

Andreja Vezovnik

## Svet kronične bolečine kot nezavedni odziv subjekta na družbeni kontekst

*POVZETEK:* Prispevek nakazuje pomen ožjih in širših družbenih dejavnikov za subjektov razvoj simptoma kronične bolečine, pri čemer se osredotoča na vzroke in posledice posameznikovega doživljanja kronične bolečine. Pri iskanju vzrokov njenega nastanka sledi predvsem Freudovi psihoanalitični tezi in konceptu somatične ustrežljivosti, pri razumevanju subjektovega izkustva, odnosa do okolice, njegovega osmišljanja in interpretiranja kronične bolečine pa se naslanja na Schutzveve fenomenološke opredelitve vsakdanjega življenjskega sveta. Za razumevanje kulturnega, predvsem pa družbenega pomena bolečine so vpeljane razlage nekaterih medicinskih antropologov, predvsem Kleinmanove teze o bolečini kot odporu proti družbi. V skladu s tem se prispevek osredotoča na vpliv, ki ga na kronično bolečino lahko ima nenadna sprememba politične situacije, in opozarja na vpliv nekaterih mikrodružbenih dejavnikov, kot so težave v medosebnih odnosih. Osnovna teza prispevka je, da kronična bolečina ni le stvar telesa ali posameznih organov, temveč predvsem stvar sveta, ki se okrog nje konstituira, in sveta oz. konteksta, iz katerega lahko izhajajo simptomi. Prispevek osvetljuje nekaj dejavnikov nastanka in interpretiranja kronične bolečine, ki jih biomedicina zanemarja.

*KLJUČNE BESEDE:* kronična bolečina, somatična ustrežljivost, življenjski svet, subjekt, odpor

### 1 Uvod

V zadnjih dveh desetletjih kronična bolečina postaja vse bolj pereč problem sodobnih zahodnih družb. Teoretiki, ki so raziskovali strukturne dejavnike posledic kronične bolečine, poudarjajo, da je kronična bolečina najpogostejši vzrok za iskanje strokovne zdravniške pomoči in zato neizčrpen vir poslovnih uspehov velikih farmacevtskih podjetij (Morgan 2002: 79; Morris 1998: 64; Gray Hardcastle 1999: 9). Skozi biomedicinsko perspektivo se je kronična bolečina oblikovala predvsem kot telesni pojav, ki ga je potrebno pojmovati kot odklon od normativne podobe zdravega brez bolečega telesa (Canguilhem 1987). Prevladujoče biomedicinske razlage temeljijo na pojmovanju bolečine kot simptoma, ki ga je potrebno osmisliti z diagnozo (Melzack in Wall 1996; Morris 1998: 63–64). Iskanje vzroka kronične bolečine navadno spremljajo kopica preiskav, dolgoletna negotovost, strah in trpljenje. Kronična bolečina monopolizira

posameznikove misli in vpliva na njegov odnos z okolico, saj ustvarja in obvladuje njegov življenjski svet (DelVecchio Good 1992; Thomas 2000).

Prispevek se zato posveča nekaterim fenomenološkim in psihoanalitičnim interpretacijam kronične bolečine, vzroke zanjo pa skuša utemeljiti na posameznikovem osmišljanju mikro- in makrodružbenega konteksta. Kronična bolečina se, tako kot bolezen, namreč ne dogaja samo v telesu,<sup>1</sup> ampak tudi v določenem času in prostoru, predvsem pa v povezavi z življenjskimi izkušnjami bolnega posameznika in njegovih bližnjih (Šimenc 2005: 97). V skladu s to idejo bo v prispevku vseskozi v ospredju predpostavka, da je kronična bolečina tudi stvar posameznikove in družbene realnosti.<sup>2</sup>

Specifično naravo kronične bolečine najlažje pokažemo v odnosu do definicije akutne bolečine. Slednja je, za razliko od kronične bolečine, vseprisoten in univerzalen pojav človeškega izkustva (Kleinman in dr. 1992: 1). Gre za bolečino, ki traja nekaj minut ali ur in ki jo interpretiramo v funkciji opozarjanja na potekajočo bolezen ali poškodbo. Akutna bolečina izgine, ko se prizadeto področje pozdravi (Kaplan in dr. 1993: 161). Navadno ji hitro pripišemo pomen in se ji večinoma ne posvečamo, kadar izgine. Včasih pa bolečina traja mesece, leta ali celo desetletja. Takrat govorimo o kronični bolečini.

Chapman in Bonica (v Kaplan in dr. 1993: 161) razlikujeta med tremi tipi kronične bolečine: bolečino, ki traja tudi po ozdravitvi bolezni ali poškodbe, bolečino, ki nastaja kot posledica kroničnih bolezni, ter bolečino, ki se razvije in ostaja tudi v odsotnosti problema organske narave.<sup>3</sup> Kronična bolečina tretjega tipa v biomedicinskem modelu nima več nikakršne funkcije (Melzack in Wall 1996: 36). V tem primeru proučevanje kronične bolečine postane zanimivo za družboslovje in humanistiko.

Nazoren primer je sindrom, imenovan fibromialgija<sup>4</sup>, katerega vzroki nastanka v biomedicini ostajajo nepojasneni. Bolečina pri fibromialgiji namreč ne nastaja kot simptom fiziološke bolezni ali okvare, zato kaže njeno osmišljanje iskati tudi v

- 
1. Kronična bolečina je lahko posledica fizične bolezni, lahko pa se pojavi tudi kot nepojasnen simptom – in v tem kontekstu želim bolečino tudi pojasnjevati.
  2. Trditev je parafraza Augéjeve misli »*Illness is the individual and the social reality*« (Augé 1995: 27).
  3. Predvsem prvi in tretji tip imata lahko različne razlage. Eno izmed možnih razlag prvega tipa omogoča sodobna kognitivna znanost, s pomočjo katere lahko postavimo tezo, da kronična bolečina ostane tudi po ozdravitvi bolezni ali poškodbe, ker se vzpostavi srednjeročni spomin nanjo, ki se po poškodbi ali bolezni shrani v dolgoročen spominu, zaradi česar bolečina ostaja tudi po ozdravitvi organskega vzroka (Melzack in Wall 1996; Gray Hardcastle 1999).
  4. Fibromialgija je sindrom dolgo trajajoče kronične bolečine v mehkih tkivih, glavobolov in bolečin v spodnjem delu hrbta. Navadno se poleg bolečine pojavljajo tudi drugi simptomi, kot so kronična utrujenost, oslABLJENE mišice, moten spanec, slaba koncentracija, omotica, driska itd. Biomedicina do sedaj še ni uspela pojasniti razlogov za skupek simptomov, zato se fibromialgija uvršča med t. i. medicinsko nepojasnjena stanja. Biomedicinsko blaženje simptomov je omejeno na terapijo s kemičnimi protibolečinskimi sredstvi (Paulson in dr. 2002: 239; Crooks 2006: 578; Ghafoor 2003: 249).

kontekstu psihološkega, fenomenološkega<sup>5</sup> in družbenega okvira. Številne raziskave so pokazale, da so nekateri dejavniki povečevanja tveganja za nastanek fibromialgije lahko revščina in nizek družbeni status (Jason in dr. 2000; Reid in Tom 2006), zlorabe v družini (Walsh in dr. 2007), težave v medosebnih odnosih (Kleinman 1995), stres (Crofford 2007) ter da jih je mogoče učinkovito rešiti npr. s psihoterapijo (Glasser 2001) ali skupinsko terapijo (Werner in dr. 2003).

Večrazsežnostno pojmovanje kronične bolečine pa zahteva tudi specifično terminologijo. V nadaljevanju zato sledim Kleinmanovemu razlikovanju med *illness* (izkušnja bolezn), *sickness* (obolevnost) in *disease* (bolezen). Izraz *illness* ali izkušnja bolezn zaznamujejo osebna izkušnja bolezenskih motenj ter dojetje in odzivi bolnikove bližnje okolice (predvsem družinskega okolja). Na eni strani obsega laične, zdravorazumske interpretacije bolezn, ki jih oblikujeta bolnik sam in njegova okolica. Na drugi strani pa pomeni vrsto odzivov, ki jih posameznik in njegovi bližnji dojemajo kot ustrezne odgovore na bolezen (od spremembe življenjskih navad do iskanja različnih oblik terapij). Izraz *disease* ali bolezen pa se nanaša tako na motnje v fiziološkem delovanju človeškega organizma kot tudi na motnje na psihičnem nivoju. Nanaša pa se tudi na biomedicinsko terminologijo, ki označuje posameznikova psiho-fizična stanja, pri katerih je bolezen definirana kot sprememba biološke strukture in njenega delovanja. Obema Kleinmanovima kategorijama je bila kasneje dodana še kategorija *sickness* ali obolevnost, znotraj katere je bolezen dojeta v razmerju do makrodružbenih dejavnikov, tako ekonomsko-političnih kot institucionalnih. Nanaša se npr. na pojav tuberkuloze kot posledice revščine in podhranjenosti nižjih slojev v določenem družbeno-političnem kontekstu (Kleinman v Lipovec Čebon 2008).

## 2 Problematizacija biomedicinske ontologije telesa in bolezn

Če želimo interpretacije kronične bolečine razširiti izven klasičnega biomedicinskega pojmovanja (Kleinman 1995), moramo najprej opredeliti biomedicini alternativne epistemološke statuse obravnave bolezn in telesa. Biomedicina se od ostalih tipov medicin razlikuje predvsem po tem, da sledi materializmu kot temelju svojega védenja, hkrati pa je nesposobna slediti dialektičnemu načinu mišljenja (Kleinman 1995: 31).

Biomedicina vztraja pri primarnosti materialističnih dualizmov: telo – um (duh) ali neorganska vs. »prava« obolenja, zaradi česar je bolečina fizična ali mentalna oz. biološka ali psihosocialna – nikoli pa oboje skupaj (Scheper-Huges in Lock v Lipovec Čebon 2008). Biomedicina diagnosticirane organske razloge za bolečino ali bolezen pojmuje kot relevantnejše dejavnike kakor družbene in kulturne dejavnike. Zato ostane le malo prostora za naracijo bolnikovega trpljenja, saj zdravnik konstruira bolezen,

---

5. V nadaljevanju v interpretacijo uvajam pristope fenomenologov – predvsem Schutzja, ki se v svojih konceptualizacijah opira na Husserla. Fenomenološki pristop uvajam, ker se ukvarja predvsem s proučevanjem zavesti kot posameznikovega izkustva. Pri tem sledim fenomenološki tezi, da je osnovna determinanta izkustva njegova intencionalna naravnost, usmerjena k objektu.

pacientove naracije pa so razumljene kot subjektivne in jih zdravnik nadomesti z objektivnimi podatki, temelječimi na opravljenih meritvah (Kleinman 1995: 31–32). O tem pričajo številne raziskave s področja kulturne in medicinske antropologije. Vodilna avtorja s tega področja, Kleinman (1995) in Good (1994), poudarjata, da je dejstvo, da bolezen zelo vpliva na družbene odnose, za biomedicino težko razumljivo, saj biomedicina za svoj subjekt jemlje izoliran organizem, ki ga ovrednoti glede na standarde, ki jih ima za patološke. Pri biomedicinskem pristupu mora zdravnik dekodirati zaupanja nevredne subjektivne zgodbe – bolezni kot izkustva – z dokazi, ki so dojeti kot avtentični; z obolenjem kot biološko patologijo. Rezultat je konstruiran objekt biomedicinskega zdravljenja kot dehumaniziran bolezenski proces.

Zanimivo je, da veliko neevropskih etnomedicinskih sistemov telesa ne razume kot kompleksnega biološkega stroja, temveč kot celostno integriran aspekt osebe in njenih družbenih odnosov (Telban 2002: 35). Pri ambonwarijski koncepciji človeka tako ne najdemo dihotomije med telesom in umom. Človekov duh in njegova »notranjost« se kažeta v dejanjih in načinih, na katere ljudje ta dejanja vršijo (Telban 2000; 2002). Nekateri afriški sistemi bolezen interpretirajo znotraj odnosov v skupnosti in ne izolirano. Ker biomedicina telesa ne razume holistično, temveč fragmentarno, se ukvarja s patologijami določenih delov telesa, ne pa tudi z emocionalnim družbenim telesom. Telo dojema kot pasivno, v smislu »bolniki imajo telesa in ne bolniki so telesa« (Good 1994: 52–56). Kleinman (1980) trdi, da bolezni ne moremo razumeti kot entitete, temveč kot soočenje različnih perspektiv njene razlage (npr. bolnikove in zdravnikove).

Da bi razumeli biomedicinsko epistemologijo, se v nadaljevanju opiram na Foucaultovo in Canguilhemovo kritiko nastanka biomedicinske interpretacije bolezni. Avtorja svoji »dekonstrukciji« biomedicinskega védenja razvijata v geneoloških analizah konstrukcije medicinske vednosti. Osvetljujejo razumevanje bolezni kot take, ki se oblikuje v zalogah biomedicinske vednosti, in s tem podajata temelje za deontologizacijo tistih medicinskih konceptov, ki konstruirajo in reproducirajo oblastne mehanizme ter bolezen pojmujejo predvsem kot odklon od predpostavljene ontološke kategorije normalnega.

V devetnajstem stoletju je v medicinskem védenju v ospredje stopilo ukvarjanje z normalnostjo. Medicina je oblikovala svoje koncepte in jih posredovala glede na standarde delovanja, organske strukture in fiziologije, ki so se vzpostavili kot osrednja medicinska vednost. Medicinska bipolarnost se je osredotočila na razliko med normalnim in patološkim (Foucault 1973/1994: 35). Diagnosticiranje, klasificiranje in zdravljenje bolezni so procesi, tesno vezani na medicinsko vpisovanje družbenih vrednot v telesa, zato opredeljevanje bolezni ni nevtralen proces (Herlich 1995: 158–159). Biomedicinska produkcija vednosti je poskrbela, da zdravje v razvitih družbah postaja ideološka kategorija, saj se njegovi pomeni ne zamejujejo zgolj z odsotnostjo bolezni in bolečine, temveč prizadevanje za zdravje postaja življenjski stil. Zdravje se vse bolj pojmuje kot fenomen, ki je odvisen od posameznikove skrbi in načina vednja, bolezen pa kot nekaj, čemur se lahko izognemo (Ule 2003: 15; Lupton 1994: 98–105). V skladu s tem smo priča produkciji disciplinirajočih diskurzov, ki omogočajo proces subjektivacije. Foucaultov pojem subjektivacije in/ali tehnologije sebstva, ki predvi-

deva, da posameznik na svojem telesu izvaja številne operacije, s katerimi želi doseči srečo, čistost, nesmrtnost (Foucault 1988: 18), nam v tem kontekstu pokaže, da se skrb za zdravje vse bolj uveljavlja tudi kot moralna kategorija. Medicina v odnosu do človeškega obstoja zavzema normativno držo, kar ne zajema zgolj dajanja nasvetov za zdravo življenje, temveč tudi diktiranje standardov za fizične in moralne odnose med posameznikom in družbo, v kateri živi (Foucault 1973/1994: 34).

Spektakelsko funkcijo srednjeveškega kazenskega sistema je zamenjal panoptični dispozitiv<sup>6</sup>, ki najbolj subtilno deluje ravno znotraj medicinske vednosti, saj pri subjektu proizvaja samonadzorovanje. Razlaga bolečine mora tako upoštevati področje vednosti, ki se konstituira okrog nje. Bolečina postane domena biomedicinske stroke ter hkrati predmet njenega nadzora, njene razlage in njenega odpravljanja. Osnovni biomedicinski oblastni dispozitiv je pogled. Sodobna medicina se namreč ni ustavila pri pregledovanju površine človekovega telesa. Vse bolj sili v telesno notranost, kjer naj bi se nahajala tudi kronična bolečina, ki jo čutimo; pa vendar marsikdaj biomedicina ni sposobna natančno pojasniti in odpraviti vzrokov zanjo. Prav tovrstna narava bolečine biomedicini omogoča legitimno pogledovanje, preiskovanje in testiranje notranosti posameznikovega telesa. »Modernost je bila priča nastanku klinike, izginotju označevalca, ker so zdravniki začeli spoznavati telo in njegove organe 'kot take'. Fiziološko dojetje teles je pomenilo, da je eksperimentiranje zamenjalo dedukcijo in da je telesa mogoče regulirati, njihovo notranje gibanje pa izračunati« (Lash 1993: 65). Medicinski pogled se utemeljuje skozi institucijo, ki mu daje pravico odločanja in posredovanja.

Izvajanje disciplinskih postopkov torej zahteva dispozitiv, ki prisiljuje s pomočjo pogleda. Panoptizem stanje vidnosti pripelje do skrajnosti, tako da lahko v kontekstu biomedicine danes govorimo o transparentnem telesu. Transparentnost je nekaj, kar se organizira okoli gospodujočega in nadzorujočega pogleda ter njegove interiorizacije (Foucault 1991). Pogled je danes tehnično podprt z vizualizacijskimi tehnologijami in pripomočki, kot so ultrazvok, rentgenski aparat, endoskop in druga medicinska oprema, ki odločno prodira pod telesno površino.

Medicinske podobe notranosti človeških teles dominirajo našemu dojetju in doživljanju zdravja in bolezni. Osredotočamo se na to, kar nam tehnologija omogoča videti, pozabljamo pa na njene manj vidne družbene implikacije. Medicinski pogled ni povečal zgolj telesne transparentnosti, temveč tudi manipulabilnost. Mit popolne transparentnosti se utemeljuje na dveh predpostavkah. Prva sledi ideji, da videti pomeni zdraviti, druga pa ideji, da je strmeti v telo povsem nedolžna praksa brez posledic (Van Dijck 2005).

V biomedicinskih okvirih zdravljenje pomeni, da funkcije in organizem pripeljemo nazaj do norme, od katere sta se oddaljila. Norma je vzeta iz fiziologije in predstavlja obče veljavne predstave normalnosti v določenem družbenem okolju (Canguilhem

---

6. Dispozitiv Foucault (1991: 77) definira kot mrežo heterogene zbirke elementov, ki vsebuje diskurze, institucije, arhitekturne rešitve, ureditve, zakone, upravne ukrepe, znanstvene izjave, moralne, humanistične trditve, skratka, tako izrečeno kot neizrečeno.

1966/1987: 85). Zdravje je normativen pojem, ki označuje idealen tip strukture in obnašanja organizma (Canguilhem 1966/1987: 98). Čeprav je enačenje norme in povprečja problematično, je fiziologija v pojmu povprečja našla objektivno referenco za določanje normalnega.<sup>7</sup> Canguilhem (1966/1987: 135) pravi, da sta normalno in patološko relativna pojava, bolezninimogoče definirati glede na neko povprečje, temveč je potrebno izhajati iz posameznika in njegovega konteksta.

Pojem normalnega torej ni ontološki pojem, ki bi sam po sebi omogočal objektivno mero. Normalno lahko razumemo zgolj znotraj konteksta. Normirati in normalizirati pomeni vsiliti neko zahtevo nečemu bivajočemu. Lock (2000: 261) poudarja, da normalno zajema dve kategoriji. Prva je obvarovanje, druga pa izboljšanje. Zato je pojem normalnosti postal eno izmed najmočnejših ideoloških orodij dvajsetega stoletja, saj negativno vrednoti tisto področje danosti, ki ne sodi v območje njegove veljavnosti (Canguilhem 1966/1987: 180).

Vendar pa subjektovo telo ni zgolj pasivno simbolno področje, na katerem se reproducirajo oblastni mehanizmi medicinskega aparata. Že Foucault je oblast videl tudi kot področje, na katerem se generira odpor (Foucault 1991: 54; 2000: 98). Telo torej ni zgolj pasivni instrument disciplinskih ali strukturnih dejavnikov (Greco 1998: 131), zato je potrebno tovrstne poglede dopolniti. Bolečina je prvinsko povezana s telesnostjo, zato jo je potrebno obravnavati tudi kot potencialni predmet posameznikove aktivne refleksije o njegovem sebstvu, predvsem pa jo je potrebno obravnavati, upoštevajoč posameznikov odnos do družbe in okoliščin na sploh. Tudi mnogi medicinski antropologi trdijo, da telo ni zgolj simbolno področje reprodukcije dominantnih vrednot in predstav, saj je vedno tudi prizorišče odpora proti sistemom pomenjenja in njihovi spremembi (Lock 2000: 268; Kleinman 1992; Lin in dr. 1985; Kleinman in Kleinman 1999; Kleinman in dr. 1999; Herlich 1995). Kronična bolečina lahko predstavlja nezavedni<sup>8</sup> odpor posameznika proti odnosom v mikrostrukturah njegovega okolja, tako kot tudi odpor proti širšim družbenokulturnim procesom.

Zaradi kartezijske mehanicistične koncepcije telesa, ki še vedno dominira biomedicinskemu vedenju (Kleinman 1992), se telo pogosto pojmuje kot nemo, kot telo, ki ne komunicira, temveč je zgolj stroj za proizvajanje življenjskih funkcij. Greco pravi, da telo kulturno reprezentira najboljše skrivališče za tiste vidike sebstva, ki jih subjekt dojema kot slabo prilagodljive in deviantne. Podobno tezo razvije tudi Freud, ki pravi, da simptome lahko razumemo kot sporočila, ki govorijo o subjektu in so namenjena Drugemu. V nadaljevanju bom zato razmerje med bolečino kot odporom in družbenimi dejavniki, ki so povezani z bolečinskim svetom posameznika, najprej pojasnila s Freudovim konceptom somatične ustrežljivosti.

---

7. Glej npr. Canguilhemov (1966/1987) primer zbiranja urina, ki nazorno pokaže omenjeni proces.

8. Zavedni odpor bi lahko predstavljale telesne prakse, ki povzročijo akutno bolečino kot posledico dogodka na površini telesa, npr. tetoviranje, body piercing. S temi praksami po menju Klayman Farber (2000: 279) posamezniki izražajo lastništvo nad svojim telesom.

### 3 Kronična bolečina, subjekt in nezavedno

K razumevanju povezanosti med somatiko kronične bolečine, posameznikovo psiho in njegovimi medosebnimi odnosi so veliko prispevale Freudove analize histerije. Freudov praktični cilj zdravljenja histerije je bil odpravljanje vseh mogočih simptomov in njihovo nadomeščanje z zavestnimi mislimi. Pri tem je poudarjal, da je potrebno zgodovini bolezni, človeškim in družbenim razmeram bolnika posvetiti prav toliko pozornosti kakor somatičnim podatkom in bolezenskim simptomom. Posebej je poudarjal vpliv medosebnih in družinskih odnosov na nastanek histeričnih simptomov (Freud 1984: 22). Pri svoji pacientki Dori je kot nervozne motnje opredelil vse tiste simptome (kronična astma, nervozni kašelj, kronični glavoboli, popolna izguba glasu, kronične abdominalne bolečine, pogosti napadi krčev, izguba zavesti ipd.), za katere je biomedicina izključila vsakršne organske vzroke. Za histerične simptome je tudi značilno, da trajajo določeno daljše obdobje, potem pa postopoma izzvenijo (Freud 1984). Večmesečna analiza Dorine histerije je pokazala na tesno simbolno povezanost njenih simptomov z dogodki, asociativnimi povezavami in interpretacijami dogodkov iz njenega zasebnega družinskega in intimnega življenja. Osnovno vprašanje, ki si ga Freud (1984: 40) zastavlja, je, ali so histerični simptomi po izvoru psihični ali somatični, in če drži prvo, ali je nujno, da so vsi psihično pogojeni. Zavračanje grobe distinkcije med psihičnim in somatičnim je Freuda pripeljalo do razmisleka o povezanosti psihe in some kot pogojev za nastanek simptoma.

Do simptoma sploh ne more priti, če ni somatične ustrežljivosti /somatischen Entgegenkommen/, ki se kaže pri normalnem ali bolezenskem procesu v nekem telesnem organu ali na njem. In nastopi samo enkrat – toda za histerični simptom je značilna zmožnost ponavljanja –, če nima psihičnega pomena, *smisla*. Histerični simptom ne prinaša tega smisla že kar s seboj, pač pa mu je ta podeljen, skupaj sta zavarjena, in smisel je lahko vsakič drugačen, pač glede na ustroj potlačenih misli, ki se borijo za svoj izraz. Vsekakor pa tu deluje cela vrsta dejavnikov tako, da so odnosi med nezavednimi mislimi in somatičnimi procesi, ki so jim na voljo kot izrazna sredstva, čim manj poljubni in se ti odnosi približajo nekaj tipičnim povezavam. /.../S/imptom razvozlamo tako, da poiščemo njegov psihološki pomen. (Freud 1984: 40–41)

Freud »uganke« histerije ne išče v »posebni nestanovitnosti živčnih molekul« ali v možnosti hipnoidnih stanj, temveč v somatični ustrežljivosti. Somatična ustrežljivost nezavednim psihičnim procesom oskrbi izhod v telesno. Kjer tega momenta ni, navadno iz celotnega stanja nastane nekaj drugega kot histerični simptom, npr. fobija, prisilna misel, torej psihični simptom.

Z drugimi besedami se pojavu, o katerem razpravljam, reče tudi »beg v bolečino«, ki jo interpretiramo kot somatično ustrežljivost. Pri somatični ustrežljivosti se torej določeni nezavedni motivi uveljavijo na način, da jim subjektovo telo ustreže v obliki somatične bolečine ali bolezni. Freud (1984: 42–43) piše, da so motivi za bolezen ali bolečino lahko navzoči tudi na začetku bolezni oz. pred boleznijo in ne nastopijo nujno sekundarno. V skladu s tem Freud razlikuje med primarnim in sekundarnim dobičkom od bolezni. Zanj motiv za bolezen pomeni pričakovanje nekega dobička. Primarni dobiček od bolezni je prav ta, da si subjekt prihrani psihični napor, saj se

bolezen ali bolečina pokažeta kot ekonomsko najudobnejša rešitev, kadar gre za psihični konflikt (beg v bolezen), čeprav se kasneje ponavadi nedvoumno pokaže, da je bil tak izhod nesmotrn. Takrat simptom lahko dobi sekundarno funkcijo. Tudi če se ga na začetku v »psihičnem gospodinjstvu« morda ne da koristno uporabiti, se mu to lahko posreči sekundarno. Neki poljuben psihični tok simptom izrabi. Tako simptom doseže sekundarno funkcijo in se zasidra v subjektovo duševno zdravje. Prav ti simptomi so za psihoterapevte posebej trdovratni, saj predstavljajo vir subjektove moči in odpora proti njegovi okolici. S kronično bolečino subjekt lahko vpliva na uravnavanje odnosov s svojimi bližnjimi ali na aktualno družbeno-politično situacijo. Potemtakem je bolečina lahko sad namere. »Bolezenska stanja so praviloma namenjena določeni osebi in hkrati z njo izginejo« (Freud 1984: 44). Vendar pa pri tem ne gre zanemarjati psihološke razlike med zavestnim in nezavestnim. Prednost Freudove analize je, da se ne giblje na področju reševanja kartezijanskega dualizma. Za razliko od Descartesa in Spinoze Freud ne rešuje problema »komunikacije« med dvema ločenima entitetama: telesom kot *res extensa* in umom kot *res cogitans*. Za Freuda telo ni *res extensa*, temveč psihosomatska entiteta. Freudov simptom že predpostavlja interakcijo med telesnostjo in umom. Zanj torej že v osnovi ne obstajata dve ločeni entiteti (telo in um). Freudova podzavest je vpisana v nekatere simptome, česar Descartes nikoli ne bi sprejel.

## 4 Kronična bolečina in intersubjektivnost

Kot vidimo, moramo biti pri poskusih interpretacije kronične bolečine previdni, da ne zapademo v mehanicizem kartezijanskega dualizma, ki človeka deli na telo in um ter ne predvideva kognitivnih razsežnosti delovanja človeškega telesa. Krpič (2004: 131) pravi, da je »kognitivno delovanje človeškega telesa opredeljeno s posameznikovo uporabo telesa v obliki različnih telesnih tehnik<sup>9</sup>, zaradi česar pride do nastanka dogodka na in pod površino telesa /.../«.

Kadar govorimo o dogodku na površini človeškega telesa, telo običajno pojmuje kot medij. »Funkcija dogodka na površini človekovega telesa je komunikacijska (predvsem pa intencionalna in zavestna, op. a.). Posameznik lahko naloži na površino svojega telesa kulturne in družbene pomene /.../« (Krpič 2004: 129–30). S tem ima Krpič v mislih predvsem telesne tehnike, kot so bodyartizem, tetoviranje, body piercing, lahko pa bi sem uvrstili tudi samopoškodbe in podobne prakse, katerih posledica je akutna bolečina in ki jih lahko interpretiramo tudi kot oblike kulturnega odpora. Izpostavljanje

---

9. Telesne tehnike Marcel Mauss opredeljuje kot različne načine, s katerimi ljudje – od družbe do družbe različno – uporabljajo svoja telesa. Za primer navaja tehniko vojaškega korakanja, plavanja, hoje itd. (Mauss 1973). V tem kontekstu kronične bolečine seveda ne moremo pojmovati kot telesne tehnike, saj Mauss govori o mnogo bolj določenih intencionalnih in naučenih praksah. Kronična bolečina pa ne nastane v posameznikovi zavesti in v tem pomenu nima intencionalnosti, prav tako pa je ni mogoče priučiti. Kljub temu, da ji umanjka ozaveščena intencionalnost kot eden izmed pogojev za opredelitev akterjevega delovanja, trdim, da telo vseeno predstavlja medij za izpričevanje kronične bolečine kot sredstva komunikacije posameznika z njegovo okolico.



samopoškodb na površini telesa reprezentira in artikulira notranjo čustveno bolečino (Klayman Farber 2000: 277).

V pričujočem prispevku me bolj zanima kronična bolečina, ki ne nastaja kot zavestno intencionalno delovanje na površini telesa, temveč kot pojavnost »pod površino telesa«. <sup>10</sup> To je izraz, s katerim Schutz opisuje nastajanje telesnega védenja. »Med posameznikovim delovanjem se v telesu odvijajo različni procesi, ki tvorijo dogodek pod površino človeškega telesa. Funkcija dogodka pod površino človeškega telesa je v ustvarjanju pogojev za nastanek elementarnih oblik védenja. Kadar je telo tisto, ki sproducira védenje, takrat v tej obliki znanja govorimo kot o telesnem védenju (carnal knowledge)« (Krpčič 2004: 141).

Kljub temu, da kronična bolečina ni plod zavestnega intencionalnega delovanja subjekta, pa jo lahko interpretiramo, kot smo videli s pomočjo Freudovih spoznanj, v funkciji komunikacije. Vendar na kakšen način lahko v okvirih nezavednega somatičnega delovanja sploh razpravljamo o komunikaciji, ki jo navadno pripisujemo zavestnemu delovanju, saj sta njena temeljna funkcija in namera vzbujanje odziva pri drugem?

Schutz (1967: 22) o telesu govori kot o področju izražanja. Pri tem vpelje intersubjektivno kategorijo, saj pravi, da pojem »izražanja« lahko razumemo na dva načina. Njegov prvi pomen je, da zunanje vedênje druge osebe deluje kot znak njenega notranjega subjektivnega izkustva, drugi pomen pa si lahko razlagamo kot delovanje v skladu z željo po namernem izkazovanju določenih občutkov, mnenj ipd. Vendar Schutz opozarja, da se interpretaciji izključujeta, saj je veliko stvari, ki bi pomenile izražanje v prvem smislu, nemogoče hkrati interpretirati tudi v drugem smislu. Če vzamemo za primer telesno pordelost in zariplost, ki ju sproži jeza, ju je mogoče interpretirati kot izraz notranjega izkustva, vendar ne kot posledico intencionalnega delovanja. Zaradi omenjene razlike Schutz (1967: 23) pravi: »Dovoljeno je, da se na telo nanašamo kot na poročje izražanja do te mere, da telesne spremembe interpretiramo kot izražanje subjektive notranje zavesti, vendar zgolj v prvem smislu.« V tem kontekstu lahko trdim, da so zaznane telesne spremembe znaki nekega subjektivnega stanja, nikakor pa ne morem trditi, da to implicira kakršnokoli intencionalnost. Schutz torej pravi, da o izražanju v okviru drugega pomena lahko govorimo zgolj, če je tisto, kar posameznik izraža, namenjeno neki obliki komunikacije. Zanj je komuniciranje del intersubjektivnosti vsakdanjega življenjskega sveta. Komuniciranje razume kot družbeno dejanje, usmerjeno v izzivanje reakcij pri drugem (Schutz 1971: 218–19). Če sledimo Schutzju, ugotovimo, da je znotraj njegovega koncepta akterjevega komunikacijskega delovanja predpogoj intenca, vezana na akterjevo zavest. Le intenca, ki jo je mogoče osmisлити skozi intersubjektivnost vsakdanjega življenjskega sveta, lahko nosi skupni pomen, ki ga je mogoče stvarjem in pojavom dodeliti na podlagi skupnega védenja in izkušenj.

Za razumevanje kognitivnih vidikov delovanja človekovega telesa pa je potrebno akterjevo delovanje razširiti na področje nezavednega, saj je želja po komunikaciji

---

10. Razlikovanje dogodka na površini telesa in pod njo je seveda mišljeno zgolj kot abstraktno analitična in ne kot realno obstoječa razlika.

prek »ustvarjanja« kronične bolečine vselej nezavedna. Freud (1987) je nezavedno pojmoval kot odlagališče družbeno nesprejemljivih idej, želja, travm in bolečin, ki so potlačene v področje nezavednega in se izražajo skozi simptome. Kljub temu, da je proizvod bolečine kot simptoma predvsem subjektivno nezavedno delovanje, so Freudove analize in številne fenomenološke raziskave pokazale, da je kronična bolečina pravzaprav komunikacijsko dejanje subjekta z njegovo okolico.

Szasz (1957), opirajoč se na psihoanalizo, raziskuje simbolizacije skozi kronično bolečino in ugotavlja, da se koncept bolečine nanaša prav na njeno komunikacijsko funkcijo. Gre za množico fenomenov, v katerih je pomen bolečine pretežno v njenem komunikacijskem vidiku. Bolečina se ne nanaša več zgolj na telo, marveč je lahko zahteva za pomoč, pritoževanje nad neustreznim zdravljenjem ali pa napad proti željenemu in nezavedno osovraženemu objektu.

Bolečino je torej vredno obravnavati tudi v okvirih komunikacije subjekta z drugim. Če privzamemo, da je bolečina sredstvo komuniciranja z okolico, lahko subjektivno delovanje v tem pogledu razširimo na področje komuniciranja, znotraj katerega se izražajo odzivi na mikro- in makrostrukturne dejavnike.

Kot vidimo, je poskus komuniciranja z uporabo sredstva kronične bolečine izjemno ambivalentna izkušnja. Po eni strani je doživljanje bolečine intenzivno notranje izkustvo. Oseba, ki doživlja kronično bolečino, je zaprta v svoj življenjski svet, ki je drugemu popolnoma nedostopen in nerazumljiv. Laing (v Autton 1986: 25) omenjeno ponazori z besedami »sam ne morem izkusiti tvojega izkustva. Ti ne moreš izkusiti mojega izkustva. Oba sva nevidna človeka. Vsi ljudje so drug za drugega nevidni«. Po drugi strani pa je izkušnja kronične bolečine vselej intersubjektivna. »Kronična bolečina močno vpliva na življenje družine, prijateljev, sodelavcev in včasih tudi negovalcev, te osebe izmenično oblikujejo izkustveni svet trpečega« (Kleinman in dr. 1992: 9).

## 5 Svet kronične bolečine

Posamezniku, ki trpi za kronično bolečino, telo ne predstavlja le fizičnega objekta ali psihološkega stanja, temveč je bolečina zanj osnovni del njegovega sebstva in izkustva. Oseba, ki trpi hude bolečine, trpi za uničenjem in dezintegracijo normalnega odnosa med sabo in svetom. Hkrati se sooča tudi s spremembo vsakdanjega življenjskega sveta. Vse to spremljajo težave sporočanja izkustva bolečine okolici. Telo zdravega človeka deluje po tihem, svoje funkcije izvaja, ne da bi zbujalo pozornost. Izkustvo kronične bolečine je popolnoma nasprotno. Posameznik, ki trpi za kronično bolečino, se vsak trenutek zaveda svojega telesa. V njegovem telesu prebiva bolečina, ki je postala najpomembnejši vidik njegovega vsakdanjega obstoja (Thomas 2000: 689–690).

Zato je za celostno razumevanje izkustva kronične bolečine pomemben fenomenološki pristop, ki v tem primeru pomeni predvsem proučevanje zavesti, kot jo doživlja posameznik s svoje lastne perspektive. Osrednja struktura posameznikovega izkustva je intencionalnost, torej naravnost k nečemu, kar je lahko izkustvo nekega objekta ali je z njim v povezavi (Kleinman 1995: 31).

V skladu s fenomenološko tradicijo, ki jo zastavljajo predvsem Husserl, Merleau-Ponty (1945/2003) in Schutz (1985; 1971), lahko svet posameznika, ki trpi za kronično bolečino, imenujemo kar svet kronične bolečine. Kronična bolečina vzpostavlja svet posameznika, ki se močno razlikuje od vsakdanjega življenjskega sveta. Vsakdanji življenjski svet je za Schutz in Luckmanna (1985: 3) »področje realnosti, v kateri ljudje lahko sodelujejo in ki jo lahko s svojim živim organizmom spreminjajo, medtem ko v njej delujejo. Ob tem pa objektivitete in dogodki, ki jih tu najdemo (vključno z dejanji in rezultati dejanj drugih ljudi), omejujejo posameznikove možnosti delovanja«. Zgolj znotraj tega je posameznik lahko razumljen s strani soljudi. Zgolj v svetu vsakdanjega življenja se lahko ustvari neki obči komunikacijski okvir, v katerem se ustvarja svet. Kadar komuniciramo, akt interpretacije sledi komunikaciji v istem ritmu, torej komunikacijsko dejanje implicira, da svet ni zaseben, temveč temelji na skupnem zaznavanju sveta, čeprav imamo lahko na realnost različne poglede (Schutz 1971: 218–219, 229). Vsakdanji življenjski svet je posledično človekova osnovna in najpomembnejša realnost, ki jo posameznik privzema kot dano. Posameznik soljudem pripisuje zavest, za katero predpostavlja, da je v osnovi enaka njegovi. Njegov življenjski svet zato nikdar ni njegov zasebni svet, temveč je intersubjektivni, kajti osnovna struktura njegove realnosti je prav predpostavka, da je ta realnost skupna vsem. Husserlova fenomenologija govori o intersubjektivni danosti sveta.

Vse to, kar velja zame, velja tudi, kot vem, za vse druge ljudi, ki se nahajajo v mojem okolju. /.../ Za vsakogar so aktualna polja zaznavanja, spominjanja itd. drugačna, ne glede na to, da se vsakdo zaveda v tem intersubjektivno skupne zavesti na različne načine. /.../ O vsem tem se lahko sporazumemo s soljudmi in postavljamo s tem skupno objektivno prostorsko-časovno dejanskost, in sicer kot *naše čisto bivajoče okolje, ki mu sami vendarle pripadamo*. (Husserl 1950/1997: 93)

Posamezniku se tako zdi samoumevno, da s soljudmi vstopa v interakcije, da bodo njegova dejanja drugi razumeli, da je stratificiran družbeni in kulturni svet predobstoječi okvir, na katerega se nanašajo tako on sam kot tudi drugi ljudje (Schutz in Luckmann 1985).

Kljub temu pa o vsakdanjem življenjskem svetu še zdaleč ne moremo govoriti kot o edinem možnem redu realnosti. Schutz (1971: 207) poudarja, da obstaja neskončno mnogo vrst realnosti, vsaka s svojim edinstvenim stilom eksistence. Življenjski svet ni le oblika posameznikovega izkustva, temveč je različica svetov, nanašajočih se na različne objekte, simbolne oblike, družbene prakse in izkustva. V tem smislu tudi bolečina konstruira izkustvo totalnosti. Ne gre le za edinstven niz občutkov, temveč tudi za dimenzijo skupka vseh zaznav. Občutki bolečine se iz telesa se prenašajo na družbeni svet posameznika in vplivajo na njegove odnose z okolico, odnos do dela in vsakdanjih dejavnosti. V skladu s tem se posameznikov pogled na svet bistveno spremeni. Občutek ima, da se je svet spremenil, občutek delitve skupnega sveta izgine, saj v ospredje stopijo drugačni – bolj eksistencialni – vidiki življenja (Good 1994: 123–124).

V tem pogledu dojemanja vsakdanjega življenjskega sveta vidimo, da svetu, ki se ustvari pri posameznikih, ki trpijo za kronično bolečino, umanjka večina temeljnih značilnosti, ki določajo vsakdanji življenjski svet. Potrebno je razumeti, da je življenjski

svet le temeljna oblika realnosti, ne pa tudi edina, saj obsega več kot zgolj vsakdanjo realnost. Schutz (1971) govori o mnogih svetovih, o svetu fantazije, svetu sanj, svetu znanosti itd. Izvor vsake realnosti je subjektiven. Vse, kar pritegne posameznikovo pozornost, je realno. Dokler je posameznikova pozornost usmerjena na objekt, je vsak izmed svetov realen. Vendar čim mu odtegnemo pozornost, svet kot realnost izgine (Schutz in Luckmann 1985: 22). Realnost se torej ne konstituira skozi ontološke strukture njenih objektov, temveč skozi pomene naših izkustev. Področja pomenov sveta kronične bolečine so končna, saj so zamejena s posameznikovim lastnim in svojskim izkustvom. Prav zato se Schutzevo pojmovanje življenjskih svetov zdi dobra teoretična podlaga za fenomenološki vpogled v svetove kronične bolečine.

Intersubjektivno razumevanje sveta temelji na predhodni zalogi izkušenj, ki ji Schutz in Luckmann (1985) pravita zaloga védenja. V vsakdanjem življenjskem svetu posamezniki medsebojno predpostavljajo enakost zaloge védenja. Kadar pa govorimo o svetu kronične bolečine, se zaloga védenja posameznika s kronično bolečino razlikuje od zaloge védenja njegove okolice. Praktične posledice omenjene razlike se kažejo predvsem v nerazumevanju posameznika, ki je ujet v svet bolečine.

Posamezniki svoj svet občutijo drugače. Pogosto se čutijo odtujene, občutek imajo, da jih bližnji in zdravstveno osebje ne razumejo, posebej zato, ker kronične bolečine biomedicina pogosto ni sposobna osmisliti z diagnozo in je trajno odpraviti. Kajti »imeti bolečino pomeni biti prepričan, da jo imaš, poslušati o bolečini pomeni o njej dvomiti« (Scarry 1985: 13). Svet bolečine postane poseben svet, ki ga ni mogoče deliti z drugimi, je svet, kjer so nastanjeni ljudje, ki so obupali nad razkrivanjem »tega, česar ni mogoče zanikati niti potrditi« (Good 1992: 47). Kljub temu, da je komuniciranje prek kronične bolečine v osnovi intersubjektivno naravnano in se posameznik v svetu kronične bolečine počuti osamljenega, pa ne gre podcenjevati razsežnosti, do katerih družbeno in politično telo ostaja vir in medij izkustva. Če je izkustvo intersubjektivno in se razvija v dialog z ljudmi iz družbenega okolja, potem tudi ti dialogi, prakse in strukture konstituira jo posameznikovo izkustvo bolečine. Posamezniki z izkušnjo kronične bolečine tako velikokrat postanejo globoko vključeni v delovanje zdravstvenega sistema in si skupaj s svojimi bližnjimi aktivno prizadevajo za učinkovito zdravljenje (Good 1994: 127).

## 6 Kronična bolečina kot odpor proti družbenim dejavnikom

Logika utelešenja odpora je bila nekajkrat že uporabljena za pojasnjevanje izkušenj s kronično bolečino (Good 1994: 58, 62). Shorter (1992) predstavlja zanimivo analizo, ki pokaže, da sociokulturne spremembe vplivajo na nastanek različnih simptomov. Pri tem ugotavlja, da so različni simptomi (bolečine v križu, migrene) in sindromi (nev-rastenija<sup>11</sup>) v danih zgodovinskih okoliščinah različni in se konstruirajo predvsem na

---

11. Nev-rastenija je diagnoza, ki so jo opredelili v Severni Ameriki in je bila na zahodu široko uporabljena v začetku 20. stoletja. Medtem ko na zahodu danes ni več v uporabi (pogosteje se uporablja depresivna motnja), na Kitajskem ostaja pogosta diagnoza za nevrotične motnje. Vseeno obeh diagnoz ne gre povsem enačiti (Kleinman 1986: 3). Nev-rastenija je danes defi-

podlagi biomedicinskega védenja. Simptomi so se skozi zgodovino sicer spreminjali, nikoli pa niso izginili. Medicinski in kulturni trendi utrjujejo simptome v skladu z obstoječimi kulturnimi pomeni (Shorter 1992). Družbeno ustrezni modeli, kako naj bi se posameznik obnašal, so bili očitni v vseh obdobjih. Družba devetnajstega stoletja je narekovala, da mora biti ženska primarno pasivna, pozno dvajseto stoletje pa je zahtevalo aktivno in dinamično žensko. Vsako normiranje je v svojem specifičnem zgodovinskem obdobju proizvedlo tudi svoje patološke oblike. V devetnajstem stoletju je to za ženske pomenilo predvsem simptome, kot sta paraliza in kronična nevroza, v poznem dvajsetem stoletju pa kronično utrujenost, nevrastenijo, fibromialgijo, ki ženski onemogočajo družbeno zaželeno napredovanje v karieri in skrb za družino (Shorter 1994: 205).

Podobno tudi Kleinman (1986: 2) ugotavlja, da med simptomi in družbo obstaja dialektičen odnos. Zveza je močno odvisna od makrosocialnih silnic, vendar je sociosomatična povezava posredovana s pomeni in legitimiteto, ki jih imajo simptomi za določene ljudi v določenih lokalnih sistemih oblasti. Pri svojih analizah pojava kronične bolečine pri Kitajcih poudarja, da glede na specifično kitajsko kulturo kitajski pacienti emocije izražajo pretežno skozi somatske idiome (npr. »imam glavobol« namesto »sem žalosten«). Huda stigmatizacija duševnih bolezni v kitajskih in drugih azijskih kulturah pomeni, da je v teh kulturah somatizacija<sup>12</sup> psiholoških problemov lahko mehanizem adaptacije, ki spodbudi socialno podporo s strani družine in skupnosti ter prinese odvezo od rutinskih odgovornosti (Lin in dr. 1985). Vzroke za kronično bolečino (npr. kronični glavobol) pri Kitajcih Kleinman in Kleinman (1999) vidita tudi v naglih družbeno-kulturnih spremembah, ki jih je na Kitajskem povzročila kulturna revolucija.

Morda je v tem kontekstu najbolj prodorna in popolna Kleinmanova študija vloge nevrastenije – kot kategorije kitajske profesionalne in popularne kulture – pri posredovanju lokalnih odnosov moči, družbenih neenakosti in zatiranja ter pri izrednih političnih dogodkih kulturne revolucije in njenih posledicah. Kleinman (1995) ugotavlja, da je nevrastenija pri Kitajcih posledica travme, povzročene zaradi nenadne spremembe sistema, ki jo je prinesla kulturna revolucija. V političnih okoliščinah, v katerih je bilo javno kritiziranje sistema nedovoljeno in je vodilo v nasilje, poniževanje, šikaniranje, zaporno kazen, izgnanstvo ali usmrnitev, je prišlo do množičnega pojava nevrastenije z ojačanim simptomom omotice. Kleinman omotico simbolno povezuje z občutkom nestabilnosti in neuravnoteženosti. Ravnotežje, stabilnost in harmonija so v kitajski tradicionalni medicini namreč temeljni pogoj za zdravje. Simptom omotice simbolizira občutek nestabilnosti, neuravnovešenosti in padanja z višjega na nižji družbeni pol-

---

nirana kot skupek simptomov, ki zajemajo bolečino, kronično utrujenost, oslabeledost, omotico, anksioznost in depresijo. Že od 19. stoletja so jo povezovali z družbenimi dejavniki: najprej s stresom, ki spremlja urbanizacijo, kasneje so znaten porast simptomov opazili pri vojakih, ki so sodelovali v prvi svetovni vojni.

12. Kleinman (1986: X, 2) somatizacijo definira kot izražanje osebnih in družbenih stisk v jeziku telesnega pritoževanja in skozi iskanje različne medicinske pomoči. Ob tem poudarja, da je somatizacija dialektika med simptomom in družbo, torej med delovanjem in strukturo.

ožaj. Tudi pojav kronične bolečine in izčrpanosti Kleinman interpretira kot posledico kolektivne travme. Glavoboli in bolečine v križu so se okrepili kot posledica kulturne revolucije in so odražali množičen komentar aktualnih političnih dogodkov. Pri posameznikih, ki ne morejo ubežati trajnosti travme, se torej pojavi sindrom nevrastenije (Kleinman in dr. 1999). Izražanje kronične bolečine kot enega izmed simptomov nevrastenije se je pokazalo kot razširjena odporniška reakcija na komunistični sistem, saj pri delavskih skupnostih predstavlja osnovni vir moči (Kleinman 1992: 175, 187). V analiziranih naracijah izkušnje bolečine so spomini pacientov prevzeli obliko splošnejših zgodb trpljenja, ki so vsebovale spomine na grožnje, izgube ter travmatične posledice (demoralizacija, strah, obup) in njihov izvor (pretepanje, zapor, izgnanstvo). Telesni spomin, biografija in družbena zgodovina so se spojili. Telesna komponenta moralnega procesa družbenega izkustva je prevzela obliko zgodovinskega dogodka, simbolnih pomenov in družbenih situacij. Spomini na fizične težave so kazali tesno povezanost z družbenimi problemi, ki niso bili toliko »reprezentirani«, kolikor so bili znova in znova živeti (tudi prek spomina na izkustva) v telesu (Kleinman 1995: 143). Naracija bolečine, posebej nevrastenije, je pooblaščen oblika družbenega spomina, ki kritizira kulturno revolucijo in politični proces nasploh. Pacienti so namreč politične spremembe sami označili kot vzrok svoje bolečine (Kleinman 1995: 142).<sup>13</sup>

Fenomonološke raziskave (Kleinman 1995; Finkler 1994; Kleinman 1986; DelVecchio Good 1992; Kleinman in Seeman 2000) navajajo mnogo sodobnih primerov, na podlagi katerih so se oblikovale trditve, da kronična bolečina predstavlja odpor proti medsebojnim izkustvom in mikropolitiki družbenih odnosov, na katere vplivajo družbeni pritiski. Odpor pomeni upiranje obstoječim definicijam (diagnozam), normam, ki nam zapovedujejo, česa ne smemo in kaj moramo početi (priporočila), ter uradnim poročilom (zdravniški karton), ki nam pripovedujejo o kliničnem poteku bolezni. Posamezniki se upirajo zatiralnim odnosom, ki vladajo v mikropolitiki strukturi zasebnih svetov. Odpor lahko zavzame obliko aktivnega boja, lahko pa se manifestira kot pasivna oblika nesodelovanja (Kleinman 1992: 174). Pasivni ali nezavedni odpor pa je lahko tudi somatizacija v obliki kronične bolečine. V študijah primerov, ki jih navaja Kleinman (1995: 133–140), bolečina postane skorajda kulturna delegitimacija družbenih prioritet in praks. V primeru ambiciozne izobražene belske zdravnice iz srednjega razreda, živeče v sodobni ameriški družbi, kronična bolečina postane način upiranja njenemu neodgovornemu možu in njeni zlorablajoči materi. Pacientkin občutek, da njen vsakdanji življenjski svet pravzaprav ni njen, saj ga le s težavo nadzira ter v njem nima središčne in stabilne pozicije, je zato nadomeščen z izkušnjo bolezni oz. z bolezenskim vedanjem. S tem »premikom« se pacientka pozicionira v samo središče

---

13. Podoben pomen je imela nevrastenija tudi v zahodni Evropi konec 19. stoletja. V tem obdobju je pojem prvi uporabil zdravnik George Beard, ki je z njim opisal deficitarno živčno mišično tkivo, splošno slabotnost, slab apetit in življenje »pod mejo normalne stopnje vitalnosti«. Kulturno je nevrastenija reprezentirala obliko »spodletelega uspeha« in je pogosto odsevala ohromelo žensko ambicioznost, saj so ženskam možnost napredovanja oteževale zastarele družbene konvencije za spoprijemanje z idustrijsko revolucijo in dobo mehanizacije (Wallace 2002: 21).

bolezenskega sveta in začne dominirati njegovemu poteku. Bolečina zanjo postane nov način intersubjektivne izkušnje. Njeno bolečino lahko razumemo kot obliko ločitve od njenega dejanskega oz. praktičnega sveta, kot preusmeritev naravnosti k bolj trdni in središčni poziciji, s katere lažje vpliva na čustva in prakse svojega moža in matere. Kleinman (1992: 182) ugotavlja, da posamezniki kronično bolečino izkušajo kot most med telesnim in družbenim prostorom.<sup>14</sup>

## 7 Zaključek

Pričujoči prispevek se ukvarja predvsem z nakazovanjem pomena ožjih in širših družbenih dejavnikov za subjektov razvoj simptoma kronične bolečine ter se osredotoča na vzroke in posledice posameznikovega doživljanja kronične bolečine. Pri iskanju vzrokov nastanka kronične bolečine sledi predvsem Freudovi psihoanalitični tezi in njegovemu konceptu somatične ustrežljivosti, pri razumevanju subjektovega izkustva, njegovega osmišljanja in interpretacije kronične bolečine pa se naslanja na Schutzeve fenomenološke opredelitve vsakdanjega življenjskega sveta. Za razumevanje kulturnega, predvsem pa družbenega pomena bolečine sem izpostavila razlage nekaterih medicinskih antropologov, predvsem Kleinmanovo tezo o bolečini kot odporu. Vse-skozi je okvir razprave vodila teza, da kronična bolečina ni stvar telesa ali posameznih organov, temveč predvsem sveta, ki se okrog nje konstituira, in sveta oz. konteksta, iz katerega lahko simptom izhaja. Prispevek osvetljuje nekaj dejavnikov nastanka in interpretiranja kronične bolečine, ki jih biomedicina zanemarja. Osredotoča se predvsem na vpliv, ki ga na kronično bolečino lahko ima nenadna sprememba politične situacije,<sup>15</sup> in opozarja na nekatere mikrodružbene dejavnike, kot so npr. težave v medosebnih odnosih.

Ker je kronična bolečina prikazana kot most med somatičnim in družbenim prostorom, je bil moj namen tudi dopolniti pomanjkljive biomedicinske razlage, ki pogosto ne pripeljejo do rešitve problema trpečega. Prav zato se zdi, da je kronična bolečina kategorija, ki onesmisli kartezijansko biomedicinsko ontologijo pristopanja k človeškemu telesu. Za subjekt, ki trpi za kronično bolečino, je dihotomna delitev do-jemanja človeka na telo in duha zabrisana. Telo je namreč tudi domena subjektivnega, emocionalnega, družbenega konteksta. Kajti ko se intersubjektivna realnost zlomi ter rezultira v dezintegraciji življenjskega sveta in vzpostavitvi novega sveta bolečine, postane objektivistična koncepcija telesa pomanjkljiva. Telban (2002: 38) poudarja, da je v zahodni urbani družbi razlika med bolnim in zdravim subjektom prav v njihovih različnih življenjskih svetovih.

---

14. Poleg omenjene obstajajo še številne druge fenomenološke študije naracije bolnikov s kronično bolečino, ki to potrjujejo (Finkler 1994; Kleinman 1986; DelVecchio Good 1992; Kleinman in Seeman 2000).

15. Poleg kitajskega primera je v zgodovini znan tudi primer iz prve svetovne vojne, ko so moški, ki so kot posledico bojevanja utrpeli t. i. »*shell shock*«, razvili sindrom nevrastenije. Kasneje pa je pojem izginil iz medicinske literature (Wallace 2002: 22).

Če želimo interpretirati pomene kronične bolečine, moramo posameznike, ki trpijo za kronično bolečino, najprej pozicionirati v določen življenjski svet. Ta svet mora biti opisan in opis mora vsebovati izkustvo bolečine, postavljeno v širši kontekst posameznikovega izkustva družine, delovnega mesta, skupnosti. Da bi razumeli, kaj pomeni kronična bolečina, kaj pomeni izkusiti kronično bolečino, je potrebno izdelati natančno etnografsko metodo, s katero se prikaže ozadje vedenja in vsakodnevnih praks, ki zadevajo telo in sebstvo. In s tem ozadjem je potrebno osmisлити bolečino, njen potek in druge vidike, ki so s tem povezani. Poleg bolnikovega sveta je potrebno razumeti tudi svet družine bolnika s kronično bolečino, svet zdravnika in svetove vseh, ki se odzivajo na kronično bolečino pacienta. V analizi je potrebno upoštevati dvoje: kulturno konstituiran biološki objekt in biološko dediščino, ki določa kulturne pomene (Kleinman 1995: 125).

## Literatura

- Augé, Marc (1995): *Biological Order, Social Order: Illness, an Elemental Form of Event*. V M. Augé in C. Herzlich (ur.): *The Meaning of Illness: Anthropology, History and Sociology*: 23–79. Luxembourg: Harwood Academic Publishers.
- Autton, Norman (1986): *Pain: an Exploration*. London: Darton, Longman and Todd.
- Canguilhem, Georges (1966/1987): *Normalno in patološko*. Ljubljana: Studia Humanitatis.
- Crofford, Leslie J. (2007): *Violence, Stress, and Somatic Syndromes*. *Trauma, Violence, and Abuse*, 8 (3): 299–313.
- Crooks, Valerie A. (2006): *Exploring the Altered Daily Geographies and Lifeworlds of Women Living with Fibromyalgia Syndrome: A Mixed-method Approach*. *Social Science and Medicine*, 64: 577–588.
- DelVecchio Good, Mary-Jo, in dr. (1992): *Epilogue*. V M. DelVecchio Good in dr. (ur.): *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*: 198–207. Berkeley: University of California Press.
- DelVecchio Good, Mary-Jo, in dr. (ur.) (1992): *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*. Berkeley: University of California Press.
- Finkler, Kaja (1994): *Women in Pain: Gender and Morbidity in Mexico*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Foucault, Michel (1973/1994): *The Birth of the Clinic: An Archeology of Medical Perception*. New York: Vintage Books.
- Foucault, Michel (1988): *Technologies of the Self*. V M. H. Luther, H. Gutman in P. H. Hutton (ur.): *Technologies of the Self*: 16–49. Amherst: University of Massachusetts Press.
- Foucault, Michel (1991): *Vednost – Oblast – Subjekt*. Ljubljana: Krt.
- Foucault, Michel (2000): *Zgodovina seksualnosti 1: Volja do znanja*. Ljubljana: Založba ŠKUC.
- Freud, Sigmund (1984): *Dve analizi*. Ljubljana: DDU Univerzum.
- Freud, Sigmund (1987): *Metapsihološki spisi*. Ljubljana: Studia Humanitatis.
- Ghafoor, Virginia (2003): *Treatment of Chronic Pain*. *Journal of Pharmacy Practice*, 16: 249–260.



- Good, Byron J. (1992): *A Body in Pain – The Making of a World of Chronic Pain*. V M. DelVecchio Good in dr. (ur.): *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*: 29–48. Berkeley: University of California Press.
- Good, Byron J. (1994): *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gray Hardcastle, Valerie (1999): *The Myth of Pain*. Cambridge: MIT Press.
- Greco, Monica (1998): *Illness as a Work of Thought: A Foucauldian Perspective on Psychosomatics*. London: Routledge.
- Herlich, Claudine (1995): *Modern Medicine and the Quest for Meaning: Illness as a Social Signifier*. V M. Augé in C. Herzlich (ur.): *The Meaning of Illness: Anthropology, History and Sociology*: 151–174. Luxembourg etc.: Harwood Academic Publishers.
- Husserl, Edmund (1950/1997): *Ideje za čisto fenomenologijo in fenomenološko filozofijo*. Ljubljana: Slovenska matica.
- Jason, Leonard A., in dr. (2000): *Chronic Fatigue Syndrome: Sociodemographic Subtypes in a Community-Based Sample*. *Evaluation and the Health Professions*, 23 (3): 243–264.
- Kaplan, Robert M., Sallis, James F. Jr., Patterson, Thomas L. (1993): *Health and Human Behavior*. New York: McGraw-Hill, Inc.
- Klayman Farber, Sharon (2000): *When the Body is the Target: Self-harm, Pain, and Traumatic Attachments*. Northvale: Jason Aronson Inc.
- Kleinman, Arthur (1980): *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Kleinman, Arthur (1986): *Social Origins of Distress and Disease: Depression, Neurasthenia and Pain in Modern China*. New Haven and London: Yale University Press.
- Kleinman, Arthur (1992): *Pain and Resistance: The Delegation and Relegation of Local Worlds*. V M. DelVecchio Good in dr. (ur.): *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*: 169–197. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, Arthur (1995): *Writing at the Margin: Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, Arthur, in Kleinman, Joan (1999): *The Transformation of Everyday Social Experience: What a Mental and Social Health Perspective Reveals About Chinese Communities Under Global and Local Change*. *Culture, Medicine and Psychiatry*, (23): 7–24.
- Kleinman, Arthur, in Seeman, Don (2000): *Personal Experience of Illness*. V G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick in S. C. Scrimshaw (ur.): *The Handbook of Social Studies in Health & Medicine*: 230–242. London: Sage.
- Kleinman, Arthur, in dr. (1992): *Pain as Human Experience: An Introduction*. V M. DelVecchio Good in dr. (ur.): *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*: 1–28. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, Arthur, Kleinman, Joan, in Lee, Sing (1999): *Introduction to the Transformation in Chinese Society: Anthropological, Psychiatric and Social Medicine Perspectives*. *Culture, Medicine and Psychiatry*, (23): 1–6.
- Krpič, Tomaž (2004): *Kognitivno delovanje človeškega telesa*. Ljubljana: Znanstvena knjižnica Fakultete za družbene vede.
- Lash, Scott (1993): *Sociologija postmodernizma*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

- Lin, H. B. E., Carter, B. W., in Kleinman, Arthur M. (1985): An Exploration of somatization among Asian Refugees and Immigrants in Primary Care. *American Journal of Public Health*, 75 (9): 1080–1084.
- Lipovec Čebren, Uršula (2008): Krožere zdravja in bolezn: Tradicionalna in komplementarna medicina v Istri. (Neobjavljen rokopis.)
- Lock, Margaret (2000): Accounting for Disease and Distress: Morals of the Normal and Abnormal. V G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick in S. C. Scrimshaw (ur.): *The Handbook of Social Studies in Health & Medicine*: 259–276. London: Sage.
- Lupton, Deborah (1994): *Medicine as Culture*. London: Sage.
- Mauss, Marcel (1973): *Techniques of Body*. *Economy and Society*, 2(1): 70–88.
- Melzack, Ronald, in Wall, Patrick (1996): *The Challenge of Pain*. London: Penguin Books.
- Merlau-Ponty, Maurice (1945/2003): *Phenomenology of Perception*. London and New York: Routledge.
- Morgan, David (2002): *The Body in Pain*. V M. Evans in E. Lee (ur.): *Real Bodies: A Sociological Introduction*: 79–95. New York: Palgrave.
- Morris, David B. (1998): *Illness and Culture in the Postmodern Age*. Berkeley: University of California Press.
- Paulson, Margareta, Danielson, Ella, in Söderberg, Siv (2002): Struggling for a Tolerable Existence: The Meaning of Men's Lived Experiences of Living With Pain of Fibromyalgia Type. *Qualitative Health Research*, 12 (2): 238–249.
- Reid, Colleen, in Tom, Allison (2006): Poor Women's Discourses of Legitimacy, Poverty and Helath. *Gender and Society*, 20 (3): 402–421.
- Scarry, Elaine (1985): *The Body in Pain: The Making and Unmaking of the World*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Schutz, Alfred (1967): *The Phenomenology of the Social World*. Northwestern University Press.
- Schutz, Alfred (1971): *Collected Papers 1: The Problem of Social Reality*. Hague: Martinus Nijhoff.
- Schutz, Alfred, in Luckmann, Thomas (1985): *The Structures of the Life – World*. Evanston: Northwestern University Press.
- Shorter, Edward (1992): *Paralysis to Fatigue: A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era*. New York : Maxwell Macmillan International.
- Shorter, Edward (1994): *From the Mind into the Body: The Cultural Origins of Psychosomatic Symptoms*. New York: The Free Press.
- Szasz, Thomas S. (1957): *Pain and Pleasure: A Study of Bodily Feelings*. New York: Basic Books, Inc., Publishers.
- Šimenc, Jana (2005): Nekaj razkritih dimenzij vsakdanje bolnišnične prakse. *Etnolog*, 15: 97–117.
- Telban, Borut (2000): *Andaypa: Eseji o smrti v novogvinejski skupnosti*. Maribor: Založba Obzorja.
- Telban, Borut (2002): *Medical Ethics and the Body Across Cultures*. *Anthropological Notebooks*, VIII (1): 30–40.
- Thomas, Sandra P. (2000): *A Phenomenologic Study of Chronic Pain*. *Western Journal of Nursing Research*, 22 (6): 683–705.

- Turner, Bryan S. (1996): *The Body and Society: Explanations in Social Theory*. London: Sage.
- Ule, Mirjana (2003): *Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej.
- Van Dijck, José (2005): *The Transparent Body: A Cultural Analysis of Medical Imaging*. Seattle and London: University of Washington Press.
- Wallace, Daniel J. (2002): *All about Fibromyalgia : A Guide for Patients and Their Families*. Cary, NC, USA: Oxford University Press, Incorporated.
- Werner, Anne, Steihaug, Sissel, in Malterud, Kirsti (2003): *Encountering the Continuing Challenges for Women With Chronic Pain: Recovery Through Recognition*. *Qualitative Health Research*, 13 (4): 491–509.

**Naslov avtorice:**

**Andreja Vezovnik**

Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede

Center za socialno psihologijo

Kardeljeva ploščad 5, 1000 Ljubljana

e-mail: [andreja.vezovnik@fdv.uni-lj.si](mailto:andreja.vezovnik@fdv.uni-lj.si)