, nie hamowane wertykalnymi progami taktów.

3.5.1. Proces socjalizacji wtórnej w zawodzie dyrygenta – aspekt cielesny

W zakresie pracy poprzez ciało proces socjalizacji wtórnej polega przede wszystkim na nabywaniu habitusu cielesnego, umożliwiającego realizację zadań stojących przed dyrygentem. Podczas analizy wyodrębniłam trzy procesy składające się na aspekt cielesny socjalizacji. Występują one najczęściej równocześnie, w trakcie studiów, i są to: proces edukacji formalnej, *przychodzenie* oraz wzorowanie się na mistrzu. Zostaną one kolejno opisane poniżej.

Proces edukacji formalnej – socjalizowanie do ekspresji

Proces nauki dyrygowania jest w dużej mierze oparty na kontakcie cielesnym, ma on charakter wielopoziomowy: od prostych schematów dyrygowania do głębokiego przekazu emocjonalnego i wieloaspektowy: obejmujący kwestie techniczne, ekspresyjne, przywódcze i inne. Podczas obserwowanych przeze mnie lekcji dyrygentury profesorowie wykorzystywali wiele sposobów przekazu studentom i studentkom wiedzy, która nie jest (łatwo lub wcale) werbalizowalna. Do sposobów nauczania należały m.in.:

- Obserwowanie studenta przez nauczyciela, jego umiejętności technicznych, mimiki, gestów, postawy ciała, kontaktu z orkiestrą.
- Przekaz słowny, np. tłumaczenie, wykrzykiwanie mocnych fragmentów utworu, sylabizowanie, deklamowanie, mówienie w trakcie, gdy student/studentka dyryguje, omawianie wykonania utworu po jego zakończeniu. Podczas obserwacji lekcji dyrygentury wielokrotnie miałam okazję słyszeć wskazówki wykrzykiwane do studentów i studentek, np. *no zrób z nami porządek, taki intencjonalny, widzisz, jak nam się tu wszystko sypie, a ty lelum polelum. Pomagaj nam, jak widzisz, że nierówno idziemy, to wydzielaj nam, tupaj, czy w pani rękach widać brak pomysłu* [na ten dźwięk – przyp. D.B.O.], *bas w uchu, a ręka i głowa idzie z tenorem, nie ścisza pani, w rękach też nie widzę tej intencji, faluj, faluj w smyczkach!*. Używana jest także metafora, mająca na celu lepsze zilustrowanie pracy poprzez ciało, np.: *cienki placek to jest jednak placek. A to ma być chmurka*. Polecenie słowne może też dotyczyć użytkowania ciała. Podczas jednej z lekcji studentka miała *zadyrygować* pewien trudny fragment, w którym szybko następowały po sobie dwa ruchy całkiem inne w charakterze. Na jedną stronę delikatny przekaz do pierwszych skrzypiec, na drugą czyste, jasne dwa ruchy w stronę wiolonczeli. Studentka miała z tym dużą trudność. Profesor wymyśliła sposób, aby studentka podzieliła się na dwa – jedna jej połowa ciała jest taka, a druga inna. Studentce ten trick pomógł i *zadyrygowała* dwa odmienne ruchy.

- Odwoływanie się do przeżyć własnych dyrygującego lub naturalnych reakcji ciała, o czym świadczą następujące wypowiedzi z lekcji: *jak tam jest w partyturze? Cicho. I ma być wesoło. Co jest ciche i wesołe?* [zastanawia się – przyp.

D.B.O.] *O! namawiamy się z kolegami, że nastraszymy profesorkę. Tak to trzeba pokazać*²⁵.

- Wykonywanie utworu z założonymi rękami. Jak twierdzą doświadczeni dyrygenci, ręce czasem przeszkadzają dyrygentowi, rozpraszają go, skupia się na wyrazie rąk, a nie na przekazie interpretacji utworu całym ciałem (mimika, bujanie ciałem).

- Demonstrowanie – dyrygowanie przez nauczyciela w trakcie dyrygowania przez studentkę. Nauczyciel dyryguje, stojąc tyłem do studentki, aby mogła obserwować.

- Sugerowanie robienia zapisków lub zapisywanie notatek na partyturze, np. punkty, słowa sugerujące, jak ma być pokazany dany fragment, lub np. rysunek siekiry, który ma dobitnie wskazać, że w tym miejscu powinien być wykonany mocny ruch ucinający.

- Śpiewanie z zaznaczaniem przebiegu melodii i/lub akcentów, lub alternatywnych sposobów interpretacji partytury; także krzyczenie w szczególnie mocnych momentach utworu²⁶. Znaczenie śpiewania przez dyrygenta w trakcie przygotowywania utworu ilustruje poniższa wypowiedź profesor Łabędzkiej, która zwróciła się do swojej studentki, omawiając wykonanie fragmentu partytury zaznaczonego jako *forte*: *jak się tego nie śpiewa „forte”, tylko „piano”, to się nie przekłada na ciało i ręce tego nie pokażą*. Jak twierdzi Lucjan Jaworski, „Stałe śpiewanie w trakcie dyrygowania pozwala niejako »na sobie« sprawdzić zgodność i spójność własnych ruchów z wykonywaną przez siebie muzyką”.

- Wspólne oddychanie – pomaganie w zidentyfikowaniu momentu, w którym należy wziąć oddech oraz wypuścić powietrze. Jest to szczególnie ważne w sytuacji, gdy dyryguje się chórem albo zwraca do muzyków grających na instrumentach dętych.

- Dotykanie fragmentów ciała, głównie ręki²⁷, twarzy, ramion, barków lub całego ciała, np. obejmowanie od tyłu i prowadzenie obu rąk lub popychanie w momencie, gdy potrzebny jest impuls, trzymanie za dłonie jak do tańca i dyrygowanie w parze. Poniższy fragment notatek z obserwacji opisuje przykład nauczania poprzez wykorzystanie dotyku:

²⁵ Notatki z obserwacji.

²⁶ Nauczenie krzyku może być wymagające, szczególnie w przypadku jednostek walczących z samokontrolą i wstydem wpojonymi w czasie socjalizacji pierwotnej i pogłębionymi w socjalizacji wtórnej do zawodu muzyka instrumentalisty, który ma się wyrażać przez dźwięk instrumentu.

²⁷ Może to być np. dotyk delikatny, uderzenia dłonią w powietrzu w takt, przenoszenie ręki. W ten sposób „tłumaczy się” takie kwestie jak ciężar ruchu, jego siłę czy rozluźnienie.

Profesor podchodzi do ucznia i kładzie mu rękę na ramieniu, a następnie bierze jego lewą rękę. Każe mu puścić rękę. Kilkukrotnie puszcza ją, aby spadła swobodnie. Uczy studenta, w jaki sposób puścić napięcie. Tłumaczy, że jeśli napięcie nie jest rozluźniane, ruchy stają się krótsze. W pewnym momencie podkłada swoją dłoń pod rękę studenta, aby ten uderzał o nią, gdy rozluźnia ramię. Profesor mówi: *nie czuję jej ciężaru, luźniej, mocniej puścić. Jedyna okazja, żeby mi przywalić. Niech pan się nie boi*. Tych uderzeń jest około dziesięciu. Student powtarza je, aż profesor stwierdza, że ręką uderza prawidłowo.

Do tej kategorii działań można także zakwalifikować przekazywanie wszelkich przedmiotów – np. ręczników papierowych z ręki do ręki, by pokazać ruch przechwytyjący.

Omawiając kwestie dotyku w pracy ze studentami i studentkami, warto wspomnieć o roli wstydu, jako emocji społecznej związanej z dotykaniem osób obcych oraz tych, które nie są z nami w bliskich relacjach. Ponieważ dotyk jest tak istotny w nauczaniu umiejętności dyrygenckich, każdy z profesorów dyrygentury wytwarza indywidualny sposób radzenia sobie z dyskomfortem związanym z dotykaniem studentów. Jest to rodzaj pracy emocjonalnej nad wstydem. Jak twierdzi Arlie Hochschild (2009: 39), praca emocjonalna może odbywać się na dwóch poziomach: poprzez działanie powierzchowne lub działanie głębokie. Działanie powierzchowne to przede wszystkim ukrywanie uczuć, udawanie, że czuje się coś innego niż w rzeczywistości. Działanie głębokie polega natomiast na faktycznej zmianie tego, co jednostka odczuwa w trakcie interakcji. Do kategorii działań powierzchownych można w pewnym stopniu zaliczyć te, które opisuje profesor Skowroński, chórmistrz i wykładowca akademicki:

ja mogę do chłopaka podejść, jakby, nie wiem, wziąć go za barki, wziąć go, nie wiem, w ciebie, [powiedzieć – przyp. D.B.O.] „tutaj masz to odczuć, tak”? A na przykład do dziewczyny tak nie bardzo mogę zrobić, tak? No może mogę oczywiście jej rękę wziąć, podnieść, zasugerować rodzaj gestu, to przepraszam, że tak powiem, nie wyprostuje dziewczyny w określony sposób. Jeżeli chłopak mi się garbi, to jestem w stanie go, że tak powiem, doprowadzić do stanu jednym gestem [...] no i on już wie, o co chodzi, tak? Z dziewczyną nigdy w ten sposób nie postąpię, tak? Więc myślę, że może to też z tego wynika, z pewnych takich barier wynikających jakby z fizyczności naszej płci, nie?

Profesor ten, pracując ze studentami, odczuwa wstyd i nie podejmuje jednakowych działań wobec studentów i studentek, ucząc ich dyrygowania. Świadczy to o tym, że nie zinternalizował odmiennej, „zawodowej”, perspektywy postrzegania ciała studenta czy studentki i interpretuje kontakt fizyczny w kategoriach charakterystycznych dla kontekstu pozazawodowego, ale jedynie w odniesieniu do kobiet.

Odminną perspektywę przedstawia dwoje innych profesorów, których praca emocjonalna ma charakter działań opisanych przez Hochschild jako głębokie.

Świadczą o tym fragmenty wypowiedzi odwołujące się do konieczności nauczania studenta pewnych ruchów, o uzyskiwaniu zgody czy o instrumentalnym charakterze dotyku. Tak określa swoją rolę profesor Łabędzka:

ja tu jestem po to, żeby tam te łokcie trzymać, jak latają za wysoko. Ale ja, obejmując moje studentki, ja mocno się przytulam. Za każdym razem pytam, czy mogę, bo przecież, mój Boże, dlaczego jak tylko mężczyznę przytulając, mam się wstydzić? No przecież jesteśmy we współczesnych czasach. Różne są tendencje i... tym bardziej może powinnam się tłumaczyć. Jak uzyskam zgodę, no to my się bardzo często fizycznie szarpiemy czy żeby pokazać jakiś ruch, tak?

Podobną perspektywę prezentuje profesor Żurawski, który zareagował oburzeniem i wycofaniem, gdy podczas wywiadu zapytałam go, czy nie ma obiekcji przed używaniem dotyku w pracy ze studentkami. Jego zdaniem moje pytanie było niestosowne i świadczyło o niezrozumieniu tematyki edukacji do tego wodu:

Ja nie patrzę na płeć. Ja widzę po prostu dyrygenta. Płeć jest mi obojętna. Musi robić to samo. Ja muszę poprawić rękę, wyprostować ją, zwrócić uwagę na sylwetkę, czasami pokazać, wciąż za rękę i poprowadzić, żeby poczuła, prawda? Muszę jej pokazać, gdzie robi błędy, że tu ma spięcia, prawda? Czy ściąga brodę, no to – nie ma znaczenia dla mnie. [...] Nie, no mówię, mam pierwszą dziewczynę, znaczy kobietę, bo już dwadzieścia parę lat ma. Nie, żadnych nie mam problemów [...]. Nie, nie, ja rozumiem. Gdyby ona zaprotestowała, czy powiedziała, że sobie tego nie życzy, ale nie, w ogóle czegoś takiego nie ma. [...] [To jest – przyp. D.B.O.] Narzędzie pracy po prostu... Ktoś się mnie zapytał kiedyś, czy właśnie (2) podobne pytanie zadał. Ja się zdziwiłem. Przecież to jest pokaz, to jest wtedy ja muszę.

- Bazowanie na naturalnych odruchach to popularny w sztuce, np. także w tańcu, sposób przekazywania emocji czy różnych rodzajów ekspresji. W tych dziedzinach sztuki, w których artysta komunikuje swój przekaz odbiorcy poprzez ciało, istotne jest znalezienie porozumienia na poziomie cielesnym. Stosunkowo łatwo to zrobić, odwołując się do codziennych, znanych potocznie reakcji ciała: hałas – odskoczenie, przykucnięcie – wstanie, bujanie się do muzyki. Metoda ta jest także stosowana przez nauczycieli dyrygentury, o czym opowiada profesor Łabędzka:

Frazowanie to jest akcja i reakcja, więc muszę te plecy nagiąć, a potem odpuścić. Ludzie, przychodząc do akademii muzycznej, powinni umieć frazować ciałem – nie umieją. [...] Jeżeli ja coś mówię, no to mówię, jest zawsze jakiś moment rozwoju tego zdania i jakiś moment zamierania zdania. Nawet teraz, jak coś do pani powiedziałam i wycofałam. Więc my to na co dzień stosujemy, tylko nieświadomie.

- Odzwierciedlanie poprzez grę – podczas lekcji student dyryguje grą dwóch pianistów. Czasami siedzą przy nich akompaniatory, a czasami jedna akompaniarka i profesor/profesorka. Jednym ze sposobów ukazania błędów w dyrygowaniu jest odzwierciedlanie tego, co pokazuje dyrygent, w sposobie grania. Na jednej z lekcji dyrygentury profesor Łabędzka zaczęła grać na fortepianie według wskazań studentki i komentowała: *gram jak widzę. Jak świnia. Widzę inaczej, gram inaczej.*

- Imitowanie ruchów studenta – porównanie niewłaściwych ruchów studenta z pożądanymi ruchami wykonywanymi przez nauczyciela. Omówienie tego, jakie są efekty ruchów studenta, a jakie powinny być, np. zgodnie z wymaganiami dźwięków.

- Omawianie nagrań wideo – podczas lekcji dyrygentury profesorowie czasami nagrywają wykonania dzieł przez studentów, aby następnie omówić je z nimi. Profesorowie komentują wówczas różne gesty i ruchy studentów, np.: *brzydkie to jest w odbiorze lub teraz dopiero pan zagrał ćwierćnutę* czy też opisanie widocznego problemu. W trakcie jednej z lekcji dyrygentury profesor zwrócił uwagę, że po akcencie dramatycznym student nie rozluźnił ciała. Z tego powodu nie wykonał prawidłowo pierwszych delikatnych dźwięków kolejnej frazy²⁸.

Obserwowanym przeze mnie sposobem pracy z adeptami dyrygentury jest korzystanie, najpewniej nieświadome, z koncepcji nazwanej w literaturze dotyczącej dydaktyki umiejętności cielesnych jako *scaffolding*, opisaniej we wcześniejszej części książki w odniesieniu do neurochirurgów. W przypadku studentów dyrygentury *scaffolding* obejmuje działania opisane powyżej. Sposoby te pomagają uczniowi wykonać ruchy czy ich sekwencje, które w przeciwnym razie byłyby poza jego zasięgiem. Profesor/profesorka oferuje swoje wsparcie (świadomość ruchów, kontrolę ciała) właśnie jako *scaffolding*, czyli rusztowanie, które, mówiąc metaforycznie, wspiera nowicjusza w coraz bardziej samodzielnym wykonaniu określonych zadań. W miarę nabywania umiejętności student dyrygentury zyskuje coraz większą kontrolę nad własnym ciałem (Downey 2008: 206–207). Rola nauczyciela polega także na tym, aby rozpoznać, które ruchy student jest w stanie wykonać ze wsparciem nauczyciela, a które są jeszcze poza jego zasięgiem.

Aby mieć dostęp do szerokiej gamy gestów, mimiki, sposobów ekspresji, jednym z najważniejszych warunków jest pozbycie się poczucia zawstydzenia związanego z wykonywaniem różnych min i ruchów. By wypracować ten rodzaj perspektywy postrzegania i używania własnego ciała, konieczne jest wejście w rolę pośrednika – interpretatora cudzego utworu, którego treść przekazuje się muzykom. Jak stwierdziła podczas jednej z lekcji profesor Łabędzka: *to nie są nasze*

²⁸ Notatki z obserwacji.

emocje, to są emocje kompozytora. Jak z kolei pisze Jerzy Waldorff (1994: 271), Bohdan Wodiczko, jeden z najsławniejszych polskich dyrygentów:

wzywał uczniów najpierw, aby się nie krępowali w gestykulacji jak najbardziej „rozmachanej”, żeby próbowali wszelkich środków porozumienia z orkiestrą, jakie stawia do dyspozycji słownik dyrygencki. Potem dopiero, w drodze nabytego doświadczenia i eliminacji, każdy na własny sposób powinien ograniczyć technikę manualną do zespołu tych gestów, które najbardziej wyraziście przekazują orkiestrze zamysły dyrygenta²⁹.

Oprócz nabycia umiejętności przekazywania informacji i emocji poprzez ciało ważnym elementem pracy dyrygenta jest odczytywanie mowy ciała i mimiki muzyków grających w orkiestrze. Komunikacja poprzez ciało jest zdominowana przez sygnały pochodzące od dyrygenta, ale nie są to jedyne niewerbalne komunikaty. Wzajemne porozumienie pomiędzy prowadzącym a orkiestrą jest możliwe wówczas, gdy dyrygent posiada wysokie kompetencje społeczne w zakresie wyrażania, ale i odczytywania sygnałów cielesnych, w dodatku przy dużym dystansie fizycznym, wynikającym z odległości pomiędzy pulpitem dyrygenta a miejscem zajęтым przez muzyka np. w drugim czy trzecim rzędzie.

Przychodzenie

Oprócz opisanych wcześniej korzyści, jakie z *przychodzenia* czerpie adept dyrygentury, stosowanie działań tej kategorii wpływa także na sposób pracy poprzez ciało. Ten rodzaj kategorii działań skutkuje nabywaniem habitusu dyrygenta w wielu aspektach pracy poprzez ciało. Jednym z najbardziej oczywistych jest wygląd zewnętrzny mistrza i innych przedstawicieli zawodu zarówno podczas prób, jak i koncertów czy przedstawień. Dotyczy to doboru strojów spełniających wymagania opisane w dalszej części tego rozdziału. Do pozostałych elementów cielesnego habitusu, nabywanych podczas uczestniczenia w próbach i koncertach należą strategie prezentacji twarzy (Goffman 2006) podczas interakcji z orkiestrą i innymi wykonawcami. Interakcje z innymi aktorami społecznymi wymagają od dyrygenta takiej autoprezentacji, która wspiera jego rolę jako przywódcy.

Przychodzenie wyposaża zatem adepta dyrygentury lub młodego dyrygenta w repertuar strategii interakcyjnych możliwych do zastosowania w sytuacjach konfliktowych, takich jak konfrontacja z członkiem zespołu wykonawczego lub reżyserem, ale również takich, które umożliwiają pracę emocjonalną (nad emocjami własnymi i członków zespołu). *Przychodzenie* umożliwia także nabycie lub udoskonalenie technicznych umiejętności. Poprzez wielokrotne obserwowanie

²⁹ Podkreślenia pochodzą od badaczki.

i analizowanie gestów, mimiki mistrza adept dyrygentury nabywa nowych umiejętności, poszerza swój repertuar gestów, wiedzę praktyczną (np. poprzez notowanie uwag na partyturze utworu) i ucieleśnioną.

Ciało mistrza

Osoba mistrza stanowi w procesie nauki dyrygowania postać kluczową. Po pierwsze, jest tak dlatego, że często studenci wybierają konkretnego profesora czy profesorkę i dążą do dołączenia do ich klasy. Po drugie, lekcje dyrygowania odbywają się najczęściej tylko z jednym nauczycielem-mistrzem. Student ma zatem ograniczoną możliwość obserwowania przy pracy czy czerpania wiedzy od innych dyrygentów, stosujących nieco inne gesty, techniki ekspresji itp. Podobnie jak w przypadku nauczycieli tańca (Byczkowska 2012b), nauczyciele dyrygentury stanowią dla swoich uczniów wzorzec. Poprzez obserwację, ale także w trakcie cotygodniowych lekcji studenci przejmują nawyki cielesne, nabywają przeświadczenia, jakie ruchy są efektywne czy nieestetyczne. Podczas obserwowanych przeze mnie lekcji ze strony profesorów często padały uwagi odnośnie do efektywności ruchów.

Po trzecie, z uwagi na istotność aspektu fizycznego mistrz pracuje często w bezpośrednim kontakcie ze studentem, co zostało już opisane wcześniej. Dotykając np. ramion studenta, pokazując właściwą siłę nacisku czy ruszając ręką studenta w celu pokazania pulsu muzycznego, mistrz bazuje na swoim indywidualnym cielesnym wyczuciu kwestii technicznych i ekspresyjnych. Zatem student, np. ucząc się szerokiego prowadzenia ręki w interpretacji danej części utworu, przejmując interpretację gestu od mistrza. Tak opisuje ten proces pani Szpakowska, dyrygentka pracująca w operze:

to są lata studiów, wtedy kiedy były jakieś tam ćwiczenia. Każdy profesor ma też inną szkołę. Inaczej cię do tego przygotowuje. Uważa, że to jest jedyny, słuszny gest albo pozwala ci eksperymentować, albo nie. [...] Czyli, że na przykład, no nie wiem, niektórzy mają tak, żeby iść do (dołu). Tak, że one muszą być szerokie i wyraźne i pracuje nadgarstek. Inny ci powie, że masz kręcić kółka, bo potem się szybciej poruszasz po jakiejś tam. Inny ci powie, że muszą być punkty, bo orkiestra musi widzieć punkty, tak? No i zależy, kto jak cię uczył.

Nieodzowny dla zbudowania kompetencji pracy poprzez ciało jest proces uczenia się, czyli samodzielnej analizy ruchów, gestów, mimiki i odniesienie ich do efektów, jakie przynoszą w pracy czy to z prawdziwą orkiestrą, czy też z akompaniatorami. Wszyscy badani dyrygenci i studenci dyrygentury podkreślali, że adept dyrygentury musi znaleźć własne sposoby na przekazanie gestem informacji orkiestrze, czasami porzucić te przekazane przez mistrza. Opowiada o tym asystent dyrygenta filharmonii, pan Sójkowski:

Ja bardzo często widziałem po studentach, którzy przejmowali gesty swoich profesorów, które to gesty w ogóle nie działały wtedy [na orkiestrę – przyp. D.B.O.]. Które są po prostu puste. Jeżeli my przejmujemy gesty kogoś tam, ich kształt, ich wszystko, one nie działają, bo nie są nasze, nie wychodzą z nas. Natomiast kiedy mamy gesty własne/ mimo, że one są podobne, ale jednak własne. Mają własny kształt, nie wiem, bardziej parabola niż kółeczko czy/ to one wtedy rzeczywiście działają. Także ja uważam, że to są znaki te same, ale bardzo podobne/ kodek powiedzmy jest ten sam, ale każdy z nich musi mieć indywidualny charakter, bo wtedy jest prawdziwy. Znaczący wiadomo, że każdy dyrygent dyryguje po swojemu i ma coś takiego swojego, ale to raczej wynika z jego po prostu, z takiego indywidualnego charakteru jego ruchów, z budowy jego ciała, siły pewnie też.

Ważna w uczeniu się dyrygentury jest samokontrola, czyli umiejętność rozpoznawania najmniejszych nawet gestów czy ruchów ciała, które ono pokazuje na zewnątrz. Zatem kluczowe jest przyjęcie perspektywy zewnętrznego obserwatora – muzyka – w ocenie własnych ruchów. Na początku rolę tę pełni jedynie mistrz i mamy wówczas do czynienia ze zjawiskiem ciała odzwierciedlonego (*looking-glass body*). Jest to wyobrażenie jednostki odnośnie do tego, jak jej ciało postrzegają inni – w tym wypadku mistrz – oraz jej reakcje na to wyobrażenie (Waskul, Vannini 2006: 5; Charmaz, Rosenfeld 2006: 37). Później rolę zewnętrznego obserwatora ogrywa oko kamery, w końcu lustro, aż perspektywa ta zostaje zinternalizowana. Tak powstaje cielesny uogólniony inny. Jak mówi dyrygent pracujący w operze, pan Gołębiewski, pojawia się:

Samokontrola. Trzeba wiedzieć, co się tymi rękoma i całym ciałem wyprawia, żeby wiedzieć, czy to działa. Ale tak najlepiej ćwiczyć z kimś obiektywnym, kto patrzy z zewnątrz i merytorycznie jest w stanie stwierdzić, czy te ruchy przełożą się na dany efekt.

Adresaci działania głównego

Adresatów działań realizowanych przez dyrygentów możemy podzielić na dwie grupy. Pierwsza z nich to adresaci bezpośredni, czyli mówiąc najprościej osoby, do których skierowane są gesty dyrygenta. We wcześniejszym rozdziale dokładnie opisałam negocjowanie sposobu realizowania roli w interakcjach z muzykami orkiestry, solistami, chórem czy tancerzami baletu.

Drugą grupą są adresaci pośredni, czyli osoby, które odbierają to, co dyrygentowi udało się *zadyrygować*. Należy do nich publiczność oraz odbiorcy profesjonalnie zajmujący się sztuką: krytycy czy osoby rozważające współpracę z twórcą, zwierzchnicy instytucjonalni, koledzy i koleżanki po fachu. Ponieważ relacja ta jest zapośredniczona przez działania wykonawców, niewiele jest działań dyrygentów skierowanych bezpośrednio do tych osób. Najczęściej manipulują oni wrażeniami publiczności w sposób zapośredniczony. Jak twierdzi profesor Łabędzka, dyrygentka:

Właściwie miną można zrobić wszystko. Publiczność tej miny bardzo niewiele widzi. Tu mam już dokładnie wyreżyserowane, w których momentach, na ile pozwalam się sobie odwrócić tak bokiem, żeby oni zobaczyli, co się na mojej twarzy dzieje. No i oczywiście mam świadomość, że no... po dziesięciu, czy tam iluś próbach z orkiestrą, orkiestra już wie, jak mają minę zrobić. To nie jest odkrywcze. Że to tylko publiczności się wydaje, że w tym momencie ona „hahahaha”, ale to jest mina zrobiona do artystów pod publikę, bo oni mają zareagować. Ci z tyłu. No ale rzeczywiście świadomie stosuję to narzędzie. Duży efekt daje, jeżeli chodzi o odbiór.

Warto zauważyć, że publiczność można także zaliczyć do adresatów bezpośrednich, ale jedynie sytuacyjnie. Ma to miejsce, gdy dyrygent zamiast do muzyków, swoje gesty kieruje do widzów, np. odwraca się do nich, aby zarządzać ich wrażeniami z koncertu. Ta sytuacja zostanie dokładniej opisana w dalszej części rozdziału.

Zarządzanie ciałem w zawodzie dyrygenta

Zarządzanie ciałem w pracy dyrygentów odbywa się w ramach kilku rodzajów działań. Pierwszym z nich jest dostosowywanie sposobu pracy poprzez ciało do kontekstu pracy. Wspominałam już, że dyrygenci w inny sposób dyrygują w filharmonii i w operze, z uwagi na inną organizację przestrzeni obu scen. Innym przykładem jest wypracowanie działania ciała w sposób uzależniony od wymagań danej sytuacji. Podobnie jak neurochirurdzy szyją skórki bananów czy kurczaka, podobnie dyrygenci trenują swoje ciało. Efektywność w pracy poprzez ciało w tym zawodzie polega na precyzyjnym przekazaniu informacji orkiestrze bez użycia środków werbalnych. Przygotowanie do tego zadania polega m.in. na obserwacji własnych gestów przed lustrem. Jednak ponieważ efektywność ma charakter interakcyjny, czyli jej skuteczność można odczytać dopiero w reakcji innego, możliwość trenowania bez udziału innych osób jest ograniczona.

Zarządzanie ciałem jest uzależnione nie tylko od cech indywidualnych dyrygenta, takich jak płeć (np. bolesna menstruacja, ciąża) czy wiek lub niepełna sprawność. Do czynników, od których uzależniony jest sposób pracy poprzez ciało, należy forma zatrudnienia w instytucji muzycznej. Dyrygenci zatrudnieni na stałe w instytucjach kulturalnych mają raczej stały, regularny tryb pracy na próbach. W zależności od zaplanowanych koncertów zdarzają się dłuższe, np. dwutygodniowe okresy bez występów, podczas których *ciało odpoczywa*. Z kolei dyrygenci nieetatowi, pracujący z orkiestrami w różnych miastach czy krajach pracują w zasadzie nieustannie. Tak opisuje ten etap swojej kariery dyrygent, profesor Żurawski:

Był czas, kiedy pracowałem na tyle dużo, że nie dawałem organizmowi odpocząć. Od poniedziałku do soboty. W niedzielę wyjeżdżałem na następny koncert, wracałem w sobotę i tak – no tak z dziesięć lat, to wie pani. No to organizm się zmęczył. Zmęczył bardzo (2). A to taka, anegdotycznie wręcz mogę powiedzieć, że to mi właśnie ten

rehabilitant po paru miesiącach powiedział „Słuchaj” / w końcu zapytał, bo to w Katowicach było, „Słuchaj, to ty fedrujesz?”.

Strategie zarządzania ciałem w zawodzie dyrygenta, podobnie jak w przypadku neurochirurgów, są elementem procesu kształcenia w zawodzie, choć nie mają żadnej oficjalnej formy np. egzaminu czy zaliczenia. Strażnikami tego procesu są nauczyciele, o czym opowiada dyrygentka, profesor Łabędzka:

Pilnuję bardzo, żeby się uczyli dyrygować. Oddzielają te ręce od reszty ciała. Same ręce. [...] Czyli nie uruchamiał całego ciała. Nie spinał, nie używał karku, głowy. Ściągają głowy w dół. Żeby oddychali. Bardzo radzę im po prostu przede wszystkim bardzo oddychać, czyli dotleniać mięśnie w trakcie dyrygowania. To jest duży wysiłek. Nie rób żadnych spięć, bo cię zaraz diabli wezmą. To jest naturalne zmęczenie mięśni. Proszę, przez cztery godziny ręką [ruszać – przyp. D.B.O.] na przykład, prawda?

Zarządzanie ciałem może mieć także formę podejmowania natychmiastowych decyzji. Jak piszę w kolejnym rozdziale, we współpracy dyrygenta z orkiestrą nie ma miejsca na jakiegokolwiek zawahanie. Podobnie jest w przypadku nagłych wypadków, jak tym opisanym przez pana Gołębiewskiego, dyrygenta pracującego w operze:

Rozmówca: Oczywiście można się gdzieś tam batutą dziabnąć, no ale to wszystko jest w kalkulowane w ryzyko zawodowe. Można dziabnąć kogoś [...], była taka rzeczywistość sytuacja, że jeden z takich najbardziej znanych polskich dyrygentów podczas koncertu rozwalil sobie rękę o pulpit i muzycy siedzący najniżej byli cali zachłapani krwią.

Badaczka: Przerwali koncert?

Rozmówca: Nie, grali dalej.

Doskonalenie ciała jako narzędzia przekazu

W rozwoju kariery dyrygent dochodzi do momentu, w którym przejęte od mistrza odruchy, gesty czy umiejętności zaczynają być mniej efektywne, kolejne, coraz bardziej profesjonalne orkiestry wymagają coraz bardziej autentycznych przekazów. Proces ten nazywam indywidualizacją pracy poprzez ciało. Przebiega on następująco:

- 1) praca z mistrzem/nauczycielem, który zazwyczaj uczy realizowania tzw. schematu oraz świadomie lub nieświadomie przekazuje swój sposób realizacji gestu;
- 2) naśladowanie nauczyciela w sposobie dyrygowania schematu jak i innych gestów bez udziału mistrza/nauczyciela;
- 3) wypracowanie indywidualnych gestów dyrygowania schematu i gestów poza schematem.

Wypracowanie indywidualnych gestów przebiega zazwyczaj poprzez podpatrywanie ich u innych oraz sprawdzanie, jak zadziałają one na orkiestrę

w wykonaniu dyrygenta. Jak opowiada profesor Skowroński, chórmistrz i dyrygent:

Ja niejednokrotnie, współpracując z różnymi dyrygentami, często symfonicznymi czy chóralnymi, po prostu podpatruję ich, sprawdzam, czy na przykład coś, co ja robię, może jest mniej skuteczne [...], ten sam element czy tą samą sytuację w inny sposób realizuje gestem i to lepiej działa, tak? [...] Partytura jakby musi być odczytana zasadniczo tak samo. Ten szkielet musi być taki sam, tak? Potem pojawia się cała nadbudowa w postaci interpretacji, to już jakby jest kwestia bardzo niewymierna i osobista, tak? Ale znowu ten szkielet, który zabrzmi przypuszczalnie w dziewięćdziesięciu pięciu procentach tak samo w dwóch wykonaniach, może być w różny sposób gestem oddany, tak?

Warto zauważyć, że podobny proces odnosi się do wielu innych zawodów, w tym do zawodów rzemieślniczych. Pierwszy z opisanych etapów odpowiada kształceniu czeladnika, drugi młodego rzemieślnika, a trzeci jeśli nie artysty, to samodzielnego dojrzałego rzemieślnika kształcącego kolejne pokolenia w swoim fachu.

Utrzymanie ciała w formie

Drugim rodzajem działań polegających na zarządzaniu swoim ciałem jest pewnego rodzaju ergonomia, dbanie o ciało w kontekście jego efektywności. Działania te polegają na wyborze takich sposobów pracy, aby nie przynosiła ona szkody samemu dyrygentowi. Przykładami takich strategii może być unikanie klimatyzacji w salach koncertowych czy też zróżnicowanie sposobu pracy w zależności od kondycji ciała, o czym opowiada dyrygentka pracująca w operze, pani Szpakowska:

Jak mam okres, to jest fizycznie, to mnie tak jakoś akurat nie – nie dotyka, ale mi się wtedy trudniej skoncentrować. Więc ja wiem, że muszę dwa razy więcej wysiłku włożyć, żeby być przytomną na próbie albo na spektaklu niż innego dnia, tak? Bo jestem taka trochę w ogóle... nieobecna. Ale no to już znasz siebie, to to wiesz. [...] Ale jak mnie coś boli, to się staram dyrygować na przykład lżej. Wtedy robię szybkością gestu na przykład, a nie ciężkością. Nie spinam się, nie dowalam, tylko że teraz tak sobie tam po prostu rozluźniam. Albo no nie wiem, jedną rękę sobie na chwilę odpuszczę, dyryguję tylko batutą, albo tylko tą coś tam, żeby nie obciążać dodatkowo jeszcze barków.

Innym rodzajem działania stanowiącego rodzaj zarządzania ciałem jest dbanie o jego formę w dłuższym okresie kariery. Podobnie jak w przypadku neurochirurgów, ten sposób zarządzania ciałem ma na celu sprawienie, że ciało będzie jak najdłużej mogło pełnić rolę efektywnego narzędzia pracy. Do tego rodzaju działań należy stała współpraca z masażystą, unikanie sportów, które mogą

spowodować kontuzję ręki (tenis, squash), a wybieranie takich, które pozwalają się rozciągnąć, jak joga czy pilates.

Dbanie o formę może mieć także wymiar doraźny, pozwalający w dobrym stanie fizycznym zrealizować dany koncert. Poniższy cytat z wypowiedzi dyrygentki pracującej w operze, pani Szpakowskiej, opisuje strategię zarządzania ciałem podobne do stosowanych przez tancerzy towarzyskich w trakcie turniejów (Byczkowska 2012b):

Zdejmuję buty, chodzę w kapciach na przerwie. Jestem już znana z tego w pracy, że mam właśnie bambosze w pandy z pomponami i se chodzę, bo mogę, a co. O co chodzi? Też muszę sobie właśnie rozplanować, tak? Czy już nie wiem, jak mam jakiś trudniejszy spektakl, no to na przykład piję elektrolity w przerwie. Wiem, że się dużo spoję, więc żeby mi tam nie wiem, nie zabrakło jakiegoś magnezu czy potasu. Żeby skurcza jakiegoś nie dostała na przykład w następnym secie, tak? Czy żeby coś zjeść takiego, co cię nie, jakby co ci nie obciąża żołądka, no bo mam dyrygować i w ogóle zaraz się porzygam. No to właśnie nic przyjemnego (śmiech). Na przykład takie nutridrinki, które są dla chorych na nowotwory, na jakieś takie. No to ja na przykład se coś takiego strzelę. No to jest łatwo przyswajalne, ma trzysta kalorii, no to przecież jest zastrzyk energii w przerwie przed spektaklami i co, mogę jechać dalej.

Innym przykładem utrzymywania ciała w formie jest radzenie sobie z napięciem pokoncertowym. Podobnie jak w przypadku neurochirurgów, dyrygentom w trakcie pracy towarzyszą silne emocje oraz duże poczucie odpowiedzialności. Aby poradzić sobie z tymi emocjami po koncercie, muszą oni znaleźć sobie sposoby na to, żeby się uspokoić i powrócić do codziennego funkcjonowania. Tak jak w przypadku operatorów, niektóre z przyjętych przez dyrygentów strategii są nieefektywne, jak picie alkoholu czy przyjmowanie innych substancji psychoaktywnych. O realizacji strategii efektywnej opowiada pan Gołębiewski, dyrygent pracujący w operze:

Alkohol i inne używki są najłatwiejszym sposobem rozładowania emocji. Oczywiście to jest krótkotrwałe. A moim sposobem jest sport. Po prostu. I to bardzo szybko przechodzi. Bardzo. Nie znalazłem lepszego sposobu. Najgorsze jest to, że nie mam zbyt wiele czasu, żeby sobie poświęcić czas, bo wiadomo, że oprócz tego, że muszę być w pracy, to poza pracą jeszcze się muszę do tej pracy przygotować. I to też zabiera mi mój prywatny czas, o tym się nie mówi, nikt nie pyta dyrygenta, kiedy on się uczy, nikt. Nikogo to nie obchodzi, dyrygent musi przyjść na próbę przygotowany.

Ciało nie w pełni sprawne

Zaniechanie zarządzania ciałem w dłuższej perspektywie może skutkować pojawieniem się chorób zawodowych. Są one doskonałym dowodem na to, że społecznie konstruowane sposoby pracy oraz wymagania roli przynoszą czysto

fizyczne skutki oraz że relacja ciało–kultura nie ma charakteru jedynie pośredniego i teoretycznego, ale bezpośredniego. Jak twierdzi John O'Neill (1985: 24), naprawdę mamy „społeczeństwo w naszych kościach” („*we have – we must have – society in our bones*”). Do najczęściej pojawiających się problemów zdrowotnych wśród przedstawicieli tego zawodu należą bóle kręgosłupa, tzw. łokieć tenisisty, przesunięte krążki międzydyskowe, choroby serca, długotrwałe spięcia mięśni. W poniższym fragmencie dyrygentka pracująca w operze, pani Szpakowska, opowiada o tym, jak wymagania dotyczące roli przekładają się na schorzenia:

na przykład po występach raczej kręgosłup, no bo to jest najczęściej. Tutaj stawy, obręcz barkowa cała i dłonie. Trzymanie batuty też nie jest naturalne, bo cały czas trzymasz coś przez trzy godziny, tak? Na przykład spektaklu. W drugiej nie trzeba. To to już jest jakieś jakiś rodzaj synchronu. Tej nigdy nie możesz opuścić, lewą możesz opuścić. [...] Pominiesz coś, no to ktoś już może „No to jak to? Ten takt już był, czy nie było?” czy w ogóle jesteśmy dalej, w tym miejscu. [...] To jest ciężka, fizyczna robota.

Część opisywanych powyżej schorzeń można określić jako zaburzenia mięśniowo-szkieletowe spowodowane grą na instrumentach muzycznych (*playing-related musculoskeletal disorders*, PRMD). Częstość występowania tych problemów zdrowotnych wśród profesjonalnych muzyków jest podobna do częstości występowania takich zaburzeń wśród pracowników fizycznych (Schoeb, Zosso 2012: 129). Co prawda, o schorzeniu tym mówi się głównie odnośnie do muzyków instrumentalistów, ale ich charakter wskazuje, że mogą one dotyczyć także dyrygentów. Z uwagi na to, że w społecznym świecie muzyki symfonicznej istotne są wartości takie jak samodyscyplina i przezwyciężanie ograniczeń własnego ciała, muzycy doświadczają tych chorób w kontekście kultury milczenia (*silence culture*). Powoduje to, że poszukują pomocy medycznej dopiero wówczas, gdy problem zdrowotny jest już zaawansowany i uniemożliwia im normalną pracę artystyczną.

W późnym wieku styl życia, jakiego wymaga międzynarodowy wymiar kariery dyrygenckiej, może doprowadzić do wycieńczenia, a w efekcie do śmierci. Przykładu takiego zdarzenia dostarcza Jerzy Waldorff (1994), opisując przypadek Artura Nikischa, który po jednym z koncertów bezpośrednio poprzedzonych wieloma międzynarodowymi podróżami, położył się do łóżka i wkrótce potem zmarł na gripę. W kontekście wpływu ciała na przebieg kariery dyrygenckiej ciekawy jest przypadek George'a Georgescu. Był on światowej sławy rumuńskim wiolonczelistą pracującym w pierwszej połowie XX wieku. Podczas jednego z koncertów doznał skurczu mięśni w przedramieniu. Ukończył co prawda występ, ale z wielkim bólem. Lekarze orzekli, że skurcze te będą nawracać i musi porzucić karierę instrumentalisty. Jak pisze Jerzy Waldorff (1994: 188):

Złamanego wtedy na duchu Rumuna bierze wtedy pod opiekę Nikisch i namawia do przejścia na dyrygenturę. Kilka miesięcy pracy i oto Georgescu w sytuacji dla siebie mało przychylnej (wojna jeszcze trwa!) debiutuje jako dyrygent, prowadząc orkiestrę Filharmonii Berlińskiej.

Używanie przedmiotów – ubiór i batuta

W odróżnieniu od neurochirurgów dyrygenci w swojej pracy nie wykorzystują wielu technologicznie skomplikowanych narzędzi. Oczywiście, do odtwarzania muzyki podczas przygotowywania się do pracy potrzebny jest zaawansowany sprzęt grający, zdarza się także używanie kamer nagrywających próby, aby dyrygent mógł ocenić sam swoją pracę. Podczas koncertów w operze dyrygent może być także filmowany, a jego wizerunek na żywo transmitowany do odbiorników, aby był on widoczny dla stojących w głębi sceny śpiewaków. Jednak w czasie koncertu dyrygent nie obsługuje zaawansowanych technologicznie urządzeń. Do przedmiotów, jakie wykorzystywane są w pracy dyrygenta, zaliczyć można odpowiedni strój, batutę, a także partyturę z odręcznymi zapiskami. Pracę z tym ostatnim przedmiotem opisałam w jednym z wcześniejszych rozdziałów. W tym miejscu skupię się na dwóch pierwszych.

Jeśli chodzi o dobór stroju, przed dyrygentami stoi trudność połączenia dwóch sprzecznych wymagań. Z jednej strony, ich wygląd powinien symbolizować wartości klasy wyższej, być elegancki, kreować wizerunek osoby o wysokim statusie i charyzmie. Z drugiej strony, wymagania fizyczne zawodu powodują, że wszelkie wybory dotyczące tego aspektu roli muszą brać pod uwagę praktyczność stroju, obuwia czy fryzury. Strategie radzenia sobie z tymi wymaganiami są elementem socjalizacji oraz edukacji do zawodu.

W jednym z wcześniejszych podrozdziałów opisałam zagadnienie ubioru, jako istotne z punktu widzenia konstruowania roli dyrygentki przez kobiety wykonujące ten zawód. W tym miejscu zajmę się tym, w jaki sposób ubiór jest dobierany przez dyrygentów, aby nie przeszkadzał im w wykonywaniu pracy fizycznej. Biorąc pod uwagę zagadnienia efektywności ubioru pod kątem realizowania działania głównego, możemy wyróżnić następujące działania podejmowane przez dyrygentów.

Dobór stroju powinien być zgodny z wymogami instytucjonalnymi: strój elegancki, pasujący do kontekstu społecznego, w jakim odbywa się praca poprzez ciało – sala koncertowa, opera. Najczęściej ma on formę klasycznego, eleganckiego stroju, ale w wyjątkowych sytuacjach, np. przy okazji występów o mniej poważnym charakterze, dyrygent może zdecydować się na założenie innego stroju. Wymogi instytucjonalne są przekazywane w drodze socjalizacji jeszcze w podstawowych szkołach muzycznych.

Strój dyrygenta powinien składać się z ubrań, które nie utrudniają pracy poprzez ciało, a także nie zmniejszają czytelności gestów (powinien posiadać np. szerokie rękawy). Dotyczy to szytych na miarę fraków, koszul, spodni

w przypadku mężczyzn i sukien w przypadku kobiet. Strój musi umożliwiać nieskrępowane ruchy ramion, pochylanie się, swobodne oddychanie. Z tego powodu konstrukcja fraków szytych dla dyrygentów jest nieco inna niż fraków zwykłych. Tak swój strój opisuje pan Gołębiewski, dyrygent pracujący w operze:

frak mam specyficzny z tak zwanymi miechami pod pachami, żeby ten frak to też nie powodował żadnych spięć podczas dyrygowania. Zwykle te stroje, ubrania no nie są przeznaczone do takiego ruchu, po prostu muszą wyglądać. [...] Gdybym tych miechów nie miał, to mógłbym się chwilami tak, gdzieś mógłby się blokować.

Jednym z kluczowych kryteriów w doborze stroju jest zapewnienie sobie właściwego wyglądu podczas koncertu, czyli takie wykreowanie własnego fizycznego wizerunku, aby nie trzeba było się nim zajmować podczas akcji muzycznej. Dotyczy to zarówno niewygodnych ubrań krępujących ruchy, koszuli wystającej ze spodni, jak i wizerunku rozumianego jako efektu działań autoprezentacyjnych. Jak stwierdza profesor Żurawski, dyrygent:

Ja jestem zwolennikiem klasyki, czyli sztywnego przodu, kamizelki do tego, muszki odpowiedniej. Z jednolitego materiału [...]. Trochę niewygodne, bo to taki pancerz jest z przodu, ale dodaje to elegancji naprawdę. A uważam, że klasyczny frak z tego typu dodatkami jest atrybutem pracy dyrygenta. [...] O tyle, że trzeba szyć frak do własnej sylwetki, no bo wszycie rękawa jest dosyć ważne. Tu musi być luz, tak żeby spokojnie pracować. [...] Chcę się dobrze czuć. To jest ten komfort dobrego samopoczucia, że jestem na tyle dobrze ubrany i elegancko ubrany, według mojego wyobrażenia, że daje mi to komfort dobrego samopoczucia. Żeby nie myślał o tym później, w trakcie akcji muzycznej, bo jestem skoncentrowany wyłącznie na tym. Źle zapięty guzik czy niedopasowana szelka od spodni, żeby nie opadały, no to powoduje dyskomfort jednak.

Ubiór jest także stosowany jako rekwizyt wspierający aspekt roli dyrygenta jako przywódcy. Elegancki wygląd nadaje powagi roli dyrygenta, może być także rodzajem sygnału wysyłanego orkiestrze przez dyrygenta. Jak opowiada dyrygentka pracująca w operze, pani Szpakowska:

ja to się zawsze wiesz – full service (śmiech). W całości się maluję. Zresztą w ogóle my mamy taką trochę zabawę, tak bym mogła powiedzieć. To się już coś w takiego przekształciło z orkiestrą, że oni zawsze bardzo czekają na to, w co ja się ubiorę, w co ja dzisiaj wyjdę w ogóle w tym kanale. I często od nich dostaję brawa. Na przykład od wiwatu w środku [kanału orkiestrowego – przyp. D.B.O.] w ogóle za to, jak wyglądam. I panowie są zachwyceni w ogóle, panie też tam zawsze sobie jakoś – to masz fajne, a to jest coś tam. I taki jest dodatkowy element takiego... jakieś takiej bardziej prywatnej relacji, jaką mam z nimi, a nie, że przychodzi facet, no i wiadomo, facet wszedł we fraku w regule, no i tyle (śmiech) no. [...] Orkiestra i tak dobrze gra.

Im mam krótszą sukienkę, tym lepiej grają. Oni w ogóle są tak skoncentrowani na mnie (śmiech).

Warto zauważyć, że podobnie jak w przypadku tancerzy towarzyskich (Byczkowska 2012b), wymagania pracy poprzez ciało powodują, że niektórzy mężczyźni także stosują kosmetyki, przede wszystkim puder, który pozwala na utrzymanie matowej skóry pomimo wysiłku fizycznego i ogrzewających scenicznych reflektorów.

Kolejnym ważnym aspektem jest kwestia bezpieczeństwa. Podczas moich rozmów z dyrygentami wątek ten dotyczył głównie butów. Muszą być one stabilne, aby dawać dobre podparcie korpusowi ciała, ale także po to, aby dyrygent nie spadł z podestu. Dotyczy to przede wszystkim kobiet, które często dyrygują w obuwii na wysokim obcasie. Ponadto, co istotne dla przywódczego aspektu realizowania roli dyrygenta, w takich butach sylwetka układa się inaczej, przez co zdolność dominacji jest większa. Jak mówi profesor Łabędzka, buty:

Powinny być na obcasach. Bardziej władczo się wygląda. Kiedyś u studentów zauważyłam, że jak nie daj Bóg, któraś studentka na płaskim obcasie wystąpi, to to takie domowe zabawy. To nie robi wrażenia dominacji zupełnie. No musi być obcas, koniecznie. [...] Szpila jest niewygodna, bo jest mało stabilna. Więc lepsze są takie trochę szersze obcasy, ale musi być zdecydowanie obcas. [...] [Na próbach do opery w akademii – D.B.O.] wychodziła studentka – świetna wokalistka, naprawdę taka z najwyższymi ocenami coś tam, ale taka była nieprzekonująca. Wszystko było, barwa głosu w ogóle, ona była do niczego jak śpiewała. [...] na którejś w końcu próbie ten człowiek, aktor zresztą, mówi „Zaraz, chwileczkę. Ma pani buty na obcasie?” – bo ona zawsze w takich baletkach na próby przychodziła, „No mam, ale niewygodnie”, „Nieważne, niech pani je założy”. Założyła buty i wszystko poszło dobrze. No to dało mi do myślenia. Także... trzeba wyglądem sobie ustawiać... wypowiedź muzyczną. Zupełnie inaczej człowiek wygląda / zachowuje się, tak? jak jest na obcasach.

Oprócz stroju istotnym aspektem wizerunku dyrygenta jest fryzura. Jest to bowiem jeden z najlepiej widocznych elementów wizerunku dyrygenta, gdy stoi on tyłem do publiczności, a jeśli orkiestra gra w kanale, często widoczna jest tylko głowa dyrygenta. Z moich obserwacji wynika, że dyrygenci mężczyźni najczęściej mają półdługie włosy. Decydują się na taką długość, aby podczas ekspresywnych ruchów włosy dobrze się układały i były dodatkowym elementem wzmacniającym przekaz. Z kolei w przypadku pań włosy także wymagają odpowiedniego potraktowania, aby z jednej strony nie przeszkadzały dyrygentce, z drugiej zaś pomagały kreować wizerunek oraz wzmacniały przekaz. Co więcej, fryzura nie powinna rozpraszać publiczności. Jak opowiada profesor Łabędzka:

przecież my się rzucamy. Fryzura też musi być taka, że umożliwi te rzucania się. Żeby nie zasłaniała oczu, tak? Nie odwracała uwagi. Mężczyzna ma jednak na ogół krótkie włosy. Chociaż dyrygenci tak już średnio. No bo ten ruch włosów robi wrażenie oczywiście. Ale to już nie mogą być włosy do pasa. Odpada, tak? Jeszcze żadnej dyrygentki z warkoczem nie widziałam. Ja kiedyś próbowałam z warkoczem dyrygować. Strasznie to wygląda... Bo się nikt nie słucha niczego, bo patrzy na ten warkocz latający. To to nie ma sensu. Chyba nie znam żadnej dyrygentki z długimi włosami. Wszystkie mają takie... totalnie jak ja [półkrótkie – przyp. D.B.O.].

Drugim, po ubiorze, rodzajem obiektu, który jest w stałym użytku w pracy dyrygenta, jest batuta. Jest to cienka długa pałeczka, czasami zakończona „gruszką” ułatwiającą jej trzymanie w dłoni. Jest trzymana przez dyrygenta zazwyczaj w prawej ręce, w celu wyraźniejszej komunikacji z orkiestrą, co jest podyktowane wymaganiami organizacyjnymi, związanymi z ustawieniem muzyków w orkiestrze. Jak mówi pan Sikorski, student dyrygentury:

Te instrumenty, które grają niższą partią, czyli często bardziej rytmiczną są po prawej stronie, a więc batuta powinna być w prawej ręce, bo wtedy po prostu widzą to lepiej. Mają lepszy kontakt z tym, co się dzieje. Znaczą batuta w ogóle nie jest potrzebna, teoretycznie. Ona po prostu pomaga, dlatego jest biała, bo ludzie się ubierają na czarno, żeby było ich widać na koncercie.

Batuta jest obiektem używanym w konkretnym celu i temu celowi powinno być podporządkowane używanie jej. Zdarza się, że batuta nie jest przydatna czy wręcz przeszkadza w odpowiednim *zadyrygowaniu* utworu. Jej ostry zarys może przeszkadzać w odgrywaniu fragmentów utworów o melodyce kantylenowej, wolnej. Wówczas zdarza się, że dyrygenci odkładają batutę i dyrygują jedynie rękami. Ten sposób przekazu bardziej odpowiada stylowi utworu. Co więcej, batuta niewłaściwie używana przez dyrygenta może stanowić przeszkodę w porozumieniu się pomiędzy nim i orkiestrą. Jak mówi studentka dyrygentury, pani Wróblewska:

batuta to jest przedłużenie ręki, przedramienia. Niektórzy dyrygenci tego nie traktują, to znaczy to już są aspekty techniczne, tak? Prowadzą batutę w taki sposób, że przeszkadzają instrumentalistom albo ta batuta lata, tak? Czyli nie wiadomo, gdzie jest puls. Albo, co i mi się zdarza, albo odwracają schemat, tak? Gdzie na przykład ręka jest w innym miejscu, gdzie batuta.

Batuta dyrygenta jest przedłużeniem jego ciała w sensie zarówno praktycznym (przedłużenie dłoni), jak i symbolicznym. Podczas jednej z obserwacji lekcji rozmawiałam z profesorem i studentką na temat używania batuty. Chciałam o coś zapytać i wzięłam batutę profesora do ręki. Po jego spojrzeniu zorientowałam się, że popełniłam *faux pas*. Zapytałam o to i profesor potwierdził, że jest to jego osobisty przedmiot i nikomu go nie pożyczka, nie lubi także, gdy ktoś

go bierze do ręki. Wobec batuty mogą także być stosowane rytuały, np. nadeptywanie batuty, jeśli upadnie. Podobnie czynią reżyserzy czy aktorzy w stosunku do scenariusza, gdy ten spadnie na ziemię. Ten sposób traktowania batuty wskazuje, że jest ona rodzajem pozaludzkiego aktora włączonego do sieci, jaką jest ciało dyrygenta (Law 1992: 384–385). Umożliwia ona właściwą interakcję z innymi aktorami – muzykami orkiestry. Ten przedmiot nie tylko wspomaga dyrygenta w realizacji jego roli (Strathern 1999: 157–158), ale skupia uwagę muzyków. Znaczenie batuty, odpowiedniego stroju czy umiejscowienie orkiestry w *kanale* dowodzi, że relacje społeczne bywają kształtowane przez pozaludzkich aktorów (Law 1992: 382), a także określają wzajemne relacje pomiędzy członkami zespołów.

3.5.2. Podsumowanie

Praca w zawodzie dyrygenta orkiestrowego jest efektem wielo-, nawet kilkudziesięcioletniego procesu edukacji formalnej i socjalizacji, także przebiegającej w ścisłej relacji mistrz–uczeń. Praca poprzez ciało jest tylko jednym z aspektów zawodu, tym niemniej to właśnie ona umożliwia realizowanie w praktyce zamierzeń dyrygenta, jego wizji czy wprowadzenie w życie najbardziej nawet śmiałych projektów artystycznych bazujących na wysokospecjalistycznej wiedzy teoretycznej. Nabywanie warsztatu czy indywidualizacja pracy poprzez ciało to w rozwoju kariery zawodowej dyrygentów jedne z najważniejszych elementów kształtujących miejsce jednostki w zhierarchizowanym środowisku muzyków. W kolejnym, czwartym rozdziale przedstawię podobieństwa i różnice pomiędzy opisanymi powyżej procesami i zjawiskami związanymi z pracą poprzez ciało w dwu omawianych zawodach – neurochirurga i dyrygenta orkiestrowego.

4. Charakterystyka pracy poprzez ciało w badanych zawodach

W poprzednich rozdziałach przedstawiłam konteksty i uwarunkowania pracy w zawodach neurochirurga i dyrygenta orkiestrowego. W tym rozdziale pragnę zwrócić uwagę na to, w jaki sposób subkultura każdego z subświatów społecznych, role realizowane przez innych członków zespołu, technologia czy też wymagania zadania stojącego przed specjalistą wpływają na sposoby pracy poprzez ciało (mówiąc językiem Maussa – sposoby posługiwania się ciałem). W rozdziale tym dokonuję także analizy procesów pracy poprzez ciało w dwu badanych zawodach. Ma ona na celu ukazanie podobieństw i różnic pomiędzy sposobami posługiwania się ciałem w dwóch zawodach, a także czynników, z których one wynikają.

4.1. Praca poprzez ciało w zawodach neurochirurga i dyrygenta orkiestrowego – analiza i porównanie

Opisane we wcześniejszych rozdziałach rozmaite konteksty i uwarunkowania społeczne, grupowe, instytucjonalne, technologiczne i interakcyjne kształtują sposoby postrzegania, odczuwania, używania i zarządzania ciałami specjalistów obu dziedzin wiedzy. Sposoby te, a także konkretne strategie wynikające z pracy poprzez ciało w subświatach społecznych neurochirurgii i dyrygentury orkiestrowej kształtowane są w interakcjach z innymi (np. mistrzami) i sobą samym. W tej części książki porównam oba sposoby pracy poprzez ciało, a także przeanalizuję je z perspektywy koncepcji społecznego konstruowania cielesności. Ponieważ analizę danych prowadziłam, wykorzystując narzędzia i procedury metodologii teorii ugruntowanej, w ich wyniku stworzyłam trzy tabele. Taka forma przekazu odzwierciedla w spójny sposób przebieg procesów pracy poprzez ciało w obu zawodach i pozwala porównać, jak kształtują go uwarunkowania powstające na różnych jego etapach, a także powiązać je z uwarunkowaniami społecznymi o różnym zasięgu (m.in. międzynarodowym, instytucjonalnym, grupowym). Pozwala to odzwierciedlić procesualny charakter badanego zjawiska.

W pierwszej z tabel porównałam różnorodne aspekty pracy poprzez ciało w obu analizowanych zawodach. Prezentuję działanie główne, następnie różne aspekty pracy poprzez ciało w obu zawodach.

Tabela 3. Porównanie dwóch kategorii centralnych w procesie pracy poprzez ciało w zawodach neurochirurga i dyrygenta orkiestrowego

Ciało neurochirurga	Zjawisko	Ciało dyrygenta orkiestrowego
Dostosowywanie się (<i>adjusting</i>)	działanie główne w kontekście pracy poprzez ciało	Uzewewnętrznianie (<i>externalizing</i>)
Ciało mediuje pomiędzy technologią, procedurami, urządzeniami a <i>indywidualną anatomią</i> pacjenta	ciało jest mediatorem	Ciało mediuje pomiędzy interpretacją (proces psychiczny, wewnętrzny) dyrygenta a osobami grającymi w orkiestrze oraz innymi artystami na scenie
Dostosowywanie się do zmiany w ciele pacjenta poprzez działanie rąk, pleców, oka, operowanie narzędziem. Wszelkie kwestie ograniczające elastyczność ciała stanowią przeszkodę w wykonywaniu tego zawodu (otyłość, niesprawność, niepełnosprawność, niewielka dwuręczność)	ciało jest narzędziem	Odwzorowywanie tego, co w myślach dyrygenta, na zewnątrz poprzez ciało. Ciało dyrygenta musi być mu podporządkowane całkowicie w celu ucieleśnienia interpretacji twórczej danej partytury
SIEBIE – neurochirurg uczy się, fizycznie i intelektualnie coraz bardziej dostosowywać się do przedmiotu swojej pracy. W ograniczonym stopniu dostosowuje działania innych do siebie (np. sposób podawania narzędzi przez instrumentariuszkę)	dostosowywanie	INNYCH DO SIEBIE – powodowanie u innych działań zmierzających ku interpretowaniu muzyki w taki sposób, jaki on stworzył w swojej interpretacji
DRGNIĘĆ I MIKRORU-CHÓW, braku elastyczności – kontrola najmniejszych ruchów rąk jest konieczna do pracy w bardzo małej loży operacyjnej. O elastyczności świadczy m.in. specjalizacja rąk (ręka wiodąca i ręka podporządkowana), która ogranicza możliwości dotarcia do zmian w mózgu	kontrola poprzez unikanie	NIEKONTROLOWANYCH NAPIĘĆ – powodują one brak możliwości pokazania pełni ruchu, w tym np. szybkich ruchów, o większym zasięgu lub gestów uspokojenia, rozluźnienia. Istotnym czynnikiem jest tu oddech ustami, poprzez który unika się spięć w ciele

Tabela 3 (cd.)

Ciało neurochirurga	Zjawisko	Ciało dyrygenta orkiestrowego
Istotne ze względu na obserwowanie działań cielesnych w trakcie operacji, na sposobie konstruowania swojej roli wobec innych	przychodzenie	Istotne z powodu obserwowania gestów i mimiki, wzorowanie się na gestach mistrza, na sposobie wpływania na orkiestrę
Ciało jako narzędzie responsywne (na to, co spotyka w <i>indywidualnej anatomii</i> pacjenta)	relacja z obiektem	Ciało jako narzędzie kreujące (obiekt – utwór muzyczny)
Przeprowadzenie wyjątkowo długiej, trudnej (np. w stanie krwawienia), męczącej operacji lub wykonanie trudnego manewru, np. zaklipsowanie głęboko umieszczonego tętniaka	autodowód – ciało jako narzędzie przekonuje o swojej jakości (por. Kowal 2018)	Wykonanie wyjątkowo długiego koncertu lub wymagającego np. z uwagi na częste zmiany techniki dyrygowania (np. nastrojów)
Rezydenci obserwują i robią po swojemu, ponieważ w tej pracy ważny jest WYNIK	cel pracy ciałem a sposób nauczania	Nauczyciele zwracają szczególną uwagę na sposób wykonania, gdyż w pracy dyrygenta poprzez ciało liczy się PRZEBIEG pracy
Efektywność poprzez dostosowanie poprzez ciało narzędzi do <i>indywidualnej anatomii</i>	sposób realizowania najważniejszej zasady – efektywności	Czytelność gestu, klarowne poprowadzenie orkiestry, zapośredniczenie poprzez środki ekspresji cielesnej
Dbanie o pozostanie w pełnej sprawności pozwalającej na realizowanie działania głównego (a przez to wykonywanie zadań zawodowych)	zarządzanie ciałem	Dbanie o rozluźnianie mięśni w trakcie dyrygowania, korzystanie z usług masażyistów, fizjoterapeutów
Nie występuje, ponieważ praca odbywa się w kulisach	polerowanie narzędzia	Występuje, gesty powinny mieć wartość estetyczną. Praca odbywa się na scenie (Goffman 2000)

Źródło: opracowanie własne.

Druga tabela oparta jest na zogniskowanym kodowaniu kategorii (Strauss, Corbin 1990: 96–115; Konecki 2000: 48–49), czyli narzędziu analitycznym, które umożliwiło mi porównanie procesów pracy poprzez ciało. Wykorzystanie tego narzędzia pozwala na ustalenie relacji pomiędzy poszczególnymi kategoriami i pojęciami, a także umożliwia ukazanie zależności pomiędzy kontekstem

i uwarunkowaniami subświatów społecznych a wykonywaną w ich ramach pracą poprzez ciało. Celem metodologicznym stosowania zogniskowanego kodowania kategorii jest ponowne powiązanie ze sobą różnych elementów badanego procesu, rozłożonego na fragmenty (kody, kategorie) na wcześniejszych etapach procesu badawczego. Ma ono także na celu pomoc w systematyzacji, organizacji i sortowaniu danych, podkreślenie procesualnego charakteru badanego zjawiska oraz powiązanie ich z innymi procesami społecznymi (Bryant, Charmaz 2007: 603)¹.

Tabela 4. Praca poprzez ciało w zawodach neurochirurga i dyrygenta orkiestrowego na podstawie zogniskowanego kodowania kategorii

Neurochirurgia	Elementy kodowania	Dyrygentura
Brak technologii do wykonywania pracy na ludzkim układzie nerwowym (mózgu, rdzeniu kręgowym, nerwach obwodowych) i specyfika (nieodwracalność) działań na tych organach	warunki przyczynowe (<i>causal conditions</i>)	Potrzeba sprawienia, by duży zespół wykonawczy odegrał wspólnie jeden utwór, niewystarczający zapis partyturowy, niemożność komunikacji werbalnej w trakcie koncertu, uspołnienie warstwy interpretacyjnej utworu
Praca poprzez ciało – dostosowywanie się	zjawisko (<i>phenomenon</i>)	Praca poprzez ciało – uzewnętrznianie
Działanie w zhierarchizowanej i sproceduralizowanej instytucji oddziału, mającego własną kulturę organizacyjną, organizacja działań i przestrzeni wokół dychotomii <i>czyste/brudne</i>	kontekst (<i>context</i>)	Kultura organizacyjna instytucji muzycznej, sieć relacji z innymi muzykami, uwarunkowania instytucjonalne (niewiele miejsc stałego zatrudnienia, upolitycznienie instytucji)
Doświadczenie, posiadana świadomość ciała, leworęczność/praworęczność, płeć, sprawność manualna, wytrzymałość fizyczna, wytrzymałość emocjonalna, wzrok, współpraca z instrumentariuszką, charakter operowanej zmiany, wiek pacjenta (dziecko/dorosły), jednolitość tkanki mózgowej	warunki interweniujące (<i>intervening conditions</i>)	Doświadczenie krajowe i międzynarodowe, płeć, wrażliwość emocjonalna, temperament, zinternalizowane nawyki mistrza, rozmiar orkiestry, jej charakter (amatorska, zawodowa, filharmoniczna, operowa), warunki fizyczne dyrygenta (wzrost, siła, stan zdrowia)

¹ Więcej na temat zogniskowanego kodowania kategorii można przeczytać w artykule mojego autorstwa zatytułowanym *The Analytical Procedures of Grounded Theory Methodology in Research on the Human Body*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2019, 15(3): 56–69.

Tabela 4 (cd.)

Neurochirurgia	Elementy kodowania	Dyrygentura
Powolne i zmusne wykonywanie operacji, używanie technologii wspierającej: stosowanie neuronawigacji i monitorowania śródoperacyjnego, RTG, USG, mikroskopu, lupy, utrzymywanie ciała w dobrej formie (siłownia, basen itp.), działania opisane poniżej (warsztat, naśladowanie i porzucanie naśladowania itp.)	działania i strategie interakcyjne (<i>action/interaction strategies</i>)	Strategie zarządzania ciałem, dostosowywanie gestu do odbiorców (chór, orkiestra, soliści itp.), przywódczy aspekt roli, charyzma, stanowczość w relacjach z muzykami, pozornie demokratyczne podejmowanie decyzji, unikanie wahania, stosowanie odpowiedniego ubioru, koncentracja przed koncertem
Strategie zarządzania ciałem, dostosowywanie ciała do sytuacji operacji, dostosowywanie operowanego obiektu do ciała operatora, dostosowywanie przedmiotów do wymagań ciała operatora, <i>żarłoczność</i> profesji	konsekwencje (<i>consequences</i>)	Silne obciążenie emocjonalne – tworzenie strategii rozluźniających efektywnych i szkodliwych, zarządzanie ciałem w sytuacjach niezawodowych, zdecydowanie i charyzma w sytuacjach pozazawodowych, choroby kręgosłupa, zaburzenia rytmu serca, <i>żarłoczność</i> profesji

Źródło: opracowanie własne.

W trakcie analizy danych stosowałam także procedurę kodowania zwaną matrycą warunków (Strauss, Corbin 1990: 168; Konecki 2000: 49–51), która pozwoliła mi na pokazanie, jak zjawiska społeczne z różnych poziomów wpływają na sposób pracy poprzez ciało w obu zawodach. Stosowanie matrycy warunków umożliwia odnalezienie specyficznych cech, zgeneralizowanie i uwzględnienie warunków wpływających na badane zjawisko.

Tabela 5. Matryca warunków (Strauss, Corbin 1990: 163). Praca poprzez ciało w zawodach neurochirurga i dyrygenta orkiestrowego

Neurochirurdzy	Poziom	Dyrygenci
Międzynarodowe standardy i wytyczne operacyjne, podręczniki operowania, udział w stażach i kursach w innych krajach, udział w konferencjach międzynarodowych i publikowanie w międzynarodowych pismach, filmy z operacji, np. na MedTube	międzynarodowy	Tradycje wykonawcze i mody wykonawcze, historia muzyki i jej interpretacji, międzynarodowe kariery dyrygentów, międzynarodowe kontrakty artystyczne, międzynarodowe trasy koncertowe, międzynarodowe sale koncertowe, wydarzenia muzyczne, międzynarodowe standardy dotyczące np. rozmieszczenia sekcji w orkiestrze, w przypadku pracy w międzynarodowej grupie niejęzykowe sposoby porozumienia z muzykami, globalne przemiany kulturowe (rozwój i bogacenie się mieszczaństwa)
System ochrony zdrowia i zasady NFZ, procedury i standardy polskiej neurochirurgii, regulacje prawne, odpowiedzialność prawna w sytuacji powikłań, Polskie Towarzystwo Neurochirurgów	krajowy	Mistrzowski system kształcenia dyrygentów, uwarunkowania instytucjonalne (niewiele miejsc zatrudnienia dla dyrygentów), stosunkowo niewielka liczba osób kończących studia dyrygenckie, system zatrudniania na stanowiskach dyrygenckich przyjęty w kraju, uwarunkowania historyczne, silne lokalne uwarunkowania kulturowe, narodowe style wykonawcze: np. niemieckie – oszczędne w gesty; dyrygowanie pozbawione taktowania, nastawione na inspirowanie muzyków; szerokie ekspresyjne dyrygowanie

Tabela 5 (cd.)

Neurochirurdzy	Poziom	Dyrygenci
Hierarchia zawodów medycznych, historia i kultura neurochirurgii, renoma oddziału i zespołu neurochirurgów w kraju (np. odsyłanie lub nieodsyłanie pacjentów z regionu do Szpitala), stereotypy płciowe	społeczności	Hierarchia specjalności dyrygenckich, rozróżnienie na dyrygentów pracujących w filharmonii, operze, z orkiestrami amatorskimi i zawodowymi, znajomości, sympatie i antypatie pomiędzy dyrygentami, stereotypy płciowe
Rozdzielenie bloku operacyjnego od oddziału, charakter operowanych osób – dorośli, sformalizowany proces nabywania uprawnień specjalizacyjnych	organizacyjno-institutionalny	Stosunkowo niestale formy zatrudnienia, zatrudnienie i praca w placówkach podlegających organom wybieralnym (miastu, ministerstwu), kalendarz koncertowy, relacje z dyrektorem placówki lub/i z dyrektorem artystycznym, organizacja edukacji zgodna z wymogami instytucjonalnymi (np. dominacja przedmiotów teoretycznych nad praktycznymi w kształceniu muzyków)
Dostępna w Szpitalu technologia, materiały i personel, system zarządzania, styl kierowania, kultura organizacyjna oddziału i szpitala, rola ordynatora, specyficzny system kształcenia specjalistów, historia kliniki	wewnątrzorganizacyjny	Dostępne w danej placówce pomieszczenia i rozwiązania technologiczne, ustalone godziny pracy, formalne podległości władze placówki – dyrygent i dyrygent – orkiestra (lub ich brak), historia instytucji, konieczność dostosowywania interpretacji do poziomu orkiestry, porządek przywództwa w relacji dyrygent – orkiestra vs relacji solista (soliści) – dyrygent – orkiestra

Neurochirurdzy	Poziom	Dyrygenci
System kształcenia mistrz–uczeń, biografia zawodowa ordynatora, umiejętności poszczególnych specjalistów i personelu obecnego na sali operacyjnej, mistrzowie i inni znani neurochirurdzy	grupowo-indywidualny	System kształcenia mistrz–uczeń, prowadzenie prób z różnymi sekcjami orkiestry i z różnymi grupami artystów (soliści, balet, chór), wzajemne relacje pomiędzy dyrygentem i orkiestrą oraz pomiędzy dyrygentem i innymi artystami, kontakty z tuzami, „polityka personalna” prowadzona przez dyrygenta wobec orkiestry
Interakcja z ciałem pacjenta (reagowanie na bieżąco na pojawiające się krwawienia, ciągła ocena sytuacji, wyczuwanie konsystencji guza), interakcja z własnym ciałem (rozpoznawanie oznak zmęczenia, utrzymywanie ciała w formie), interakcja z obiektami, interakcja z instrumentariuszką i innymi osobami w sali operacyjnej, nauczanie, interakcje z kolegami – konsultowanie i radzenie się, niechęć do zasięgania rad	interakcji	Interakcje w trakcie prób, polegające na przekazie werbalnym, oraz interakcje w trakcie koncertów/przedstawień, opierające się wyłącznie na komunikacji niewerbalnej z muzykami, odczytywanie przez dyrygenta reakcji na przekazywane orkiestrze sygnały, umiejętność szybkiego reagowania na sytuacje niespodziewane, interakcyjnie realizowane przywództwo, interakcje z publicznością i administracją instytucji, interakcje z przedmiotami (batuta, partytura), historia indywidualnych relacji pomiędzy profesorami, dyrygentami (np. rywalizacja, konflikt), interakcje z przedmiotami (batuta, strój)
Rutynowe i nierutynowe działania w trakcie operacji, podejmowanie i realizowanie decyzji, operowanie narzędziami, korzystanie z technologii zapośredniczającej dotyk, wzroku – dostosowywanie swojego ciała do <i>indywidualnej anatomii</i> pacjenta	działania	Działania związane interpretacją dzieła, z przygotowaniem orkiestry do jego zaprezentowania, z zarządzaniem własną karierą, z uczeniem się i nauczaniem innych, dobór odpowiedniego stroju i używanie batuty – uzewnętrznianie własnej interpretacji dzieła

Źródło: opracowanie własne.

4.1.1. Nabywanie warsztatu – nauczanie umiejętności cielesnych

Pomimo różnic w celu i sposobie realizowania działania głównego przez neurochirurgów i dyrygentów możemy znaleźć pewne podobieństwa pomiędzy procesami nauczania pracy poprzez ciało w obu zawodach. Wynika to z faktu, że praca poprzez ciało jest kluczowa dla realizacji zadań zawodowych, a także z tego, że łączy się ona nierozzerwalnie z wysokospecjalistyczną wiedzą praktyczną, nabywaną poprzez doświadczenie. Uczenie umiejętności technicznych (*teaching of technical skills*) (Kacperczyk 2005: 173–174), w tym sposobu posługiwania się własnym ciałem, jest także jednym z działań, dzięki którym oba subświaty społeczne mogą funkcjonować, a jednostki realizować swoje zadania zawodowe.

Cechy wspólne charakteryzujące proces nauczania pracy poprzez ciało w obu zawodach obejmują: *scaffolding*, czyli nauczanie poprzez wspieranie ucznia; świadome, celowe ćwiczenia; kluczową rolę *przychodzenia*; niewielki stopień instytucjonalizacji procesu i efektu nauczania; istotną rolę cielesnych umiejętności interakcyjnych związanych z pracą poprzez ciało; a także nieustający, niekończący się proces uczenia się. Poniżej pokrótce opiszę każdą z tych charakterystyk procesu.

Pierwsza ze wspólnych cech – nauczanie metodą *scaffolding* – została wcześniej opisana w odniesieniu do obu zawodów, dlatego nie będę jej omawiała szczegółowo. To, co wydaje się jednak kluczowe, to fakt, że jest to sposób nauczania oparty na procesie stałej interakcji uczeń–nauczyciel, w której szczególną rolę odgrywa komunikowanie i odczytywanie sygnałów, także cielesnych, zarówno przez nauczyciela, jak i przez ucznia (który np. rozpoznaje, że nauczyciel zauważył jego błąd, i koryguje swoje działania). Ten rodzaj nauczania jest charakterystyczny dla takich dziedzin wiedzy, w których nie ma jasnych, wystandaryzowanych etapów nabywania umiejętności praktycznych i uniwersalnych technik nauczania (np. opisanych w popularnych podręcznikach dla nauczycieli) (zob. także *coaching relationship* w: Strauss 2012: 544). Aby nabyć i rozwijać swój warsztat, adept potrzebuje zostać pokierowany w trakcie wykonywania kolejnych kroków. Potrzebuje także, aby ktoś zapewnił mu właściwą² interpretację tego, co zrobił. Może to dotyczyć oceny, czy nowe umiejętności zostały przyswojone, czy też wymagają powtórzeń lub poprawy. Poza tym, jak pisze Anselm Strauss (2012: 545):

Nauczyciel jest gotów do interpretacji jej [osoby – przyp. D.B.O.] zachowań, które w innym przypadku miałyby zaledwie status niejednoznacznych oznak. [...] Osoba ucząca się bazuje na fachowej poradzie swojego trenera, na przykład, czy dany ruch mięśni pomoże jej pójść naprzód, czy popchnie w ślepy zaułek. Trener dosłownie zwraca uwagę na nowe osiągnięcia: „Spójrz, po raz pierwszy udało ci się to zrobić”. Podobnie trener wyjaśnia nieudane próby, mówiąc: „nie zwracaj uwagi”, bo to, co teraz się dzieje, powinno być uznane za rzecz bez znaczenia, albo

² Czyli odpowiednią dla danego świata społecznego, kultury danej grupy społecznej.

coś, co zdarza się tylko „na tym etapie”. Następne kroki zostają wskazane („Nie martw się, poczekaj, przyjdzie na to czas”). Podsumowując: ponieważ sekwencje kroków nie są do końca jasne, także dlatego, że dla samej jednostki jej zachowania są czymś niecodziennym, ktoś musi stać w gotowości, by przewidywać, wskazywać i wyjaśniać te znaki.

Nauczyciel przyjmuje także aktywną rolę i stwarza sytuacje, które zmuszają ucznia do określonych reakcji czy podjęcia jakichś działań, także interpretowanych później przez nauczyciela. Jak pisze Strauss (2012: 545), rola nauczyciela: „wymaga również spełniania funkcji dramaturga, układania epizodów, ustalania scen, reżyserowania drugoplanowych ról”.

Omawiany sposób nauczania wymaga indywidualnego podejścia do każdego z uczniów, dostosowywania kolejnych etapów do wymagań konkretnej osoby. Jest to kluczowa kompetencja nauczyciela, pozwalająca mu utrzymać właściwą równowagę pomiędzy niewywieraniem presji na uczniu i jednocześnie aktywnym ukierunkowywaniem jego rozwoju (Strauss 2012: 546). Zatem nie sztywne ramy czy schematy programów nauczania, ale interakcja mistrz–uczeń jest najważniejszym elementem tego procesu. Dowodzi to, że używanie ciała jako narzędzia w pracy w obu badanych zawodach ma charakter interakcyjny.

Równie ciekawą i ugruntowaną w materiale empirycznym koncepcją, podejmującą przedstawione wątki z perspektywy psychologicznej jest świadome, celowe ćwiczenie (Ericsson, Krampe, Tesch-Romer 1993: 369–370, 392). Po pierwsze, świadome, celowe ćwiczenie wymaga od jednostki poświęcenia uczeniu się wiele czasu i wysiłku, a także dostępu do zasobów: nauczycieli, materiałów czy miejsc szkolenia. W przypadku przedstawicieli obu badanych zawodów dostęp do nauczycieli jest ograniczony barierami instytucjonalnymi. Jedynie posiadanie statusu studenta uczelni muzycznej czy rezydenta neurochirurgii pozwala na stałą współpracę z mistrzami. Podobnie jest w przypadku materiałów, np. narzędzi neurochirurgicznych, czy miejsc szkolenia – sali operacyjnej czy koncertowej. Warto wspomnieć, że z uwagi na grupowy charakter wykonywanego zadania adepci obu zawodów otrzymują dostęp do pracy z zespołami składającymi się z osób o różnej specjalizacji – muzykami orkiestr i członkami zespołów zabiegowych. Ponadto istotnym zasobem są bliscy nowicjusza, przede wszystkim rodzice. Badania Blooma (1985, cyt. za: Ericksson, Krampe, Tesch-Romer 1993: 370) wskazują, że zajęcia związane z rozwojem umiejętności dzieci i młodych ludzi, takie jak dowożenie na treningi czy turnieje, rozmowy i konsultacje z nauczycielami konsumują znaczną część czasu wolnego ich rodziców. Potwierdzają to wyniki moich badań prowadzonych wśród tancerzy towarzyskich, których kariera nie może się rozwijać bez znacznego wysiłku finansowego i czasowego rodziców (Byczkowska 2012b). W przypadku przedstawicieli zawodów neurochirurga i dyrygenta orkiestrowego rola rodziców na wczesnych etapach kariery również jest znacząca. Lekcje muzyki wymagają nie tylko nakładów finansowych, choćby

na zakup instrumentu, ale także zorganizowania dziecku nauczania w szkole muzycznej czy stałego motywowania do regularnych ćwiczeń. Nie mniejsza jest rola rodziców w przypadku studentów medycyny. Jak wskazują wnioski z prowadzonych przeze mnie badań wśród studentów kierunku lekarskiego (Byczkowska 2006, 2007), posiadanie rodziców lekarzy znacznie przyspiesza internalizację habitusu tej grupy zawodowej, co przyspiesza pierwsze etapy kariery. Ponadto zaangażowanie finansowe, polegające choćby na opłacaniu korepetycji czy kursów przygotowujących do studiów medycznych, stanowi ważny element wsparcia. Jak widać na tym przykładzie, korzystanie z zasobów rodziców może odbywać się na różnych etapach kariery, tym bardziej że wieloletni charakter świadomego, celowego ćwiczenia powoduje, że jego koszty stale rosną³.

Po drugie, zaangażowanie w świadome, celowe ćwiczenia nie jest motywujące samo w sobie, ponieważ ma ono charakter instrumentalny – ma służyć poprawie innych umiejętności (Ericksson, Krampe, Tesch-Romer 1993: 368). Nie wiąże się zatem z bezpośrednią nagrodą, co powoduje, że utrzymanie motywacji jest trudne i może stanowić przeszkodę w ich realizacji. Do wykonywania obu badanych zawodów prowadzi długoletnia droga, wymagająca wiele wysiłku, codziennej intensywnej nauki na studiach medycznych czy długotrwałych ćwiczeń gry na instrumencie. Dlatego do podjęcia studiów dyrygenckich czy rezydentury neurochirurgicznej udaje się dotrzeć osobom umiejącym wcześniej wypracować sposoby podtrzymywania motywacji i wytrwania w wysiłkach związanych z poprawianiem swych umiejętności.

Po trzecie, ćwiczenie konkretnych, wyznaczonych przez nauczyciela lub rozpoznanych przez nowicjusza aspektów wykonywania zadania (np. praca batutą, szycie skóry) nie może być wykonywane zbyt długo jednego dnia (Ericksson, Krampe, Tesch-Romer 1993: 369–370). Doskonalenie jest możliwe wówczas, gdy uczeń jest w stanie się skupić na ćwiczeniu i celowo, świadomie modyfikować wykonywane czynności. Zbyt długie ich ćwiczenie powoduje zmęczenie, a co za tym idzie, zmniejszenie wkładanego w czynność wysiłku i koncentracji. Takie powtarzanie nie skutkuje doskonaleniem zadanej czynności, a nawet może być niekorzystne dla procesu nauczania. Ma to duże znaczenie w zawodach, w których praca poprzez ciało odgrywa kluczową rolę. Przeciążenie i przetrenowanie czy praca w stanie zmęczenia mogą prowadzić do różnego rodzaju kontuzji czy nadwyrężeń. Na podstawie zrealizowanych przez siebie badań Ericksson i zespół ustalili korzystny czas ćwiczenia na 2 do 4 godzin dziennie (Ericksson, Krampe, Tesch-Romer 1993: 371, 392). Z uwagi na ograniczenia organizacyjne ani studenci dyrygentury, ani rezydenci neurochirurgii nie są w stanie codziennie

³ Bloom (1985) stwierdza także, że z uwagi na znaczne zużycie owych zasobów zazwyczaj tylko jedno dziecko w rodzinie uznawane jest za utalentowane, a przez to jest wspierane przez rodziców w rozwoju jego pasji do poziomu eksperckiego.

doskonalić się pod okiem nauczycieli czy mistrzów. Natomiast zdecydowanie zalecane jest przez nauczycieli ćwiczenie np. pracy z partyturą czy, co zostało opisane wcześniej, ćwiczenie konkretnych umiejętności neurochirurgicznych, np. szycia naczyń krwionośnych na udkach kurczaka.

Aspekt społeczny jest kluczowym elementem świadomych, celowych ćwiczeń, ponieważ do kluczowych cech tego rodzaju praktyki należy motywacja, stałe podejmowanie wysiłku, uwzględnianie wiedzy już posiadanej przez ucznia, a także udzielanie natychmiastowej informacji zwrotnej (Ericsson, Krampe, Tesch-Romer 1993: 367). Wszystkie z wymienionych charakterystyk są realizowane przez nauczycieli, mistrzów czy mentorów. Dzięki więzi i zaufaniu budowanym pomiędzy profesorem dyrygentury a studentem czy też pomiędzy specjalistą a rezydentem neurochirurgii możliwe jest podtrzymywanie motywacji do wysiłku, próbowania, pokonywania przeszkód. Zarówno w przypadku lekcji dyrygentury, jak i podejmowania przez rezydentów różnych czynności w trakcie operacji otrzymują oni natychmiastową informację odnośnie do postępów czy słabszych stron. Pozwala im to koncentrować się na właściwym, czyli zgodnym z wymaganiami mistrza, sposobie wykonywania określonego zadania.

Z uwagi na znaczenie pracy poprzez ciało w opisywanych w tej książce zawodach istotne znaczenie ma to, jak Ericksson i zespół (Ericksson, Krampe, Tesch-Romer 1993: 394–396) analizują różnice w zakresie cech fizycznych. Jak się okazuje, traktowane jako wrodzone lub genetyczne różnice fizyczne mają w znacznej mierze charakter społeczny, wynikający z podejmowanych przez jednostki codziennych aktywności. Dotyczy to wielkości serca, rozwoju mięśni czy pojemności płuc. Z wyjątkiem wzrostu i być może kilku innych, niebędących dotychczas przedmiotem badań cech fizycznych, większość cech anatomicznych, także tych umożliwiających realizowanie zadań zawodowych na poziomie eksperckim czy wybitnym, jest wynikiem adaptacji ludzkiego ciała do codziennych wymagań. Część działań adaptacyjnych musi mieć jednak miejsce do określonego wieku, aby jednostka mogła z nich później korzystać w życiu zawodowym. Należy do nich np. elastyczność stawów kształtowana wśród dzieci tańczących balet czy zdolność zapamiętywania muzyki słyszanej po raz pierwszy (Ericksson, Krampe, Tesch-Romer 1993: 396).

Badania odnośnie do świadomych, celowych ćwiczeń prowadzono także wśród studentów dyrygentury (Schmidt i in. 2021) i chirurgów ortopedów na wczesnym etapie kariery (Cafarelli i in. 2022). Autorzy badań nad studentami dyrygentury zauważyli, że każdy ze studentów miał co najmniej 10-letnie doświadczenie w grze na swoim pierwszym instrumencie. Najczęściej wybieranym przez studentów instrumentem (choć niekoniecznie pierwszym) było pianino. Jest to o tyle ważne, że umiejętność ta daje możliwość imitowania różnych instrumentów orkiestry, a także oferuje opcje melodyczne i harmoniczne (Schmidt i in. 2021: 369, 372). Jak twierdzą badani przeze mnie dyrygenci, umiejętność grania na pianinie umożliwia lepsze przygotowanie się do pracy z orkiestrą, daje

możliwość usłyszenia stworzonej przez siebie na etapie przygotowań interpretacji dzieła. Pozwala zatem na niezależne od dostępności orkiestry świadome i celowe ćwiczenie różnych aspektów pracy dyrygenta.

Studenci dyrygentury na długo przed podjęciem decyzji o studiach zdobywają umiejętności potrzebne w zawodzie. Jak twierdzą autorzy badania, a co potwierdzają moi rozmówcy, dyrygent musi być doświadczonym muzykiem, a zatem wchodząc na tę ścieżkę kariery, musi posiadać wiedzę i muzykalność przygotowujące do dalszego kształcenia. Oznacza to, że wiedza i umiejętności na poziomie eksperckim mogą być uzależnione od posiadania umiejętności sprzed rozpoczęcia procesu kształcenia na studiach dyrygenckich.

Z kolei autorzy badań nad wykorzystaniem świadomych, celowych ćwiczeń w procesie kształcenia chirurgów ortopedów przekonują, że tylko ten sposób nauczania pozwala na osiągnięcie wyników wybitnych, a przynajmniej powyżej średniej (Cafarelli i in. 2022: 1826, 1828). Podobnie jak Ericksson i zespół stwierdzają oni, że samo zdobywanie doświadczenia nie wystarczy, aby poprawiać wyniki adepta chirurgii. Zindywidualizowana analiza popełnianych błędów pozwala na doskonalenie umiejętności. Co ciekawe, sama informacja, że popełniamy błąd (wskazany przez nauczyciela), może powodować zwiększenie świadomości wykonywanych czynności, a przez to poprawia ich efektywność. Jak stwierdzono, wysiłek wkładany w ćwiczenia zwiększa się, gdy młodzi chirurdzy otrzymują informację zwrotną dotyczącą swoich postępów, co znacznie przyspiesza rozwój ich umiejętności chirurgicznych.

Podsumowując omówione wyżej sposoby nauczania pracy poprzez ciało – *scaffolding* oraz świadome, celowe ćwiczenia, warto zauważyć, że oba z nich polegają na przekazaniu kontroli nad ciałem nowicjusza mistrzowi (w zakresie przygotowania zawodowego) na początku procesu kształcenia, a następnie stopniowemu jej oddawaniu. Jak twierdzi Sanders (2006: 288), zdobywanie kontroli nad własnym ciałem jest zazwyczaj uzależnione od osób posiadających legitymizację społeczną do kontrolowania ciał osób chcących dołączyć do jakichś grup, w tym przypadku zawodowych. Poprzez instrukcje i swoiste sprawowanie władzy nad nowicjuszami odbierają im możliwość dowolnego dysponowania ciałami. Wraz z postępującym dostosowaniem ciał przez nowicjuszy na powrót oddają im kontrolę nad kolejnymi aspektami pracy poprzez ciało, aby oddać ją całkowicie w chwili, gdy nowicjusz posiada już wystarczającą samokontrolę. Aby możliwe było nauczanie wymienionymi powyżej sposobami, pomiędzy uczniem i mistrzem powinno istnieć wzajemne zaufanie i więź. Jak pisze Jan Szczepański (1972: 96): „Związek emocjonalny między mistrzem a uczniem w nauce i sztuce prowadzi do przekazywania dziedzictwa umiejętności i wiedzy”. Bez nich uczeń nie mógłby oddać kontroli nad procesem nauczania, a także nad swoim ciałem, mistrzowi i edukacja w zakresie wielu rodzajów wiedzy byłaby niemożliwa. Zatem można stwierdzić, że więź społeczna jest istotnym czynnikiem znacznie ułatwiającym proces przekazywania wiedzy.

Kolejna z cech charakteryzujących proces nauczania w obu zawodach to istotne na pierwszym etapie socjalizacji *przychodzenie*. Zapewnia ono adeptowi każdego z badanych zawodów nabycie habitusu, także cielesnego, związanego z pracą w każdym z zawodów, jak również rozpoczęcie treningu umiejętności fizycznych, jakich dany zawód wymaga. W przypadku neurochirurgów jest to np. pełnienie dyżurów nocą, praca w stresie, radzenie sobie z permanentnym zmęčeniem, poruszanie się po oddziale w sposób niezachęcający pacjentów do interakcji i tym podobne umiejętności, opisane w rozdziale drugim. W przypadku dyrygentów jest to m.in. umiejętność wywoływania w sobie pożądanych stanów emocjonalnych, długotrwałe, wielogodzinne wykonywanie tych samych fragmentów utworu wymagające stałego skupienia i pracy zmysłem słuchu, ciągła praca w zespole, wielogodzinne stanie, często z rękami podniesionymi do góry.

Dzięki *przychodzeniu* adepci obu zawodów mają szansę sprawdzić swoje możliwości w realizacji każdego z tych wymagań, a także przyswajają elementy roli, takie jak fasada osobista, czyli powierzchowność (ubiór, fryzura, makijaż) i sposób bycia, obejmujący m.in. dopuszczalne w danym zawodzie repertuary gestów ciała czy mimiki (Goffman 2000). Tak ważna jego rola świadczy o tym, że nauczanie pracy poprzez ciało w obu zawodach ma charakter społeczny i jest nierozdzielnie związane z pełnieniem zawodowej roli społecznej w obu kontekstach (Marchand 2008). *Przychodzenie* stanowi element niemalże nieodzowny lub przynajmniej znacznie ułatwiający rozpoczęcie kariery w obu zawodach. Podczas podejmowania działań tej kategorii mistrzowie i inni przedstawiciele środowiska zawodowego mogą przekazać adeptom coś, co Everett Hughes (1993: 393) nazywa „nastawieniem” (*attitude*). W sposób niesformalizowany i często nieuświadomiony przekazują podstawową definicję sytuacji, a przez to także sposób, w jaki adept powinien postrzegać swoje miejsce w porządku społecznym przede wszystkim w relacji do przedstawicieli innych zawodów albo osób, dla których pracuje.

Rolę *przychodzenia*, choć nienazwanego w ten sposób, w nabywaniu umiejętności pracy poprzez ciało, zauważyła również Pearl Katz (1999: 15). Na badanym przez nią oddziale chirurdzy spędzali od 40 do 80 procent czasu pracy na uczeniu studentów. Większość czasu przeznaczonego na nauczanie była związana z innymi czynnościami: operowaniem, prowadzeniem obchodów, badaniem pacjentów w gabinetach. Rezydenci uczyli się głównie poprzez asystowanie i towarzyszenie starszym chirurgom. Tylko niewielka część nauczania odbywała się w sytuacjach formalnych takich jak wykłady. Jak zwraca uwagę autorka, przekazywanie wiedzy chirurgicznej i kultury chirurgicznej odbywało się zarówno w sposób jawny, jak i ukryty.

Z opisanych powyżej elementów procesów nauczania w obu zawodach wynika kolejny – nabywanie cielesnych umiejętności interakcyjnych. Są one nieodzownym elementem nauczania, ponieważ pozwalają na realizowanie zadania w zespole. Jest to szczególnie ważne w badanych zawodach, ponieważ

realizacja zadania jest uzależniona od współpracy wielu osób, które komunikują się pomiędzy sobą także w sposób pozawerbalny. Ponadto w każdym z zespołów – operacyjnym i orkiestrowym – jego członkowie wykonują swoje zadania poprzez ciało, a sposoby komunikacji werbalnej bywają ograniczone. Zarówno dyrygent, jak i neurochirurg muszą posiadać umiejętność sprawowania swojego przywództwa poprzez odpowiednie kontrolowanie interakcji w sposób niewerbalny. Co równie ważne, mistrz nakreśla plan doświadczeń, jakie mogą spotkać adepta w jego relacjach z innymi. Dzięki temu nowicjusz może sam ocenić, jaki jest jego aktualny status w relacjach z innymi członkami zespołu, a dzięki temu konstruować swoje kolejne tożsamości zawodowe np. studenta dyrygentury, rezydenta neurochirurgii, samodzielnego dyrygenta czy młodego specjalisty (Strauss 2012: 533).

Nauczanie nie jest zależne jedynie od relacji uczeń–nauczyciel, ponieważ odbywa się w ramach instytucjonalnych polskiego systemu szkolnictwa wyższego oraz systemu specjalizacji lekarskich. Przebiega ono w kontekstach organizacyjnych (Strauss 2012: 549) Uczelni Muzycznej i Oddziału Neurochirurgii. Jednak w obu badanych zawodach proces nauczania oraz etapy zaawansowania nie są jasno określone i oficjalnie sprecyzowane, z wyjątkiem egzaminu końcowego⁴. Wynika to oczywiście z indywidualnych predyspozycji każdego z uczniów i nauczycieli, a także ze specyfiki samego zadania. Jak pisze Anselm Strauss (2012: 533):

Kiedy drogi są zinstytucjonalizowane, kandydat z łatwością może zaznaczyć swój postęp, odnotować, jak dalece już doszedł i ile ma jeszcze do przejścia. Jeśli istnieją zwyczajowe zinstytucjonalizowane potwierdzenia częściowych kroków zbliżających nas do celu, wówczas i one mogą konstituować punkty zwrotne w koncepcji siebie.

Dla porządku przypomnijmy, że w przypadku badanych zawodów istnieją zinstytucjonalizowane drogi, jednak nie istnieją jasno określone, zwyczajowe kroki, po których adept może rozpoznać, czy zbliża się do celu. Nawet ukończenie któregoś roku studiów czy specjalizacji nie jest jednoznaczne z tym, że dokonał on postępu na obranej drodze zawodowej. Dlatego rola nauczyciela polega również na tym, aby umiejętnie przygotowywać kolejne próby, kroki, zadania (Strauss 2012: 546), np. dopuszczać adepta neurochirurgii do coraz trudniejszych elementów operacji, a studenta dyrygentury – do prowadzenia coraz bardziej wymagających utworów. Jeśli uczniowi się powiedzie, nauczyciel może zinterpretować realizację danego zadania jako ważny krok w rozwoju ucznia,

⁴ W przypadku neurochirurgów jest to Lekarski Egzamin Specjalizacyjny i ma charakter wyłącznie teoretyczny. W przypadku dyrygentów polega on na *zadyrygowaniu* koncertem dyplomowym, ma więc charakter praktyczny.

indywidualnie oznaczyć jakiś etap drogi przygotowującej do zawodu jako zrealizowany. Uczeń otrzymuje wówczas wskazówkę dotyczącą tego, jak daleko zaszedł (Strauss 2012: 547).

Nabywane umiejętności muszą zostać zweryfikowane przez nauczyciela nie tylko pod względem ich występowania, ale także intensywności lub cech jakościowych. Może to mieć wpływ na kształcenie konkretnych osób do realizowania określonych zadań, np. do dyrygowania w operze lub w filharmonii, do operowania chorych z jednym specyficznym schorzeniem lub głównie do operacji kręgosłupa. Rolą nauczyciela jest rozpoznać te indywidualne cechy i kształtować drogę adepta w sposób, który pozwoli je jak najlepiej wykorzystać.

Z konieczności stawiania indywidualnych, coraz trudniejszych wyzwań wynika kolejna cecha obu procesów nauczania – usamodzielnienie ucznia ma charakter stopniowy i to mistrz określa, kiedy i w jakim stopniu uczeń staje się samodzielny. Robi to po uprzedniej wieloletniej obserwacji i stopniowym oddawaniu kontroli nad sposobem realizacji zadania, jak w przypadku rezydentów neurochirurgii, lub całkowitej kontroli nad coraz trudniejszymi zadaniami – jak w przypadku studentów dyrygentury.

W przypadku obu zawodów – ale także innych dziedzin wiedzy, w których praca poprzez ciało odgrywa kluczową rolę (np. tancerzy, Byczkowska 2012a) – przyswajając umiejętności poprzez obserwowanie i naśladowanie nauczyciela, uczeń nabiera także wiele jego nawyków. Dlatego ważnym elementem edukacji w każdej specjalizacji, w której ciało odgrywa ważną rolę, jest nauczanie samodzielnej realizacji zadania. Ciało jest bowiem narzędziem, którego używać można się nauczyć jedynie poprzez doświadczenie, obserwacja to zbyt mało (Sennett 2010). Ucząc się czyichś cielesnych nawyków, traktujemy je jako wzorcowe. Dany fragment partytury czy ekstrakcji guza uczeń realizuje tak, jak jego nauczyciel. Nowicjusz może nie wiedzieć, nie obserwować, że dany rodzaj gestu cielesnego jest charakterystyczny dla nauczyciela, a nie jest wzorcowy. Ponadto z uwagi na różną budowę ciała, różną sprawność, prawo- czy leworęczność operowanie własnym ciałem przez nauczyciela może mieć inne skutki, niż wykonywanie tego samego ruchu czy gestu przez asystenta (Jakubowska 2017; Strauss 2012: 549).

Przyjmowanie cech pracy poprzez ciało od mentora świadczy o tym, że w tym procesie nauczania nie ma znaczenia jedynie indywidualizacja działań wobec ciała ucznia. Dowodzi ono także, że wiedza jest przekazywana przez ciało konkretnego nauczyciela, które zawsze jest nacechowane indywidualnie. Jak pisze Anselm Strauss (2012: 548–549):

Nauczyciel stanowi nie tylko częściowy wzór („Rób tak jak ja”), ale, na pewnym etapie, może stać się niemalże wzorem całkowitym („Bądź jak ja” albo „chciej być tym kim ja”). [...] Z drugiej strony, w wielu rodzajach nauczania, szczególnie po wczesnych etapach edukacji, zwykle naśladownictwo nie wystarcza, by dalej się

rozwijać. [...] Na ostatnich stopniach procesu uczenia się [...] uczeń odkrywa swój własny styl, bez względu na to, czy mówimy o konwersji religijnej, nauce komponowania czy czymkolwiek innym.

Co ważne, usamodzielnienie nie odbywa się w jasno określonym momencie, w chwili uzyskania dyplomu ukończenia studiów dyrygenckich czy specjalizacji. Jest to kolejny dowód na to, że nabywanie wiedzy ucieleśnionej jest zindywidualizowane i nie można uznać, że zostało zakończone. Uzyskując dyplom, adept otrzymuje jedynie formalne potwierdzenie przejścia drogi przygotowującej do pracy w zawodzie. Jednak jego koledzy po fachu, jego dawni profesorowie nadal patrzą mu na ręce i oceniają, na ile jest on już usamodzielniony, jakie kolejne coraz trudniejsze zadania można mu powierzyć. Taka jest społeczna rola członków obu środowisk, bowiem młodzi dyrygenci i specjaliści neurochirurgii mogą odczuwać pokusę, aby traktować swój dyplom jako przepustkę do realizacji wszystkich zadań⁵, niezależnie od stopnia ich trudności, „podczas gdy istnieją integralne nieformalne etapy, które muszą zostać pokonane, zanim wszystkie przywileje związane z daną pozycją zostaną przyznane” (Strauss 2012: 540).

Cytowany przez Richarda Sennetta psycholog Daniel Levitin obliczył, że czas przygotowania fachowca to dziesięć tysięcy godzin wykonywania danego fachu. Tyle czasu musi upłynąć, nim skomplikowane umiejętności zakorzenią się w ciele fachowca i zamienią w milczącą wiedzę (Sennett 2010: 215–216; Ericksson, Krampe, Tesch-Romer 1993: 366). Dziesięć tysięcy godzin można zrealizować, pracując codziennie po około 8 godzin w ciągu 5 lat. Rezydentura neurochirurgiczna trwa 6 lat, a studia dyrygenckie 5 lat. Oczywiście, w tym czasie ani adept dyrygentury, ani rezydent nie wykonują praktycznych prac przez 8 godzin prawie każdego dnia. Jednak albo obserwują, albo realizują elementy działania głównego, ćwiczą je w rozmaity sposób, podejmują dodatkowe aktywności związane z wybraną ścieżką kariery. Warto wspomnieć, że zgodnie z koncepcją Erickssona i zespołu (Ericksson, Krampe, Tesch-Romer 1993), aby stać się wybitnym fachowcem, nie wystarczy czas – dziesięć tysięcy godzin. Jeśli praktyka nie jest odpowiednio ustrukturalizowana, nie skupia się na poprawianiu określonych indywidualnie słabych stron, nie musi prowadzić do wykształcenia wybitnych umiejętności. Zatem nie wystarczy ćwiczyć, należy także ukierunkowywać ćwiczenia i zbierać doświadczenie na podstawie informacji płynących z zasobów społecznych – nauczyciela, innych mistrzów, np. spotykanych na szkoleniach, poprzez porównywanie się z „wielkimi” swojego świata. Pokrewnym zagadnieniem jest utrzymanie sprawności w trakcie wykonywania zawodu. Jak twierdzi w rozmowie z Marianną Fijewską (2022: 356) profesor

⁵ Na badanym oddziale funkcjonują maksymy *rzucić się z nożem na wszystko oraz jak byłem mały, też wszystko chciałem operować*, które ilustrują ten problem.

Tomasz Trojanowski, światowej klasy polski neurochirurg, europejskie standardy dotyczące pracy w tym zawodzie wskazują, że aby utrzymać biegłość, neurochirurg powinien wykonywać sto operacji rocznie. Przy mniejszej liczbie operacji jakość opieki nad pacjentami pogarsza się.

Wiąże się z tym także ostatnia ze wspólnych cech, polegająca na tym, że uczenie się zawodu nigdy nie jest zakończone. Zmienia się jedynie stopień kontroli nad uczniem, a czasem sama osoba prowadzącego proces nauczania. Zarówno neurochirurdzy, jak i dyrygenci zawsze mogą trafić w swojej karierze zawodowej na *przypadek* czy utwór, z jakim się jeszcze nie mierzyli i który będzie od nich wymagał nauczania się nowych umiejętności cielesnych. Nauczanie nigdy nie jest zakończone, ponieważ ciało jako narzędzie pracy wymaga nieustannego ostrzeżenia, dostosowywania się do konkretnych sytuacji i wymagań zadania, a także zmieniającej się technologii (jak w przypadku neurochirurgów) czy trendów wykonawczych (jak w przypadku dyrygentów).

Czasami w rolę mistrza wchodzi dawny nauczyciel, czasami inny mistrz, z którym jednostka pracuje. Zdarza się, że w rolę tę wciela się grupa, zespół, w którym pracuje neurochirurg lub dyrygent. W przypadku osób będących wysoko w hierarchii zawodowej sama jednostka może stać się własnym nauczycielem w tym sensie, że sama ocenia, jakie umiejętności są jej niezbędne na kolejnym etapie rozwoju kariery, gdzie i od kogo może się ich nauczyć i sama decyduje, czy jest już samodzielna w danej kwestii.

Na opisane powyżej zjawiska związane z nabywaniem warsztatu możemy też spojrzeć z perspektywy teorii aktora-sieci. Przyjmijmy, za jej przedstawicielami (Law 1992: 384–385; Strathern 1999), że ciało ludzkie samo stanowi sieć składającą się z organów, zmysłów, tkanek. Jest ono także częścią innych, stale reprodukujących i tworzących nowe połączenia sieci, łączących zarówno aktorów ludzkich, jak i pozaludzkich. Analizując nabywanie warsztatu z tego punktu widzenia, można powiedzieć, że polega na redefiniowaniu punktów sieci, jaką stanowi ciało nowicjusza. To, jak postrzegamy i działamy za pomocą ciała, jest wynikiem socjalizacji (*przychodzenie*) czy celowego uczenia (*scaffolding*, świadome, celowe ćwiczenia, usamodzielnianie). I tak, w trakcie socjalizacji do roli dyrygenta zmienia się definicję i działanie poprzez oddech, ustala nowy, wymagany przez muzyków podział funkcjonalny prawej i lewej ręki, uczy się stabilizować ciało poprzez odpowiednie ustawienie sylwetki czy prowadzić orkiestrę, używając wzroku.

Z kolei w socjalizacji do zawodu neurochirurga ważne jest działanie poprzez ciało w reżimie jałowości, usprawnienie ręki niewiodącej, aby umożliwić działanie przy jej wykorzystaniu, gdy wymaga tego sytuacja operacji, włączenia wzroku do sieci skoncentrowanej wokół pozaludzkiego aktora, czyli mikroskopu (por. Law 1992: 380). Nowe jest także definiowanie i używanie fragmentów ciała w relacji do innych osób, np. podział na rękę trzymającą batutę, na której skupiają się muzycy, czy prawą rękę, do której instrumentariuszka podaje narzędzia.

Ponieważ sieci, w ramach których swoje zadania zawodowe realizują dyrygenci i neurochirurdzy, ulegają stałym przekształceniom, choćby z powodu rozwoju technologicznego czy też nowych projektów artystycznych, opisany powyżej proces praktycznie nigdy nie jest zakończony. Zjawiskiem, które z tego wynika, jest *żarłoczność*⁶ obu profesji. Jest ono skutkiem konieczności stałego doskonalenia się w obu zawodach i polega m.in. na dążeniu do uzyskania cielesności działającej perfekcyjnie, zgodnie z wymaganiami działania głównego – dostosowywaniem lub uzewnętrznieniem. Ponieważ ludzkie ciała różnią się od siebie, a zadania polegają na pracy z nieuniwersalnymi, nie całkiem przewidywalnymi obiektami (ciało i orkiestra), nie ma możliwości jej osiągnięcia. Zarówno w pracy dyrygenta, jak i neurochirurga zawsze jest coś, czego można się nauczyć, co można zrobić lepiej, poszerzyć swój warsztat, udoskonalić technikę, dokładniej odzwierciedlić własne przeżycia czy bardziej precyzyjnie operować.

Żarłoczność obu profesji⁷ wymaga od specjalisty na kolejnych etapach kariery coraz większego zaangażowania się, podporządkowania jej innych aktywności swego życia. Zjawisko to pojawia się, gdy rozwój zawodowy jest dla jednostki najważniejszą wartością lub też staje się nią w wyniku rosnącego zaangażowania. Przykłady takiego podporządkowywania innych sfer życia pracy wielokrotnie mogłam obserwować lub też omawiać z badanymi. W przypadku neurochirurgów były to np. przeciągające się w wyniku komplikacji operacje, pozostawianie w pracy znacznie dłużej, niż wymagają tego formalne warunki zatrudnienia, ponieważ wykonywany jest akurat interesujący zabieg, wyjazdy na rezydenturę do innego miasta na kilka lat. Dyrygenci z kolei, co zostało już wspomniane, pracują niejednokrotnie stale wyjeżdżając na koncerty czy zmieniają miejsce zamieszkania, podporządkowując je kontraktom z instytucjami muzycznymi. Powoduje to, że skutki *żarłoczności* dotyczą także bliskich neurochirurgów czy dyrygentów, i muszą oni np. przejmować obowiązki domowe czy podporządkować pracy współmałżonka swoje plany zawodowe. Ma to oczywiście wpływ na sytuację rodzinną i związki romantyczne, w jakie wchodzi przedstawiciele obu profesji.

Aby móc rozwijać karierę w obu zawodach, konieczne jest poddanie się *żarłoczności* profesji, podporządkowanie innych ról społecznych roli zawodowej.

⁶ Jest to pojęcie uwrażliwiające (Konecki 2000). Samo pojęcie *żarłoczności* może przywołać na myśl także opisywane przez Lewisa Cosera „grupy żarłoczne” (Sztompka 2012: 270), czyli takie, które niemalże bez reszty angażują swoich członków. Są to zazwyczaj grupy małe i trwałe, przez co mają dla swoich członków duże znaczenie. Ponieważ obejmują także wiele sfer życia jednostek, w dużej mierze są one od nich zależne. Członkowie grup są jednocześnie wobec nich lojalni, darzą je zaufaniem i silnie się z nimi identyfikują. W grupach żarłocznych występuje silna kontrola społeczna, czasami mająca charakter wręcz totalitarny.

⁷ Zjawisko to dotyczy także innych zawodów, w których perfekcyjność w pracy poprzez ciało jest pożądana i nieosiągalna jednocześnie.

Dotyczy to także zarządzania ciałem, w tym uprawiania w czasie wolnym od pracy sportów, które pozwalają utrzymać je w formie na potrzeby pracy. Zdarza się, co prawda, ograniczenie *żarłoczności* profesji przez jednostkę, ale ma ono miejsce albo na późnym etapie kariery, gdy mamy do czynienia z poczuciem spełnienia zawodowego lub wypaleniem zawodowym, albo stanem mu bliskim. Na wcześniejszych etapach kariery może mieć ono miejsce wówczas, gdy rola zawodowa jest nie do pogodzenia z innymi rolami społecznymi, które dla jednostki są równie ważne. W zawodzie neurochirurga odnosi się to zazwyczaj do karier kobiet, które zostają matkami. Wówczas pogoń za doskonałością musi zostać ograniczona, ponieważ nowa rola wymaga dużego zaangażowania. Z definicji zmaskulinizowanego zawodu neurochirurga wynika, że taki neurochirurg jest gorszy, a jego możliwości rozwoju zmniejszają się.

Zjawisko *żarłoczności* profesji można uznać za rodzaj hipertrofii tożsamości (*identity spread*) (Strauss, Glaser 1975: 60; Bokszański 1989: 134). Dochoodzi do niej, gdy jeden posiadany przez jednostkę status dominuje nad innymi i powoduje, że inne statusy są odsuwane na dalszy plan lub w ogóle usuwane z zakresu działań jednostki. Co ciekawe, Strauss i Glaser mówią o hipertrofii tożsamości w kontekście chronicznej choroby, np. nowotworu. W sytuacji choroby tożsamość pacjenta staje się dla jednostki tożsamością dominującą ze względu na ograniczenia ciała. W sytuacji tożsamości zawodowej neurochirurgów i dyrygentów jest podobnie, z tą jednak różnicą, że dominującą kwestią jest utrzymanie ciała na określonym poziomie efektywności realizowania działania głównego.

4.1.2. Przywództwo realizowane poprzez ciało

Istotnym elementem pracy w obu zawodach jest realizowanie przez ich przedstawicieli zadań przywódczych. Zarówno neurochirurdzy, jak i dyrygenci pracują z zespołami osób posiadających różne specjalizacje. W przypadku neurochirurgów są to lekarze i pielęgniarki różnych specjalności, np. anestezjologicznej, rezydenci neurochirurgii, czy osoby obsługujące specjalistyczne sprzęty. Z kolei w przypadku dyrygentów są to przede wszystkim muzycy różnych specjalności, ale i pracownicy techniczni czy reżyserzy. Od umiejętności tych osób, a także od ich efektywnej współpracy zależy powodzenie realizacji zadania, jakie stoi przed neurochirurgiem lub dyrygentem, a za które każdy z nich ponosi indywidualną odpowiedzialność. Przywództwo ma zatem nie tylko wymiar praktyczny, polegający na doprowadzeniu do zrealizowania zadania. Realizowanie tego aspektu roli ma także na celu zapewnienie bezpieczeństwa samemu sobie. W razie niepowodzenia koncertu czy przedstawienia w operze całe odium winy spada na dyrygenta. Publiczność, środowisko zawodowe czy władze placówki nie rozliczają każdego muzyka z jego pracy w trakcie feralnego wydarzenia. Porażka w trakcie koncertu, nawet niezawiniona wprost przez dyrygenta, może

zakończyć jego karierę zawodową. Podobnie neurochirurg ponosi indywidualną odpowiedzialność za przebieg i wynik operacji, choć w tym wypadku może ona mieć także charakter odpowiedzialności prawnej. Dyskusje dotyczące tego, że jakiś pacjent lub rodzina mogą pozwać, pozwali lub przegrali w sądzie z neurochirurgiem, zdarzały się na obserwowanym przeze mnie oddziale każdego dnia. W razie niepowodzenia operacji, niezależnie od tego, czy zaniedbania dopuściła się pielęgniarka, instrumentariuszka, czy sam operator, odpowiedzialność spada na neurochirurga. Dotyczy to również sytuacji, w których nie z winy lekarza doszło do nieprzewidzianych komplikacji w trakcie operacji.

Oczywiście, najczęściej pomiędzy członkami zespołu a neurochirurgiem czy dyrygentem istnieje zależność. Społeczna definicja roli pielęgniarki czy muzyka orkiestrowego zawiera aspekt podległości: wykonywania poleceń lekarza czy dyrygenta. Jednak z powodu braków kadrowych na stanowisku pielęgniarki czy instrumentariuszki w niewielu placówkach istnieje możliwość wyboru, z kim dany operator chce i lubi pracować. W sytuacjach nagłych zdarzeń np. w nocy operuje się szybko, wraz z zespołem, który pełni akurat dyżur. W podobnej sytuacji znajdują się dyrygenci. Niewielu z nich piastuje stanowisko dyrektora artystycznego w operze czy filharmonii, co mogłoby mieć wpływ np. na zwolnienie członka orkiestry. Ponadto, w przypadku obu rodzajów zespołów, samo wykonanie zadania może być niewystarczające dla jego powodzenia. Zdarzają się takie koncerty i takie operacje, w przypadku których wymagana jest szczególna koncentracja i zaangażowanie. Dlatego też umiejętności przywódcze, charyzma, strategie zarządzania zespołem są ważnym elementem roli w obu opisywanych zawodach.

Jednym z najważniejszych aspektów realizowania roli przywódcy przez przedstawicieli obu zawodów jest skłonienie zespołów do realizacji podejmowanych przez specjalistów decyzji. Z uwagi na różny charakter pracy akceptacja dla wahania przed podjęciem decyzji oraz jego konsekwencje dla sposobu pracy poprzez ciało oraz konstruowania roli przywódcy są w obu przypadkach odmienne.

Rola współpracowników – osoby podlegające przywódcy

Pomimo dosyć indywidualistycznego wizerunku obu profesji wykonanie pracy jest uzależnione, a nawet byłoby niemożliwe, bez współpracy wyspecjalizowanych zespołów. W przypadku zespołów orkiestrowych współpraca na koncercie opiera się głównie na komunikacji niewerbalnej – obserwacji gestów oraz podążaniu za partyturą interpretowaną gestami przez dyrygenta. Elementem roli przygotowanego profesjonalnie muzyka instrumentalisty jest podążanie za dyrygentem. Tworzenie przez dyrygenta relacji partnerskiej z muzykami orkiestry dotyczy jedynie sposobu sprawowania władzy, a nie dzielenia się nią. Jak pisze Anna Bull (2016: 855), dyrygent:

tłumaczył, że jego gesty miały raczej zapraszać muzyków do gry, niż im rozkazywać, tak by mieli poczucie, że sami decydują, jak mu odpowiedzieć. Ale ten wybór był iluzoryczny; muzycy zawsze odpowiadali „tak”.

W przypadku pracy neurochirurgicznej zespół składa się z profesjonalistów różnych dziedzin medycyny, z których każdy wykonuje wyspecjalizowane zadanie. Każde z tych zadań jest wysoko sproceduralizowane. Zadaniem zespołu jest stworzenie tła, przygotowanie sali operacyjnej, pacjenta, narzędzi itp. W przeciwieństwie do dyrygenta neurochirurg wykonuje najważniejsze zadanie sam, ale wspierany przez zespół. Różnice te przekładają się na różne znaczeniowo rozumienie pojęcia decyzyjności w obu zawodach.

Ważnym aspektem pracy w zespołach pod przywództwem dyrygenta czy neurochirurga jest synchronia (Hall 1984: 109–124), czyli nieświadome dostosowywanie rytmu pracy przez osoby wchodzące w skład grupy. Edward Hall twierdzi, że takie dostrajanie się jednostek do siebie nawzajem ma podłoże biologiczne (występuje u przedstawicieli różnych gatunków) i jest kształtowane kulturowo. Jej brak w trakcie wspólnego wykonywania zadania może być źródłem napięć w grupie. Z tego powodu w obu zawodach wykształcono różnego rodzaju strategie ustalania rytmu. Najważniejszą z nich zdaje się podległość przywódcy, który aranżuje rytm i którego praca polega także na tym, by nie został on zaburzony lub przerwany. W dostosowaniu się do narzuconego rytmu niezbędne jest obserwowanie przywódcy, możliwe w przypadku obu zawodów. Z uwagi na charakter pracy w zespołach neurochirurgicznych synchronię można osiągnąć także poprzez odtwarzanie muzyki i rozmowę.

Synchronia jest pomocna w tworzeniu przez specjalistów obu dziedzin swojej jednej cielesności składającej się z członków prowadzonych przez nich zespołów. Umiejętność narzucenia rytmu i aranżowania synchronii może być wyuczona w trakcie socjalizacji wtórnej, lecz jest także jedną z cech charyzmy. Jest niezbędna w sytuacji wymienialności członków zespołu i konieczności formowania jednej cielesności także *ad hoc*. Ciało ciał (*the body of bodies*) musi zostać ułożone i rozmieszczone w ramach fizycznej i symbolicznej przestrzeni (Atkinson 2006: 98), a następnie wykonać wysokospecjalistyczną pracę pod przewodnictwem jednej osoby.

Ciało dyrygenta czy neurochirurga może być także traktowane jako sieć sama w sobie. Pozwala ona na tworzenie nowej sieci, również *ad hoc*, ponieważ inni jej aktorzy są nawykli do realizowania działań zawodowych w połączeniu z przedstawicielami różnych specjalności, zarówno wobec innych aktorów ludzkich, jak i pozaludzkich (Latour 1996: 373; Strathern 1999: 158).

Modele realizowania roli przywódcy

Aspekt przywódczy roli dyrygenta orkiestrowego można pokrótce określić jako umiejętność pociągania, porywania za sobą muzyków orkiestry. Władza

dyrygenta opiera się w znacznej mierze na charyzmie, która przejawia się właściwie całkowicie poprzez ciało: głos, gesty, postawę, spojrzenie (Bull 2016: 867). W przypadku przedstawicieli tego zawodu umiejętność podjęcia decyzji polega głównie na samodzielnym, *de facto* autorytarnym wyborze i przekonaniu lub wymuszeniu jego realizacji na orkiestrze. Neurochirurdzy kierują pracą zespołu w inny sposób. Zespół nie jest przez nich „porywany”, to raczej zespół wspiera neurochirurga w wykonaniu jego indywidualnej, specjalistycznej pracy, np. poprzez zapewnienie narzędzi, materiałów, funkcjonowania urządzeń, zadbanie, by pacjent był w odpowiednim stanie (m.in. uspiomy, umyty, zacewnikowany). Umiejętność podejmowania decyzji polega w tym przypadku głównie na pracy pod presją czasu, w sytuacji niepełnej wiedzy, ze świadomością ryzyka braku możliwości naprawienia błędu. Z różnic pomiędzy charakterem pracy, współpracy z zespołami wynika różna interpretacja dla niezdecydowania w obu zawodach.

W profesji neurochirurga umiarkowane niezdecydowanie w trakcie operacji jest cenione. Nie mam tu na myśli nieumiejętności podejmowania decyzji, stalego konsultowania ich z kolegami po fachu czy przedłużaniu operacji z powodu niechęci do jej zakończenia. Umiarkowane niezdecydowanie to działanie polegające na bieżącym reagowaniu operatora na to, co zastał w łóżu operacyjnej, stałej ocenie szans na powodzenie niektórych interwencji, ważenie ryzyka i potencjalnych korzyści z np. dalszego usuwania tkanki guza. W oczach członków zespołu świadczy ono o rozważnym podejściu do operacji i dbałości o pacjenta. Jest świadectwem odpowiedzialności i profesjonalizmu. Dowodzi analizy alternatywnych rozwiązań oraz tego, że neurochirurg ma świadomość, iż prawdopodobnie nie będzie mógł naprawić błędu.

W profesji dyrygenta, nie tylko orkiestrowego, nawet chwilowe niezdecydowanie podczas koncertu jest dowodem braku profesjonalizmu, słabej charyzmy, nieumiejętności kontrolowania swojego ciała. Dyrygenci manipulują poprzez swoje ciało wrażeniami i jako kierujący zespołem muszą stale kontrolować swą mimikę, czyli np. reakcje na ewentualne pojawiające się błędy w orkiestrze czy na scenie operowej. Każde zawahanie może spowodować wybiecie orkiestry z rytmu i położyć się cieniem na kolejnych etapach koncertu. Jak wielokrotnie stwierdzali badani muzycy, większość osób na publiczności znacznie lepiej widzi niż słyszy. Drobną pomyłką może nie zostać przez nie usłyszana, natomiast chaos, który zapana w orkiestrze po takiej pomyłce, będzie widoczny i zaważy na odbiorze koncertu. Dlatego w pracy dyrygenta nie ma miejsca na zawahanie, a w przypadku pomyłki muzyka lub problemów technicznych na scenie musi on podjąć natychmiastową decyzję, jak ma się zachować orkiestra. Dyrygent jest nieustannie obserwowany przez wielu muzyków i wahanie nie może być widoczne nawet w najmniejszym stopniu.

Z kolei wśród neurochirurgów mimika, a także szerzej – kontrola nad emocjami – nie jest istotnym czynnikiem konstruowania roli przywódcy. Kontrola nad

ciałem ma znaczenie w kontekście wykonywania prawidłowych ruchów, umożliwiających przeprowadzenie operacji. Ponadto neurochirurdzy, jak i reszta zespołu, pracują w maskach chirurgicznych, przez co znaczenie mimiki w komunikacji sprowadza się do odczytywania wyrazu oczu⁸. Komunikacja werbalna pomiędzy członkami zespołu występuje nieustannie, dlatego rola komunikacji niewerbalnej poprzez mimikę twarzy jest znacznie mniejsza. Kluczowe znaczenie ma też fakt, że, mówiąc językiem Ervinga Goffmana, neurochirurdzy pracują w kulisach, a dyrygenci na scenie. Zmienia się to, gdy neurochirurg wykonuje operację wymagającą udziału aktywnego i świadomego pacjenta. Wówczas znacznie bardziej kontroluje on swoją mimikę, jest bardziej oszczędny w okazywaniu emocji, nie włącza muzyki, nawet jeśli ma taki zwyczaj.

Można zatem uznać, że istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy rodzajem wykonywanego zawodu a definiowaniem roli przywódcy w jego ramach. Definicja ta z kolei przekłada się na tolerancję dla niezdecydowania, co ma bezpośredni wpływ na to, na jakim poziomie jednostki kontrolują swoje ciała w procesie realizacji zadania. Wysoka kontrola nad własnym ciałem może być realizowana w dwóch aspektach:

1. Kontrola techniczna – występuje zarówno u neurochirurgów, jak i u dyrygentów. Dotyczy opanowania efektywnego wykorzystania własnego ciała, mikro-ruchów rąk, postawy ciała, obsługi narzędzi. Może ona dotyczyć zarządzania emocjami, które w przypadku neurochirurga nie sprzyjają spokojnemu i efektywnemu wykonywaniu pracy.

2. Kontrola nad wrażeniami – to przede wszystkim panowanie nad mimiką i gestami. Ma ona duże znaczenie w przypadku dyrygentów. Neurochirurgów zaś dotyczy jedynie w ograniczonym zakresie, gdy przeprowadzają oni operację na przytomnym i świadomym pacjencie.

Powyższe przykłady pozwalają wysnuć wniosek, że neurochirurdzy i dyrygenci włączają do technik ciała (Mauss 1973) wymagania pełnionych przez nich ról społecznych. Jak pisze Hirschhauer (1991), ciała w profesjonalnym działaniu muszą przejść długi i szczegółowy proces przygotowania. Przebiega ono na dwóch poziomach. Po pierwsze, w sytuacji pracy codzienne ciała znikają i są podzielone na rejony, sfery, funkcje. Przykładem może być tutaj *czysta* część przednia ciała neurochirurga i tylna oraz dolna część *brudna* lub też podział stosowany przez niektórych dyrygentów na rękę taktującą i przekazującą interpretację.

⁸ Jak duże znaczenie w komunikacji ma mimika ust i okolic nosa, mogliśmy się przekonać podczas pandemii COVID-19, gdy obowiązywał przymus noszenia masek. Pojawiły się nawet strategie radzenia sobie z tą nagłą zmianą w relacjach personelu medycznego z pacjentami, np. produkcja masek z przezroczystą folią w miejsku ust.

Po drugie, ciała specjalistów nie są w pełni do dyspozycji swoich posiadaczy. Stają się funkcjonalnie rozbudowywane przez innych, np. zespół operacyjny czy orkiestrę, a także technologię, narzędzia, procedury itp. (por. Hirschhauer 1991). Powoduje to, że inni członkowie zespołu traktują ciała specjalistów w określony sposób, np. blok operacyjny jest domyślnie dostosowany do potrzeb praworęcznych neurochirurgów, a instrumentariuszka uczy się podawać narzędzia do prawej ręki (por. teoria aktora-sieci – Law 1992).

Emocje są kolejnym elementem pojawiającym się w pracy obu zespołów, operacyjnego i muzycznego, jednak ich rola jest różna (Strauss i in. 1982: 254; Hochschild 2009: 7–39). Celem pracy przywódczej neurochirurga jest tonowanie emocji dla dobra pacjenta, a podejmowane przez niego działania (np. muzyka, żarty, zachowanie spokoju) mają na celu uspokojenie jego i innych członków zespołu. Z kolei celem pracy dyrygenta jest wywoływanie precyzyjnie wybranych emocji dla dobra przebiegu koncertu, a wiele elementów jego roli wskazuje na uroczysty, wyjątkowy charakter pracy: odświeżony nastrój, sala koncertowa, fryzura, sposób bycia. Nasycenie emocjami – niskie w przypadku neurochirurgów i wysokie w przypadku dyrygentów – jest uwidocznione w każdym niemalże fragmencie ich ciał.

4.1.3. Specyfika zadania a praca poprzez ciało

Specyfika efektu wykonywanego przez specjalistów zadania, w tym przypadku koncertu lub operacji, określa sposób jego realizacji poprzez ciało lub, mówiąc językiem Maussa, sposób posługiwania się ciałem. Dobrze widać tę zależność nie tylko porównując dwa różne zawody, ale także w obrębie specjalizacji w ramach każdego z nich. W przypadku neurochirurgów różnice pojawiają się w sposobie realizowania roli neurochirurga operującego osoby dorosłe i dzieci. Z racji tego, że mózg dziecka jest bardziej *wdzięczny* i *więcej wybacz*a, neurochirurgi dziecięcy mogą przeprowadzać krótsze operacje. Nie mam tu na myśli mniej dokładnego operowania, ale możliwość *wyrehabilitowania*, przejęcia funkcji danego ośrodka przez inne w sytuacji ewentualnych powikłań. Mózg dziecka rośnie, komórki namnażają się, przez co negatywne konsekwencje interwencji neurochirurgicznej często nie są nieodwracalne. W przypadku mózgów osób dorosłych ryzyko jest większe, dlatego każdy swój ruch neurochirurg musi dokładnie rozważyć pod kątem nieodwracalnych powikłań. Z tego powodu operacje neurochirurgiczne u dzieci są krótsze (trwają 3–4 godziny), przez co neurochirurgi dziecięcy krócej trwają w pozycjach wymuszonych oraz krócej wpatrują się w mikroskop, a co za tym idzie, mają mniej problemów zdrowotnych. Z tego powodu nie ma tutaj tak wielu wykształconych strategii zarządzania ciałem, jak w przypadku neurochirurgów operujących dorosłych.

Z kolei w przypadku dyrygentów różnica w sposobie pracy poprzez ciało dotyczy osób prowadzących orkiestry i chóry, ale także pracujących w filharmoniach

i operach. Choć na uczelniach muzycznych istnieją osobne specjalizacje – dyrygentura chóralna i symfoniczna – dyrygenci najczęściej uczą się kierować zespołami obu rodzajów, a także zespołami, w których uczestniczą obie te grupy muzyków. Zazwyczaj jednak dyrygenci kierunkują swoją karierę na konkretny rodzaj zespołów wykonawczych. Praca poprzez ciało w przypadku dyrygenta chóralnego, w odróżnieniu od szczegółowo opisanej tutaj pracy dyrygenta orkiestrowego, różni się kilkoma aspektami. Przede wszystkim dyrygent chóralny pracuje najczęściej z czterema liniami głosu, czyli z muzykami podzielonymi na cztery kategorie i z tego powodu zazwyczaj nie używa batuty. Nie ma bowiem potrzeby precyzyjnego przekazywania sygnałów konkretnej niewielkiej grupie muzyków grających na danym instrumencie. Druga z różnic dotyczy sposobu oddychania. W pracy z chórem oddech ma jeszcze większe znaczenie, ponieważ „instrumentem” wszystkich muzyków jest głos, zależny od oddechu. Technicznie rzecz ujmując, dyrygent chóralny nie musi różnicować czasu, w jakim przekaże gest uprzedzający dany dźwięk od rodzaju „instrumentu”, ponieważ wszystkie „instrumenty” wymagają do tego podobnego czasu. Dyrygenci orkiestrowi różnicują ten czas, biorąc pod uwagę, że wydobyć dźwięku z instrumentu dętego zajmuje więcej czasu niż z klawiszowego. W przypadku dyrygentów orkiestrowych oddech ma znaczenie uspojujące wykonanie, ale w sensie technicznym jest kluczowe dla instrumentalistów dętych, znacznie mniej dla skrzypków czy perkusistów. Różnicowanie przez dyrygentów sposobu pracy poprzez ciało zależy również od tego, czy prowadzą oni orkiestrę w filharmonii, czy w operze. Jak pisze Jerzy Waldorff (1994: 122), różnica ta może dotyczyć jednego dyrygenta, pracującego w dwóch rodzajach instytucji:

Ruchy ramion Wilhelma Furtwänglera, kiedy stawał na podium w sali koncertowej, były krągłe i płynne. W operze natomiast zaostrzały się, gdyż twierdził słusznie, że artystom ze sceny trudniej jest – poprzez światła rampy – dostrzec znaki batuty.

Praca z obiektami zróżnicowanymi wewnątrznie

Zarówno neurochirurdzy, jak i dyrygenci pracują nad obiektami zróżnicowanymi wewnątrznie. Części ciała, które operuje neurochirurg, przede wszystkim mózg, zbudowane są z różnych tkanek, zatem od neurochirurga wymaga się różnego rodzaju umiejętności cielesnych: od wymagającego dużej siły fizycznej cięcia kości, przez delikatne rozcinanie opon mózgowych, po subtelne i precyzyjne ruchy w trakcie klipsowania tętniaka czy wycinania guza. Jeszcze większe zróżnicowane w sile i precyzji wymaganych ruchów ma miejsce w przypadku operacji kręgosłupa. Zadania te następują często jedno po drugim, zatem operator musi być w stanie stale kontrolować swoje ruchy. Być może właśnie dlatego cenione przez neurochirurgów instrumentariuszki delikatnie podają

narzędzia operatorom, nie zaburzając tym samym odczucia stosowanej przez nich siły.

Podobnie jest w przypadku dyrygentów. Orkiestra jest całością zróżnicowaną wewnątrz. Podczas pracy z muzykami obsługującymi różne instrumenty (smyczkowe, dęte, klawiszowe) dyrygent musi dostosować swoje gesty do wymagań każdego z tych instrumentów. Owo różnicowanie polega m.in. na nabieraniu oddechu wspólnie z muzykami grającymi na instrumentach dętych czy wskazywaniu gestem różnej głośności różnych instrumentów w danym miejscu utworu. Podczas przygotowań do koncertów przeprowadzane są próby sekcyjne, w których uczestniczy dyrygent i muzycy grający na jednym rodzaju instrumentów, np. smyczkowych. Od czasu wprowadzenia prób sekcyjnych nie tylko pracuje się na nich w sposób dostosowany do wymagań muzyków grających na danym instrumencie, ale także w zróżnicowany sposób dyrygent przekazuje informacje podczas prób *tutti* i podczas koncertów muzykom różnych sekcji.

Wchodzenie w interakcje z obiektami pracy

Pisząc o relacji z obiektami pracy, warto zwrócić uwagę na dwa zjawiska opisane przez Richarda Sennetta: sięganie i siłę minimalną. Cytując Raymonda Talisa (2003, cyt. za: Sennett 2010: 196–198), sięganie przedmiotu stanowi fizyczne wkraczanie w pole relacji z obiektem. Ma ono cztery wymiary:

- 1) antycypację, polegającą na przygotowaniu ręki na kształt przedmiotu,
- 2) kontakt z przedmiotem, gdy otrzymujemy dane zmysłowe,
- 3) język, nazywający to, co trzymamy, oraz
- 4) refleksję.

Z perspektywy pracy poprzez ciało antycypacja jest zjawiskiem, któremu warto bliżej się przyjrzeć. Dzięki nawykowemu nastawieniu na cielesny kontakt z obiektem lub narzędziem swojej pracy ręka przygotowuje się do tego kontaktu. Jak pisze Sennett (2010: 218): „Trzeba być zawsze o krok przed surowcem i uczynić antycypację permanentnym nastawieniem umysłu”. Analizując pracę neurochirurgów i dyrygentów orkiestrowych, stworzyłam porównanie dwóch sposobów wchodzenia w relację z obiektem poprzez sięganie, zawarte w tabeli 6. Przedstawione kategorie wskazują na procesualny i interakcyjny charakter relacji z obiektami, z jakimi pracują przedstawiciele obu zawodów. Każdy ruch inicjowany przez dyrygenta czy neurochirurga rozpoczyna serię kolejnych wydarzeń, polegających na odczytywaniu informacji z obiektu – operowanej zmiany czy współpracujących z dyrygentem muzyków.

Tabela 6. Fenomen sięgania w pracy neurochirurga i dyrygenta orkiestrowego według typologii etapów Raymonda Tallisa (według R. Sennetta 2010: 196–198)

Profesja	Antycypacja	Kontakt	Język	Refleksja i analiza
Neurochirurdzy	Wielokrotne podchodzenie z narzędziem, ustawianie go pod najbardziej korzystnym kątem wobec zmiany (działanie główne – dostosowywanie się)	Dotknięcie narzędziem tkanki i odebranie w ten sposób informacji	Nazwanie procesu lub zmiany lub jej granic	Ocena efektu interwencji
Dyrygenci	Przygotowanie ruchu (czasami auktakt) rozpoczynającego proces uzewnętrzniania (działanie główne)	Ruch, obserwacja orkiestry i wysłuchanie dźwięków	Interpretacja dźwięku (czy jest zgodny z oczekiwaniami)	Ocena koncertu, ocena, czy gesty dały pożądaną efekt

Źródło: opracowanie własne.

Drugim istotnym pojęciem jest siła minimalna, której opanowanie jest według Sennetta charakterystyczne dla działań fachowców⁹. Polega ona na wejściu w interakcję z obiektem pracy poprzez dotyk, poznanie go i zastosowanie tylko takiej siły, jaka jest potrzebna, nie większej. Nabycie tej umiejętności jest związane z antycypacją, ale i kontrolą nad własnym ciałem, które staje się usamodzielnione i „przewiduje” kolejne zdarzenia (Sennett 2010: 210–211). Owo przewidywanie jest wynikiem nabywania doświadczenia i poznania różnych rodzajów obiektów, z którymi fachowiec wchodzi w kontakt. W przypadku opisywanych zawodów użycie siły minimalnej ma duże znaczenie. Dla neurochirurgów ta umiejętność to przede wszystkim mniej ryzykowne operowanie, większa precyzja ruchów. Jeśli chodzi o dyrygentów, ma ono znaczenie w kształtowaniu akcentów o różnej sile

⁹ W książce *Etyka dobrej roboty* (2010) Richard Sennett zajmuje się pracą fachowców, w tym jej cielesnym wymiarem. Pisząc o fachowcach, Sennett ma na myśli osoby, które łączą kilka wspólnych charakterystyk niezależnie od branży, w jakiej pracują, i cechuje je zaangażowanie i praktyczna wiedza (Sennett 2010: 31–32). Umiejętności, które posiadają, mają charakter cielesny, są one kompetencją fizyczną, nabywaną poprzez długotrwałe ćwiczenie.

przekazu. Im większa kontrola nad używaniem siły minimalnej, tym większy repertuar działań wobec obiektu, nad którym się pracuje.

Richard Sennett dużo uwagi poświęca także dotykowi, jako zmysłowi, ale i pewnego rodzaju kompetencji rozwijanej przez fachowców. Jak pisze, fachowiec poprzez dotyk wchodzi z relacją z obiektem, nad którym pracuje, i nabywa w ten sposób świadomości materiałowej (Sennett 2010: 157), czyli trudno werbalizowanej kompetencji związanej z „rozumieniem” poprzez dotyk gęstości, struktury, ciężkości czy kruchości materiału. Potwierdza się to w opisach sposobów pracy neurochirurgów, którzy dzięki dotykowi zapośredniczonemu przez narzędzia rozpoznają kruchość naczyń krwionośnych, twardość i spoistość wycinanych guzów czy miejsce ich odgraniczenia od zdrowej tkanki. Jak się okazuje, taki rodzaj interakcji z obiektem nie jest charakterystyczny tylko dla jednej profesji. Cytowany przez Richarda Sennetta Charles Sherrington, angielski lekarz i fizjolog, laureat Nagrody Nobla twierdził, że dotyk ma charakter nie tylko reaktywny, lecz także proaktywny (Sennett 2010: 195).

Dotyk ma szczególne znaczenie w pracy neurochirurgów, a nie ma tak dużego znaczenia dla dyrygentów, ponieważ pracują oni w oddaleniu od muzyków. Dla nich dużo większe znaczenie ma świadomość pojawiania się spięć w ciele w trakcie prowadzenia zespołu muzyków i umiejętność ich rozluźniania. Aby nauczyć adeptów dyrygentury rozpoznawania i rozluźniania tychże napięć, profesory często używają właśnie dotyku.

Różnice w sposobach odczuwania świadczą o tym, że w zależności od charakteru zadania profesjonalista uczy się dostosowywać funkcjonowanie zmysłów do czerpania informacji i wchodzenia w interakcje z obiektem – w tym wypadku operowanym ciałem ludzkim lub zespołem muzycznym (por. Harris 2021: 10).

Oprócz zmysłów, w procesie pracy kształtowane jest oczywiście całe ciało fachowca, choć w szczególny sposób ręka. Pomimo iż jej efektywność w realizowaniu działania głównego jest uzależniona od innych aspektów pracy poprzez ciało, np. postawy ciała, i nie sposób jej od nich oddzielić, w obu zawodach rola ręki jest nie do przecenienia. Według Sennetta (2010: 191) ręka jako część ciała jest zdolna do wykonywania największej liczby ruchów podlegających naszej kontroli. Jednocześnie w obu badanych zawodach ręka jest kształtowana w bardzo dużej mierze poprzez ćwiczenia, a w znakomitej większości zawodów nie wymaga specyficznej budowy anatomicznej¹⁰. To raczej wykonywany zawód nadaje ręce określoną sprawność, siłę czy wygląd (Kępiński 2001: 175). Jest ona

¹⁰ K. Anders Ericksson wraz zespołem (Ericksson, Krampe, Tesch-Romer 1993: 366) także zwracają uwagę na minimalną rolę, jaką czynniki genetyczne czy wrodzone odgrywają w uzyskiwaniu wybitnych umiejętności w różnych dziedzinach wiedzy. Znaczna większość cech anatomicznych jest bowiem wynikiem adaptacji do praktyk życia codziennego.

także bardzo plastycznym narzędziem – za jej pomocą fachowcy różnych branż wykonują wiele odmiennych zadań. Układ „inteligentnej ręki”, pozwalający na realizację fachowych umiejętności to: oko, ręka, mózg (Sennett 2010: 194–217).

Ręka to także ta część ciała, która wchodzi w bezpośredni kontakt ze środowiskiem otaczającym człowieka. Jest ona też naszym podstawowym narzędziem, poprzez które oddziałujemy, zmieniając otaczające nas obiekty. Jak twierdzi Antoni Kępiński (2001: 175), oprócz funkcji chwytnej, umożliwiającej np. wkładanie pożywienia na ust, ręka posiada także funkcje: „2) twórczą lub manipulacyjną (za pomocą ręki zmienia się otaczający świat na taki, jakim się chce go mieć) [...] i 3) komunikacyjną (za pomocą rąk człowiek porozumiewa się ze swoim otoczeniem społecznym). W ruchach ręki można wszystkie trzy aspekty prześledzić”.

Można powiedzieć, że w odniesieniu do pracy poprzez ciało w obu badanych zawodach wykorzystywane są obie cytowane funkcje. Neurochirurg nie tylko zmienia stan operowanych tkanek, ale i komunikuje się poprzez gesty z instrumentariuszką. Dyrygent nie tylko komunikuje się z orkiestrą, ale także za pomocą gestów pośrednio „wytwarza” dźwięki.

Dobra robota – wymiar prakseologiczny

Skoro odnosimy się do pojęcia fachu w ujęciu Sennetta, warto odwołać się do pracy Tadeusza Kotarbińskiego. W *Traktacie o dobrej robocie* (2019) znajdziemy wiele wątków przydatnych w analizie pracy w obu zawodach z perspektywy prakseologii. Celem przedstawicieli obu badanych zawodów jest wykonanie dzieł nazywanych przez Kotarbińskiego permutacyjnymi, czyli prowadzącymi od stadium początkowego danego obiektu do innego pod określonym względem stadium końcowego. Mogą mieć one charakter konstrukcyjny (Kotarbiński 2019: 38), czyli wyposażać obiekt w nową cechę, jak ruchy wykonywane przez dyrygenta podczas koncertu sprawiające pojawienie się dźwięków czy umieszczenie elektrody w mózgu lub implantu w kręgosłupie. Z kolei do dzieł destrukcyjnych zaliczyć można usunięcie guza nowotworowego. To ostatnie może być także określone, w terminologii Kotarbińskiego, jako czyn perseweracyjny kinetyczny – czyli polegający na aktywnym przywróceniu stanu poprzedniego danego obiektu (2019: 42–45).

Kotarbiński (2019: 53) proponuje także definicję narzędzia służącego do celów fizycznych, a jej przykładami z omawianego zakresu mogą być skalpel, piła do cięcia kości czy batuta. Uczony opisuje także narzędzia, które powstały dla celów psychicznych, w tym takie, które wywołują doznania. Wśród nich wymienia instrumenty muzyczne. Zdaniem osób badanych instrumentem dyrygenta jest orkiestra, choć Kotarbiński z pewnością tak by nie ujął zespołu ludzi. Co szczególnie ciekawe z perspektywy moich analiz, wspomina on także o pseudonarzędziach, czyli narządach sprawcy takich jak oko, ucho czy ręka. Nazywa je pseudonarzędziami, ponieważ „nie powstały one w drodze umyślnego wytwarzania z zewnętrznego tworzywa” (Kotarbiński 2019: 57). O ile należy się zgodzić

z drugą częścią zdania, o tyle pierwszą można zakwestionować na podstawie wyników przedstawionych wcześniej analiz. Fakt, że fragment ciała nie jest „wytwarzany z zewnętrznego tworzywa”, nie wyklucza, że został on ukształtowany w drodze umyślnego wytwarzania. Zarówno oko (neurochirurga), jak i ucho (dyrygenta) czy ręka (jednego i drugiego) to obiekty kształtowane latami podczas *przychodzenia*, poprzez podejmowanie kształcenia praktycznego pod okiem mistrza, celowego ćwiczenia sprawności czy dokładności i nabywania doświadczenia zawodowego. Dowodów na istnienie takich procesów dostarczył także cytowany wcześniej Richard Sennett. Kotarbiński zauważa również, że narzędzia, nazwane przez niego pierwotnymi i elementarnymi stanowią przedłużenie i wyolbrzymienie narządów ludzkiego ciała (2019: 58). Potwierdzają to moje analizy w odniesieniu do wielu narzędzi używanych przez przedstawicieli badanych zawodów: batuta ma poszerzać zakres ruchu ręki, mikroskop wyostreżać widzenie, a skalpel umożliwić dokładniejsze rozdzielanie tkanek.

Autor *Traktatu o dobrej robocie* omawia także działania zbiorowe i wyróżnia kooperację pozytywną (czyli współpracę) i negatywną (współdziałanie ujemne, np. walkę) (Kotarbiński 2019: 96–99). Najczęściej członkowie zespołów prowadzonych przez neurochirurgów i dyrygentów popierają zarówno czyny, jak i cel – zoperowanie pacjenta lub odegranie koncertu – mamy więc do czynienia z pierwszym typem kooperacji. Zdarza się jednak, że poszczególni członkowie popierają niektóre z czynów czy celów jak np. solista, który nie zgadza się z interpretacją dyrygenta odnośnie do jego partii w operze i celowo wykonuje arię wolniej. Wówczas możemy mówić o kooperacji negatywnej, ponieważ działania solisty wpływają (choć niezgodnie z zamierzonym przez dyrygenta celem) na działania innych członków orkiestry, którzy muszą dostosować do niego tempo grania na instrumentach. W sytuacjach, w których uczestniczyłam, zdecydowanie częściej dochodziło do kooperacji pozytywnej. Bez niej nie byłoby możliwości efektywnego osiągnięcia celu. Doprowadzenie do możliwości powstania zbyt wielu sytuacji kooperacji negatywnej (np. konfliktów) stanowi o niewłaściwym pełnieniu roli przywódczej przez dyrygentów i neurochirurgów. W skrajnych przypadkach może to doprowadzić do niezrealizowania celu, jak wówczas, gdy orkiestra skłócona z dyrygentem nie rozpoczyna gry na jego znak. W zespołach neurochirurgicznych takie zdarzenia są rzadsze i mniej zasadnicze, ponieważ ich konsekwencje mogą być tragiczne, włącznie ze śmiercią pacjenta, a niepodjęcie kooperacji pozytywnej może mieć skutki prawne.

Kotarbiński omawia także czynniki, jakie umożliwiają kooperację w zespołach wielopodmiotowych. I tak, po pierwsze zespoły muszą dopuszczać rozmaitość sprawności swoich członków. W przypadku zespołów zabiegowych i muzycznych ten podział jest nie tylko oczywisty dla ich członków, ale także jest warunkiem powstania takich zespołów. Bez różnicowania specjalizacji, czy to medycznej, czy muzycznej, realizacja stojących przed oboma zespołami zadań byłaby niemożliwa.

Po drugie, różne mogą być zależności pomiędzy członkami zespołu. Inna jest bowiem relacja pomiędzy dyrygentem i solistą niż pomiędzy dyrygentem i muzykiem orkiestry. Podobnie inna jest zależność, także czasowa, pomiędzy instrumentariuszką, która współpracuje z neurochirurgiem przez cały okres trwania operacji, a lekarzem anestezjologiem, który przygotowuje pacjenta przed zabiegiem, a następnie wybudza go po jego zakończeniu.

Po trzecie, czynności poszczególnych osób muszą być zgodne i zsynchronizowane. Zarówno w trakcie operacji, jak i podczas koncertu członkowie zespołu z wyprzedzeniem wiedzą, ale także na bieżąco orientują się, co robią inni członkowie. Przekłada się to na konieczność stałego komunikowania (mówiąc językiem Kotarbińskiego [2019: 103] – informowania) pomiędzy członkami zespołu. Może mieć ono różne formy: od słownej, poprzez inny rodzaj komunikacji werbalnej (np. aprobujące mruknięcia), aż po komunikację w ciszy, całkowicie opartą na obserwacji innych czy na kontakcie wzrokowym.

Po czwarte, w każdym zespole niezbędne jest wyłonienie roli kierowniczej, aby pojedyncze osoby poddawały się jednemu sposobowi wykonania dzieła oraz jednoczyły wokół celu. I tutaj sam Kotarbiński (2019: 105) odwołuje się do roli dyrygenta, który wyznacza tempo i natężenie brzmień wykonywanego przez orkiestrę utworu.

Po piątę, w zespole dochodzi do podziału czynności, a przez to do specjalizacji, czyli stałego przypisania do określonych działań. Jak pisze Kotarbiński, „ograniczenie czyni mistrza” (2019: 106), czyli umożliwia zawężenie działań poszczególnych jednostek, dzięki któremu ich praca jest bardziej efektywna, ponieważ nie tracą one energii i uwagi na przedstawianie się z jednych zadań na inne. Co więcej, nie tylko swoiste uzdolnienia prowadzą do wyboru specjalizacji, ale i odwrotnie – specjalizacja „urabia osobnika, psychicznie i fizycznie” (2019: 106). Wnioski te znajdują potwierdzenie w wynikach opisywanych badań. Specjalizacja zawodowa kształtuje ciało jednostki, także w sensie fizycznym: jego budowę, sposób użytkowania, postrzegania, przypisywania mu symbolicznych znaczeń i eksploatacji jego zasobów.

Zespoły szczególnie dobrze współdziałające, takie, w których każdy ruch każdego z jej członków jest dyktowany przez cel, Kotarbiński nazywa zespołami organicznymi. Przypominają one bowiem pod względem kooperacji jeden organizm. Z uwagi na duże znaczenie pracy poprzez ciało zarówno w zespołach zabiegowych, jak i orkiestrach można powiedzieć, że jednym z aspektów pełnienia roli przywódczej przez dyrygentów i neurochirurgów jest takie kierowanie zespołami i organizowanie ich pracy, jakby tworzyły jeden organizm, ciało ciał (także *ad hoc*).

Tytułowa dobra robota to dla Kotarbińskiego praca spełniająca kilka wymagań. Po pierwsze, jednostka musi mieć naturalną zdolność do jej wykonania, czyli posiadać możliwości uzależnione np. od siły (2019: 63). W przypadku obu badanych zawodów takie dyspozycje nazywano cechami wrodzonymi czy darami od

Boga. Wiele z nich, tak w odniesieniu do dyrygentów, jak i neurochirurgów, było jednak wynikiem działań socjalizacyjnych. Aby dobrze wykonywać robotę, jednostka musi wykazywać się sprawnością zawodową, nabywaną w trakcie ćwiczeń (2019: 172). Wiele jest takich działań, opisywanych wcześniej, m.in. szycie skóry kurczaka przez adeptów neurochirurgii czy powtarzanie gestów przed lustrem przez studentów dyrygentury. Kolejną cechą dobrej roboty jest, według Kotarbińskiego (2019: 101), umiejętność współpracy, co w przypadku ról społecznych dyrygenta i neurochirurga przejawia się umiejętnością organizowania pracy w zespole. Dobra robota ma zatem, według tego uczonego, walory odnoszące się do cech indywidualnych (w tym wrodzonych, jak i kształtowanych społecznie) i grupowych. Kotarbiński dowartościowuje społeczny charakter pracy, w tym jego wpływ na „urabianie” jednostki jako wykonującej „dobrą robotę”, choćby wówczas, gdy pisze o specjalizowaniu się członków zespołów w konkretnej pracy oraz o konieczności ciągłego „informowania się” wzajemnie o podejmowanych działaniach.

5. Podsumowanie – społeczne konstruowanie cielesności w zawodach wysokospecjalistycznych

Panuje fałszywe przekonanie, że ludzie, którzy zdolali w wysokim stopniu opanować jakąś technikę, muszą dysponować nietypową budową ciała. [...] Ręce można rozciągać dzięki ćwiczeniom, by ustawiać kciuk pod odpowiednim kątem wobec palca wskazującego – pianiści czy wiolonczeliści o masywnych dłoniach są na to skazani. Inne trudne rodzaje działań – na przykład praca chirurga – nie wymagają specyficznej budowy dłoni.

Richard Sennett, 2010, *Etyka dobrej roboty*, s. 194

5.1. Wnioski z badań

Celem opisanych w tej monografii badań było odkrycie i opisanie prawidłowości pracy wykonywanej poprzez ciało przez przedstawicieli dwóch zawodów wysokospecjalistycznych. Moim celem było również przedstawienie zawodowej codzienności neurochirurgów i dyrygentów orkiestrowych, stanowiącej konteksty działań, także tych podejmowanych poprzez ciało. Mam także nadzieję, że przedstawione poniżej wnioski teoretyczne płynące z analizy danych będą mogły posłużyć badaczom zajmującym się zarówno socjologią ciała, jak i *workplace studies*, a także badaniami dotyczącymi zawodów, głównie medycznych i artystycznych.

Po pierwsze, jak wskazałam we wprowadzeniu, ciało i umiejętności cielesne są nieodzownym elementem realizowania roli zawodowej w badanych profesjach, a można sądzić, że także w innych, w których praca poprzez ciało jest istotna lub wręcz kluczowa. W zależności od charakteru i kontekstu realizacji zadania zawodowego instytucjonalizowane (Berger, Luckmann 1983) są określone sposoby używania ciała, które następnie przekazywane są w procesie socjalizacji wtórnej do poszczególnych zawodów. Ciało przekształcane jest przez jednostkę w konkretnym celu – efektywnego wykonywania zawodu.

Co ważne, nie zawsze jest to praca uświadomiona czy celowa. W obu analizowanych przeze mnie zawodach, a zapewne także w wielu innych, deklaruje się, że praca poprzez ciało jest mało istotna, wtórna wobec pracy koncepcyjnej i wiedzy specjalistycznej. Jest to zapewne wynikiem historycznego już, i wielokrotnie kwestionowanego, Kartezjańskiego dualizmu. Podążając za logiką tego podziału, twierdzi się, że dzieła duszy, intelektu są więcej warte niż dzieła pracy fizycznej.

Jak jednak wynika z obserwacji badanych osób, bez posiadania specjalistycznej wcielonej wiedzy i umiejętności technicznych, a także możliwości fizycznych wykonywania wyczerpującej pracy przedstawiciele obu zawodów nie mogą osiągnąć znaczących pozycji w swoich profesjach. W przypadku niektórych neurochirurgów czy dyrygentów wykonywanie zawodu przestaje być w ogóle możliwe z powodów związanych z możliwościami fizycznymi, pomimo posiadania dogłębnej wiedzy specjalistycznej w zakresie teoretycznym.

Na podstawie moich wcześniejszych badań nad fizjoterapeutami i tancerzami (Byczkowska 2012, 2014) zauważam także następującą zależność: im większe jest społeczne przyzwolenie na docenienie fizycznego charakteru danej pracy (zamiast negowania go z powodów przywiązania do Kartezjańskiego dualizmu), tym bardziej strategii zarządzania ciałem i sposoby posługiwania się nim w celu realizacji zadania zawodowego są zobiektywizowane, werbalizowane oraz stają się oficjalną i formalną częścią kursu zawodowego. Dlatego też ważne jest do wartościowanie cielesnego wymiaru zawodowych kompetencji przedstawicieli obu profesji. Mogłoby się to stać np. poprzez stworzenie programów kształcenia umiejętności cielesnych i wiedzy ucieleśnionej opartych na pracy doświadczonych nauczycieli, np. trenerów sportowych, terapeutów pracy z ciałem, pedagogów, co umożliwiłoby nowicjuszom odpowiednie przygotowanie ciała do pracy i utrzymanie go w dobrej formie. Osoby nauczające rezydentów neurochirurgii i studentów dyrygentury znajdują swoje własne sposoby na przekazanie wiedzy. Jedne z nich są jednak bardziej, a inne mniej skuteczne, ale w obliczu kluczowego znaczenia pracy poprzez ciało w obu zawodach być może warto byłoby, aby profesory dyrygentury jak i specjaliści neurochirurgii uczący rezydentów mieli wsparcie oparte na dorobku andragogiki i nauczycieli pracy z ciałem.

Po drugie, na podstawie przedstawionych przeze mnie badań można stwierdzić, że istnieje zależność pomiędzy charakterem zadania (zawodowego, ale nie tylko) i wymuszonym przez nie sposobem pracy poprzez ciało a przekazywanymi w procesie socjalizacji wtórnej strategiami zarządzania ciałem. Kontekst społeczny, w jakim zachodzą interakcje zawodowe, kształtuje, czy wręcz doprowadza do instytucjonalizacji¹, zasady pracy poprzez ciało. Oprócz charakteru zadania najistotniejszymi czynnikami mającymi znaczenie w tym procesie są:

- Historia zawodu, a przez to kultura kształtowana przez stulecia pracy kolejnych pokoleń w danym zawodzie. Na przykład dystans emocjonalny chirurgów pracujących z pacjentami bez znieczulenia jest jedną z charakterystyk przedstawicieli zawodu neurochirurga także dzisiaj. Praca poprzez ciało w każdym z badanych zawodów przebiega zgodnie z zestawem reguł wykształconych zarówno w czasach, gdy dany zawód powstawał, jak i mających charakter procesualny

¹ Jak w przypadku różnic w używaniu ciała przez dyrygentów pracujących w operze i filharmonii.

zmian związanych ze zmieniającymi się uwarunkowaniami realizowania roli zawodowej. Sposób posługiwania się ciałem (Mauss 1973) jest zatem procesualnie konstruowany przez jednostki, dostosowujące swoje ciała do zmieniających się warunków i wymagań pracy poprzez ciało.

- Autodefinicja jednostki w roli, czy też sposób, w jaki realizuje swoją rolę zawodową (Turner 2002), jak definiuje swoje relacje z innymi. Dla przykładu na sposób pracy poprzez ciało w zawodzie dyrygenta wpływ będzie miało to, czy uważa się on za bezkompromisowego przywódcę, który za wszelką cenę chce zrealizować swój zamiar, czy za partnera profesjonalnych muzyków. Autodefinicja jest pochodną doświadczeń w realizowaniu roli zawodowej, ale także nauki i przykładu, jaki stanowił dla przedstawiciela każdego z zawodów jego mistrz.

- Role realizowane przez innych członków zespołu, a także ich autodefinicje zawodowe, wyrażane m.in. w takich sformułowaniach: w jakim celu tu jestem, czego można, a czego nie można ode mnie oczekiwać i czego ja oczekuję od innych.

- Technologia wykorzystywana w pracy poprzez ciało, która może być wcielana przez jednostkę, wspierać korzystanie ze zmysłów (wzrok, słuch), części (ręka prawa, ręka lewa) i funkcji (oddech) ciała potrzebnych do wykonywania pracy.

- Przestrzeń, jaką jednostka ma do dyspozycji i jaka jest podporządkowywana potrzebom zadania realizowanego przez specjalistę, np. sala operacyjna zorganizowana domyślnie dla operatorów praworęcznych, *kanal* orkiestrowy.

- Praca w kulisach lub na scenie (Goffman 2000), która wpływa na to, czy zadanie oceniane jest przez to, jak przebiega (dyrygenci), czy jaki jest jej efekt (neurochirurdzy).

Po trzecie, z uwagi na podobny indywidualistyczny charakter pracy związany z odpowiedzialnością, ale i samotnością wynikającą z oczekiwań społecznych dotyczących samodzielnego podejmowania decyzji i brania za nie odpowiedzialności, w obu zawodach pojawia się podobne ryzyko chorób – alkoholizmu, chorób od stresu, używania narkotyków (Hughes 1951: 325)². Skutki sytuacji społecznych, a także realizowania ról społecznych przez jednostki można obserwować w konkretnych chorobach i dolegliwościach dotyczących ludzi wykonujących dany zawód. Dlatego też, oprócz cielesnego wymiaru kompetencji

² Everett Hughes pisze w artykule zatytułowanym *Mistakes at Work*: „in medicine, the physician, who stands at the top of the hierarchy, takes the great and final risks of decision and action. These risks are delegated to him, and he is given moral and legal protection in taking them”. Z uwagi na to, że w postrzeganiu neurochirurgów nie mają oni instytucjonalnego wsparcia w sytuacji oskarżeń czy pozwów sądowych, pojawia się u nich wysoki poziom stresu. Podobnie na dużą odpowiedzialność reagują niektórzy dyrygenci. Zatem można stwierdzić, że gdy w związku z realizowaniem roli zawodowej pojawia się duże ryzyko, także osobiste, a nie ma wsparcia instytucjonalnego, pojawia się duży stres, a za nim także wypalenie zawodowe.

zawodowych, warto byłoby zwrócić większą uwagę na komponent emocjonalny, który również przejawia się poprzez ciało. Można byłoby stworzyć przedmioty na studiach medycznych czy muzycznych, na których studenci korzystaliby z dobroku wiedzy z zakresu psychologii i uczyli się, jak radzić sobie z emocjonalnymi wymaganiami zawodu, w tym ze stresem, wypaleniem czy odpowiedzialnością. Uważam, że niosłoby to korzyści nie tylko dla samych przedstawicieli zawodów medycznych czy artystycznych, ale także dla pacjentów, współpracowników, studentów i innych osób, z którymi pracują specjaliści. Wielu moich rozmówców twierdziło, że taki przedmiot na studiach byłby bardzo przydatny.

Po czwarte, umiejętności interakcyjne realizowane poprzez ciało są nieodłącznym elementem habitusu w zawodach, w których praca poprzez ciało ma duże znaczenie. Komunikowanie znaczeń, a także przekazywanie wpływu odbywa się bowiem w dużej mierze w sposób pozawerbalny. Modyfikacje indywidualne, np. wynikające z leworęczności neurochirurga lub niepełnosprawności dyrygenta uniemożliwiającej utrzymanie pozycji stojącej, mają swoje skutki w pracy poprzez ciało u członków zespołu. Poza tym zmiany technologiczne w pracy specjalistów, takie jak wprowadzenie mikroskopu neurochirurgicznego pośrednio wpływają na zmianę sposobu pracy członków zespołu. Członkowie zespołów uzyskują ponadto informacje dotyczące oceny aktualnej sytuacji z mimiki i gestów specjalisty.

Po piąte, praca poprzez ciało urzeczywistnia posiadaną przez przedstawicieli obu badanych zawodów wiedzę teoretyczną. Nie ma możliwości wykorzystania tej wiedzy bez jej wcielenia. Nie ma także możliwości realizowania roli zawodowej ani konstruowania kariery bez nabycia warsztatu. Ponadto sama wiedza specjalistyczna jest rozwijana dzięki temu, że specjaliści pracują poprzez ciało. Rozwój tradycji interpretacyjnych utworów muzyki symfonicznej czy operowej, sposobów pracy z orkiestrą, wskazań specjalistów dotyczących sposobów operowania określonych schorzeń albo stosowanie i tworzenie narzędzi neurochirurgicznych jest możliwe dzięki pracy poprzez ciało. Ciało jest narzędziem realizacji wiedzy, przez które się ona urzeczywistnia, gdyż: „rolą ciała jest zapewnienie takiej metamorfozy. Przekształca ono idee w rzeczy [...]. Ciało może symbolizować egzystencję właśnie dlatego, że ją urzeczywistnia i że jest jej aktualnością” (Merleau-Ponty 2001: 185).

Po szóste, istnienie w narracji obu badanych zawodów *cech wrodzonych* będących *predyspozycjami* do wykonywania każdej z wymienionych profesji świadczy o tym, że role społeczne pełnione przez ich przedstawicieli mają swoje zakorzenienie w możliwościach cielesnych i że społeczna definicja każdej z tych ról zawiera w sobie komponent cielesny. Nawet jeśli jest on umniejszany w dyskursie związanym z hierarchią wiedzy w obu zawodach, ma kluczowy charakter w realizacji ról zawodowych. Ponadto w przypadku przedstawicieli obu zawodów zastane cechy fizyczne to punkt wyjścia, a nie zakończenia nauki. Świadczy to o społecznym konstruowaniu cielesności, np. budowy ręki, uzależnionym od celów jej właściciela.

5.2. Społeczne konstruowanie cielesności w obszarze roli zawodowej

Przeprowadzone badania nie tylko opisują i wyjaśniają zjawiska zachodzące w obu opisywanych światach społecznych, ale także dostarczają wniosków merytorycznych odnośnie do statusu ciała w kontekście procesów społecznych. Opisywane w niniejszej monografii analizy, a także wnioski z prowadzonych przeze mnie wcześniej badań nad tancerzami (Byczkowska 2012) i fizjoterapeutami (Byczkowska 2014) pozwalają na stworzenie koncepcji społecznego konstruowania cielesności w obszarze roli zawodowej (zob. także: Berger, Luckman 1983; Mauss 1973).

Założeniem proponowanej przeze mnie koncepcji jest, że ludzkie ciało nie jest jedynie obiektem biologicznym, a co za tym idzie, podlega ono zmianom nie tylko związanym z fizjologią czy warunkami życiowymi, takimi jak choroby, wypadki czy naturalne procesy jak starzenie się. Ciało jest kształtowane pod wpływem procesów społecznych, w których jednostka uczestniczy. Należą do nich socjalizacja pierwotna i wtórna, w wyniku których jednostka internalizuje, czym jest ciało, poznaje symboliczne i funkcjonalne podziały w jego obrębie, związane z podejmowaniem określonych działań, np. zawodowych³. Zatem w wyniku interakcji ciało staje się symbolem, ale symbolem bardzo specyficznym, bo będącym jednocześnie podmiotem i przedmiotem działania jednostki (Waskul, Vannini 2006: 11).

W procesie socjalizacji wtórnej cielesność także poddawana jest przekształceniom, konstruowana w określonym kontekście społecznym. Ręce dyrygentów czy neurochirurgów przechodzą szczegółowy trening dyscyplinujący, związany z przystosowaniem ich do wykonywania określonych zadań zawodowych (por. Crossley 2006: 22). Postawa ciała, jego świadomość, dokładność wykonywania ruchów czy gestów dłoni, mimika twarzy, zmysły i inne elementy cielesności jednostka dostosowuje do kontekstu (historycznego, instytucjonalnego, grupowego, interakcyjnego) wykonywanej pracy. Robi to poprzez interakcje z innymi osobami ze swojego otoczenia zawodowego, w tym przede wszystkim mistrzami i pozostałymi znaczącymi innymi. W kontekście tego procesu możemy mówić o społecznym tworzeniu ciała odzwierciedlonego (Waskul, Vannini 2006: 6; Charmaz, Rosenfeld 2006: 37), analogicznego do konstruowania jaźni odzwierciedlonej. Ciało, jego używanie, ekspresja i inne elementy działania w kontekście społecznym jest przez właściciela postrzegane z perspektywy partnerów

³ Jako przykład pozazawodowy niech posłuży socjalizacja pierwotna w krajach, w których je się rękoma. Dzieci od najmłodszych lat uczą się, że do jedzenia należy używać ręki prawej. W związku z tym ręka prawa uważana jest za symbolicznie „czystą”, a lewa za „nieczystą” i używana do celów higienicznych. Zamiana w ramach tego podziału uznawana jest za grzech.

interakcji czy też uogólnionego innego, specyficznego dla wykonywanego przez jednostkę zawodu.

Proces społecznego konstruowania cielesności w obszarze roli zawodowej rządzi się pewnymi regułami z poziomów zarówno mikro-, mezo-, jak i makro-społecznych wzorów kultury. Nie mają one oczywiście charakteru absolutnego, natomiast w dużej mierze można je obserwować w różnych kontekstach społecznych. Poniżej przedstawiam je w formie krótkich tez, uzasadnionych i zilustrowanych przykładami przytoczonymi w poprzednich częściach książki:

1. Doświadczenie własnej cielesności przez jednostkę jest uzależnione od znaczenia, jaką ma dla pozycji społecznej (zawodowej) ciało tej jednostki.

2. Im większe znaczenie dla pozycji społecznej jednostki ma jej ciało, tym większym rygorom je poddaje i tym ostrzejszej ocenie (także samoocenie jednostki) ono podlega.

3. Im większe znaczenie dla tożsamości jednostki (także tożsamości zawodowej) ma ciało, tym większym rygorom je ona poddaje.

4. Jednostka dostosowuje swoje ciało do wymagań, jakie stawia przed nią rola społeczna, np. rola zawodowa. Dostosowanie to przebiega w trakcie interakcji, a także zawsze w odniesieniu do pewnego kontekstu instytucjonalnego, organizacyjnego, grupowego czy też autodefinicji jednostki w jej roli.

5. Cielesność jest doświadczana przez jednostki odmiennie, w charakterystyczny dla danego kontekstu społecznego sposób.

6. Socjalizacja wtórna do realizowania danej roli (np. zawodowej) jest niezbędna, aby rozpocząć nauczanie pracy poprzez ciało. Normy, zasady i wartości kultury danej grupy (np. zawodowej) są podstawą podejmowania pracy poprzez ciało w ustalony w tej grupie sposób.

7. Jednostka pełni aktywną rolę w procesie konstruowania cielesności zgodnego z wymaganiami społecznymi, ponieważ ciało jest obiektem, którego nie da się szczegółowo ograniczyć w ramach procedur czy też ujednolicić procesu nauczania z uwagi na jego indywidualny charakter. Jak twierdzi Atkinson (2006: 104), każde ciało to jednocześnie zestaw zasobów i ograniczeń. Dlatego działania jednostek wobec ich własnych ciał, także te będące efektem interakcji z innymi, są zindywidualizowane i nie całkiem przekładalne na doświadczenia innych osób. Opierają się zatem standaryzowaniu.

8. Praca nad ciałem (np. adepta danego zawodu) ma charakter kolektywny, ponieważ nauczanie pracy poprzez ciało odbywa się pod okiem nie jednego, lecz najczęściej kilku mistrzów, a także w kontakcie z zespołami, z którymi adept realizuje swoje zadanie.

9. Praca poprzez ciało ma charakter interakcji z obiektem działania i jest dwukierunkowa. W procesie pracy specjalista uzyskuje informacje, a czasem „negocjuje” z obiektem działania. W tym celu używa on zmysłów, które w procesie socjalizacji zostały odpowiednio ukształtowane, aby dostarczać specjalistę potrzebnych informacji.

Na użytek koncepcji społecznego konstruowania cielesności w obszarze roli zawodowej proponuję siatkę pojęć, które badacze zagadnień z tego zakresu mogą uznać za przydatne. Pojęcia te zostały stworzone na podstawie prowadzonych przeze mnie badań, zarówno opisywanych w tej książce, jak i prowadzonych wcześniej, z wykorzystaniem metodologii teorii ugruntowanej. Nie oznacza to, że mają one charakter uniwersalny i będą użyteczne w opisie i analizie wszelkich zjawisk z zakresu społecznego konstruowania cielesności. Można je, przy wyczułeniu na informacje płynące z danych, zastosować do analizy badanych zjawisk. Poniżej przedstawiam i pokrótce opisuję każde z tych pojęć.

Perspektywy postrzegania ciała to różne sposoby przypisywania znaczeń ciała jako całości, konstruowane w procesie interakcji z innymi. Na *perspektywy postrzegania ciała* wpływ mają zarówno wzorce kultury na poziomie makro, jak i mezo, a także te przyjęte w danej grupie, np. zawodowej. Są one nabywane w procesie socjalizacji pierwotnej i wtórnej. Perspektywy postrzegania ciała są uwarunkowane sytuacyjnie. W zależności od tego, jaką rolę społeczną jednostka pełni lub w jakim kontekście społecznym wchodzi w interakcje, może w różny sposób postrzegać swoje ciało. Perspektywy postrzegania ciała można podzielić na trzy opisane poniżej kategorie⁴.

Ciało jako partner to perspektywa, zgodnie z którą jednostka postrzega swoje ciało jako pewnego rodzaju autonomiczny byt, który należy brać pod uwagę przy planowaniu działań oraz który kieruje się swą własną wolą, czasami sprzeczną z wolą jednostki, funkcjonujący według logiki niezależnej od jednostki. Działania podejmowane przez jednostki postrzegające swoje *ciało jako partnera* (mówiąc językiem teorii aktora-sieci pozaludzkiego aktora) to przede wszystkim rozpoznawanie sygnałów wysyłanych przez ciało (różne rodzaje bólu, zmęczenie, rozluźnienie), a także negocjowanie działań podejmowanych poprzez ciało, np. poprzez sprawdzanie, czy dany wysiłek nie spotka się z negatywną reakcją. Ta *perspektywa postrzegania ciała* często wiąże się z używaniem sformułowań językowych, jakich w języku polskim używa się do określania działań ludzi takich jak: myśli, nie chce, wymyśla, daje mi, wie, przyzwyczajają się.

Ciało jako obiekt to perspektywa, w której jest ono przez jednostkę przekształcane zgodnie z wymogami społecznymi dotyczącymi wyglądu, niekoniecznie związanymi z wykonywaniem określonych zadań, np. zawodowych. Postrzeganie *ciała jako obiektu* jest związane z istnieniem społecznych wzorów piękna i fizycznej atrakcyjności lub też z subkulturowymi czy grupowymi wymogami związanymi z wizualizowaniem tożsamości grupowej jednostki.

Ciało jako narzędzie to z kolei postrzeganie i podejmowanie działań wobec ciała i poprzez ciało, jako cielesnej całości umożliwiającej realizowanie

⁴ Nie oznacza to, że w określonym kontekście kulturowym nie może powstać jeszcze inny sposób postrzegania ciała. Lista ta nie jest zamknięta.

zadań. Ciało jako całość lub jego fragmenty są przez jednostkę traktowane instrumentalnie, jako umożliwiające realizowanie roli społecznej, np. zawodowej (por. Hirschhauer 1991). Ciało jako narzędzie wymaga od jednostki podejmowania określonych działań, opisanych poniżej jako *ostrzenie narzędzia* i *polerowanie narzędzia*, mających na celu dostosowanie go do społecznych wymagań roli. Ciało jako narzędzie wymaga nabycia przez jednostkę umiejętności jego odpowiedniej obsługi, wykorzystania jego możliwości, stosowania poprzez ciało innych narzędzi, a także wzajemnego dostosowywania go do ciał innych osób, z którymi jednostka współpracuje. Jednostka może swoje ciało traktować jako narzędzie nie całościowo, ale w konkretnych kontekstach społecznych, np. zawodowych czy związanych z rywalizacją sportową. Zmiana w obrębie umiejętności używania ciała jako narzędzia (związanych z uczeniem się czy doskonaleniem w ramach wykonywanego zawodu) jest zazwyczaj zamierzona i interpretowana pozytywnie. Dokonanie takiej zmiany odnośnie do własnego ciała jest jednym z doświadczeń, które przynoszą silne pozytywne emocje także dlatego, że idą za nimi zmiany w autodefinicji, którym towarzyszy duma (Sanders 2006: 283).

Ostrzenie narzędzia to wszelkie działania podejmowane przez jednostki w ramach ich roli społecznej, np. zawodowej czy związanej z hobby (sport, taniec), których celem jest jak najlepsze wyćwiczenie, przygotowanie ciała do realizacji zadania. Często w ostrzeniu narzędzia biorą udział inne osoby, np. nauczyciele, mistrzowie, którzy pomagają jednostce przekształcać ciało-narzędzie w pożądanym społecznym kierunku. Działania zmierzające w kierunku nauczania opanowania narzędzia, jakim jest ciało (np. uzyskania nowych umiejętności), stanowią w oczach innych (i samego siebie) dowód, że jednostka ma zdolności samokontroli i w ten sposób ją uwiarygodnia (Sanders 2006: 288), zatem wpływa na jej społeczny status.

Polerowanie narzędzia to wszelkie działania podejmowane przez jednostki polegające na uzyskiwaniu odpowiedniego, zgodnego z wymaganiami roli wyglądu. Zjawisko to dotyczy głównie jednostek, które realizują swoje role społeczne związane z pracą poprzez ciało na Goffmanowskiej scenie, jak np. tancerze, dyrygenci, a nie w kulisach, jak neurochirurdzy. W interakcji z Innym, nawet będąc przez niego obserwowane, ciało reprezentuje historię jednostki, jej aktualny stan i pozwala przewidywać jej przyszłość (Charmaz, Roselfeld 2006: 39). Dlatego też, aby mieć wpływ na przebieg takiej niewerbalnej interakcji, jednostki starają się kształtować publiczny wizerunek swojego ciała na zgodny z wymaganiami roli. Polerowanie narzędzia ma na celu większe uwiarygodnienie jednostki w jej roli, może być związane z pracą nad *wyodrębnioną rzeczywistością występu*⁵, np. tanecznego czy muzycznego.

⁵ Pojęcie odnoszące się do kreowania przez artystów indywidualnych lub zbiorowych całości doświadczeń przeżywanych i ucieleśnianych przez nich i przez widzów podczas występów. Wyodrębniona rzeczywistość występu jest konstruowana na podsta-

Usamodzielnianie ciała to działania podejmowane przez jednostkę, zgodne ze społecznymi wymaganiami roli, które mają na celu spowodowanie, że niektóre sposoby posługiwania się ciałem przez tę jednostkę w celu realizacji zadania, np. zawodowego, będą się odbywały bez zaangażowania intelektualnego tej jednostki. Nie oznacza to, że będą one bezmyślne i automatyczne, ale że ciało nabędzie tak dużej wprawy i wcieli schemat ruchowy, że obmyślanie kolejnych jego elementów nie będzie potrzebne (por. Polanyi 1966; Jakubowska 2017). *Usamodzielnianie ciała* odbywa się poprzez wielokrotne wykonywanie tych samych działań lub ćwiczeń do nich przygotowujących, czasami pod okiem nauczyciela lub mistrza.

Interakcje z własnym ciałem to interakcje, w jakie jednostka wchodzi z własną cielesnością, jej elementami poprzez odczytywanie i interpretowanie sygnałów płynących z ciała. Na podstawie tych interakcji jednostka podejmuje decyzje dotyczące tego, jakie działania związane z pracą poprzez ciało powinna podjąć np. w odniesieniu do zarządzania ciałem. Umiejętność wchodzenia w interakcje z własnym ciałem, czyli takie, dzięki którym jednostka jest w stanie zinterpretować reakcje swojego ciała na dane okoliczności, np. intensywny trening, są efektem doświadczenia, a także socjalizacji wtórnej w danej grupie. Sposoby odczytywania sygnałów płynących z ciała mogą się różnić w zależności od tego, jaki jest kontekst społeczny, w którym jednostka działa. Przykładem może być nabywana przez tancerzy baletowych w trakcie nauki zdolność rozróżniania wielu rodzajów bólu (wynikającego z nadwyrężenia, z rozciągania, z poszerzenia zakresu ruchu) i uzależnione od jego interpretacji podejmowanie kolejnych działań przez tancerzy. *Interakcje z własnym ciałem* mają znaczenie głównie w odniesieniu do postrzegania ciała jako partnera i ciała jako narzędzia.

Zarządzanie ciałem to działania podejmowane wobec ciała, których głównym celem jest efektywne wykorzystanie zasobów ciała, a także ich regeneracja i utrzymanie ciała w formie, która umożliwia podejmowanie działań związanych z realizacją roli społecznej (np. zawodowej) lub wykonywaniem określonego zadania. *Zarządzanie ciałem* może przyjmować formę grupy działań, także wzajemnie od siebie zależnych lub wzmacniających działanie poszczególnych z nich lub bardziej sformalizowanej strategii (jak w przypadku planów dietetycznych i treningowych profesjonalnych sportowców). Im większe jest znaczenie ciała w realizowaniu określonej roli społecznej, konstruowaniu tożsamości jednostkowej lub grupowej, tym zarządzanie ciałem jest bardziej zinstytucjonalizowane, a miejsce jednostki w hierarchii grupowej jest bardziej uzależnione od efektywnego zarządzania ciałem. W zarządzaniu ciałem mogą być zaangażowane inne osoby, jak np. dietetycy czy trenerzy w przypadku wspomnianego profesjonalnego sportowca.

wie odrębnych od codziennych, scenicznych tożsamości uczestników i systemów znaczeń stworzonych w ramach danego gatunku sztuki (muzycznej, tanecznej, dramatycznej), na podstawie których jednostki działają.

Nabywanie świadomości ciała jest to uzyskiwanie wiedzy o funkcjonowaniu ciała niezbędnej do realizowania zadań i ról społecznych, np. zawodowych; za-uważanie i interpretowanie informacji pochodzących z ciała; świadomość dotycząca umiejscowienia ciała i jego części w przestrzeni, a także jego siły, zakresu ruchu, wyrazu emocjonalnego i innych cech.

Żarłoczność ról społecznych opartych na pracy poprzez ciało jest to proces polegający na stopniowym zawłaszczaniu przez tożsamość społeczną związaną z pracą poprzez ciało kolejnych sfer życia jednostki. Zjawisko to można porównać do hipertrofii tożsamości, z tym że *żarłoczność* wynika bezpośrednio z wymogu ciągłego doskonalenia przez jednostkę swojego ciała jako narzędzia pracy. Wymóg ten stanowi dążenie do doskonałości oraz do uzyskania cielesności działającej perfekcyjnie, zgodnie z wymaganiami działania głównego w danej roli społecznej. Uzyskanie perfekcyjnie działającej cielesności jest jednak niemożliwe, ponieważ ludzkie ciała różnią się od siebie, a wymagania np. technologiczne także ulegają zmianom. Proces *żarłoczności* może przebiegać różnie na różnych etapach kariery. Początkowo ma on bardziej intensywny przebieg, adept stara się jak najszybciej osiągnąć jak najwyższy stopień udoskonalenia swojego ciała. Na dalszych etapach kariery jednostka może podejmować działania mające na celu ograniczenie *żarłoczności*, np. gdy inne role społeczne stają się dla niej równie istotne jak rola związana z pracą poprzez ciało. Może się tak stać także w wyniku negatywnych doświadczeń wynikających z *żarłoczności*, np. skutków zdrowotnych.

Wyloniona przeze mnie koncepcja społecznego konstruowania cielesności w obszarze roli zawodowej, a także opisana powyżej siatka pojęć, mają charakter propozycji teoretycznej, która może być pomocna w rozumieniu wpływu interakcji, grup, subkultury światów społecznych i innych czynników społecznych na kształtowanie ludzkiego ciała w kontekście realizowania roli zawodowej. W dalszych projektach badawczych planuję ją rozwijać, a także poszukiwać teoretycznych i metodologicznych możliwości i ograniczeń jej zastosowania.

Badania, na podstawie których stworzyłam powyższą koncepcję, prowadzone były w konkretnych kontekstach kulturowych i organizacyjnych. Konteksty te nie są jedynie tłem działań neurochirurgów, dyrygentów orkiestrowych i ich zespołów. Jeden z ważniejszych wniosków z badań dotyczy tego, że działania składające się na pracę poprzez ciało są uzależnione od kultury, uwarunkowań organizacyjnych i reprodukowane przez kolejne pokolenia. Pomimo wykonywania podobnych zadań przez przedstawicieli badanych zawodów, w różnych kontekstach społecznych, np. o innej kulturze grupowej, hierarchii, stopniu dyskryminacji ze względu na wiek czy płeć, ich sposoby posługiwania się ciałem są nieco odmienne.

Jak nakreśliłam we wprowadzeniu do książki, oba zawody łączy wiele wspólnych cech. I tak, sukces zawodowy zależy od umiejętnego połączenia wiedzy teoretycznej oraz umiejętności cielesnych, przez co w przypadku przedstawicieli

obu zawodów mamy do czynienia z bardzo wysoką świadomością ciała. Obie grupy charakteryzuje także posiadanie wysokospecjalistycznej wiedzy, uzyskiwanej w procesie długiej i wieloetapowej edukacji. Socjalizacja wtórna odbywa się w zamkniętych grupach, co znacznie zmniejsza wpływy pochodzące z zewnątrz na każde z opisywanych środowisk zawodowych.

Ponadto w przypadku obu zawodów specjalista kieruje zespołem, od którego w dużej mierze zależy powodzenie zadania, przez co ważną rolę odgrywa charyzma. Pomimo wysokiego indywidualnego prestiżu wynikającego z wykonywanego zawodu sukces zależy od pracy zespołowej. Przedstawiciele obu zawodów mają także stosunkowo dużo swobody w wykonywaniu swojej pracy, a błędy w pracy mogą zostać zdefiniowane tylko wewnątrz środowiska – przez innych przedstawicieli tej samej profesji. Oba zawody są zdominowane przez mężczyzn, a subkultura obu subświatów społecznych jest od setek lat tworzona także głównie przez nich.

Do wymienionych wyżej podobieństw można dodać jeszcze jedno. W obu rodzajach zespołów ciało ciał (Atkinson 2006: 98) jest tworzone społecznie, poprzez procesy rekrutacji do zawodu, kształcenie nowicjuszy, negocjowanie czy konflikty. Procesy te bazują na zasobach cielesnych jednostek (np. obecności neuronów lustrzanych czy naturalnych odruchach ciała), lecz aby zespoły te dobrze funkcjonowały i realizowały zadania zawodowe, w ich ramach musi mieć miejsce permanentna interakcja⁶.

Konsekwencje tego zjawiska odnoszą się do wszystkich aktorów zaangażowanych w jego realizację. Wprawa, doświadczenie i cielesne umiejętności interakcyjne umożliwiają poprowadzenie takiego zespołu i zgranie się jego członków, pomimo ich wymiany czy rotacji, również w sytuacji *ad hoc*. Warto zatem dowartościować cielesny aspekt wiedzy w badanych (a także innych, opierających się na wiedzy ucieleśnionej) zawodach. Wówczas trening celowy, z wykorzystaniem metody *scaffolding* czy świadomej, celowej praktyki będzie prowadził do wyższej efektywności. Być może, spowodowałoby to także zmianę społecznego wizerunku dyrygenta czy neurochirurga, a przez to także innych wysokospecjalistycznych zawodów. Dziś zawody te kojarzą się głównie z kompetencjami i wiedzą teoretyczną, ewentualnie wywiedzioną z doświadczenia, a nie z profesją, w której rola ciała jest kluczowa.

⁶ W innych rodzajach zespołów, np. sportach zespołowych, także tworzone jest ciało ciał. W sporcie praktyczna strona tworzenia ciała ciał jest dobrze rozpoznana, budowane są wokół niej strategie rozwoju zespołów. Natomiast to, co stanowi pewnego rodzaju ciekawostkę, to instytucjonalne ograniczenia stawiane takim zespołom. Na przykład podczas meczów piłki nożnej trenerzy nie mogą opuszczać wyznaczonych miejsc przy ławkach zawodników rezerwowych. Z kolei w trakcie turniejów formacji tanecznych trenerzy takich zespołów nie mogą wstawać z krzesła ustawionego przy parkiecie tanecznym i odrywać stóp od ziemi.

Podobieństwa pomiędzy oboma zawodami dotyczą również subświatów społecznych, w ramach których działają ich przedstawiciele. Technologie obu subświatów społecznych odnoszą się także do ciał neurochirurgów i dyrygentów orkiestrowych. Technologia wkracza w ciało, przez co staje się ono społeczne, ponieważ umożliwia jednostce działanie w społecznych ramach. Dzięki zastosowaniu technologii rozwiązania społeczne, w tym sposoby posługiwania się ciałem (Mauss 1973), mogą być reprodukowane pomimo zmiany członków grupy zawodowej. Jak pisze Latour (1991: 106–108, 129), nie sama wiedza teoretyczna ustanawia porządek społeczny, ale technologia z nią związana. Technologia, wcielona przez osoby wykonujące badane (choć nie tylko) zawody, pozwala na trwanie i reprodukcję wiedzy społecznej z określonych zakresów. Technologia używania własnego ciała w celu wykonywania zadań zawodowych poszerza nasze doświadczanie ciała o narzędzia niezbędne do wykonywania tego zadania batutę czy okular mikroskopu. Ciało zostaje wprężnięte w technologię wykonywania określonych zadań zawodowych. Jednocześnie jednostki definiują i negocjują sposoby wykonywania zadań zawodowych realizowanych poprzez ciało.

Prowadzi nas to do kolejnego wniosku, tym razem odnoszącego się do charakteru tworzonej przez nas wiedzy. W świecie społecznym nauki jesteśmy socjalizowani do dualistycznego paradygmatu poznawczego (Mitterer 1996: VIII). Taki sposób myślenia o rzeczywistości to jednak jedynie rodzaj założenia pozwalającego na uporządkowanie rozumienia świata, w którym druga strona dyskursu służy m.in. do wzmacniania naszych argumentów (Mitterer 1996: 5). Zatem, przekładając ten sposób rozumowania na tematykę moich rozważań, im bardziej ciało ludzkie jest biologiczne, tym mniej jest społeczne. Im bardziej ciało ludzkie jest społeczne, tym mniej jest biologiczne. Przynależność elementu rzeczywistości do danego krańca kontinuum uprawomocnia jego istnienie.

W moich badaniach pragnę wyjść poza tak ujęte dualistyczne rozumienie ciała. Przede wszystkim, moim zdaniem, odrzucić należy klasyczne dualistyczne rozróżnienie wytworów duszy i ciała. Inne podziały, które zaznaczyły swoje piętno w socjologii, w tym w socjologii ciała, to natura vs. kultura, ciało vs. społeczeństwo, jednostka vs. grupa, technologia vs. społeczeństwo (Latour 1991). Proponując koncepcję społecznego konstruowania cielesności w obszarze roli zawodowej, pragnę przekroczyć te dualizmy. Ciało biologiczne to nie zaprzeczenie ciała społecznego. Jako jednostki jesteśmy jednym i drugim, mamy jedno i drugie. Zajmując się społecznym aspektem ludzkiej cielesności, nie kwestionuję zatem jej biologicznego charakteru. Właśnie biologiczne wyposażenie naszego ciała staje się podstawą działań poprzez ciało i wobec ciała, jest także warunkiem istnienia kultury jako takiej⁷. W wymiarze doświadczeń jednostkowych to wła-

⁷ Między innymi dzięki posiadaniu przez ludzi aparatu mowy, rozwiniętego mózgu czy budowie ręki i dłoni.

śnie nieprawidłowe funkcjonowanie biologiczne ciała (choroba, niepełnosprawność) zwraca uwagę na jego możliwości. Ciało biologiczne i ciało społeczne to dwie odsłony fizycznej dyspozycji jednostki, a nie dualistyczne punkty przeciwstawne (Timmermans, Haas 2008: 659–676).

W niniejszej monografii staję także w kontrze do popularnego w zachodniej kulturze trendu indywidualistycznego (Jacyno 2007), którego jednym z głównych tez jest to, że jednostka jest w stanie wszystko osiągnąć sama, jeśli tylko się postara i będzie ciężko pracować. W takiej perspektywie cała odpowiedzialność za rozwój zawodowy, przebieg kariery, jednostkowe wybory i porażki spada na jednostkę. Jak pokazują wyniki moich badań, wszystkie z tych kategorii w odniesieniu do przedstawicieli badanych zawodów mają charakter kolektywny i są wynikiem interakcji, negocjowania, konfliktów.

Oddając do rąk czytelników moją książkę, mam nadzieję, że niektórzy z badaczy uznają zawarte w niej wnioski za przydatne w opisie i analizie, a przede wszystkim w zrozumieniu działań badanych przez nich osób. Przedstawione w niej badania eksplorują tematykę pracy poprzez ciało i przybliżają poznanie znaczenia realizowania poprzez ciało wiedzy wysokospecjalistycznej. Moim celem było ukazanie znaczenia czynników społecznych, instytucjonalnych i organizacyjnych, a także *przychodzenia* i socjalizacji do zawodu jako wkraczających w fizyczność jednostki poprzez oferowanie reguł używania ciała w danym kontekście społecznym.

Liczę także, że moje badania przyczynią się do zdefiniowania relacji pomiędzy ludzką cielesnością i procesami społecznymi w sposób akcentujący wzajemne zależności tych sfer działań jednostek i grup. Ważne jest, moim zdaniem, także wynikające z tej zależności dowartościowanie roli ciała w nauczaniu, m.in. zawodów, a także w badaniach socjologów czy przedstawicieli innych dziedzin nauki zajmujących się pracą, jak również specjalizujących się w pracy z chirurgami i muzykami różnych specjalności. Mam także nadzieję, że książka ta przyczyni się do uzupełnienia wiedzy socjologicznej z różnych zakresów tematycznych o wątki związane z cielesnością, które w dotychczasowym dorobku naszej dyscypliny bywały pomijane.

6. Metodologia i naturalna historia badania

Przyjęta perspektywa teoretyczna i jej konsekwencje dla metodologii badania

Prowadząc badania opisane w tej książce, przyjąłam perspektywę teoretyczną interakcjonizmu symbolicznego, który jest adekwatny w badaniu społecznych aspektów ludzkiego ciała (Byczkowska-Owczarek 2020; Plummer 2012; Strauss 1993; Waskull, Vannini 2006). Jednym z założeń interakcjonizmu symbolicznego jest to, że jednostki działają świadomie, są aktywnymi aktorami, a nie tylko podmiotami, na które wpływają impulsy, normy społeczne, role czy czynniki biologiczne. Jak pisze Norman Denzin (1972: 77), ludzkie zachowanie nigdy nie ma „prawdziwego znaczenia” (*real meaning*), a jedynie znaczenie przypisywane jest mu przez jednostkę. Dlatego „obiektywne” ciało nie istnieje, istnieją tylko ciała doświadczane i postrzegane przez jednostki.

Inne założenie interakcjonizmu symbolicznego mówi, że znaczenia obiektów wywodzą się z interakcji społecznych. Oznacza to, że sposób, w jaki inni zachowują się wobec danego obiektu – np. własnego ciała lub ciała drugiej osoby – jest kluczowy, ponieważ prowadzi do zdefiniowania znaczenia danego obiektu przez jednostkę (Blumer 1969; Konecki 2005; Hałas 2006: 55; Woroniecka 1998: 24). Aby zrozumieć działający podmiot, konieczne jest zidentyfikowanie jego działania w kontekście kulturowym, a tym samym uchwycenie jego kulturowo określonego znaczenia – zidentyfikowanie takiego działania przez pryzmat kultury lub specyficznego kontekstu, w którym ono występuje (Blumer 1969). Można tego dokonać dzięki zastosowaniu procedur metodologii teorii ugruntowanej (*grounded theory*).

Do problemów badań nad cielesnością w naukach społecznych można zaliczyć dwie kwestie. Po pierwsze jest to koncentracja na przejawach lub narracjach na temat cielesności z pominięciem doświadczania ciała i działania poprzez ciało, po drugie – teoretyczny charakter rozważań i analiz. Oba te problemy są przyczyną braku ugruntowania teorii dotyczącej ciała w działaniach i doświadczeniach jednostek i grup. Metodologia teorii ugruntowanej poprzez charakterystyczny dla siebie sposób konstruowania teorii pozwala uchwycić procesualny charakter zjawisk społecznych. Jest to odpowiednia perspektywa metodologiczna do badania wpływu zjawisk społecznych na ludzkie ciało, ponieważ jej procedury są elastyczne, ale wymagają dyscypliny metodologicznej. Jest to ważne przy badaniu zjawisk takich jak ciało – nieuchwytnych dla technik opartych jedynie na narracji uczestników badania. Co więcej, ta strategia metodologiczna jest dostosowana

do analizy różnych rodzajów danych, a co za tym idzie, umożliwia badaczom zastosowanie wielu technik badawczych i sposobów zrozumienia i uchwycenia najważniejszych aspektów badanego zjawiska, a także sensu działań podejmowanych przez osoby badane. Dotyczy to także działań i procesów nie całkiem uchwytanych i intersubiektywnie komunikowalnych, badanych jednak z perspektywy doświadczania jednostek.

W moich badaniach zastosowałam Strausowską wersję metodologii teorii ugruntowanej, przede wszystkim z uwagi na zaproponowane przez jej autorów procedury badawcze (Strauss, Corbin 1990; Byczkowska-Owczarek 2019). W tej strategii metodologicznej unika się stawiania hipotez wstępnych. Badacz wraca w teren (rozumiany jako miejsce, w którym można znaleźć interesujące dane) i analizuje je na kolejnych etapach, stawiając tezy, a następnie weryfikując je na dalszych etapach. Proces ten powtarza się w trakcie badań. Podczas analizy dane są kodowane, a na ich podstawie tworzone są kategorie. Badacz wraca w teren i poszukuje nowych informacji na podstawie wstępnej analizy oraz pojawiających się pytań teoretycznych, aż do osiągnięcia wysycenia kategorii. Na tym etapie nie pojawiają się już nowe własności kategorii, możemy je więc definiować i rozwijać (Glaser, Strauss 1967; Glaser 1978; Strauss 1987; Strauss, Corbin 1990; Charmaz 2006; Corbin, Strauss 2007). Ze względu na wymogi metodologii zastosowałam w trakcie zbierania danych dwa rodzaje triangulacji: triangulację danych (Strauss, Corbin 1990: 183, 186; Konecki 2000: 31) oraz triangulację metodologiczną (Hammersley, Atkinson 2000: 236–237; Konecki 2000: 86; 2008). Triangulacja badacza nie była przeze mnie stosowana, ponieważ projekt badawczy realizowałam samodzielnie. Triangulacja teoretyczna (Konecki 2000: 86) została zastosowana podczas badania związków między kategoriami i faktycznego konstruowania teorii.

Obie grupy osób badanych – neurochirurgów i dyrygentów orkiestrowych oraz ich współpracowników – opisałam we wprowadzeniu do książki. Z tego powodu nie będę powtarzać tych informacji w tym miejscu, a przedstawię jedynie metodologiczne aspekty doboru osób badanych. Próba badawcza została wybrana zgodnie z procedurą teoretycznego pobierania próbek. Zakłada ona, że w procesie konstruowania teorii badacz skupia się nie tylko na weryfikacji hipotez, ale także na porównywaniu różnych przypadków (metoda ciągłego porównywania), zarówno typowych, jak i nietypowych. Według Milesa i Hubermana (2000) wybór konkretnych przypadków nie jest sprzeczny z ważnością teorii, ponieważ próby jakościowe mają być raczej celowe niż losowe. Aby zapewnić udział w badaniu wielu przedstawicielom i adeptom obu zawodów, prowadzone przeze mnie wywiady obejmowały różnorodne grupy: studentów dyrygentury, rezydentów neurochirurgii oraz inne osoby mogące posiadać wiedzę odnośnie do badanego zjawiska (np. muzycy uczestniczący w koncertach, pielęgniarki asystujące przy operacjach). W badaniu uczestniczyły osoby o różnej płci, stażu, doświadczeniu zawodowym i karierze zawodowej (lokalnej, krajowej, międzynarodowej), przedstawiciele badanych profesji, a także zespołów przez nich kierowanych.

Zastosowane techniki gromadzenia danych

Podczas prowadzenia badań postępowałam zgodnie z wymaganiami metodologicznymi przyjętej strategii, a także kierowałam się elastycznością i zrozumieniem wobec osób badanych. Zawsze w przypadku konfliktu tych wartości starałam się wybierać zrozumienie i empatię wobec osób badanych, zostawiając wymagania metodologiczne na drugim planie. Było to istotne, ponieważ w przypadku prowadzenia lekcji dyrygentury, przygotowań do koncertu czy operacji moja ingerencja mogłaby mieć negatywne skutki dla realizacji zadania zawodowego przez osoby badane, a także członków kierowanych przez nich zespołów czy operowanego chorego.

Obserwacje

Przez cały okres trwania badań prowadziłam obserwacje zjawisk niewywołanych przez badacza. Były to głównie obserwacje profesjonalistów w trakcie ich pracy i procesu kształcenia: operacji neurochirurgicznych, lekcji dyrygentury i prób do koncertu (Silverman 2001: 46). Obserwacja procesu kształcenia w neurochirurgii (próby młodych lekarzy przy stole operacyjnym) oraz prowadzenia nowicjuszy (próby młodych dyrygentów z orkiestrą) dostarczyły mi danych dotyczących grupowego charakteru pracy, strategii komunikacyjnych (także niewerbalnych) aktorów oraz bezpośredniego wglądu w ich praktykę pracy poprzez ciało. Dzięki obserwacjom miałam możliwość poznania zależności przestrzeń–ciało operatora, w tym np. strategię pracy operatora leworęcznego oraz niewerbalne strategie nauczania podczas lekcji dyrygentury. Poznałam także, jak ogromne znaczenie w pracy neurochirurgów ma używanie wulgaryzmów jako narzędzi obniżania napięcia emocjonalnego przed kluczowymi momentami operacji. Miałam możliwość obserwowania pracy poprzez ciało w konkretnych kontekstach społecznych – sali operacyjnej, sali ćwiczeniowej, sali koncertowej w operze.

Po zakończeniu badań mogę stwierdzić, że obserwacja była niezwykle ważną techniką gromadzenia danych, przede wszystkim dzięki temu, że umożliwiła mi ukontekstualizowanie działań i zjawisk, o których badani opowiadali mi później w wywiadach. Co nie mniej istotne, w trakcie obserwacji możliwe jest zapoznanie się osób badanych z badaczem, pozwalające na oswojenie się z jego/jej osobą, a także możliwość zadawania luźnych pytań o ich cel, zainteresowania badawcze itd. Badani poznają wówczas badacza jako człowieka, który jest zainteresowany ich, często niedocenianą, pracą, dopytuje o jej szczegóły, znaczenie konkretnych jej elementów. Nabierają zaufania, dzięki czemu dzielą się z badaczem informacjami nieoficjalnymi.

Elementem, moim zdaniem bardzo istotnym, tych obserwacji były wywiady konwersacyjne (Given 2008). Umożliwiają one uzyskanie komentarza „na

miejscu”, tłumaczącego badaczowi, jak dane zdarzenie interpretują osoby będące przedstawicielami badanej grupy. Nie mają one formalnego charakteru, nie są nagrywane ani zapisywane. Jednak często dają badanym poczucie swobody w wyrażaniu swoich myśli, co pozytywnie nastawia ich do procesu badawczego, który wcześniej postrzegali jako rodzaj testu.

Obserwacja jako technika badawcza była przydatną techniką gromadzenia danych także dlatego, że jako obserwator nie pochodzący z badanego środowiska nie miałam wiedzy praktycznej, wcielonej. Na przykład na pewnym etapie badań prowadzonych na salach operacyjnych zaobserwowałam, że asystenci zawsze siedzieli zgarbieni przy mikroskopie, obserwując pracę kolegów specjalistów. Specjaliści natomiast pracowali zawsze w pozycji ergonomicznej, wyprostowani. Byłam przekonana, że jest to kwestia wcielenia wiedzy dotyczącej zarządzania własnym ciałem przez specjalistów i braku nabycia przez asystentów nawyków ergonomii. Zweryfikowałam tę obserwację w rozmowach ze specjalistami i jeden z nich zwrócił mi uwagę na to, że to operator dostosowuje mikroskop do łoża operacyjnej, a także własnej wygody. Asystent może się jedynie dostosować do ułożenia dodatkowego wizjera, ale jego wygoda nie ma wpływu na jego ułożenie. Świadczy to o wartości triangulacji metodologicznej jako procedury badawczej oraz niedostateczności jednej techniki gromadzenia danych, by uzyskać wystarczające informacje.

Obserwacja okazała się przydatną techniką gromadzenia danych z jeszcze jednego powodu. Charakter pracy w obu zawodach powoduje, że trudno byłoby przecenić rolę obserwacji w badaniu praktyk pracy poprzez ciało (Katz 1999: 5). Jeśli w jakimś zawodzie, czy szerzej – działaniu ludzkim, mamy do czynienia z dużą rolą obserwacji podczas nauczania/uczenia się, wówczas obserwacja socjologiczna jest techniką gromadzenia danych pozwalającą na dostęp do sytuacji i informacji (np. dotyczących praktyk cielesnych) będących podstawowym źródłem wiedzy adepta danego zawodu.

Wywiady

W trakcie badań przeprowadzałam wywiady swobodne (Kvale 2004) i wywiady z wykorzystaniem materiałów wideo (*video elicited interview*) (Konecki 2010b: 303) z przedstawicielami obu zawodów oraz ich adeptami i współpracownikami. Wywiady swobodne umożliwiły mi poznanie kontekstu kulturowego pracy, maksym oraz wiedzy teoretycznej i uświadomionej. Z kolei wywiady z wykorzystaniem materiałów wideo pozwoliły mi na uzyskanie komentarzy na temat poszczególnych działań przedstawionych w filmie, co umożliwiło mi dostęp do praktycznej i wcielonej wiedzy rozmówców.

W sytuacji wywiadów obu rodzajów badacz może wejść w rolę osoby uczącej się, zainteresowanej, dowiadującej się od badanego szczegółów dotyczących jego życia. Badany pełni w tej technice aktywną rolę, może wtedy stać się ekspertem

i opowiedzieć badanemu o zjawiskach i doświadczeniach, w których badacz nie może uczestniczyć (Lassiter 2005: 87; Kolb 2008). W wyniku zetknięcia się osoby z wewnątrz badanego środowiska (*insider*) z osobą z zewnątrz uzyskujemy dostęp m.in. do uzasadnień, przeżytych doświadczeń (*lived experience*), a w przypadku badań nad cielesnością także „wcielonych doświadczeń” (por. Knox i in. 2000: 50). Wywiad jest także o tyle specyficzną techniką badawczą, że stanowi za każdym razem nową jakość, kształtowaną aktywnie przez dwóch/dwoje aktorów społecznych, także poprzez słowa, gesty, reakcje, np. emocjonalne (Pontecorvo 2007: 185). W trakcie prowadzenia wywiadów powstaje zwerbalizowana wiedza ucieleśniona zdobyta dzięki wspólnemu omawianiu doświadczeń jednostki, a w przypadku wywiadów wideo – dzięki wspólnemu oglądaniu filmów i komentowaniu ich przez osobę badaną. Podobnie jak wywiady konwersacyjne w trakcie obserwacji wywiady swobodne i z wykorzystaniem materiałów wideo pozwalają na zwerbalizowanie dotychczas niezwerbalizowanych elementów wiedzy.

Wywiad z wykorzystaniem materiałów wideo umożliwia osobie badanej odniesienie się do jej własnych doświadczeń i realizowanych przez nią praktyk. Dzięki temu badani mogą omówić zarówno aspekt indywidualny praktyki poprzez ciało (*robię teraz tak, dlatego że..., tutaj popełniłam błąd, ponieważ...*), jak i odnoszący się do ogólnych reguł (*to narzędzie służy do..., w przypadku takich guzów robi się...*). Forma wideo pozwala także na uchwycenie tych zjawisk w kontekście temporalnym i sekwencyjnym (*teraz używam tego narzędzia, aby odsłonić tę tkankę, co pozwoli mi na...*). Ma to duże znaczenie dla zrozumienia wzajemnej relacji pomiędzy osobą badaną a obiektem, który ulega przekształceniu w wyniku jej pracy (oddziaływanie na orkiestrę, wycucie tkanki guza). Poszczególne krótkie opisy praktyk lub obserwacji (*wykonałam ten ruch, ponieważ poprzednia część utworu jest powolna, a tu zaczyna się część szybsza...*), jeśli się je analizuje wspólnie, pozwalają badaczowi na etnograficzny opis tego, jak poprzez wykorzystanie zmysłów osoby badane podejmują różnego rodzaju osądy dotyczące obiektów swojej pracy. Jak już wcześniej wspomniałam, osądy oparte na zmysłach wydają się raczej społecznie konstruowane niż biernie odbierane (Gore i in. 2012: 131–132).

Wywiad swobodny i wywiad z wykorzystaniem materiałów wideo, poprzez omówienie konkretnych sytuacji, także tych zaobserwowanych przez badacza w terenie, często pozwala osobom badanym na uświadomienie sobie, zrozumienie, sprecyzowanie i zwerbalizowanie własnych doświadczeń (*make ones experience explicit*). Rozmowa o konkretnych wydarzeniach, działaniach podejmowanych przez rozmówców powoduje odwołanie się do wykorzystywanych w danych sytuacjach praktyk cielesnych, a to z kolei umożliwia odniesienie się do wiedzy ucieleśnionej, a nie teoretycznej (*zrobiłem to i to dlatego, że dana sytuacja była taka i taka*). Może to być pomocne dla samych osób badanych, ponieważ uświadamiają sobie realizowane przez siebie praktyki. Dzięki temu dają one uczestnikom badań możliwość poddania ich refleksji, a w konsekwencji udoskonalenia lub zaprzestania. Kilkukrotnie usłyszałam od moich rozmówców, że dzięki

wywiadowi uporządkowali sobie oni elementy wiedzy, która była nieuświadomiona. Powoduje to jednocześnie ugruntowanie wiedzy uzyskanej w trakcie wywiadu w konkretnych sytuacjach i praktykach społecznych, zamiast odwoływania się do uogólnionych zasad czy wiedzy teoretycznej (Gore i in. 2012: 133–135). Podczas wywiadu wiedza o praktykach cielesnych (a także innych działaniach jednostek) staje się ukontekstualizowana w danej sytuacji społecznej, co pozwala na poznanie zależności pomiędzy procesami społecznymi i ciałem ludzkim (Gore i in. 2012: 138).

Co ważne, wywiad z wykorzystaniem materiałów wideo umożliwia analizę ruchów danej osoby, a nie jedynie nieruchomych obrazów, jak na fotografii. Sprowadzenie ruchu, np. dyrygenta do ich składowych powoduje, że tracimy sens zawarty w przekazie znaczeń poprzez ciało (dyrygenci) oraz działania interakcyjne podejmowane wobec chorej tkanki (neurochirurdzy). Niektórzy badacze (Konecki 2008; Suchar 1997) polecają transkrybowanie opisu zdjęć lub filmów w celu dalszej analizy. Technika ta może być przydatna w przypadku innych badań, jednak gdy analizujemy praktyki cielesne, sprowadzanie ruchu do jego opisu może spowodować utratę zawartego w nim, czasami niewerbalizowalnego, sensu (por. Herudziński 2006: 29).

Wywiad pozwala także zniwelować niedostatki obserwacji czy to bezpośredniej, czy zapośredniczonej przez nagranie wideo, pozbawione omówienia osoby badanej (o czym wspominałam w części dotyczącej obserwacji). Ważne jest, aby w badaniu uwzględnić szczególną sytuację badanej osoby, jak w przypadku moich badań – płeć, staż pracy, postrzeganie i procesy nadawania sensu swojej sytuacji (Gore i in. 2012: 138). Wykorzystując technikę wywiadu w badaniach, w uświadomiony lub nieuświadomiony sposób traktujemy jednostkę jak refleksyjnego praktyka obdarzonego możliwością rozpoznawania i wyjaśnienia własnego działania z nowej perspektywy. Jeśli badani mają tendencję do posługiwania się wiedzą abstrakcyjną w celu opisanego swoich działań, wywiad z wykorzystaniem materiałów wideo pozwala na odwołanie się do konkretnych praktyk cielesnych osadzonych w konkretnych sytuacjach społecznych.

Dane zastane

Kolejną techniką stosowaną przeze mnie w trakcie badań, choć w zdecydowanie mniejszym stopniu niż opisane powyżej, jest analiza danych zastanych: materiałów wideo z koncertów orkiestrowych¹, filmów edukacyjnych z operacji neurochirurgicznych², wywiadów radiowych i prasowych, podręczników i książek

¹ Dostępnych na portalu YouTube.

² Dostępnych na portalu YouTube.

popularnonaukowo-biograficznych³. Dane zastane dają możliwość dotarcia do wiedzy teoretycznej i świadomej; umożliwiają także wgląd w proces kształcenia. Dzięki analizie treści kultury, w tym opisów własnej lub cudzej pracy w kontekście całej kariery zawodowej czy nawet całego życia jednostki, możemy ukontekstualizować pracę poprzez ciało w biografii jednostek. Opracowania historyczne, nawet te mające charakter popularnonaukowy czy reporterski, pozwalają nam na wgląd w sposób przedstawiania ikonicznych dla danej grupy zawodowej postaci. Dzięki ich lekturze poznałam losy i dorobek sławnych na całym świecie dyrygentów, którzy rewolucjonizowali sposób pracy z orkiestrą lub posiadali wyjątkowe cechy osobowościowe, a także chirurgów, którzy wbrew kulturowemu tabu wykonywali, z różnym skutkiem, operacje mózgu, dzięki którym mogła rozwinąć się współczesna neurochirurgia. Co jednak ważne, warto, aby analiza danych zastanych, np. podręczników, była uzupełniona omówieniem danego źródła z osobami badanymi. Od nich możemy dowiedzieć się, że jakiś podręcznik jest *kultowy*, *niepraktyczny*, albo że ktoś w wywiadzie *mówi prawdę o naszym zawodzie*.

Wymienione wyżej techniki gromadzenia danych umożliwiły mi podejście do badanych zjawisk z różnych punktów widzenia, ograniczając niektóre wady każdej z nich. Staralam się uzyskiwać wzajemne sprawdzenie danych – obserwacji poprzez uzyskanie komentarza od osób badanych (w wywiadzie konwersacyjnym i swobodnym), dane wideo uzupełnione wywiadem na nich opartym, weryfikować informacje otrzymane od jednych badanych z innymi lub informacje z jednego ośrodka w innych. Wykorzystanie wielu technik, w tym tych, które pozwalają uchwycić dane inne niż narracje, może przyczynić się do wyłonienia ucieleśnionych, ale niezrozumiałych praktyk i doświadczeń.

Specyfika badania zjawiska wiedzy teoretycznej realizowanej poprzez ciało

Dostęp badacza do milczącej wiedzy (*tacit knowledge*), także wiedzy wcielonej (*embodied knowledge*) i sposobu jej nabywania oraz praktykowania stawia przed nami wyzwania metodologiczne, ponieważ najczęściej nie można jej ani bezpośrednio zaobserwować, ani w pełni zwerbalizować. Metoda autoetnografii analitycznej (*analytic autoethnography*, Anderson 2006) pozwala przekraczać oba te ograniczenia, przynajmniej w pewnym stopniu. Istnieją jednak sytuacje badawcze, w których jej wykorzystanie nie jest możliwe (Gore i in. 2012: 128).

³ Henry Marsh, *Po pierwsze nie szkodzić*; Jürgen Thorwald, *Kruchy dom duszy*; Jerzy Waldorff, *Diabły i Anioły*; Jerzy Maksymiuk, Ewa Piasecka, *Maksymiuk na maksa*; Marianna Fijewska, *Neurochirurgdzy. Sekrety polskich wszechmogących*; Robert J. Morris, *Pięćdziesiąt lat życia chirurga*.

Tak było również w przypadku moich badań. Pomimo iż uważam technikę auto-etnografii analitycznej za bardzo przydatną w badaniach nad społecznymi praktykami ciała, zdecydowałam, że jej użycie jest nieuzasadnione w przypadku tych konkretnych badań⁴. Nie będąc członkiem żadnej z badanych grup, nie spełniam warunku koniecznego – posiadania wiedzy teoretycznej, praktycznej, nie byłam także socjalizowana do tych zawodów.

Wiedza ucieleśniona nie może być zrozumiana w oderwaniu od praktyk cielesnych, realizowanych w konkretnych sytuacjach społecznych. Omówienie tychże sytuacji umożliwia osobom badanym zwerbalizowanie, a często także uświadomienie sobie posiadanej milczącej wiedzy, ponieważ wiedza stosowana w praktyce i wiedza werbalizowana nie są tożsame (Gore i in. 2012: 138). Badając aspekty wcielenia wiedzy, nie powinniśmy poszukiwać jej pozasytuacyjnie, ale właśnie w konkretnych sytuacjach, w których jest ona realizowana. Wiedza realizowana poprzez ciało jest, ze swej natury, ukontekstualizowana i nie może być badana poza konkretną sytuacją społeczną, np. pracy. Dlatego też w moich badaniach podczas wywiadów swobodnych pytałam m.in. o konkretne sytuacje z zaobserwowanych wcześniej operacji, zadawałam pytania dotyczące konkretnych wydarzeń. Ponadto w wywiadach wideo stosowałam pytania dotyczące konkretnych ruchów, pozyskiwania wiedzy nt. decyzji i kolejnych kroków, uzasadnień osądów dotyczących konieczności podjęcia jakiegoś ruchu.

Utrudnienia w prowadzeniu badań

Z uwagi na uwarunkowania prawne instytucji, w których odbywało się badanie, nie mogłam zastosować niektórych technik badawczych. Dotyczyło to głównie nagrywania filmów w trakcie operacji neurochirurgicznych i prowadzenia lekcji dyrygentury. Dlatego wykorzystane zostały nagrania publikowane w otwartym dostępie oraz zarejestrowane przez badane osoby.

Wybuch pandemii COVID-19 spowodował, że dostęp do lekarzy neurochirurgów został w zasadzie całkowicie uniemożliwiony, nie mówiąc o dostępie do sali operacyjnej. W związku z bardzo trudną sytuacją systemu ochrony zdrowia w Polsce i tak już niewielkie zasoby wolnego czasu lekarzy⁵ zostały zmniejszone praktycznie do zera. Z powodu niskiej liczby lekarzy w Polsce w stosunku do innych krajów UE (Raport OECD 2022) kompetentny personel podczas kolejnych fal pandemii był coraz bardziej obciążany pracą. W związku z tym nie było możliwości nawiązania kontaktu z osobami, które mogłyby udzielić mi wywiadów.

⁴ Za cenne uwagi na ten temat dziękuję dr hab. Honoracie Jakubowskiej, prof. UAM.

⁵ Podczas badań na oddziale neurochirurgicznym lekarze udzielali mi wywiadów np. po pracy, w dniu bez zabiegów, w prywatnym domu.

Mając prywatny kontakt z jedną z osób pracujących na badanym oddziale, posiadałam informacje dotyczące tego, że w najtrudniejszych okresach pandemii personel mieszkał na nim przez tydzień, a następnie na tydzień wracał do domu. Medycy spali w wyłączonych z użytku salach chorych, byli często testowani i wykonywali tylko najpilniejsze operacje. W tej sytuacji nie wyobrażałam sobie prosić ich o udzielenie mi wywiadu czy też kontynuowanie moich prac badawczych, szanując ich trudne położenie, wymagania, jakie przed nimi stawiano, oraz ich czas wolny podczas tych dni, kiedy nie mieszkali na oddziale. Biorąc pod uwagę powyższe, gdyby moje badania nie zakończyły się przed wybuchem pandemii, nie byłoby możliwości ich przeprowadzenia.

Już w trakcie pandemii, ale w okresie, gdy wiele obostrzeń zostało ograniczonych, a przypadków zachorowań było mniej, zdecydowałam się poszukać możliwości przeprowadzenia wywiadów zgodnie z wymaganiami zastosowanej metodologii. Dotychczasowa analiza wskazywała na brak wśród moich badanych kobiet, które są aktywnymi neurochirurgkami, w tym matek małych dzieci. Poprzez znajomą lekarzkę uzyskałam kontakt do dwóch kobiet – jednej bezdzietnej, niedługo po specjalizacji, a drugiej z dłuższym stażem, wychowującej jedno dziecko. Z uwagi na trudne warunki trwającej pandemii zaproponowałam im rozmowy w dowolnej sytuacji – mojego przyjazdu do nich, ich przyjazdu do mnie, rozmowy online lub telefonicznej. Obie badane zdecydowały się na rozmowę telefoniczną, z czego jedna z nich przedstawiła się i opisała, w jakim ośrodku pracuje, natomiast druga wolała pozostawać anonimowa, nie podając swojego nazwiska ani nazwy miasta, w którym pracuje.

Niewiele inaczej było w przypadku pracy orkiestr. W okresie trwania pandemii wiele z instytucji takich jak filharmonie, opery czy teatry zawieszało swoją pracę, nie przygotowywało nowych koncertów, nie wystawiało spektakli. Przez pewien okres na początku pandemii nie odbywały się stacjonarne zajęcia w Uczelni Muzycznej. Ponieważ pozostawałam w kontakcie prywatnym z jedną z uczestniczek badania (jak wynikało z rozmowy, prowadziła w przedszkolu mojej córki zajęcia popularyzujące wiedzę o muzyce symfonicznej), dowiedziałam się, że pomimo obostrzeń niekiedy odbywają się koncerty, jednak możliwość zatrudnienia przy nich mają jedynie muzycy związani z partią rządzącą. Pozostali muzycy musieli znaleźć na ten okres alternatywne sposoby zarabiania na życie. W tej sytuacji uważałam za nieetyczne ingerowanie w nowy tryb życia osób badanych i w ich próby przetrwania w trudnym okresie.

Ponadto za pewnego rodzaju utrudnienie można uznać fakt, że nie jestem związana z żadną z dwóch grup badanych. Nie pasjonuje mnie medycyna, jestem przedstawicielką mniej naukowej⁶ niż medycyna socjologii, kobietą, a ponadto mam

⁶ W definicji osób badanych.

niewielkie problemy ze słuchem⁷. Uważam jednak, że w badaniach jakościowych najważniejszym narzędziem badawczym jest sam badacz i zawsze wchodzi on w teren badań ze swoją cielesnością, jakąś historią życia, doświadczeniami prywatnymi i badawczymi. Nie są one z założenia negatywne ani pozytywne, ale konstytuują charakter tego „narzędzia” badawczego. To, co jest moim zdaniem ważne, to to, aby uczynić te cechy, które mogą mieć znaczenie w przypadku prowadzenia badań, jawnymi i opisać ich wpływ na proces gromadzenia czy analizy danych.

W przypadku opisywanych badań moje ograniczenia związane z trudnościami ze słyszeniem i brakiem wiedzy medycznej przełożyły się przede wszystkim na przyjęcie perspektywy osób badanych i próbę opisanie ich światów ich słowami. W pewnym sensie weszłam w rolę naiwnej obserwatorki, która zadaje oczywiste pytania, prosi o opisanie podstawowych zjawisk i procesów. Jak się okazało, moi badani w większości odbierali takie podejście pozytywnie, mieli poczucie bycia ekspertami, przewodnikami po swoim świecie. Dwukrotnie zdarzyło mi się jednak, że badani starsi mężczyźni (jeden dyrygent i jeden neurochirurg) starali się pokazać mi, że powinnam sama wymyśleć odpowiedzi na zadane im pytania i że świadczą one o moim niesamodzielnym sposobie myślenia.

To, co nie stanowiło rzeczywistej, a jedynie przewidywaną trudność, to dostęp do osób badanych w okresie przed pandemią. Gdy planowałam rozpoczęcie badań na oddziale neurochirurgicznym, spodziewałam się, co potwierdzały doświadczenia znanych mi socjologów, niechęci płynącej ze strony lekarzy do udziału w badaniu. Obawiałam się także, że ich wypowiedzi nie będą szczere, m.in. z powodu obaw o konsekwencje prawne. Jednak po uzyskaniu oficjalnej zgody dyrekcji podczas pierwszego badania, a także po przedstawieniu przez ordynatora celu mojej wizyty na oddziale słowami *pani będzie się na nas habilitować*, zostałam zaakceptowana. Jak się okazało, grupa ta jest otwarta na dzielenie się swoimi doświadczeniami (Katz 1999), gdy widzi ona, że traktuje się ją z szacunkiem, gdy badacz ma „zielone światło” władz szpitala i oddziału, ale także po przejściu testów, np. żartami. Ważnym momentem, po którym nie tylko neurochirurdzy, ale i pozostały personel sali operacyjnej zaczął się wobec mnie zachowywać swobodniej, było pewne zdarzenie z udziałem instrumentariuszki. Wówczas była to osoba pracująca na sali operacyjnej od czterdziestu lat, pełniąca różne role podczas operacji. Podczas jednej z pierwszych obserwowanych przeze mnie operacji operator zaproponował, abym obejrzała operację z *czystej* strony stołu. Weszłam tam, starając się niczego nie dotykać, jednak wspomniana instrumentariuszka obawiała się o *czystość* narzędzi i miejsca operacji i nakrzyczała na mnie, wskazując jednocześnie, że powinnam przenieść się na drugą, *brudną* stronę stołu. Zrobiłam to. Po kilku minutach instrumentariuszka zaczęła mnie przeproszać za swój wybuch, ale odpowiedziałam jej, że rozumiem ją i *nie obrażam się za takie rzeczy*.

⁷ Mam m.in. problem z rozróżnianiem dźwięków muzycznych.

Zagadnienia etyczne

W początkowej fazie badań prowadziłam obserwacje podczas operacji neurochirurgicznych na podstawie umowy o wolontariat jako „socjolog-badacz” i zobowiązałam się do stosowania zasad dobrej praktyki w badaniach socjologicznych, a także przepisów szpitalnych dotyczących m.in. BHP, ochrony danych osobowych pacjentów, poszanowania ich godności i anonimowości. Zapisy te były częścią formalnych działań, które musiałam podjąć w celu podjęcia pracy w roli wolontariuszki. Nie dotykałam, nie rozmawiałam ani w żaden inny sposób nie wchodziłam w interakcje z pacjentami. W przypadku znacznej większości operacji nie widziałam nawet twarzy pacjentów, ponieważ wchodziłam po jej zakryciu materiałami chirurgicznymi (chustami, stolikiem chirurgicznym ustawionym nad twarzą pacjenta), a wychodziłam najczęściej przed wybudzeniem i wywiezieniem pacjentów z sali. Podejmując wymienione wyżej działania, miałam na celu chronienie anonimowości pacjentów. Jestem jednak świadoma, że mało uwagi w mojej pracy poświęcam osobom, z których powodu zarówno neurochirurdzy, jak i pozostały personel spotyka się na sali operacyjnej i podejmuje pracę. Moja uwaga jako badaczki skupiała się na osobach lekarzy, nie chorych, co wynikało z celu moich badań. Mam jednak świadomość, że może być ocenione jako marginalizujące pacjentów i ich doświadczenia. Istnieje jednak wiele publikacji z zakresu socjologii, psychologii, pedagogiki czy medycyny, które skupiają się na doświadczeniach pacjentów i to ich stawiają w centrum zainteresowania, proponując m.in. bardziej empatyczne czy skoncentrowane na chorym rozwiązania możliwe do zastosowania przez personel. Mniej jest natomiast publikacji, w szczególności na rynku polskim, które koncentrowałyby się na doświadczeniach personelu medycznego, które także przekładają się na efektywność działań podejmowanych wobec pacjentów, jak i na skuteczność całego systemu ochrony zdrowia.

Dlatego też uczestnicząc w operacji, za każdym razem pytałam neurochirurgów, czy mogę uczestniczyć w odbywającej się danego dnia operacji lub czy mogę zadać im pytanie w konkretnym momencie operacji, aby nie przeszkadzać im w pracy. Nie zapisywałam także danych osobowych operowanych pacjentów. Ponieważ badany szpital ma charakter akademicki, były i są tam prowadzone badania naukowe, a studenci, rezydenci, specjaliści uczestniczą w różnych zabiegach medycznych w celu kształcenia.

Filmy z operacji neurochirurgicznych, które stanowią część danych (wywiady z wykorzystaniem materiałów wideo oraz analiza materiałów wideo), zostały albo nagrane przez neurochirurgów w ramach ich pracy naukowej (np. przygotowanie referatu konferencyjnego), albo prezentowane w ogólnodostępnych źródłach (np. na platformie YouTube). Filmy z zajęć dyrygentury były przygotowywane przez samych studentów w ramach zadań dydaktycznych. Sfilmowane koncerty, które analizowałam, były w ogólnodostępnych źródłach (np. na platformie YouTube).

Moi rozmówcy byli zawsze informowani o dobrowolności i anonimowości prowadzonych badań. To oni decydowali o udziale w badaniach, niezależnie od wcześniejszego wyrażenia zgody przez ich wykładowcę czy ordynatora. Dodatkowo w żaden sposób nie rejestrowałam, nie zapisywałam danych osobowych uczestników, aby zapewnić im anonimowość. Podczas prowadzenia obserwacji na próbach koncertów zajmowałam miejsce na publiczności, wśród innych osób (np. reżyserki, aktorów niegrających w danej scenie, drugiego dyrygenta itp.). Moja tożsamość była znana uczestnikom obserwowanych sytuacji, zawsze szczerze i zgodnie z prawdą odpowiadałam na pytania osób zainteresowanych przebiegiem badania, jego celem.

Rola i ciało badacza

Moja rola w trakcie badania zmieniała się. Przy pierwszym badaniu na oddziale neurochirurgicznym osoby badane miały możliwość zapoznać się ze mną i moimi koleżankami, więc gdy przyszedłam prowadzić drugie badanie, nie byłam im całkiem obca. Wchodziłam jednak w nowe otoczenie, także personelu pracującego na sali operacyjnej, który mnie nie znał – pielęgniarek, anestezjologów, instrumentariuszek – co wymagało poznania mnie w tym kontekście.

Po upływie około dwóch miesięcy badania zauważyłam, że zostałam w jakimś sensie zaakceptowana przez zespół. Czasami w trakcie operacji byłam proszona przez instrumentariuszki o zawołanie kogoś spoza sali, o wyjęcie narzędzia z szafki czy zapisanie rodzaju użytej do operacji śruby pod nieobecność pielęgniarki pomocniczej. Jedna z pielęgniarek poprosiła mnie kiedyś, abym ją zawołała, gdy będzie potrzebna, a sama poszła na przerwę do pokoju socjalnego. W tymże pokoju zostałam kiedyś przedstawiona jako *nasza pani doktor socjologiczna* przez jedną z pielęgniarek-instrumentariuszek neurochirurgicznych. Z kolei operatorzy prosili mnie o wyłączenie muzyki na ich telefonach, zdjęcie okularów z głowy (gdy byli już ubrani na *czysto*), a jeden z asystentów o zdjęcie z głowy lupy. Wynikało to zapewne z tego, że brakowało w danej chwili rąk do pracy *na brudno*, a ja byłam im znana i znałam zasady *czystości* obowiązujące na bloku.

W moim postrzeganiu pacjentów nastąpiła dosyć dramatyczna zmiana. Jako osoba zainteresowana pracą neurochirurgów nie wchodziłam w żadne interakcje z pacjentami. Widywałam ich jedynie na sali operacyjnej i byli to dla mnie ludzie anonimowi, których poddawano pewnym procedurom medycznym. Przyjęłam, w pewnym stopniu świadomie, perspektywę postrzegania pacjenta, jaką ma personel medyczny – zdystansowaną. Nie byłam nastawiona emocjonalnie do wykonywanych „na pacjentach” prac.

Sytuacja zmieniała się, gdy jeden z operatorów polecił mi książkę napisaną przez neurochirurga, Henry’ego Marsha. Jest to brytyjski neurochirurg, który prowadził m.in. charytatywne zabiegi w Ukrainie w latach 90. Opisy warunków

i praktyk neurochirurgicznych z tamtych operacji budziły we mnie dużo strachu i współczucia dla chorych. Przeczytałam także historię dziewczynki, która wymagała bardzo trudnej operacji. W tym celu przyleciała z mamą do Londynu. Niestety, operacja nie powiodła się i stan dziewczynki pogorszył się, powodując wieloletnie życie w kalectwie w trudnych warunkach mieszkaniowych i biedzie, już w Ukrainie. Po jakimś czasie udało mi się znaleźć w Internecie fragmenty filmu dokumentalnego z tych wizyt Marsha w Ukrainie. Był wśród nich film pokazujący dziewczynkę i jej matkę, a w nim scena, która niezwykle mnie poruszyła. Matka dziewczynki, w bardzo ubogim mieszkaniu, pomagała się córce ubierać. Robiła to z uśmiechem i dużą czułością. Gdy oglądałam tę scenę, dwie pełnione przeze mnie role społeczne – matki i badaczki – zderzyły się. Zdaję sobie sprawę, że jest to określenie potoczne, ale najlepiej oddaje ono moje ówczesne doświadczenie. W pewnym sensie pozbyłam się neutralnej, zdystansowanej perspektywy postrzegania pacjenta i do głosu doszła perspektywa matki małej dziewczynki. Wytrąciło mnie to z równowagi emocjonalnej na wiele dni, podczas których byłam zaprzątnięta myśleniem o dziewczynce i jej matce, którą po śmierci dziewczynki spotkała jeszcze utrata męża, zabitego dla pieniędzy podczas powrotu z pracy w Polsce. Nawet teraz, kilka lat po tych wydarzeniach, trudno jest mi je opisywać i nadal wywołują one we mnie reakcje emocjonalne.

Prowadząc badania z zakresu socjologii ciała, trudno jest uciec od pytania o znaczenie ciała badacza w konkretnych sytuacjach badawczych. Na potrzeby krytycznej analizy własnych działań badawczych obserwowałam swoje reakcje na sytuacje, w których znalazłam się jako badaczka. Badacz zawsze wchodzi w sytuację badania ze swoim ciałem, jego nawykami i przyzwyczajeniami, potrzebami.

W trakcie obserwacji na salach operacyjnych doświadczałam wielokrotnie, że moje ciało nie jest przyzwyczajone do tego rodzaju pracy. Objawiało się to częstym uczuciem znużenia i głodu, co wymagało albo wychodzenia do pokoju socjalnego, albo kontynuowanie obserwacji w stanie rozproszenia. Często także czułam zmęczenie intelektualne, znudzenie długimi (jednak nie tak długimi jak w przypadku operatorów) godzinami operacji. Towarzyszył mi także częsty ból kręgosłupa, pojawiający się w wyniku stania i siedzenia na niewygodnych stołkach. Często dochodziłam do wniosku, że ciała operatorów są trenowane przez wiele lat, aby wytrwać w sytuacji pracy: stania, wymuszonej pozycji, głodu czy braku snu.

Co było dla mnie zaskakujące, widok otwartych łóż operacyjnych w mózgach czy okolicach kręgosłupów pacjentów nie wywoływał we mnie jakiejkolwiek reakcji emocjonalnej. Jedyne, co powodowało w pierwszych dniach dyskomfort, to zapach pilowanych kości czaszki. Jak sądzę, było to spowodowane przyjętą przeze mnie perspektywą obiektywizującą pacjentów, której jednak nie podporządkował się jeden ze zmysłów, powonienie.

Jeśli zaś chodzi o moją rolę w badaniach wśród muzyków, odczuwałam własne ograniczenia cielesne, związane z problemami ze słuchem, które nie pozwalały mi

na *wysłyszenie* różnic pomiędzy dźwiękiem zagrany a pożądanym. Polegałam w tej kwestii na interpretacji osób badanych. Biorąc pod uwagę zarówno opisane powyżej wymagania metodologiczne, jak i własną sytuację, weszłam w rolę naiwnego badacza.

Udział w lekcjach dyrygentury nie wymagał podpisania oficjalnych umów, a jedynie uzyskanie zgód uczestników badania, na początku głównie profesorów prowadzących lekcje. Taka jest struktura hierarchiczna w świecie muzyki – dyrygent, profesor podejmuje kluczową decyzję i jest w niej niezależny, i zdecydowałam się ją uszanować. Zdarzało mi się kilkukrotnie, że dyrygenci odmawiali mi udziału w badaniu i zawsze w sytuacji, gdy nawiązywałam kontakt drogą mailową. Raz dotyczyło to mojego kolegi z liceum, który aktualnie robi międzynarodową karierę jako dyrygent. Wysłałam do niego mail z prośbą o udział w badaniu. Poprzez swoją managerkę życzył mi on powodzenia w prowadzeniu badań, jednak nie podał powodu odmowy. Drugi taki przypadek miał miejsce, gdy poprosiłam drogą mailową jednego z profesorów Uczelni Muzycznej o możliwość obserwacji jego lekcji. Nie otrzymałam odpowiedzi. Warto zauważyć, że wszystkie inne kontakty podejmowałam bezpośrednio i otrzymywałam zgody.

Ważnym elementem zdobywania dostępu do kolejnych osób badanych było, w przypadku dyrygentów, polecenie mnie jako badaczki znajomym i kolegom po fachu. Zdarzyło mi się na przykład, że profesorka, u której prowadziłam obserwacje sama, z własnej inicjatywy zadzwoniła do kolegi, który umożliwił mi wejście na próby koncertowe do opery. Tam z kolei poznałam dyrygentkę, z którą później przeprowadziłam wywiad.

Moim zdaniem rozumiejące podejście, empatia i umożliwienie osobom badanym wejście w sytuację badania jako ekspertom (od swojego świata życia) jest nie tylko uzasadnione etycznie i metodologicznie, ale także umożliwia dotarcie do większej liczby badanych oraz realizację np. obserwacji w różnych sytuacjach, do których dostępu „strzegą” członkowie tego świata. Jest to także konsekwencją przyjętej przeze mnie perspektywy teoretycznej, zgodnie z którą badacz winien jest badanym zaufanie, jako osobom pragmatycznym, podejmującym aktywne działanie w swoim świecie, na podstawie podejmowanych przez siebie decyzji o różnym podłożu.

Jako badaczka doświadczyłam kilku sytuacji, w których dystans badacz–badany zostawał przełamany. Na sali operacyjnej były to opisane wyżej sytuacje, gdy personel prosił mnie o pomoc. Podczas lekcji dyrygentury była to moja zabawa z psem profesorki, która przyprowadziła go na lekcje. Pies był młody i zachęcał mnie do zabawy, która ostatecznie odbywała się pod fortepianem w sali lekcyjnej. Był to moment zwrotny, ponieważ wcześniej przewidywano, że jako doktor socjologii będę bardzo formalna i na lekcjach nie będzie można luźno żartować. Profesorka powiedziała mi, że po mojej zabawie z psem zaczęła się przy mnie czuć swobodnie i poczuła, że może zachowywać się naturalnie, jak zazwyczaj podczas lekcji.

Bibliografia

- Abernathy Charles, Hamm Robert M. (1995), *Surgical Intuition: What It Is and How to Get It*, St. Louis: Hanley & Belfus.
- Adorno Theodore W. (1973), *Philosophy of Modern Music*, New York: Seabury.
- Adorno Theodore W. (1976), *Introduction to the Sociology of Music*, New York: Seabury.
- Ahaddour Chaima, Van den Branden Stef, Broeckaert Bert (2017), *Purification of Body and Soul for the Next Journey. Practices Surrounding Death and Dying Among Muslim Women*, „OMEGA – Journal of Death and Dying”, 76(2): 169–200.
- Album Dag, Westin Steinar (2008), *Do Diseases Have a Prestige Hierarchy? A Survey among Physicians and Medical Students*, „Social Science & Medicine”, 66(1): 182–188.
- Anderson Leon (2006), *Analytic Autoethnography*, „Journal of Contemporary Ethnography”, 35(4): 373–395.
- Armstrong David, Stokoe William, Wilcox Sherman (1995), *Gesture and the Nature of Language*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Atkinson Paul (2006), *Opera and the Embodiment of Performance*, w: *Body/Embodiment: Symbolic Interaction and the Sociology of the Body*, Dennis E. Waskul, Phillip Vannini (red.), London–New York: Routledge.
- Audi Robert (red.) (1999), *The Cambridge Dictionary of Philosophy*, 2nd ed., Cambridge: Cambridge University Press.
- Balch Charles M., Oreskovich Michael R., Dyrbye Lotte N., Colaiano Joseph M., Satele Daniel V., Sloan Jeff A., Shanafelt Tait D. (2011), *Personal Consequences of Malpractice Lawsuits on American Surgeons*, „Journal of the American College of Surgeons”, 213(5): 657–667.
- Balch Charles M., Shanafelt Tait (2011), *Combating Stress and Burnout in Surgical Practice: A Review*, „Thoracic Surgery Clinics”, 21(3): 417–430.
- Ball Elizabeth M., Colette A. Nicolle (2015), *Changing What It Means to Be „Normal”: A Grounded Theory Study of the Mobility Choices of People Who Are Blind or Have Low Vision*, „Journal of Visual Impairment & Blindness”, 109(4): 291–301.
- Bankiewicz-Nakielska Justyna, Walkiewicz Maciej, Tyszkiewicz-Bandur Monika, Karakiewicz Beata (2017), *Z jakimi lekarzami pacjenci współpracują najchętniej? Umiejętności psychologiczne w relacji lekarz–pacjent*, „Medycyna Rodzinna”, 20(2): 156–161.
- Becker Howard (1953), *Becoming a Marihuana User*, „American Journal of Sociology”, 59: 235–243.
- Becker Howard, Pessin Alain (2017), *Appendix A: A Dialogue on the Ideas of „World” and „Field”*, *Theory with a Wide Horizon*, w: Alain Pessin, Howard S. Becker, *The Sociology of Howard S. Becker: Theory with a Wide Horizon*, Chicago: University of Chicago Press, 91–104.
- Becker Howard S. (1951), *The Professional Dance Musician and His Audience*, „American Journal of Sociology”, 57: 136–144.

- Becker Howard S. (2008), *Art Worlds*, Berkeley: University of California Press.
- Becker Howard S., Geer Blanche, Hughes Everett C., Strauss Anselm L. (1961), *Boys in White. Student Culture in Medical School*, Chicago: University of Chicago Press.
- Bensing Jozien (2000), *Bridging the Gap. The Separate Worlds of Evidence-based Medicine and Patient-centered Medicine*, „Patient Education and Counseling”, 39: 17–25.
- Beresford E.B. (1991), *Uncertainty and the Shaping of Medical Decisions*, „Hastings Center Report”, 21(4): 6–11.
- Berger Peter L., Luckmann Thomas (1983), *Społeczne tworzenie rzeczywiŝtoŝci*, Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Birks Melanie, Mills Jane (2011), *Grounded Theory: A Practical Guide*, Los Angeles: Sage.
- Birks Melanie, Mills Jane (2019), Chapter 12. *Rendering Analysis through Storyline*, w: *The SAGE Handbook of Current Developments in Grounded Theory*, Antony Bryant, Kathy Charmaz (red.), Sage.
- Bloom Benjamin S. (red.) (1985), *Developing Talent in Young People*, New York: Ballantine Books.
- Blumer Herbert (1969), *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*, New Jersey: Prentice-Hall.
- Bokszański Zbigniew (1989), *Tożsamość, interakcja, grupa*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Bołoz Wojciech, Krajnik Małgorzata (2008), *Definicja Uporczywej Terapii. Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce”, 2(3): 77.
- Borrelli Sara E., Spiby Helen, Walsh Denis (2016), *The Kaleidoscopic Midwife: A Conceptual Metaphor Illustrating First-time Mothers*, „Perspectives of a Good Midwife during Childbirth. A Grounded Theory Study”, *Midwifery*, 39: 103–111.
- Bosk Charles (1979), *Forgive and Remember. Managing Medical Failure*, Chicago: University of Chicago Press.
- Bourdieu Pierre, Passeron Jean-Claude (1990), *Reprodukcja. Elementy teorii systemu nauczania*, Warszawa: PWN.
- Bryant Antony (2009), *Grounded Theory and Pragmatism: The Curious Case of Anselm Strauss [113 paragraphs]*, „Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research”, 10(3), art. 2.
- Bryant Anthony, Charmaz Kathy (2007), *The Sage Handbook of Grounded Theory*, Los Angeles–London–New Delhi–Singapore: Sage.
- Bull Anna (2016), *Gendering the Middle Classes: The Construction of Conductors' Authority in Youth Classical Music Groups*, „Sociological Review”, 64(4): 855–871.
- Byczkowska Dominika (2006), *Solidarność zawodowa jako wynik socjalizacji wtórnej. Na przykładzie zawodu lekarza*, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, 2(1): 88–110.
- Byczkowska Dominika (2007a), *Ciało jako narzędzie budowania pozycji w grupie. Na podstawie badań wśród tancerzy tańca towarzyskiego*, w: *W kręgu socjologii interpretatywnej. Badania jakościowe nad tożsamością*, Jacek Leoński, Urszula Kozłowska (red.), Szczecin: Economicus.
- Byczkowska Dominika (2007b), *Proces nabywania tożsamości zawodowej. Na podstawie zawodu lekarza*, w: *Zarządzanie organizacjami. Organizacja jako proces*, Krzysztof T. Konecki, Piotr Chomczyński (red.), Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

- Byczkowska Dominika (2009), *What Do We Study Studying Body? Researcher's Attempts to Embodiment Research*, „Qualitative Sociology Review”, 5(3): 100–112.
- Byczkowska Dominika (2010), *Ciało – narzędzie konstruowania tożsamości. Na podstawie badań tancerzy*, w: *Procesy tożsamościowe. Symboliczno-interakcyjny wymiar konstruowania ładu i nieładu społecznego*, Krzysztof Konecki, Anna Kacperczyk (red.), Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Byczkowska Dominika (2012a), „Ciało to mój największy nauczyciel”. *Interakcje z własnym ciałem w pracy tancerza*, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, 8(2): 112–127.
- Byczkowska Dominika (2012b), *Ciało w tańcu. Analiza socjologiczna*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Byczkowska-Owczarek Dominika (2013), *Spoleczne oblicza bólu – informacja, przyjemność, przeżycie. Kulturowe, grupowe i interakcyjne uwarunkowania odczuwania doznań bólowych*, „Studia Socjologiczne”, 4(211): 165–192.
- Byczkowska-Owczarek Dominika (2014), *Kryzys ciała – spojrzenie socjologiczne na proces fizjoterapii*, „Fizjoterapia. Kwartalnik Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii”, 22(3): 49–66.
- Byczkowska-Owczarek Dominika (2019a), *Performing on the Boundary of Art and Sport: The Case of Competitive Ballroom Dancers*, „Sociologický Časopis / Czech Sociological Review”, 55(3): 369–392.
- Byczkowska-Owczarek Dominika (2019b), *The Analytical Procedures of Grounded Theory Methodology in Research on the Human Body*, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, 15(3): 56–69.
- Byczkowska-Owczarek Dominika (2020), *Body and Social Interaction – The Case of Dance. Symbolic Interactionist Perspective*, „Qualitative Sociology Review”, 16(4): 164–179.
- Byczkowska-Owczarek Dominika (red.) (2018), *Notatki z rodzicielstwa bliskości*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Byczkowska-Owczarek Dominika, Kubczak Anna, Pawłowska Beata (2020), *Za drzwiami oddziału. Badania etnograficzne w szpitalu*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Cafarelli Laurine, El Amiri Laela, Facca Sybille, Chakfé Nabil, Sapa Marie-Cecile, Liverneaux Philippe (2022), *Anterior Plating Technique for Distal Radius: Comparing Performance after Learning Through Naive Versus Deliberate Practice*, „International Orthopaedics”, 46(8): 1821–1829.
- Cain Roy (2005), *Singing Out and Making Community: Gay Men and Choral Singing*, w: *Doing Ethnography: Studying Everyday Life*, Dorothy Pawluch, William Shaffir, Charlene Elizabeth Miall (red.), Toronto: Canadian Scholar's Press, 312–322.
- Callon Michael (1986), *The Sociology of an Actor-Network: The Case of the Electric Vehicle*, w: *Mapping the Dynamics of Science and Technology*, Michael Callon, John Law, Arie Rip (red.), London: Palgrave Macmillan.
- Charmaz Kathy (2006), *Constructing Grounded Theory. A Practical Guide Through Qualitative Analysis*, London–New Delhi: Sage Publications.
- Charmaz Kathy, Rosenfeld Dana (2006), *Reflections of the Body, Images of Self: Visibility and Invisibility in Chronic Illness and Disability*, w: *Body/Embodiment: Symbolic*

- Interaction and the Sociology of the Body*, Dennis E. Waskul, Phillip Vannini (red.), London–New York: Routledge.
- Clarke Adele (1990), *A Social Worlds Research Adventure. The Case of Reproductive Science*, w: *Theories of Science in Society*, Susan E. Cozzens, Thomas F. Gieryn (red.), Bloomington, Indianapolis: Indiana University Press.
- Clarke Adele (1991), *Social Worlds/Arenas Theory as Organizational Theory*, w: *Social Organization and Social Process. Essays in Honour of Anselm Strauss*, David R. Maines (red.), New York: Aldine de Gruyter.
- Coleman Rebecca (2013), *Sociology and the Virtual: Interactive Mirrors, Representational Thinking and Intensive Power*, „The Sociological Review”, 61(1): 1–20.
- Cooley Charles Horton (1902), *Human Nature and the Social Order*, New York: Schocken.
- Corbin Juliet, Strauss Anselm (2007), *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*, 3rd ed., London: Sage.
- Crossley Nick (2006), *The Networked Body and the Question of Reflexibility*, w: *Body/Embodiment: Symbolic Interaction and the Sociology of the Body*, Dennis E. Waskul, Phillip Vannini (red.), London–New York: Routledge.
- Denzin Norman (1972), *The Research Act*, w: *Symbolic Interaction. A Reader in Social Psychology*, Jerome G. Manis, Bernard N. Meltzer (red.), 2nd ed., Boston–London–Sydney–Toronto: Allyn and Bacon.
- Denzin Norman K., Kotarba Joseph A. (2016), *Symbolic Interactionist Takes on Music. Studies in Symbolic Interaction*, Bingley: Emerald Group Publishing Limited.
- Douglas Mary (1966), *Purity and Danger*, London: Routledge and Kegan Paul.
- Douglas Mary, Wildavsky Aaron B. (1982), *Risk and Culture: An Essay on the Selection of Technical and Environmental Dangers*, Berkeley: University of California Press.
- Downey Greg (2008), *Scaffolding Imitation in Capoeira: Physical Education and Enculturation in an Afro-Brasilian Art*, „American Anthropologist”, 110(2): 204–213.
- Dymarczyk Waldemar (2012), *Kariera*, w: *Słownik Socjologii Jakościowej*, Krzysztof Konecki, Piotr Chomczyński (red.), Warszawa: Difin.
- Dymarczyk Waldemar (2018), *Przestrzenny wymiar karier menedżerów i przedsiębiorców*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Eddy David M. (1984), *Variations in Physician Practice: The Role of Uncertainty*, „Health Affairs”, 3(2): 74–89.
- Ellis Carolyn, Brydie-Leigh Bartleet (2010), *Music Autoethnographies: Making Autoethnography Sing/Making Music Personal*, Bowen Hills, Qld: Australian Academic Press.
- Enders Giulia (2020), *Historia wewnętrzna: jelita – najbardziej fascynujący organ naszego ciała*, Łódź: Feeria Science.
- Ericsson Karl A., Krampe Ralph Th., Tesch-Romer Clemens (1993), *The Role of Deliberate Practice in the Acquisition of Expert Performance*, „Psychological Review”, 100: 363–406.
- Etzkorn Peter K. (1975), *Music and Society. The Later Writings of Paul Honigsheim*, New York: Wiley and Sons.
- Faulkner Robert, Becker Howard S. (2009), *„Do You Know ...?”. The Jazz Repertoire in Action*, Chicago: University of Chicago Press.
- Fijewska Marianna (2022), *Neurochirurgdzy. Sekrety polskich wszechmogących*, Kraków: Znak.

- Fischer Marilyn, Jackson Isaiah (1997), *Toward a Vision of Mutual Responsiveness: Remythologizing the Symphony Orchestra*, „Harmony”, 4: 71–84.
- Flood Ann Berry, Scott W. Richard, Wayne Ewy, Forrest William H. Jr (1982), *Effectiveness in Professional Organizations: The Impact of Surgeons and Surgical Staff Organizations on the Quality of Care in Hospitals*, „Health Services Research”, 17(4): 341–366.
- Freidson Eliot (1988), *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, Chicago: University of Chicago Press.
- Freidson Eliot (1989), *Theory and the Professions*, „Indiana Law Journal”, 64(3): 423–432.
- Fuchs Victor (1974), *Who Shall Live?*, New York: Basic Books.
- Galkin Elliott W. (1988), *A History of Orchestral Conducting in Theory and Practice*, New York: Pendragon Press.
- Geller Gail, Tambor Ellen S., Chase Gary A., Holtzman Neil A. (1993), *Measuring Physicians' Tolerance for Ambiguity and Its Relationship to Their Reported Practices Regarding Genetic Testing*, „Medical Care”, 31(11): 989–1001.
- Georgiana Gore, Rix-Lièvre Géraldine, Wathelet Olivier, Cazemajou Anne (2012), *Eliciting the Tacit: Interviewing to Understand Bodily Experience. An Ethnographic Approach*, w: *The Interview. An Ethnographic Approach*, Jonathan Skinner (red.), Taylor & Francis, 127–142.
- Gerrity Martha S., DeVellis Robert F., Earp Jo Anne A. (1990), *Physicians' Reactions to Uncertainty in Patient Care: A New Measure and New Insights*, „Medical Care”, 28(8): 724–736.
- Given Lisa M. (2008), *The SAGE Encyclopaedia of Qualitative Research Methods*, Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Glaser Barney G. (1978), *Theoretical Sensitivity*, San Francisco: Sociology Press.
- Glaser Barney G., Strauss Anselm (1967), *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Chicago: Aldine Publishing.
- Godøy Rolf Inge, Leman Marc (red.) (2010), *Musical Gestures: Sound, Movement, and Meaning*, New York: Routledge.
- Goffman Erving (1961), *Encounters. Two Studies in Sociology of Interaction*, Indianapolis: Bobbs-Merrill.
- Goffman Erving (1972), *Relations in Public: Microstudies of the Public Order*, Harmondsworth: Penguin.
- Goffman Erving (2000), *Człowiek w teatrze życia codziennego*, Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Goffman Erving (2006), *Rytuał interakcyjny*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Goffman Erving (2011), *Instytucje totalne: o pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Gofton Wade, Regehr Glenn (2006), *What We Don't Know We Are Teaching: Unveiling the Hidden Curriculum*, „Clinical Orthopaedics and Related Research”, 449: 20–27.
- Gomart Emilie, Hennion Antoine (1999), *A Sociology of Attachment: Music Amateurs, Drug Users*, w: *Actor Network Theory and After*, John Law, John Hassard (red.), Oxford: Blackwell Publishers, 220–247.
- Goode William J. (1977), *Principles of Sociology*, New York: McGraw-Hill Inc.

- Grantham Weronika, Płaszewski Maciej, Byczkowska-Owczarek Dominika (2023), *Giving Voice to Young People: Evocative Autoethnography as a Method of Researching Personal Experiences Connected to Adolescent Idiopathic Scoliosis. A Discursive Article*, „Physiotherapy Review”, 27(1): 5–14.
- Halford Susan, Witz Anne, Savage Mike (1997), *Gender, Careers and Organisations*, Basingstoke: Macmillan.
- Hall Edward T. (1976), *Ukryty wymiar*, Warszawa: PIW.
- Hall Edward T. (1984), *Poza kulturą*, Warszawa: PWN.
- Hałas Elżbieta (2006), *Interakcjonizm symboliczny*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hammersley Martyn, Atkinson Paul (2000), *Metody badań terenowych*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Han Paul K.J., Klein William M.P., Arora Neeraj K. (2011), *Varieties of Uncertainty in Health Care: A Conceptual Taxonomy*, „Medical Decision Making”, 31(6): 828–838.
- Hanna Judith Lynne (1988), *Dance, Sex and Gender. Signs of Dominance, Defiance, and Desire*, Chicago–London: University of Chicago Press.
- Harris Anna (2021), *A Sensory Education*, London–New York: Routledge.
- Harris Mark (red.) (2007), *Ways of Knowing: Anthropological Approaches to Crafting Experience and Knowledge*, New York–Oxford: Berghahn Books.
- Heath Christian (1986), *Body, Movement and Speech in Medical Interaction*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Herudziński Tomasz (2006), *O sposobach rozumienia socjologii wizualnej*, w: *Co widzieć?*, Jerzy Kaczmarek, Marek Krajewski (red.), Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Hilden Jørgen (1991), *Intuition and Other Soft Modes of Thought in Surgery*, „Theoretical Surgery”, 6: 89–94.
- Hindmarsh Jon, Pilnick Alison (2002), *The Tacit Order of Teamwork: Collaboration and Embodied Conduct in Anesthesia*, „The Sociological Quarterly”, 43(2): 139–164.
- Hirschhauer Stefan (1991), *The Manufacture of Bodies in Surgery*, „Social Studies of Science”, 21: 279–319.
- Hochschild Arlie R. (2009), *Zarządzanie emocjami. Komercjalizacja ludzkich uczuć*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hughes Everett C. (1951), *Mistakes at Work*, „The Canadian Journal of Economics and Political Science / Revue canadienne d’Economie et de Science politique”, 17(3): 320–327.
- Hughes Everett C. (1958), *Men and Their Work*, Glencoe: Free Press.
- Hughes Everett C. (1993), *The Sociological Eye. Selected Papers*, Chicago: Aldine.
- Illich Ivan (1971), *Deschooling Society*, New York: Harper and Row.
- Jacyno Małgorzata (2007), *Kultura indywidualizmu*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jakubowska Honorata (2017), *Skill Transmission, Sport and Tacit Knowledge. A Sociological Perspective*, Abingdon: Routledge.
- Januszkiewicz Małgorzata, Jura Marcin, Kowal Justyna (2012), *Akty mowy czy/i akty mi-gania? Języki i kultury w kontakcie*, „Acta Universitatis Wratislaviensis. Język a kultura”, 23(3456): 287–299.
- Jaworski Lucjan (2003), *Podstawy techniki dyrygowania*, Lublin: UMCS.

- Johannessen Lars E.F. (2014), *The Narrative (Re)production of Prestige: How Neurosurgeons Teach Medical Students to Valorise Diseases*, „Social Science & Medicine”, 120: 85–91.
- Kacperczyk Anna (2005), *Zastosowanie koncepcji społecznych światów w badaniach empirycznych*, w: *Konstruowanie jaźni i społeczeństwa. Europejskie warianty symbolicznego interakcjonizmu*, Elżbieta Hałas, Konecki Krzysztof T. (red.), Warszawa: Scholar.
- Kacperczyk Anna (2016), *Spoleczne światy. Teoria – empiria – metody badań. Na przykładzie społecznego świata wspinaczki*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Katz Pearl (1999), *The Scalpel's Edge: The Culture of Surgeons*, Needham Heights: Allyn and Bacon.
- Kaya Erdem E. (2015), *The Effect of Playing Different Musical Instruments on Arm Asymmetry*, „Educational Research and Reviews”, 10(20): 2661–2666.
- Kępiński Antoni (2001), *Twarz, ręka*, w: *Antropologia kultury. Zagadnienia i wybór tekstów. Część pierwsza*, Andrzej Mencfel (red.), Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Khodyakov Dmitry (2014), *Getting in Tune: A Qualitative Analysis of Guest Conductor–Musicians Relationships in Symphony Orchestras*, „Poetics”, 44: 64–83.
- Kilmayer Laurence J., Young Allan (1998), *Culture and Somatization: Clinical, Epidemiological, and Ethnographic Perspectives*, „Psychosomatic Medicine”, 60: 420–430.
- Kim Kangmoon, Lee Young-Mee (2018), *Understanding Uncertainty in Medicine: Concepts and Implications in Medical Education*, „Korean Journal of Medical Education”, 30(3): 181–188.
- Knox Marie, Mok Magdalena, Parmenter Trevor R. (2000), *Working with the Experts: Collaborative Research With people with an Intellectual Disability*, „Disability and Society”, 15(1): 49–61.
- Koivunen Niina, Wennes Grete (2011), *Show Us the Sound! Aesthetic Leadership of Symphony Orchestra Conductors*, „Leadership”, 7(1): 51–71.
- Kolb Bettina (2008), *Involving, Sharing, Analysing – Potential of the Participatory Photo Interview [37 paragraphs]*, „Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research”, 9(3), art. 12.
- Konecki Krzysztof T. (1988), *Praca w koncepcji socjologii interakcjonistycznej*, „Studia Socjologiczne”, 1(108): 225–245.
- Konecki Krzysztof T. (1998), *Czas a badania socjologiczne*, „Acta Universitatis Lodzensis. Folia Sociologica”, 27: 179–195.
- Konecki Krzysztof T. (2000), *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Konecki Krzysztof T. (2002), *Kultura organizacyjna. Główne perspektywy analityczno-badawcze*, w: *Szkice z socjologii zarządzania*, Krzysztof Konecki, Piotr Tobera (red.), Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Konecki Krzysztof T. (2005), *The Problem of Symbolic Interaction and of Constructing Self*, „Qualitative Sociology Review”, 1(1): 68–89.
- Konecki Krzysztof T. (2008), *Triangulation and Dealing with the Realness of Qualitative Research*, „Qualitative Sociology Review”, 4(3): 7–28.
- Konecki Krzysztof T. (2010a), *W stronę socjologii jakościowej: badanie kultur, subkultur i światów społecznych*, w: *Kultury, subkultury i światy społeczne w badaniach*

- jakościowych, Jacek Leoński, Magdalena Fiternicka-Gorzko (red.), Szczecin: Uniwersytet Szczeciński.
- Konecki Krzysztof T. (2010b), *Wywiad na podstawie filmów w badaniach praktyki jogi – na przykładzie badań cielesności i gestów w społecznym świecie praktyki jogi*, w: *Kultury, subkultury i światy społeczne w badaniach jakościowych*, Jacek Leoński, Magdalena Fiternicka-Gorzko (red.), Szczecin: Uniwersytet Szczeciński.
- Konecki Krzysztof T. (2012), *Czy ciało jest świątynią duszy? Współczesna praktyka jogi jako fenomen psychospołeczny*, Warszawa: Difin.
- Kotarbiński Tadeusz (2019), *Traktat o dobrej robocie*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Kowal Katarzyna (2018), *Między ziemią a niebem... Doświadczenie własnej cielesności przez osoby praktykujące podwieszanie ciała – studium socjologiczne*, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, 14(2): 84–119.
- Kowalczyk Beata M. (2021), *Transnational Musicians. Precariousness, Ethnicity and Gender in the Creative Industry*, Routledge.
- Kubinowski Dariusz (1997), *Proces wychowania tanecznego w środowisku wiejskim*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Kulpińska Jolanta (red.) (1974), *Socjologia przemysłu*, Warszawa: PWE.
- Kvale Steinar (2004), *InterViews. Wprowadzenie do jakościowego wywiadu badawczego*, Białystok: Trans Humana.
- Lassiter Luke Eric (2005), *Collaborative Ethnography and Public Anthropology*, „Current Anthropology”, 46(1): 83–106.
- Latour Bruno (1991), *Technology Is Society Made Durable*, w: *Sociology of Monsters: Essays on Power, Technology and Domination*, John Law (red.), London: Routledge, 103–131.
- Latour Bruno (1996), *On Actor-Network Theory: A Few Clarifications*, „Soziale Welt”, 47(4): 369–381.
- Latour Bruno (1999), *On Recalling ANT*, w: *Actor Network Theory and after*, John Law, John Hassard (red.), Oxford: Blackwell Publishers, 15–25.
- Law John (1992), *Notes on the Theory of the Actor-Network: Ordering, Strategy and Heterogeneity*, „Systems Practice”, 5: 379–393.
- Lesiak Michał (2019), *Brudna praca w zawodach medycznych. Konteksty interakcji pacjent–personel medyczny w procesie leczenia*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Lewenstein Barbara, Pasierski Tomasz (2016), *Współczucie, zaufanie a profesjonalizm medyczny*, w: *Empatia moralność a życie społeczne*, Wojciech Pawlik (red.), Warszawa: Uniwersytet Warszawski.
- Lichterhan Boleslav (2007), *Emergence and Early Development of Russian Neurosurgery (1890s–1930s)*, „Journal of the History of the Neurosciences”, 16(1–2): 123–137.
- Littlewood Jenny (1991), *Care and Ambiguity. Towards the Concept of Nursing*, w: *Anthropology and Nursing*, Pat Holden, Jenny Littlewood (red.), London: Routledge.
- Luff Paul Keith, Consitt Heath Christian (2007), *Gesture and Institutional Interaction: Figuring Bids in Auctions of Fine Art and Antiques*, „Gesture”, 7(2): 215–240.
- Mahood Sally C. (2011), *Medical Education. Beware the Hidden Curriculum*, „Canadian Family Physician”, 57(9): 983–985.

- Maksymiuk Jerzy, Piasecka Ewa (2002), *Maksymiuk na maksa*, Izabelin: Świat Literacki.
- Malhotra Valerie Ann (1979), *Weber's Concept of Rationalization and the Electronic Revolution in Western Classical Music*, „Qualitative Sociology”, 1: 100–120.
- Malhotra Valerie Ann (1981), *The Social Accomplishment of Music in a Symphony Orchestra: A Phenomenological Analysis*, „Qualitative Sociology”, 4(2): 102–125.
- Marchand Trevor H.J. (2008), *Muscles, Moral and Mind: Craft Apprenticeship and the Formation of Person*, „British Journal of Educational Studies”, 56(3): 245–271.
- Marganiec Bartosz (2014), IX Kultura głuchych, w: *Sytuacja osób głuchych w Polsce. Raport zespołu ds. g/Głuchych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich*, Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, 137–157.
- Marsh Henry (2016), *Po pierwsze nie szkodzić. Opowieści o życiu, śmierci i neurochirurgii*, Warszawa: WAB.
- Matheson Lauren, Lavender Verna, Collins Graham, Mitchell-Floyd Tracy, Watson Eila (2016), *The Experiences of Young Adults With Hodgkin Lymphoma Transitioning to Survivorship: A Grounded Theory Study*, „Oncology Nursing Forum”, 43(5): E195–E204.
- Mauss Marcel (1973), *Socjologia i antropologia*, Warszawa: PWN.
- Merleau-Ponty Maurice (2001), *Fenomenologia percepcji*, Warszawa: Fundacja Aletheia.
- Meyer Yvonne, Frank Franziska, Schläppy Muntwyler Franziska, Fleming Valerie, Pehlke-Milde Jessica (2016), *Decision-making in Swiss Home-like Childbirth: A Grounded Theory Study*, „Women and Birth”, 30(6): 272–280.
- Michael Mike (2017), *Actor-Network Theory. Trials, Trails and Translations*, Los Angeles–London–New Delhi–Singapore–Washington DC, Melbourne: Sage.
- Miles Matthew B., Huberman Michael (2000), *Analiza danych jakościowych*, Białystok: Trans Humana.
- Mills Jane, Birks Melanie (2014), *Qualitative Methodology: A Practical Guide*, London: Sage.
- Mitterer Josef (1996), *Tamta strona filozofii*, Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Morris Robert T. (1936), *Pięćdziesiąt lat życia chirurga*, Warszawa: Wydawnictwo J. Przeworskiego.
- Newell Allen, Rosenbloom Paul S. (1981), *Mechanisms of Skill Acquisition and the Law of Practice*, w: *Cognitive Skills and Their Acquisition*, John R. Anderson (red.), New York: Psychology Press, 1–55.
- Niedbalski Jakub (2012), *Praca*, w: *Słownik Socjologii Jakościowej*, Krzysztof Konecki, Piotr Chomczyński (red.), Warszawa: Difin.
- O'Neill John (1985), *Five Bodies: The Human Shape of Modern Society*, Ithaca: Cornell University Press.
- OECD/European Union (2022), *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*, Paris: OECD Publishing.
- Pawluch Dorothy, Shaffir William, Miall Charlene E. (2005), *Doing Ethnography: Studying Everyday Life*, Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Pessin Alain, Becker Howard S. (2017), *The Sociology of Howard S. Becker. Theory with a Wide Horizon*, Chicago: University of Chicago Press.
- Peterson Richard A. (1976), *The Production of Culture*, „American Behavioral Scientist”, 19: 669–684.

- Peterson Richard A., Berger David G. (1975), *Cycles in Symbol Production: The Case of Popular Music*, „American Sociological Review”, 40: 158–173.
- Plummer Ken (2012), *My Multiple Sick Bodies: Symbolic Interactionism, Autoethnography and Embodiment*, w: *Routledge Handbook of Body Studies*, Bryan S. Turner (red.), New York: Routledge, 75–93.
- Polanyi Michael (1966), *The Tacit Dimension*, Garden City–New York: Doubleday & Company Incorporated.
- Ponchione Cayenna (2013), *Exploring a Metamorphosis: Identity Formation for an Emerging Conductor*, „Arts and Humanities in Higher Education”, 12(2–3): 181–193.
- Pontecorvo Clotilde (2007), *On the Conditions for Generative Collaboration: Learning through Collaborative Research*, „Integrative Psychological and Behavioral Science”, 41(2): 178–186.
- Ravet Hyacinthe (2016), *Cheffes d'orchestre, le temps des pionnières n'est pas révolu!*, „Travail, genre et sociétés”, 35: 107–125.
- Renolen Åste, Høye Sevald, Hjälmhult Esther, Danbolt Lars Johan, Kirkevold Marit (2018), „Keeping on Track” – Hospital Nurses' Struggles with Maintaining Workflow while Seeking to Integrate Evidence-based Practice into Their Daily Work: A Grounded Theory Study, „International Journal of Nursing Studies”, 77: 179–188.
- Rodgers Shelly, Esther Thorson (red.) (2019), *Advertising Theory. Second Edition*, New York–Abingdon–Oxon: Routledge.
- Sanders Clinton R. (2006), *Viewing the Body: Overview, Exploration and Extention*, w: *Body/Embodiment: Symbolic Interaction and the Sociology of the Body*, Dennis E. Waskul, Phillip Vannini (red.), London–New York: Routledge.
- Scharff Christina (2015), *Equality and Diversity in the Classical Music Profession*, London: King's College.
- Schmidt Simon, Längler Manuel, Altenbuchner Amelie, Kobl Louisa, Gruber Hans (2021), *Acquiring the Art of Conducting: Deliberate Practice as Part of Professional Learning*, „Journal of Advanced Academics”, 32(3): 354–379.
- Schoeb Veronika, Amélie Zosso (2012), „You Cannot Perform Music Without Taking Care of Your Body”. A Qualitative Study on Musicians' Representation of Body and Health, „Medical Problems of Performing Artists”, 27(3): 129–136.
- Schutz Alfred (1951), *Making Music Together: A Study in Social Relationship*, „Social Research”, 18(1): 76–97.
- Schutz Alfred (1976), *Making Music Together*, w: *Collected Papers II. Studies in Social Theory*, Arvid Brodersen (red.), The Hague: Martinus Nijhoff, 159–178.
- Schutz Alfred (1996), *Fragments toward a Phenomenology of Music*, w: *Collected Papers IV*, Lester Embree (red.), Dordrecht: Kluwer, 243–275.
- Segre Sandro (2020), *Schutz and Becker on Making Music Together: A Note on Their Respective Contributions to the Sociology of Music*, „Journal of Classical Sociology”, 20(1): 64–79.
- Sennett Richard (2010), *Etyka dobrej roboty*, Warszawa: Warszawskie Wydawnictwo Literackie Muza.
- Shaw Laura-Kate, Sherman Kerry A., Fitness Julie (2016), *Women's Experiences of Dating after Breast Cancer*, „Journal of Psychosocial Oncology”, 34(4): 318–335.
- Shilling Chris (2010), *Socjologia ciała*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Silverman David (2001), *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analyzing Talk, Text and Interaction*, London–Thousand Oaks–New Delhi: Sage Publications.
- Skanda Christine (1982), *Alfred Schutz's Phenomenology of Music*, w: *Understanding the Musical Experience*, Joseph F. Smith (red.), New York: Gordon and Breach, 43–100.
- Smith Zaneta, Leslie Gavin, Wynaden Dianne (2015), *Australian Perioperative Nurses' Experiences of Assisting in Multi-organ Procurement Surgery: A Grounded Theory Study*, „International Journal of Nursing Studies”, 52(3): 705–715.
- Soundy Andy, Smith Bret, Butler Miriam, Minns Lowe Cathrine, Helen Dawes, Winward Charlie H. (2010), *A Qualitative Study in Neurological Physiotherapy and Hope: Beyond Physical Improvement*, „Physiotherapy Theory & Practice: An International Journal of Physical Therapy”, 26(2): 79–88.
- Spencer Frank (1978), *Teaching and Measuring Surgical Technique. The Technical Evaluation of Competence*, „Bulletin of the American College of Surgeons”, 63: 9–12.
- Stanley Jason, Williamson Timothy (2001), *Knowing How*, „The Journal of Philosophy”, 98(8): 411–444.
- Stebbins Robert A. (1976), *Music among Friends: The Social Networks of Amateur Musicians*, „Revue Internationale de Sociologie”, 10(11): 52–73.
- Strathern Marilyn (1999), *What Is Intellectual Property after*, w: *Actor Network Theory and After*, John Law, John Hassard (red.), Oxford: Blackwell Publishers, 156–180.
- Strauss Anselm L. (1984), *Social Worlds and Their Segmentation Processes*, „Studies in Symbolic Interactionism”, 5: 123–159.
- Strauss Anselm L. (1987a), *Illness Trajectories*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica”, 13: 9–26.
- Strauss Anselm L. (1987b), *Qualitative Analysis for Social Scientists*, New York: Cambridge University Press.
- Strauss Anselm L. (1993), *Continual Permutations of Action*, New York: Routledge.
- Strauss Anselm L. (2012), *Transformacje tożsamości*, w: *Metoda biograficzna w socjologii. Antologia tekstów*, Kaja Kaźmierska (red.), Kraków: Zakład Wydawniczy Nomos.
- Strauss Anselm, Corbin Juliet (1990), *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques*, Newbury Park–London–New Delhi: Sage Publications.
- Strauss Anselm L., Glaser Barney G. (1975), *Chronic Illness and the Quality of Life*, St. Louis: Mosby.
- Strauss Anselm L., Fagerhaugh Shizuko, Suczek Barbara, Wiener Carolyn (1982), *Sentimental Work in the Technologized Hospital*, „Sociology of Health and Illness”, 4(3): 254–278.
- Strauss Anselm L., Fagerhaugh Shizuko, Suczek Barbara, Wiener Carolyn (1997), *Social Organization of Medical Work*, New Brunswick, London: Transaction Publishers.
- Strauss Anselm L., Fagerhaugh Shizuko, Suczek Barbara, Wiener Carolyn (2012), *Trajektorie choroby*, w: *Metoda biograficzna w socjologii. Antologia tekstów*, Kaja Kaźmierska (red.), Kraków: Zakład Wydawniczy Nomos.
- Stypuła Anna (2012), *Kultura a choroba psychiczna*, Kraków: Nomos.
- Sudnow David (1999), *The Ways of the Hand. The Organization of Improvised Conduct*, Cambridge: MIT Press.
- Synnott Anthony (1993), *The Body Social: Symbolism, Self and Society*, New York: Routledge.

- Szczepański Jan (1961), *Uwagi o przedmiocie i zadaniach socjologii*, w: *Jak pracuje człowiek*, Bronisław Biegeleisen-Zelazowski, Tadeusz Tomaszewski, Adam Sarapata, Jan Rosner (red.), Warszawa: Książka i Wiedza.
- Szczepański Jan (1972), *Elementarne pojęcia socjologii*, Warszawa: PWN.
- Sztompka Piotr (2012), *Socjologia. Analiza społeczeństwa. Nowe poszerzone wydanie*, Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Szwed John F. (1966), *Musical Style and Racial Conflict*, „Phylon”, 27: 348–366.
- Ślęzak Izabela (2009), *Stawanie się poetą. Analiza interakcjonistyczno-symboliczna*, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, 1(1): 1–167.
- Ślęzak Izabela (2016), *Praca kobiet świadczących usługi seksualne w agencjach towarzyskich*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Tagg Philip (1982), *Analysing Popular Music: Theory, Method and Practice*, „Popular Music”, 2: 37–67.
- Tallis Raymond (2003), *The Hand: A Philosophical Inquiry into Human Being*, Edinburgh University Press.
- Thiel Darren (2007), *Class in Construction: London Building Workers, Dirty Work and Physical Cultures*, „The British Journal of Sociology”, 58(2): 227–251.
- Thiel Darren (2012), *Builders: Class, Gender and Ethnicity in the Construction Industry*, London: Routledge.
- Thorwald Jürgen (1994), *Kruchy dom duszy*, Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Timmermans Stefan, Haas Steven (2008), *Towards a Sociology of Disease*, „Sociology of Health and Illness”, 30(5): 659–676.
- Toffler Alvin (1986), *Trzecia fala*, Warszawa: PIW.
- Turner Bryan S. (1984), *The Body and Social Theory*, Thousand Oaks: Sage.
- Turner Bryan S. (2007), *The Constructed Body*, w: *Handbook of Constructionist Research*, James A. Holstein, Jaber F. Gubrium (red.), New York–London: Guilford Press.
- Turner Bryan S., Wainwright Steven P. (2003), *Corps de ballet: The Case of Injured Ballet Dancer*, „Sociology of Health and Illness”, 25(4): 269–288.
- Turner Jonathan H. (2005), *Struktura teorii socjologicznej. Wydanie nowe*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Turner Ralph (2002), *Role Taking: Process versus Conformity*, w: *Human Behavior and Social Processes: An Interactionist Approach*, Arnold M. Rose (red.), Abingdon: Routledge.
- Upton Dominic, Mason Victoria, Doran Bethany, Solowiej Kazia, Shiralkar Uttam, Shiralkar Sandy (2012), *The Experience of Burnout across Different Surgical Specialties in the United Kingdom: A Cross-sectional Survey*, „Surgery”, 151(4): 493–501.
- Vanweelden Kimberly, McGee Isaiah R. (2007), *The Influence of Music Style and Conductor Race on Perceptions of Ensemble and Conductor Performance*, „International Journal of Music Education”, 25(1): 7–17.
- Wacquant Loïc (2004), *Body and Soul: Ethnographic Notebooks of An Apprentice-Boxer*, New York: Oxford University Press.
- Wagner Izabela (2011), *Becoming Transnational Professional. Kariery i mobilność*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Wagner Izabela (2012), *Sprzężenie zwrotne karier*, w: *Słownik Socjologii Jakościowej*, Krzysztof Konecki, Piotr Chomczyński (red.), Warszawa: Difin.

- Wainwright Steven P., Williams Clare, Turner Bryan S. (2006), *Varieties of Habitus and Embodiment of Ballet*, „Qualitative Research”, 6(4): 535–558.
- Waldorff Jerzy (1994), *Diabły i Anioły. Wybór pism*, Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Wallis Christopher J.D., Jerath Angela, Coburn Natalie i in. (2022), *Association of Surgeon-Patient Sex Concordance with Postoperative Outcomes*, „JAMA Surgeon”, 157(2): 146–156.
- Waskul Dennis E., Vannini Phillip (2006), *Introduction. The Body in Symbolic Interaction, w: Body/Embodiment: Symbolic Interaction and the Sociology of the Body*, Dennis E. Waskul, Phillip Vannini (red.), London–New York: Routledge.
- Weber Max (1958), *The Rational and Social Foundations of Music*, Carbondale: Southern Illinois University Press.
- Wellard Ian (red.) (2015), *Researching Embodied Sport: Exploring Movement Cultures*, Abingdon–New York: Routledge.
- Wojciechowska Magdalena (2012), *Agencja towarzyska. (Nie)zwykle miejsce pracy*, Kraków: Nomos.
- Wolkowitz Carol (2006), *Bodies at Work*, London: Sage.
- Woroniecka Grażyna (1998), *Interakcja symboliczna a hermeneutyczna kategoria przed-rozumienia*, Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Wrześniewska-Pietrzak Marta, Ruta Karolina (2013), *Język jako centralny element budujący tożsamość mniejszości językowej (na przykładzie osób niesłyszących)*, „Przegląd Humanistyczny”, 440(05): 107–116.
- Yeun Eun Ja, Kwon Young Mi, Kim Jung A. (2015), *Decision-making Regarding Organ Donation in Korean Adults: A Grounded-theory Study*, „Nursing & Health Sciences”, 17(2): 208–213.

Źródła internetowe

- Badanie dyskryminacji kobiet w zawodach medycznych w Polsce*, Polkiwmedycynie.pl, <https://polkiwmedycynie.pl/badanie-dyskryminacji-kobiet-w-zawodach-medycznych-w-polsce/>
- Charles Hazlewood, *Trusting the ensemble*, www.ted.com/talks/charles_hazlewood_trusting_the_ensemble
- Lekarki zarabiają mniej niż lekarze. Najwyższe pensje po 50-tce*, Money.pl, z dnia 09.09.2021, <https://www.money.pl/gospodarka/lekarki-zarabiaja-mniej-niz-lekarze-najwyzsze-pensje-po-50-tce-6681245787311008a.html>
- Medyczki czują się dyskryminowane*. Politykzdrowotna.com, z dnia 10.03.2022, <https://politykzdrowotna.com/arttykul/medyczki-czuja-sie-dyskryminowane/823390>
- <https://ptnch.pl/> – Oficjalna strona internetowa Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów.
- <https://theidiomaticorchestra.net/>

Spis rysunków

Rysunek 1. Proces pracy neurochirurgicznej.	po s. 68
Rysunek 2. Diagram kategorii – praca poprzez ciało w zawodzie neurochirurga	109
Rysunek 3. Proces pracy dyrygenckiej	169
Rysunek 4. Diagram kategorii – praca poprzez ciało w zawodzie dyrygenta	217

Spis tabel

Tabela 1. Dobre praktyki w pracy dyrygenta według Jerzego Maksymiuka (Maksymiuk, Piasecka 2002) a konteksty pracy i wymagania społeczne roli	174
Tabela 2. Dobre praktyki w pracy dyrygenta według Emila Młynarskiego (za: Waldorff 1994: 111–112) a konteksty pracy i wymagania społeczne roli	174
Tabela 3. Porównanie dwóch kategorii centralnych w procesie pracy poprzez ciało w zawodach neurochirurga i dyrygenta orkiestrowego ...	251
Tabela 4. Praca poprzez ciało w zawodach neurochirurga i dyrygenta orkiestrowego na podstawie zogniskowanego kodowania kategorii ...	253
Tabela 5. Matryca warunków (Strauss, Corbin 1990: 163). Praca poprzez ciało w zawodach neurochirurga i dyrygenta orkiestrowego	255
Tabela 6. Fenomen sięgania w pracy neurochirurga i dyrygenta orkiestrowego według typologii etapów Raymonda Tallisa (według R. Sennetta 2010: 196–198)	277

Kim jest *ufalny* pacjent? Jaka część mózgu jest nazywana kochanką neurochirurgów? Czym różni się dyrygowanie w filharmonii od dyrygowania w operze? W jakich utworach frań dyrygenta się nie marszczy?

Dominika Byczkowska-Owczarek analizuje rolę ciała w zawodach wysokospecjalistycznych – neurochirurga i dyrygenta orkiestrowego, które zazwyczaj kojarzą się z rozległą wiedzą teoretyczną. Jak się jednak okazuje, za sukcesem w tych dziedzinach stoją tysiące godzin pracy, w tym fizycznej, polegającej na kontroli własnych ruchów i mimiki twarzy, a także umiejętnej współpracy z innymi bez użycia słów. W publikacji został przedstawiony proces pracy poprzez ciało w obu badanych profesjach, ze szczególnym uwzględnieniem takich jego aspektów, jak: przywództwo, tożsamość zawodowa, technologia, praca w zespole, komunikowanie, sytuacja kobiet wykonujących te zawody czy samotność. Pokazano także, jak w profesjach o kilkusetletniej historii i unikalnej kulturze pracy tworzeni są indywidualności.

Na podstawie prowadzonych przez sześć lat jakościowych badań socjologicznych autorka proponuje koncepcję społecznego konstruowania cielesności w obszarze roli zawodowej. Stawia ciało w centrum socjologicznego zainteresowania oraz omawia sposoby jego przekształcania i używania podczas pracy.

Autorka od wielu lat zajmuje się badaniem ciała i cielesności oraz jest bez wątpienia ekspertką w tym obszarze. Jej książka zdecydowanie wykracza poza ramy socjologii ciała/ucieleśnienia. Sytuuje się na styku różnych subdyscyplin: socjologii ciała, socjologii pracy oraz workplace studies, co wskazuje na jej interdyscyplinarny charakter, ale również na umiejętność łączenia przez autorkę perspektyw wywodzących się z różnych studiów. Publikacja dostarcza wielu informacji, począwszy od historii zawodów po funkcjonowanie środowiska, męską dominację i rozwój kariery. Można zatem powiedzieć, że praca poprzez ciało jest tylko jednym z elementów opisywanych w niej światów społecznych.

Z recenzji dr hab. Honoraty Jakubowskiej, prof. UAM

**WYDAWNICTWO
UNIwersytetu
ŁÓDZKIEGO**

wydawnictwo.uni.lodz.pl
księgarnia@uni.lodz.pl
(42) 665 58 63

Książka dostępna również
jako e-book

ISBN 978-83-8331-389-4
9 788383 313894