
ANATOMIJA BOLEČINE – KAJ PRAVI MEDICINSKA ANTROPOLOGIJA

Jana Šimenc

145

IZVLEČEK

Bolezni in bolečine so vsakodnevni spremljevalci naših življenj, ki zaradi skrivnostnosti pojavljanja in manifestiranja izzivajo številne znanosti, saj le ena (npr. biomedicina) dostikrat ne ponudi jasnih in natančnih odgovorov, ki jih ljudje pričakujemo. To so spolzka tla ne vedno jasnih/ali pojasnenih vzrokov, ki stalno izzivajo razmisleke o nezadostnih zastavljenih kriterijih in vzpostavljenih dualizmih. Slednji človeka postavljajo v preozke okvire, ki jih hitro preraste že ena sama nepojasnjena bolečina. Članek je bolj tehnične narave in obravnava medicinskoantropološki pogled na razmerja med dušo in telesom, med patološkim in normalnim. Nadalje obravnava raziskovalne in metodološke perspektive te antropološke discipline ter njen prispevek pri obravnavanju bolečine.

Ključne besede: bolečina, medicinska antropologija, biomedicina, telo, Foucault

ABSTRACT

Diseases and pain are the daily companions of our lives and because of the mystery of their appearance and manifestation they are a challenge to many sciences; a single science (e.g. biomedicine) indeed often fails to provide the clear and exact answers people expect. The slippery ground of disease and pain are the causes, which are not always clear or explained, and constantly provoke reflections about inadequately set criteria and established dualisms. The latter confine man in too narrow limits that are often transgressed by a single unexplained pain. The article is quite technical in nature and deals with the views of medical anthropology on the relationship between the soul and the body, the pathological and the normal. It further addresses the research and methodology prospects of this anthropological discipline and its contribution to the study of pain.

Keywords: pain, medical anthropology, biomedicine, body, Foucault

Po Lambekovem (1998) mnenju sta vprašanji, kaj je “telo” in kaj je “duša”, eni od posebnih zgodovinskih ekspresij, univerzalnih eksistencialnih zagonetk, zasidranih v človeški sposobnosti za samorefleksijo. Po njegovih ugotovitvah so verjetno dualne ali multiple kategorije univerzalne; celo nujne so za razumevanje izkustva telesa. Razlike so le v formah, izrazih, koordinaciji in odnosu med njima.

146

Ne/enotnost med dušo in telesom je neobhodna ovira, ob katero trčiš prej ali kasneje, če se ukvarjaš z bolečino. Kartezijanski kogito kot oblika sinteze, na kateri temelji zahodni miselni slog od razsvetljenstva naprej, določa razumevanje procesov in pojavov, ki se dogajajo v nas in okoli nas. Feyerabend (1999) sicer piše, da [med drugim zaradi usmeritve raziskovalcev na krajevno gibanje, ki je veljalo za edino kredibilno in pomembno gibanje] pri Aristotelu problema duša-telo sploh ni bilo. A so sledila stoletja usmerjanja predstav in misli, spreminjanja položaja človeka v naravi, ki so vodila do pozitivističnega ločevanja telesa in duše. Ta model je dandanes samoumeven in prevladujoč model ideje o razmerju med telesom in dušo/psiho v zahodnem svetu, hkrati pa tudi za marsikoga zelo problematičen in nezadosten: npr. utesnjenost dualizmov (torej neenotnost med telesom in dušo) se prevečkrat jasno in nazorno odraža v primerih boleznih in izrazov bolečine.

Merleau-Ponty se je v disertaciji posvetil vprašanju zaznave, dinamike med psihičnim in fiziološkim ter dvoumnosti in kompleksnosti izkustva. “Če namreč rečem, da me boli noga, ne želim reči samo, da je vzrok bolečine moja noga ali žebelj, ki jo je rnil, čeprav se s slednjim vzroku bolj približamo. Nočem reči, da je moja noga zadnji objekt zunanjega sveta, za katerim bi se začejala bolečina notranjega čutila, ali da je zavest o bolečini sama po sebi brez mesta in bi se z nogo povezala zgolj glede na vzročno določitev v sistemu izkustev. “Boli me noga” ne pomeni: “mislim, da je moja noga vzrok za to bolečino”, ampak: “bolečina izhaja iz moje noge” ali tudi: “moja noga boli”” (Merleau-Ponty 2006: 111). Sprašuje se tudi, kako lahko pri nekaterih simptomih (predvsem nevroloških) biomedicina razlikuje psihične in fizične vzroke. Odgovor ponudi v dopolnitvi, v predstavitvi obeh s tretjim funkcionalnim področjem. “S konkretnega vidika človek ni duševnost, ki se združuje z organizmom, ampak je nenehno nihanje bivanja, ki deloma ostaja telesno, deloma pa se nanaša na naše osebne akte” (Merleau-Ponty 2006: 106). Piše, da gre za stalno prepletanje med psihičnim in fiziološkim; da se stalno odvijajo odnosi izmenjave. Predvsem pa je telo sredstvo za izkustvo sveta; je svobodno, komunikativno, subjektivno, spreminjajoče: “človek je v svetu in v svetu se spoznava” (Strehovec v Merleau-Ponty 2006: 466).

Telo je torej prostor za manifestacijo in opredmetenje bolečine, za njeno “impresivno predstavo”. Bolečina brez telesa ni mogoča (če ne upoštevam fenomena “fantomske bolečine”, ki se lahko pojavlja pri ljudeh z amputirano okončino; le-ti po amputaciji še vedno občutijo akutno ali kronično bolečino, npr. v prstih na nogi, čeprav so jim nogo amputirali; vzrok naj bi bil rezultat bolečinskega spomina; več v Autton 1988: 7–8; tudi Merleau-Ponty¹ 2006: 103–105).

Če se premaknem iz abstrakcije k opredmetenju telesnosti, to pomeni, da ob izkušnjah boleznih in bolečine postanejo občutenja trpečih prekleto resnična. Razumeti

¹ O fantomskih udih piše v povezavi z dvoumnostjo časa: preteklost ostaja sedanjost.

bolečino je uganka, izziv in problem, ne samo za ljudi, ki jo doživljajo ali jo opazujejo, temveč tudi za več znanosti. V nadaljevanju prispevka bom ponudila delčke tega, kako se zapleteno psiho-fizično stanje, to je bolečine, loteva medicinska antropologija.

Kot sem že zapisala, je telo prostor za pojavljanje bolečine, in telo (konkretno ali latentno) je vedno predmet raziskav medicinske antropologije, kjer gre za ukvarjanje s telesi v povezavi z občutki, izkustvi, razumevanjem, odnosi (do), mejami, kategorizacijami, nadzorovanjem, moralnimi normami, političnimi ekonomijami; torej družbenimi in fizičnimi silami, ki prežemajo posameznikovo telo v boleznih, bolečinskih stanjih ali pri občutenju zdravja. Naša telesa, "opredmetena ogrodja", namreč niso le klasifikatorji; so pripovedovalci, označevalci, komunikatorji; torej prostor za manifestacijo mnogoterih procesov in pojavov.²

A ob izkustvu bolečine, ko telo postane omejeno in celoten posameznikov svet bolj negotov, poln zmešnjav in zreducirane motivacije, je težko najti urejene kategorije, ki bi zmešnjavo pojasnile in pomirile. Mehanizmi bolečine so namreč preveč pretkani, skoraj metafizični, zavarovani pred razkritjem z biomedicinskimi tehnologijami. Ob bolečinah in boleznih se tudi skupna (družbena) resničnost, ki jo ustvarjamo člani neke skupnosti, zruši. Bolniki živijo v svojem bolečinskem svetu. Med drugim spremenijo odnos do časa, ki izgubi moč in funkcijo, da ureja stvari. Pri njih se spremenita splošno razumljena časovnost (prihodnost in sedanost izgubita svoj red) in vitalni ritem telesa, ko se osebni čas upočasnjuje, zunanji pa pospešuje (imajo lahko občutek, da svet beži mimo njih, medtem ko so njihova primarna okupacija bolezen z vsemi birokratskimi obveznostmi,³ terapije in izvajanje zdravljenja ali preživeti dan brez bolečine⁴, ki je razumljena kot izgubljanje dragocenega časa). Če povzamem zgornje stavke: bolečina lahko ogrozi celotno organizacijo sveta in povzroči izgubo kontrole nad njim.

Preden pa se natančneje posvetim naslovnemu vprašanju, torej, kaj pravi medicinska antropologija o bolečini, si bom privoščila kratek izlet med teorije o zdravju in bolezni ter osvetljevanju položaja biomedicine. Želim namreč pojasniti prevladujočo raziskovalno izhodišče med medicinskimi antropologi. Gre za pozicijo, da je biomedicina le eden od zdravstvenih sistemov, nikakor ne večreden, najbolj objektivni, najnaprednejši ali merilo za vrednotenje preostalih načinov zdravljenja in interpretiranja bolečine. V nadaljevanju članka bom vseeno pretežno razmišljala o biomedicini, ker je ključna sestavina zahodne kulture in pri nas še vedno prevladujoč model za razumevanje telesnih pojavov. Posamezniki namreč utelešamo kulturo, v kateri živimo s tem, ko ponotranjimo vzorce telesnega občutenja in izkušenj, ki jih določi kultura. In biomedicina kot ključni del zahodne kulture razširja biomedicinski odnos do telesnih pojavov (tudi bolečine).

² Več antropologov se je veliko vrtelo okoli vprašanja telesa kot klasifikacijskega sistema, med drugimi tudi Mary Douglas. Osrednja tema njenega razmišljanja je bil odgovor na zmešnjavo, v katero so lahko vključeni tveganje, negotovost in protislovnost. Glavni odgovor na nered je sistematična klasifikacija: vzpostavitev urejenih kategorij, ki zmešnjavo pojasnijo in hkrati vzpostavijo red.

³ Urejanje in zbiranje dokumentacije, ki jo zahtevajo zavarovalnice, službe, zdravniki, zdravilišča, lekarne ...

⁴ Osvoboditev od bolečine lahko postane tudi edini življenjski cilj in obremenitev.

S tem seveda ne bi želela izriniti vseh možnih in razpoložljivih interpretacij bolečinskih stanj. Kot sem omenila zgoraj, biomedicinski sistem ni edina resničnost, ki bi določala razumevanje sebe, teles, simptomov, bolečin in bolezni. Posameznik ima, kljub prevladi biomedicine, vedno na voljo več sistemov razumevanja telesa; konkurenčne ideje in sheme stalno lebdi v zraku (Bourdieujeva teorija o habitusu). Je pa biomedicinsko telo v tem zgodovinskem trenutku pri nas prikazano kot najbolj objektivno, utemeljeno in resnično. “Resnične” večinoma postanejo le bolezni in bolečine, ki jih spozna in poimenuje biomedicina.

“Resnične”! Tudi biomedicinske sheme se spreminjajo in stalno izzivajo naše razumevanje resničnosti. Harawayeva (1991) je opozorila, da nobena znanost ni tako objektivna in gotova, kot se izkazuje, da je. To tezo zagovarjajo (med drugimi) tudi znameniti francoski filozofi zgodovine znanosti Gastan Bachelard, Georges Canguilhem ter Michel Foucault. Pri vseh vedah, ki navzven delujejo kot velike kontinuitete mišljenja, ki delujejo kot homogene in objektivne manifestacije nekega znanja, kot edinstveni horizont načina delovanja in mišljenja, kot samoumevne avtoritete, gre za zmede, križanja, številne nejasnosti in epistemološke prelome. Gre za gole konstrukte, ki so nastali na osnovi konstantnega načina izjavljanja o določeni temi, gre za natančno določeno grupiranje form, modelov in hipotez. Znanosti so sklop sprejemanja in zavračanja dejstev, ki so v določenem času sprejemljiva in razumljiva. Na zunaj delujejo kot materialne in kulturne avtoritete, a so v resnici zelo ranljive, dinamične in spremenljive. Se pa njihova moč konstantno obnavlja, sicer bi že usahnile.

Čeprav torej večina zaupa biomedicini in njeni resničnosti, je potrebno poudariti spremenljivost njene resničnosti in objektivnosti. Znanje se konstantno preoblikuje in presnavlja. Preoblikovanje idej in resničnosti je zelo razvidno v kontekstu duševnih bolezni. Kot nazoren primer bom navedla statistični priručnik DSM⁵, diagnostično biblijo, ki jo priznavata SZO⁶ ter APA⁷ pri diagnosticiranju duševnih bolezni. Gre za zvezke, ki se spreminjajo, dopolnjujejo, luščijo. Trenutno je v uporabi četrta izdaja (v pripravi je že peta). Zanimivo je dejstvo, da je v DSM III., ki je bil v uporabi do leta 1976, homoseksualnost veljala za bolezen. Kar pomeni, da je bila še do tega ne tako oddaljenega leta biomedicinska in hkrati splošno sprejeta “resnica”, da je homoseksualnost bolezen.

Biomedicina je le ena medicina ...

Raziskovalne pozicije medicinskih antropologov se torej nagibajo k izhodišču, da je biomedicina le ena izmed oblik znanja in nikakor ne referenčna točka pri analizah. Na tem mestu ne bo šlo brez omembe Foucaultovih *briljantnih rediskripcij preteklosti* (kot avtorjeve ekskurzije v preteklost poimenuje Rorty, 1986). Ta znameniti teoretik upošteva bistveno razmerje med “videnim” in “izraženim” in razkrije, da biomedicinska “znanstvenost” in “objektivnost” le nista tako čista, absolutna, nedvomljiva dogovora, za kakršna se konstantno izkazuje, in ki zato tudi takoj sesuje ideale današnje skreirane

⁵ Diagnostic and statistical manual of mental disorders.

⁶ Svetovna zdravstvena organizacija.

⁷ American Psychiatric Association.

nadpozicije uradne medicine,⁸ ki jo je potrebno obravnavati le kot enega od sistemov obravnavanja zdravja in telesa. Kot vsak medicinski sistem, ki temelji na vrsti kulturnih sklepov o lastnostih narave in vlogi človeka v naravnem redu in deluje kot celota hipotez o življenju in smrti, etiki, terapevtskih odločitvah in institucionalnih ureditvah. Potrebno je vedeti, da je to le en medicinski sistem, ki si je šele v začetku 20. stoletja pridobil množični ugled in zaupanje.

Znanstvena medicina namreč nikoli v zgodovini ni bila edina možna oblika zdravljenja. Delovala je vzporedno z različnimi metodami zdravljenja, z njimi tekmovala ali pa se prekrivala glede terapije. “V stari Grčiji so hipokratiki, herbalisti in svečeniški zdravitelji delovali istočasno; obstajalo je splošno prepričanje v delovanje in učinek določenih zdravil, amuletov, izrekov in molitev” (Tambiah 1990: 10).

Pač pa so, poleg ugodne duhovne podlage (kartezijanskega dualizma, razširjenosti krščanske logike, kulturnih gibanj in prebujenj, pozicije človeka v stvarstvu), privrženost imperializma, nacionalnih in svetovnih politik,⁹ programov mednarodnega zdravstva in dobičkonosnost dejavnosti postopoma dokončno porinile biomedicino na najvišjo stopničko med svetovno razširjenimi oblikami medicinske prakse.

Prelomna je bila tudi sama medicinska znanost, ki se je od 19. stoletja naprej osredotočila na določen konstanten stil in značaj izjavljanja;¹⁰ usmerila se je na določeno “analizo patološkega dejstva skladno z vidnim prostorom telesa, isti sistem transkripcije tistega, kar opazujemo v tem, kar izrekamo (isti besednjak, isto metaforično igro)” (Foucault 2001: 37). Za identifikacijo določenega obolenja so tako morali biti izpolnjeni točno določeni postulati. Biomedicina se namreč pri delovanju opira na obolenja, pri katerih so mehanizmi delovanja jasni in vidni (če ne s prostim očesom, pa z rentgeni, mikroskopi in drugimi napravami) ter zato postanejo njeni prototipi.

Nadalje biomedicinski sistem predpostavlja, da je na enak strukturiran način možno razložiti vse bolezni, le da se zdravniki/raziskovalci pač še niso dokopali do vseh manjkajočih strukturnih povezav. Biomedicinska koncepcija bolezni, ki bolnika in bolezen objektivizira ter ne dopušča subjektivizma,¹¹ ima tako točno določene norme in “zdraviti praviloma pomeni kakšno funkcijo ali organizem privedi nazaj do norme, od katere sta se oddaljila” (Canguilhem 1987: 85).

Od 19. stoletja naprej se prav tako začne govoriti o medicini zdravnikovega pogleda, ki si je postopoma utrl pot do vrhovnega položaja v medicinski organizaciji prakse: gre za pogled, ki vé, odloča; pogled, ki vlada. Torej prelomen, znan *klinični pogled*: “klinika je bila verjetno prvi poskus k ureditvi znanosti, da deluje in se odloča na podlagi pogleda”

⁸ S tem, da Foucault v uvodu *Rojstva klinike* (1984) opozori, da njegovo delo ne odobrava ene vrste medicine ali zavrača drugo vrsto medicine, ali da nasprotuje aplikaciji medicine (kot sistema), ali da je popolnoma proti kakršni koli medicini. V raziskavi se trudi razvozlati zgodovinske pogoje, ki so skonstruirali diskurz.

⁹ Neobhoden za razumevanje razvoja biopolitike ter vseh transformacij različnih aspektov življenja pod okrilje medicine je Foucaultov spis “Governmentality”, v katerem so strnjene ključne točke njegove teorije o vladanju, moči ter konstituciji posameznika znotraj države. Koncept govori, kako suverene države in individuumi moderne dobe vzajemno determinirajo drug drugega.

¹⁰ V *Rojstvu klinike* se Foucault podrobneje ukvarja z načinom, na katerega so se ob izteku 18. in začetku 19. stoletja “modificirale forme izjavljanja zdravniškega diskurza” (Foucault 2001: 71).

¹¹ Antropolog Taussig (1980) taiste pojave poimenuje reificiranje bolezni.

(Foucault 1994: 89). Zdravniku je bilo zaupano, ali povedano drugače, dana mu je bila moč (in gigantska pomoč tehničnih izumov), da s svojim kliničnim pogledom vidi “skrito resnico” v bolniku. Da mu postavi diagnozo, oblikuje rešitev in še malo modro govori o problemu.¹² Da v pacientovem telesu na podlagi anatomske-patološke percepcije skonstruira določen bolezenski arhetip.

Več strukturnih sprememb je prenesla medicina 19. stoletja. Organizirala se je bolj določeno (zavrgla je najrazličnejša opazovanja, recepte, tradicije) in začela delovati kot “serija deskriptivnih izjav” (Foucault 2001). Patološka anatomija je postala osnova za izurjen in kompetenten medicinski pogled zdravnika. Ali povedano drugače: razvil se je biomedicinski diskurz. Diskurz je namreč za Foucaulta “dejanje, ki sistematično tvori objekte, o katerih govori” (po Haraway 1999: 396).

150

Ena od značilnosti biomedicine je še, da jo pri boleznih preganja želja in potreba po obvladovanju in nadvladanju bolezni. Biomedicinski diskurz namreč težko priznava poraze (npr. smrt) in verjame v konstantno linearno dviganje proti uspehu, ki izhaja iz preteklih izkušenj. Glede nastanka biomedicinske znanosti ter o prevladujočih naivnih predstavah, po katerih naj bi medicinska znanost nastala v nekakšnem sklenjenem progresivnem razvoju človeške vednosti ter po katerih naj bi se zahodna znanstvena civilizacija postopno otresla predsodkov in postajala bolj in bolj sposobna, da ugleda, klasificira (piše Močnik (1984), ko razlaga Foucaulta), da taka naivna predstava izraža le značilno perspektivistično iluzijo, ki že temelji na sodobnem načinu znanstvenega medicinskega gledanja. Strinjam se, saj gre le za zelo razširjeno iluzijo o popolnem uspehu in nadvladanju smrti. Turner (2003) razmišlja podobno. Meni, da je utopija zdravja utopija moderne zavesti!

Od napake do pravilnosti ¹³

Poleg dinamike v oblikovanju znanosti in definicijah bolezenskih stanj je zanimivo tudi preoblikovanje razmerja med normalnim in patološkim.

Zelo verjetna posledica “brez bolezenskega sveta” bi bila, da tudi zdravja ne bi bilo mogoče občutiti. Že Voltair v *Kandidu* nakaže zadrego in paradoks, ki jo je Bruckner (2004) oblikoval približno takole: “V resnici za to, da imamo veselje do življenja, potrebujemo neprijetnosti, ki smo jim kos in kršijo našo svobodo, ne da bi jo ubile” (Bruckner 2004: 213). Bolezen je lahko tista, ki ovira svobodo posameznika (npr. gibanje, potovanje, način prehranjevanja, komuniciranja, druženja in podobno). Je pa hkrati pogoj, eden od konstituentov zdravja, ki spada med tiste fenomene, ki jih ne

¹² Bolj leporečno je isto v Igrih s *hudičevim repom* zapisal Vitomil Zupan: “Nekaj polinteligentnega dviganja nosu nad laiki, nekaj nepreverjenih teorij, kup podatkov z laboratorijev, pa ta vaša pamet - to zmešaj z rutino, malomarnostjo in sugestijo, še kakšen droben ideal in konec cinizma - pa imamo vašo veliko obrt na dlani” (Zupan 2003: 241).

¹³ Gre za sopomenki bolezni in zdravja, s katerima sem želela nakazati trenutno razumevanje bolezni in zdravja, ki se giblje v pomenskem polju norm in pravilnosti. Čeprav je bil, kot navaja Lockova (2003), pojem *normalno* še globoko v 19. stol. omejen le na matematiko in fiziko, se je po začetnih razpravah o konceptualizaciji pojma v povezavi s patološkimi stanji [v petdesetih Comtejeva razprava, “ki jo, kot zelo eksplicitno in spoštljivo priznava, dolguje Broussaisu” Canguilhem (1987: 22)] relativno hitro in trdno razširil v medicino. Današnje pojmovanje ne/normalnosti je skoraj enakovredno opozicijam zdravo/patološko.

zaznavamo kot posebne fenomene prav zato, ker v njih vsakodnevno živimo (soroden model stroja imata tudi obstoj dobrega in resnice).

Po s Platonovim idejnim svetom zaznamovanem Waizsäckerju se bistvo, eksistenca zdravja (*Gesundsein*), ki se izmika našemu pogledu prav s tem, kar je, pogledu odpira s svojo odsotnostjo. Po teoriji R. Lericha zdravje še ni pozitiven, bolezen pa negativen in ničen izraz. Stanje zdravja je stanje, v katerem se subjekt ne zaveda svojega telesa. In obratno, zavest o telesu nam je dana z občutenjem meja, groženj in ovir znanja. "Zdravje je tako pozitivno, ni pa prvobitno, medtem ko je bolezen negativna, toda v obliki nasprotja (ne odtegnitve)" (Canguilhem 1987: 62). Pozitivistični konceptiji je nasprotoval tudi Goldstein, ki meni, da zdravje ni samo normalnost v dani situaciji, temveč tudi normativnost¹⁴ v tej ali v drugih ključnih situacijah in obratno je bolezen nesposobnost obolelega biti normativen. "Bolezen ni variacija na dimenzijo zdravja, je nova dimenzija življenja" (Canguilhem 1987: 136).

Pri poizkusu korektne relativnosti nasprotnih izrazov ter zavzemanju za dinamično stališče v patologiji je bil zelo uspešen Canguilhem. V doktoratu iz medicine je z dialektično epistemološko analizo biomedicinskih pojmov (norma, normalno, patološko, zdravje, bolezen, povprečje) kritiziral tradicionalno pozitivistično pojmovanje razmerja med normalnim in patološkim (bolezen je kvantitativno odstopanje v pozitivnem ali negativnem smislu od normalnega stanja, ki ni nič drugega kot statistično izračunljivo povprečje). Njegovo mnenje je, da je življenje dinamična polarnost, nenehen proces vzpostavljanja norm v okolju, v katerega je postavljeno živo bitje. Normalno potemtakem ne more biti nekakšna začetna enkrat za vselej opredeljena danost, marveč je ravno nenehno odmikajoči se cilj našega prizadevanja.

Hacking (1999) in Foucault (1975, 1984) sledita tej misli in razumeta bolezen kot novo, specifično obliko življenja. Pri tem, da bolezen ni ogledalo družbe, temveč njeno podaljšanje, bogatenje.

Kot za vsak drug koncept, je tudi pri razlaganju boleznin in zdravja možnih več vzporednih interpretacij. Prav tako večina miselnih sistemov obravnava kategoriji v opozicijskih, simetričnih razmerjih: zdravje (dobro, pozitivno, nagrada), bolezen (zlo, kazni, demonsko posredovanje, žrtev, obsodba). A za popolnejše razumevanje pluralnosti perspektiv je potrebno koncepta obravnavati interpretativno in ne pozitivistično (kot nam sugerira biomedicinska konceptija). Nevarno je, ker je biomedicinski način interpretiranja in razumevanja že tako globoko usidran v našo sodobno podobo o tem, kaj je bolezen ali kaj je zdravje ali kako razumeti bolečino, da raziskovalce hitro zanese v biološki redukcionalizem, ki jim potem služi kot norma za vrednotenje vseh drugih oblik razlaganja.

Sicer je pri premagovanju bolezenskih stanj bistvena vzročnost za pojavnost vseh, bolj ali manj vidnih, preoblikovanj (drže, energije, barve kože (tena), telesne temperature, telesnih sposobnosti ...), saj naj bi šele poznavanje povodov za bolezen omogočalo njim izogibanje in temu posledično ohranjanje želenega zdravega stanja. Pri

¹⁴ Zdrav človek je sposoben presežati tisto normo, ki opredeljuje trenutno normalno, in postaviti nove norme v novih situacijah: npr. normalni lahko ostanemo tudi samo z eno ledvico, vendar je potrebno drugače delovati v situacijah – paziti na prehrano, napore ...

opazovanju človeških izkustev ob boleznih v različnih okoljih se pokaže mnogoterost nagnjenj (dispozicij) in telesnih reakcij z bogato simbolno opremljenostjo.

Če se navežem na že omenjeno Bourdieujevo teorijo o habitusu, to pomeni, da strukture (to so npr. zdravstveni sistemi in njihove razlagalne sheme), ki so strukturirane in strukturirajoče, tiste, ki (bolj nezavedno) proizvajajo habitus (posameznikov in homologni), ki je neki način delovanja, udejstvovanja, mišljenja in gledanja (npr. odnos do telesa in duha, izražanje čustev, izogibanje določenih prostorov ali oseb, način prehranjevanja z “zdravo prehrano”, način preživljanja prostega časa, način obravnavanja bolnega...) v sedanjosti in tudi zagotavljajo ponavljanje v prihodnosti (npr. dokaj visoko verjetnost ozdravljenja). Odziv na bolezen je torej po tej teoriji utelešenost dinamičnih družbenih (v najširšem pomenu besede) razmerij in pojavov, kjer je habitus tisti, ki v skladu z objektivnimi zmožnostmi določa *zdravorazumska* obnašanja (npr. ali se posamezniki ob obolenju zatečemo k zdravilcu, zdravniku, duhovom, predmetom, rastlinam ali čemer koli drugemu).

152

... “Bolečina je namreč dobrodejen alarm za telo, vitalna funkcija, ki nas sooči z našimi omejitvami in je “zadnji branik pred norostjo in smrtjo”” (Nasio (1996) v Bruckner 2004: 214).

Po tem napovedanem kratkem ekskurzu v biomedicinsko “arheologijo vednosti” se vračam k osnovnemu vprašanju: torej kaj ima medicinska antropologija povedati o fenomenu bolečine, ki je neločljiva sestavina vsakdanjega življenja. “Je spremljevalka številnih normalnih fizioloških sprememb, kot so npr. nosečnost, rojstvo, spremlja pa prav tako poškodbe in bolezni. Zanimivo je, da tudi razne oblike diagnosticiranja in zdravljenja povzročajo bolečine (npr. primeren udarec ali pritisk, operacije, aplikacija injekcij, razni zarezi, puščanje krvi in podobno)” (Helman 2001: 128). Medicinski antropologi se zanimamo za pojavnost bolečine, ki presega zgolj fiziološki dogodek in med drugim raziskave osvetljujejo sledeče strnjene predpostavke:

1. Kulture se na bolečino ne odzivajo enako.
2. Posamezniki dojemajo in se odzivajo na bolečino (pri sebi in drugih) pod vplivom kulturnih in družbenih temeljev.
3. Kako in kdaj posameznik z bolečino pristopi k nekomu, ki zdravi, torej način in čas komunikacije z zdravstvenimi delavci (ali zdravilci ali zdravniki), sta prav tako sugerirana s strani družbe in kulture.

Helman (2001), zdravnik in medicinski antropolog, večkrat opozori na nepravilno zanemarjanje kulturne komponente pri bolečini. Kljub bolečinski biološki osnovi (nastane, ko živec ali živčni končič doseže škodljiv stimulans; lahko znotraj ali izven telesa) in jasni biološki funkciji (ključna je pri zaščiti in preživetju posameznika v okolju, ki je polno potencialnih nevarnosti; je nujni obrambni mehanizem¹⁵) ter njeni pojavnosti v vseh kulturah in v vseh časih se prevečkrat predpostavlja, da je bolečina neodvisna od kulturnih dejavnikov. Pa ni tako.

¹⁵ Tudi ene od najnevarnejših bolezni so tiste, ki se ne oglašajo z bolečinami ali pa te nastopijo šele takrat, ko je prepozno.

Že Engels je leta 1950 (v Helman 2001: 128) razjasnil, da ima bolečina dve komponenti: prvotno občutenje in reakcijo na to občutenje. Potrebno je večplastno razumevanje in ne zgrešeno redukcionistično poenostavljanje. "... če bolečino pojmuje kot vtis, ki je zbran v neki točki telesa in prenesen v možgane, potemtako poenostavljamo, da je kot taka že v celoti konstituirana, in sicer brez sleherne povezave z dejavnostjo subjekta, ki jo doživlja" (Canguilhem: 67: 1987).

Kljub izraziti funkcionalni naravi bolečine je torej specifičnost bolečine nemogoče spregledati. Iz reakcije na občutenje, tako prostovoljne in instiktivne,¹⁶ se razvije "bolečinsko vedenje", ki ga medicinski slovarji razlagajo kot dejanja, ki jih lahko opazujemo in izhajajo iz izkušnje bolečine. Natančneje sta termin označila Fabrega in Tyma (1976): kot spremembe v obraznem izražanju (npr. grimase) in obnašanju ali delovanju; prav tako sta zajela zvoke, ki jih oddaja človek v bolečini, ali besede, ki jih uporablja za opis svojega stanja, ali v klicu na pomoč.

Prav prostovoljne reakcije ob bolečini (to so npr. odstranitev izvora bolečine ali ukrepanje, da bolečina izgine, ko npr. vzamemo tableto proti bolečinam ali se posvetujemo z drugo osebo, da nam pomaga zmanjšati bolečino), ki zahtevajo dodatne udeležence, uporabo predmetov in izvajanje praks, so začinjene s kulturnimi in družbenimi drobtinami. "Izkustvo bolečine lahko razumemo kot presečišče ali "utelešenje" biopsiholoških procesov, ki povezujejo telo in sebstvo z družbenim svetom" (Morgan 2002: 88).

Pri "bolečinskem vedenju" je možno, da se človek vede bolečinsko ob odsotnosti škodljivega stimulansa ali pa ne kaže "bolečinskega vedenja" kljub prisotnosti močnega stimulansa. Helman (2001) nadaljuje, da v tem kontekstu lahko ločimo dva tipa reakcij na bolečino:

1. Zasebno bolečino.
2. Javno bolečino.

Engels (1950) je opredelil, da je bolečina popolnoma "zaseben podatek". Posameznik vedno presodi, ali bo to neprijetno stanje drugim ne/verbalno prikazal ali ga zakril. V primeru, ko nam s svojim "bolečinskim vedenjem" nekdo prikaže, da ima bolečine, se njegova osebna izkušnja spremeni v družbeni in javni dogodek. Torej, zasebna bolečina se spremeni v javno.

Kot piše Helman (2001), pa je v določenih trenutkih zaželeno neizražanje "bolečinskega vedenja", ko človek ne sme, oziroma naj z zunanjimi, vidnimi znaki ne bi pokazal, da občuti bolečino, četudi jo občuti zelo močno. Tovrstno vedenje je pogostejše med družbami, ki cenijo stoicizem in pogum. Tudi anglosaški koncept "trde kože" v primeru težav spodbuja, predvsem fante, da na zunaj ne kažejo bolečin. "V naši zahodni kulturi je za ženske lažje, da pokažejo bolečine, saj je to vsesplošno priznana norma. Večino "bolečinskega vedenja" se priučimo z različnimi vedenjskimi modeli v zgodnjem otroštvu, običajno jih prevzamemo od staršev ali odnosov z bolnimi. Pri izražanju javne bolečine in bolečine je verjetno ključen dejavnik stopnja odobravanja, ki velja v določeni kulturi" (Autton 1988: 21).

¹⁶Ali neprostovoljne reakcije: to je npr. takojšen odmik roke od ostrega ali vročega predmeta.

Sposobnost, ko posameznik prenaša bolečino brez "bolečinskega vedenja", je lahko tudi eden od znakov odraslosti, zrelosti ali del iniciacijskih obredov, ki zaznamujejo prehod iz dečka v moža. Kot primer Helman (2001) navaja obred pri Čejenih. Tam mora mladi moški, ki želi javno izkazati svojo možatost in pridobiti družbeni prestiž, med ceremonijo "sončnega plesa" izvajati rituale samotrpinceja.¹⁷ Sestavina iniciacije je, da pri tem dejanju sprejema bolečino brez znakov "bolečinskega vedenja".

Ne tako ekstremnih primerov odsotnosti "bolečinskega vedenja", ki še ne pomenijo odsotnosti zasebne bolečine, sicer res ni težko najti (verjamem, da ga vsak ga lahko kdaj najde že pri sebi).

154

Eden od začetnikov raziskav o kulturnih komponentah pri reakcijah na bolečinska vzdraženja in razlike v manifestacijah javne bolečine je bil Zborowski (1952, 1969 v Helman 2001). V bolnišnici za veterane v New Yorku je na osnovi treh skupin (v Ameriko priseljenih Italijanov in Judov ter že več generacij v Ameriki živečih "ameriških" protestantov) prikazal, kako vplivna je kultura pri izražanju in sprejemanju bolečine, pri prepoznavanju bolečine kot kliničnega problema ali kot dela vsakdanjega življenja. Pri Italijanih je opazil, da so ob pojavu bolečine zelo pogosto jamrali, jokali, glasno stokali (vedenje je bilo zelo ekspresivno). Izrazito "bolečinsko vedenje" pa se je po aplikaciji analgetika hitro zatrla. Trpljenje so pozabili in se vrnili v običajno življenje. Strahovi italijanskih pacientov so bili usmerjeni v sedanjost, na učinke, ki jih je bolečina povzročala pri njihovem življenju (pri delu in ekonomskem položaju). Zdravnikom so zaupali.

Nasprotno so bili Judje večinoma zaskrbljeni s pomenom in pomembnostjo bolečine v povezavi z njihovim zdravjem, blaginjo in njihovo družino. Strahovi so bili usmerjeni v prihodnost bolečinske izkušnje. Kar nekaj jih je zavračalo analgetike, saj so se bali stranskih učinkov. Poleg tega so imeli pomisleke, da tablete le blažijo bolečine in ne zdravijo bolezni. Tudi po odpravi bolečine jih je veliko kazalo depresivno in zaskrbljeno vedenje. Imeli so dvome v zdravniške odločitve.

Tretja skupina, "ameriški" protestanti, pa je bila najmanj občutljiva in čustvena pri izražanju in opisovanju bolečine (najbolj stoična skupina). Imeli so izoblikovano podobo o tem, "kako se pravi Američan odziva na bolečino": bili so pogumni, niso pretiravali, dosledno so upoštevali zdravniška navodila, niso dvomili in bili so kooperativni, bili so prav tako bolj optimistični.

Zborowski (1952) je v tej klasični študiji o manifestacijah javne bolečine zaključil, da kulturna pričakovanja in določila o sprejemanju (prenašanju) bolečine determinirajo, ali je bolečina klinični problem, ki zahteva intervencijo biomedicine ali ne.

Zelo zanimivo področje v tem kontekstu je prenašanje porodne bolečine. Družbe sugerirajo, kaj so "normalne" sestavine poroda, koliko se pričakuje od ženske, da bo prenesla.¹⁸ Tu stopijo v ospredje prepričanja in pomeni, ki jih bolečina doprinese k dogodku poroda (ali mora biti prisotna ali ne, koliko poveča in intenzificira čustveno

¹⁷ Prsi si prebode s kavlji, s katerimi potem visi na drogu.

¹⁸ Več o rojevanju (doživljanju, etnografiji, humanizaciji rojstva, o pričakovanjih in možnostih in drugem) v Sloveniji glej tudi zbornik, ki je nastal ob mednarodni konferenci v Ljubljani o rojstvu avtorice Drglin et al. (2006).

doživljanje pri porodu); prepričanja o tem, kaj naj bi dobra mati in pogumna ženska prenesla, kako naj bi verbalno izražala bolečino (ali je dretje, kričanje dovoljeno ali mora zadrževati glasove). Zborowski je med primerjavo porodov na Poljskem in v ZDA (1952) ugotovil, da so na Poljskem porodne bolečine pričakovane in sprejemljive, medtem ko je v ZDA “normalno”, da se ženske odzovejo z analgezijo.

Ko nas boli, se sprašujemo, zakaj se to dogaja ravno nam.

Pomislimo na besede neznanega jogija, ki pravi, da ti “bolečina daje znak: hej, nekaj je narobe s teboj; naredi nekaj in ne blokiraj bolečine” (v Helman 2001: 134).

Bolečina je v tem, da je tudi oblika trpljenja, podobna bolezni. Ob obeh neprijetnih pojavih se pojavljajo enaka vprašanja: Zakaj se to dogaja prav meni? Zakaj zdaj, v tem trenutku? S čim sem si to zaslužil/a? Kaj sem naredil/a narobe? Zakaj me je bog zapustil?

155

Postopki za lajšanje bolečin so različni. Za kompleksnejše razumevanje bolečine je uporabna postavitev bolečine v širši kontekst nesreče v življenju. “Kadar posameznik razume bolečino kot božjo kazen (pojavi se je zaradi njegovega napačnega vedenja in postopkov), je zelo verjetno, da trpeči ne bo uporabljal sredstev za lajšanje bolečin. Prenašanje bolečin brez pritoževanja in bolečinskega vedenja postane samo po sebi oblika pokore” Helman (2001: 130). Helman (2001) nadaljuje, da je tudi v primerih prekoračitve moralnih norm strategija lajšanja bolečin pogosteje vezana na posameznikovo kesanje kot na obisk pri zdravstvenem strokovnjaku. Človek se tako za lajšanje bolečin poslužuje posta ali molitve. Bolj indirektna strategija se pojavlja v primerih medosebnega škodovanja (npr. pri urokih, čaranju in podobnem). Posameznik v tem primeru ni kriv za pojav bolečine, saj so jo povzročila dejanja drugih in rešitev je v izvajanju obredov izganjanja ali premagovanja urokov in čarovnij.

Helman (2001) meni, da se še posebej v nezahodnih družbah bolečina interpretira le kot eno obliko trpljenja znotraj širšega spektra nesreče. Bolečina je v teh družbah razumljena širše in je na različne načine povezana z drugimi oblikami trpljenja. Pri vseh gre namreč za enake vzroke (npr. božjo kazen ali čarovnijo) in posledično enake načine odrešitve (npr. molitev, pokora, eksorcizem). Bolečina in bolezen sta vpeti v mehanizme, ki tudi sicer dajejo strukturo in smisel svetu; v kozmologije dobrih in slabih sil, božanstva in kršenje verskih dogm, ki so razlagalni modeli ter razlagajo in upravičujejo nesrečo, bedo, pojav bolezni in bolečine. Nudijo torej odgovor na vprašanje “Zakaj jaz?” znotraj diskurza sakralnih fenomenov. Pomembno je tudi opozoriti, da ljudi, ki vidijo vzrok za bolečino izven biomedicinskih parametrov (torej v fiziologiji), običajno ne zadovolji in jim ne pomaga biomedicinska strategija (npr. tablete ali injekcije proti bolečinam).

Na tem mestu moram še poudariti, da odnos do bolečine ter pričakovanja posameznika ali zdravilca/zdravnika zelo vplivajo na intenzivnost in lajšanja bolečine. Spremljevalca vseh terapevtskih postopkov sta namreč fenomena placebo in nocebo. Nocebo je negativni učinek pri zdravljenju zaradi prepričanj in pričakovanj. Skrajni primer noceba ponazarja fenomen “vudu smrti”, kjer človek zaradi kombinacije družbene situacije, psiholoških dejavnikov in lastnih prepričanj dejansko umre (več glej Hahn 1995 v Brown 1998).

Obratni, pozitivni učinek prepričanj se odvija v primeru placeba. Tudi pri biomedicinskem zdravljenju študije (npr. Levine et al. 1978; Benson in McCallie 1979; Moerman 1979 in druge) dokazujejo, da farmakološko neaktivne substance povzročajo zmanjšanje bolečin pri posamezniku, če slednji verjame v njihovo aktivnost.

A čeprav biomedicina priznava psihosomatsko ali psihogeno bolečino, njen odnos do organske bolečine podcenjuje družbene, moralne in psihološke komponente, ki jih ljudje povezujejo z bolečino. Le-te pa so zelo direktno povezane z izkustvom in posledično lajšanjem bolečine.

156

Zgornje trditve potrjuje Pugh (1991) v članku "The semantics of pain in Indian culture and medicine", v katerem opisuje številne pomene, ki jih ima bolečina v severnoindijski kulturi. Zaradi odsotnosti kartezijanskega dualizma telo-duša pri tradicionalnih zdravilcih (*hakimih*) in njihovih bolnikih ne interpretirajo bolečine le s fizičnimi kategorijami. "Ko govorijo o bolečini, se navezujejo na skupinski bazen besed, podob in metafor, ki izhajajo iz lokalne kulture in vsakdanjega življenja" (Helman 2001: 130). Zahodni, fiksni model razumevanja bolečine kot fizičnega procesa je tu nezadosten, saj se izkustvo bolečine postavlja neločljivo v kontekst tradicije, jezika, prehranjevanja in načina življenja. Bolečina je razumljena bolj fluidno, spremenljivo in prilagojena kontekstu. Drugače izraženo: lahko rečem, da gre za totaliziranje in ne lokaliziranje bolečine.

Z metaforami, s katerimi opisujejo ta izkustva, tako zmešajo in združijo fizične in emocionalne izkušnje v eno samo podobo. Pugh (1991) še dodaja, da izražene besede ob bolečini hkrati sugerirajo njen vzrok in možno zdravljenje. Delujejo skladno z modelom "podobno povzročča podobno" ter prevladujočo *toplo-hladno* bolezensko teorijo, ki je svetovno najbolj razširjen humoralen koncept (pozna ga cela J Amerika, S Afrika, Kitajska, Indija in okoliške države). Gre za humoralen sistem toplo-hladno, ki je hkrati tudi celotni klasifikatorni sistem za bolezni in zdravila, kjer je zdrav človek popolno ravnovesje med toplim in hladnim.¹⁹ V tem sistemu je potrebno bolečino, če je topla, ohladiti, in obratno, če je opisana kot hladna, jo je potrebno z ustreznimi substancami, s hrano, z dejavnostmi segreti.

Kako najti prave besede ...

"Še noben filozof ni mogel potrpežljivo prenašati zobobola" (Shakespeare v Bruckner 2004: 213).

Medicinski antropologi torej med drugim preučujemo nianse in načine odzivanja in doživljanja bolečine. Predmet antropološkega zanimanja je še čudna, nejasna napetost in neskladnost med kliničnimi kategorijami in osebnimi izkušnjami; pa tudi izrazi

¹⁹ Bolezni so ali tople ali hladne in temu ustrezno se izbira topla ali hladna zdravila. Sicer se klasifikacija toplo-hladno seveda ne navezuje na dejanske temperature snovi, ampak na osnovne značilnosti pojavov in snovi, na njihovo simbolno vrednost. Popolnoma standardiziran sistem toplo-hladne klasifikacije bolezni, zdravil in hrane ne obstaja.

Zelo pomembna pri tej teoriji je **hrana**, ki lahko zelo škoduje ali pa zdravi; določena hrana hladi, druga segreva. Več o toplo-hladni teoriji na primeru Puerta Rica glej Harwood (1971) v Brown (1998: 251–258).

ob bolečinah, ki, kot že rečeno, definitivno niso samo fiziološko ali biološko stanje posameznikovega telesa ter sintetiziranje raznih kompleksnih ter dinamičnih odnosov na vseh ravneh (individualni, družbeni, politični, etični ...), ki se razvijajo ob bolezenskih izkušnjah. S tem naj bi osvetljevali odnos med bolečino, okoljem in oblikami zdravljenja, ki bolnika popeljejo v novi zamisljeni svet formativnih praks (način pisanja, gledanja, razumevanja, izvajanje terapije, obnašanja ...).

Ključna za raziskavo je vedno teren, opazovanje in pogovori z ljudmi. Na podlagi teh metodoloških prijemov mora raziskovalec oblikovati zgodbo. Kar pa je lahko zelo trd oreh, še posebej v primeru opisovanja izkušenj ob boleznih in bolečinah. Pri tem gre težje tudi "obračalcem besed" (kaj šele antropologom in drugim raziskovalcem), a so nekateri velemojstri (kot npr. Camus, Ibsen, Dumas, Joyce, Mann, Borges, Pessoa, Minatti, Šalamun in drugi) le prikazali, da je mogoče opisati občutenja ob različnih izkustvih boleznih in bolečine.

157

Slovenski medicinski slovar (2002) navaja sledeče opise za karakter bolečine: ostra, pekoča, topa, trgajoča in zbadajoča. Malo, skopo in revno za tako kompleksna občutenja.

A tudi nestrokovni javnosti večinoma izpuhti besedni zaklad ob vsakokratnem obisku zdravnika/zdravilca ali kakršnem koli drugem opisovalnem postopku bolečinskega stanja. Namreč, ko je potrebno opisati procese v telesu, se večina sooči z velikim primanjkljajem v zmogljivosti jezikovnega izražanja. Na tem mestu običajno nastopijo priročne metafore in primere, saj se z nekimi podobnostmi z asociativnega polja morda bolj približamo "skrivnostim v telesu".

Luptonova (2003) omenja esej Virginie Woolf "On being ill" iz leta 1930, v katerem je razmišljala o jezikovnih zmožnostih angleščine, ki lahko natančno izraža misli Hamleta ali Leara (kompleksnih osebnosti torej) ali dimenzije ljubezenskih čustev. Jezik pa se osuši, ko pride do opisovanja bolečin. Pravi, da takrat ni nikogar, ki bi ti lahko besede položil v usta. Vsak mora sam skovati povezavo med telesom in zvoki.

In kako naj mi raziskovalci ubesedimo relativno težko izrekljive občutke?

Enega od možnih odgovorov predlaga Good (1994). Zanj je temeljno metodološko izhodišče za razkrivanje formativnih praks biomedicinskega zdravljenja, raznih dimenzij izkustev in razumevanja boleznih interpretativno. Gre za perspektivo (posebej razvito v medicinski antropologiji t. i. "na pomen osredotočen pristop"), ki temelji na raziskovanju pomenov, ki jih skupine ali posameznik pripisujejo določenim izkušnjam (npr. bolezni, bolečini in njenemu poteku).

Good v etnografskem delu monografije (kjer se navezuje na Ernsta Cassireja in njegovo teorijo simbolnih oblik in formativnih procesov, s katerimi se bolezen oblikuje kot osebna in družbena resničnost, na Charlesa Taylorja in njegovo pisanje o jeziku²⁰ ter nadalje fenomenološko z analizo zgodb obravnava nastanek in razpad življenjskih svetov) nakaže, kako so za analizo bistveni načini izkustev, ki jih ti simboli in formativne

²⁰ Charles Taylor govori o invokativni funkciji jezika pri mitološkem ali verskem jeziku, ki je večinoma pred opisnimi funkcijami jezika. Podobno je pri boleznih, kjer šele njihovo natančno poimenovanje sproži plaz reakcij (način zdravljenja, terapijo, delovanje ...). šele s poimenovanjem izvora bolečine torej dobiš moč, da jo eventualno lahko zmanjšaš.

prakse sporočajo in ki hkrati zagotavljajo članom družbe dostop do različnih načinov izkustev. Ključna metoda zanj je analiza simbolov, natančneje analiza semantičnih mrež (po Cassirerju), kjer imajo simboli pomen le v razmerju z drugimi simboli v kontekstu širšega simbolnega reda. Ta metoda nasprotuje tako naturalističnemu ali empirističnemu pogledu ("resničnost je samo biologija") kot tudi strukturalističnemu pogledu (v smislu binarnih opozicij) in omogoča spoznavanje heteroglosije (številnih glasov), ki je prisotna pri konstituiranju bolezni.

158

Nadalje je zanj bistvena analiza zgodb, kajti pomeni, smisel in razumevanje izkušenj se skonstruirajo skozi pripovedi. Še več: šele s kreativnim konceptualnim odzivom se prej nedoločene oblike (npr. bolečina) lokalizirajo in predstavijo; abstrakcija se realizira v pripovedi in postane, po Ricoeurjevih besedah, "ubeseden smisel sveta" (Good 1993: 164). Po Goodovi teoriji je tako zasnovanje smiselne zgodbe bistveni del recipročnega procesa, pri katerem se posameznik in družba soočita z razkrojenim svetom in ga potem ponovno zastavita.²¹ Pri tem, da je telo osnovni medij za prenos izkušenj in s tem hkrati medij za razumevanje fenomenološkega sveta. "Jaz se konstituira v odnosih do zunanjega sveta; in ne z direktnimi opisi utelešenih izkušenj, temveč šele z opisi tega zunanjega življenjskega sveta se lahko dokopljemo do sebe in drugih" (Good 1994: 123).

Tudi drugi avtorji se pri etnografijah utelešenih izkušenj opirajo na "naracijo o bolezni" (Kleinman 1988; Garro 1992; Finkler 1994 in drugi). Opisati izkustvo, organizirati in posredovati misli, občutke, telesne procese naj bi bilo torej bistveno za etnografsko raziskovanje. A kako?

Oglašajo se metafore

Več piscev pri ubesedenju izkušenj in fenomenov uporablja priročne metafore²² in primere. Pri tem gre za povraten odnos v metaforični navezavi na bolezen in bolečino, kjer se slednja pojava metaforizira; prav tako pa bolezen in bolečina služita za metafore preostalega predstavnega sveta.

Bolezen in bolečina namreč sestavljata zajeten kos našega vsakdanjika, saj se med drugim "koncept bolezni, ki se pojmuje kot jasna in absolutna entiteta, aplicira na predmete materialnega sveta" (Bachelard 1998: 161) [Bachelard (1998) kot primer navaja De Bruna, ki pozno v 18. stoletju, leta 1785, v neki svoji knjigi o eksperimentih piše, kako je rja bolezen, katere vzrok je železo] in na družbeno sfero (metafore bolezni za družbo so se začele s francosko revolucijo²³).

Med antropologi zelo citirana Susan Sontag (1977) je celotno razpravo posvetila osvetlitvi metafor za tuberkulozo, raka, sifilis in depresijo ter njihovo simboliko in vpliv na modele, izgled telesa in estetske učinke (rahitičnost in bledoličnost glamurozni), držo,

²¹ Margareth Lock je na predavanju 15. 4. 2005 v Ljubljani pripomnila, da Goodova koncepcija ni zadostna; da je preveč omejena na narativni kontekst, ki predpostavlja, da se posameznik zaveda vsega, da je sposoben vse zaznati in oblikovati v zgodbo. Cel spekter nezavednega, podzavesti pa zaradi tega izpade. Kritična medicinska antropologija poizkuša skreirati širši politični in družbeni diskurz, ki naj bi presegal Goodova metodološka priporočila.

²² O metaforah in antropologiji glej tudi Kirmayer (1988).

²³ Danes se govori o potrošništvu kot *bolezni* sodobne družbe; o družbi, ki je *okužena* s tehnologijo, o *rak rani* gospodarstva, računalniki lahko dobijo *viruse* ...

ideje, ki so jih proizvajali (kako je tuberkuloza pomenila individualnost, posvečenost, bolezen duše, posebnost, privilegiranost za ukvarjanje z umetnostjo, opravičilo za potovanja in boemsko življenje, kjer je bolnik lahko iskal zdravje in spoznaval svojo notranjost, in kako je rak nasprotno razumljen kot bolezen telesa, kot kazen za neizražanje čustev,²⁴ kot napad tujkov na telo, ki vodi v pogubo, in kako za bolnika velja družbena izobčenost, pomilovanje, strah) ter pomen žalosti in trpljenja, ki sta naredila bolnika zanimivega, mističnega, občutljivega, senzibilnega, strastnega, ranljivega.

V drugem esejističnemu razmišljanju (1991) se je konkretnije posvetila aidsu in ponovnemu odkritju telesa v osemdesetih letih 20. stoletja, ko je spričo kemične vojne, uničenja naravnega okolja, epidemije HIV-a, staranja populacij severne Evrope in očitne nesposobnosti nacionalnih vlad, da bi nadzorovale medicinsko tehnologijo ali medicinske izdatke, telo spet postalo apokaliptično (glej tudi Haraway 1999).

159

Good (1994) in drugi ji sicer očitajo njen poizkus demistificiranja in odprave metafor, češ da gre le za ponovno proizvajanje ideala, ki je veljal v razsvetljenstvu (ko je v razmahu naravoslovnih znanosti znanje teh ved veljalo za edino objektivno, nevtralnno in relevantno resničnost). V tem duhu so bolezen želeli očistiti kulturnega vpliva (vseh razširjenih popularnih razlag o boleznih, ki naj bi bile le zmotne in nevarne metafore) in jo opredeliti kot objektivno resničnost.

A Sontagova se ne odreče misli, da se okoli boleznii vedno spletajo mistika, fantazije in resničnost. Verjamem, da gre pri njenem demistificiranju (predvsem raka) bolj za poizkus odstopa od fatalistične pozicije in pasivnosti družbe s površnim in omejenim odnosom do določene boleznii in bolečine. Z metaforami se namreč tudi določa stvarnost in vsa metaforična polja okoli raka, ki so povezana izključno z zlom (proti njemu se je potrebno *boriti z vsemi razpoložljivimi sredstvi* – je kot vojna; razume se ga kot *kazen za represijo* – je greh; je kot hudič, je napad tujkov, hudičevih celic na telo ...), determinirajo bolnikov negativen odnos do boleznii (bolnik postane vdan v usodo, izgublja upanje in življenjsko energijo, vidi le svoje napadeno telo). Je njeno lastno soočenje s strahom pred smrtjo (takrat, v sedemdesetih, je bil rak med ljudmi večinoma znan in razumljen kot smrtna bolezen) in zavzemanje za aktivnejši optimizem.

Moram omeniti še en esejistični spis Sontagove. V “Regarding the pain of others” (2003)²⁵ je že v samem naslovu navedena “bolečina”. Gre za tekst, kjer se je ukvarjala s problematiko gledanja in fotografiranja prizorov iz vojn in prikazovanja trpljenja ljudi. Izpostavljena je torej še ena dimenzija bolečine: kako človek v postmoderini družbi doživlja in sprejema fotografije (podobe) trpljenja ter bolečine drugih; kako se odziva na konstantne srhljive prizore kolektivne bolečine, ki nam jih mediji dnevno servirajo na krožnik.

²⁴Čustva so fenomen, ki je neločljiv od boleznii: številne popularne razlage povezujejo vzroke za določeno obolenje (kot npr. zgoraj navedeni primer tuberkuloze in raka) z nepravilnim (v nasprotju z v neki skupnosti določenim) izražanjem čustev (preveč/premalo jeze, zadržanosti, sramu, samopomilovanja, strahu, sramežljivosti ...), ki se v posamezniku akumulirajo in po določenem času lahko izbruhnejo v obliki bolezenskega stanja. V prejšnjih dekadah so se antropologi posvečali preučevanju čustev in boleznii predvsem v povezavi z duševnimi motnjami, a so čustva “enako pomembna pri psihosomatskih (ali somatopsihičnih) in sociopatskih motnjah” (Telban 1995:41).

²⁵ V slovenščino preveden kot “Pogled na bolečino drugega” (2006).

Kronična bolečina

Posebna kategorija med vrstami bolečin je kronična bolečina,²⁶ ki pa ni vsesplošna izkušnja. Tudi ni dokazano, da se je pojavljala (in se pojavlja) v vseh kulturah ter v vseh obdobjih. Nasprotno stanje je v današnjem zahodnem svetu (npr. v ZDA spada kronična bolečina med najpogostejše vzroke za upokožitev in povzroča več invalidnosti kot rak in srčne bolezni skupaj). Gre za pomemben in pogost zdravstveni problem, ki pa ga z nizko stopnjo uspešnosti zdravijo tako biomedicina kot alternativne metode (ali obratno).

160 Nekaj antropoloških poizkusov obravnavanja virov, raznolikosti in posledic človeškega trpljenja povezanega s kronično bolečino (v kontekstu severnoameriške kulture in družbe) je zbranih v zborniku *Pain as human experience: an anthropological perspective*. Prispevki različnih metodoloških²⁷ in konceptualnih orientacij razgrinjajo intimne zgodbe posameznih izkustev kronične bolečine (o iskanju uspešnega zdravljenja, o delovanju centrov za odpravljanje bolečine, o razpadanju življenjskih svetov, o vplivu družbenih odnosov in kulturnih vrednot na oblikovanje izkustva kronične bolečine, o odnosih med bolnikom in njegovimi najbližjimi, o zavednem zavzemanju različnih družbenih vlog pacientov, kjer kronična bolečina postane način nastopanja, o nesoglasjih med terapevtsko, institucionalno ali klinično ideologijo in individualnim razumevanjem bolečine,²⁸ o razmerju med delom in bolečino²⁹ ...) z namenom, da prikažejo ta fenomen v kompleksnejši obliki in s tem mogoče pripomorejo k uspešnejši klinični obravnavi pacientov s kronično bolečino. Kronična bolečina je namreč izkušnja, ki je nedeljiva celota z osebno percepcijo in družbenim vplivom in za katero (še) ne obstaja objektivni termometer³⁰ (zato ima tudi biomedicina toliko problemov pri vključevanju fenomena v svojo mrežo kategorij bolezni).

Tudi Kleinmanova raziskava (1986) o depresiji, nevrasteniji in bolečini v moderni kitajski družbi obravnava aspekte kronične bolečine. Razlaga, kako je fizična bolečina med drugim lahko izraz družbenega nezadovoljstva in "tiha" manifestacija človekovega protesta nad političnimi in ekonomskimi problemi. V kasnejši raziskavi Kleinman in Kleinman (1999) še potrđita tezo, da je vzroke za bolečine možno iskati tudi v družbeno-kulturnih spremembah.

Nadalje Kaja Finkler v monografiji *Woman in Pain: gender and morbidity in Mexico* (1994) obravnava naravo bolezenskega stanja pri mehiških ženskah v povezavi z vzorci družbenih interakcij, kulturnimi interpretacijami in ideologijami o družbenih spolih. Finklerjeva nam ponudi vpogled v življenje žensk, ki so prepletene z izkušnjami bolezni in

²⁶ Definirana je kot konstantna bolečina, ki nima več biološke funkcije. Akutna bolečina je namreč življenjskega pomena in ljudje, ki se rojevajo brez prirojenih čutil za bolečino (*kongenitalna analgezija*) običajno umrejo zelo mladi zaradi poškodb ali okužb, ki se širijo v tkivu.

²⁷ Fenomenološke analize, analize zgodb, raziskave vsakdanjih oblik upiranja bolečini ...

²⁸ Raziskava, ki jo je Jean Jackson izvedla v Commonwealth pain centru, se posveča, v tovrstnih centrih zmedenemu, razmerju med "resnično" in "neresnično" bolečino, ki je posledica mistificiranja bolečine pri CPC osebu.

²⁹ Mary-Jo DelVecchio-Good v prispevku nasprotuje v ameriški literaturi prevladujočemu linearnemu modelu, ki označuje delo za stresno (in zato producira ali namiguje bolečino) ter ponazori, kako je delo lahko tudi terapevtsko in transformativno (deluje kot analgetik).

³⁰ Lahko pa s pomočjo pozitronske emisijske tomografije (PET) spremljajo, kako možgani aktivirajo snovi za blažitev bolečine.

bolečine. Subjektivna doživljanja bolečine in simptomov položi v širši kontekst njihovih življenj. S tem, da zgodbe niso mišljenje kot biografije, temveč jih je z vpogledom v preteklost in prihodnost potrebno razumeti kot sredstvo, ki je informatorkam omogočilo, da so razložile povode za svoje bolečine. Torej je šlo za pripovedovanje izkušenj, ki so jih informatorka povezovala z bolečino. In še to: pri obravnavanih ženskah so bila življenja zaznamovana s stresom, revščino, zaskrbljenostjo za družino in prihodnost ter zdravstvenimi težavami. Bolečina pa je v monografiji Finklerjeve tudi esencialna sestavina, ki lahko razloži “totalnost” človeškega izkustva bolezn.

Slog in način obravnavanja tematike, ki ga je zavzela Finklerjeva, imenujemo “kritično interpretativen medicinsko antropološki”. Kritična medicinska antropologija je močan raziskovalni tok v medicinski antropologiji, ki se je razvil konec sedemdesetih let prejšnjega stoletja pod vplivom marksistične teorije in Foucaultevih del. Ustanovitelj³¹ so bili kritični do tedanjih medicinsko antropoloških pristopov in so revidirali lastne epistemološke tradicije. Kritična medicinska antropologija se je torej oblikovala kot odgovor na obstoječe pristope v medicinski antropologiji (predvsem na ekološko evolucionistični ter aplikativni), s katerimi so raziskovalci medicinskih sistemov zanemarjali vpliv makrodružbenih dejavnikov, spregledovali so tako družbeno kot politično ekonomsko dimenzijo izkušnje bolezn.

161

Gre za smer, ki se je razvila v kritično interpretativni medicinsko antropološki pristop, ki trenutno velja za najbolj kompleksnega in izpopolnjenega. Interpretativno analizira načine, s katerimi predstave o bolezni služijo kot mistifikacija družbenih odnosov oziroma odnosov moči. Raziskave v tem slogu namreč kažejo, da so mnoge oblike bolezn ali motenj posledica revščine podrejenih slojev, pri čemer so medicinske kategorije bolezn le zakrivanje političnih problemov ter s tem prispevajo k nevtralizaciji kritične zavesti in vzdrževanju interesov vladajočih elit.

Finlerjeva in že omenjeni avtorji (Kleinman, Kleinman, Good) so torej k obravnavanim temam pristopili v kritično medicinski maniri. Pri slednji je glede preučevanja bolečine ključno in skupno biokulturno presečišče med družino (ali ožjo skupnostjo), zaposlenostjo (ali nezaposlenostjo), politično-ekonomskimi razmerami ter psihofiziologijo osebe z bolečino. Sodobni kritično interpretativni medicinski antropologi (Ong 1988; Scheper-Hughes 1987, 1992 in drugi) tudi bolj ali manj uspešno presegajo prevladujoče psihosomatske paradigme, ki s “somatizacijo” le reproducirajo negativne stereotipe in stigmatizacijo tistih, ki izražajo proteste s telesom.

Ogromno antropoloških in tudi socioloških (Strauss 1970; Kotarba 1983; Corbett 1986 in drugi) tekstov zavzema kritično pozicijo do biomedicinskega obravnavanja človeka in bolezn, ki naj bi bilo mehansko, necelostno, površno, nehumano, brez posluha za človeka in podobno; problem naj bi bil predvsem biomedicinsko reificiranje in objektiviziranje človeka.³² Glede biomedicinskega pristopa do bolečine največ očitkov leti na zanemarjanje pacientovih težav, če jih ni možno dokazati in potrditi z biomedicinsko

³¹ Michael Taussig, Emily Martin, Allan Young, Nancy Scheper-Hughes, Margaret Lock, Hans Baer in drugi.

³² Finkler (1994) pri tem opozori, da antropologi, ki kritizirajo biomedicino in druge discipline (češ, da reificirajo in objektivizirajo predmet preučevanja), tudi sami prevečkrat, zaradi senzibilnega angažmaja, zapadejo v podobne pristope. Argument utemeljita tudi Kleinman in Kleinman (1991).

diagnostično tehnologijo; kritizira se biomedicinsko podcenjevanje vloge pacienta, čigar pripovedovanje se razume kot subjektivno, nezanesljivo in neresnično (v nasprotju z zdravnikovim kliničnim pogledom, ki je objektivno, resnično, avtoritativno). Kritizira se reificiranje in reduciranje človekovih težav, ko se jih pre pogosto somatizira.

Pa ni vedno tako. Prav tako se vse več biomedicinskih znanstvenikov zaveda pomena okolja, osebnosti in drugih nivojev pri poteku in obravnavanju bolezni in bolečine. "Človekovo energetska stanje je pojem, ki se ga v šolski medicini nerodno izogibamo. Čeprav je vsem jasno, da je z energijo povezano veliko tega, kar pojmujejo z odnosom zdravje-bolezen" (Ihan 2000: 118).

162

Biomedicini zlahka predmet preučevanja, to je nepredvidljivi človek, večkrat spodnese zapisane temelje in teorije. Navsezadnje so izvajalci biomedicine ljudje, s svojimi specifikami in prepričanji in pod "sistemskim plaščem" se izvajajo razne interpretacije bolečinskih vzrokov in zdravljenj.

Tudi dr. Scott Fishman, vodja Oddelka medicine bolečine na Kalifornijski univerzi, poetično opisuje bolečino kot "simfonijo, zapleteno dinamiko, ki ne vključuje le čutil za bolečino, temveč tudi čustva, spomine, hormone" (Sobotna priloga, 17. maj 2003: 28). V članku, ki poroča o novih spoznanjih na področju obvladovanja bolečine, tudi piše, da so v Združenih državah Amerike pred kratkim razglasili "desetletje obvladovanja in raziskovanje bolečine", kjer naj bi zaradi napredka na področju preučevanja možganov in tehnologije prišlo do pravega izbruha raziskovanja bolečine. Napovedujejo revolucijo, ko bo mogoče s preprostim testom diagnosticirati bolečino in ko bodo zdravila skrojena po meri posameznika (genomika – razumevanje funkcije genov v ozadju – bo omogočila oblikovanje zdravila za individualne primere, ko nam bo po preučitvi genoma zdravnik predpisal zdravilo za točno določen kemični proces pri bolečini z minimalnimi ali nobenimi stranskimi učinki), saj že zdaj lahko z analizo genov, povezanih z bolečino, vidijo, kako se v možganih povezujejo in uravnavajo kemične snovi (*dopamin in noradrenalin*).

In čeprav je esencialni namen genetike zagotoviti zdravje za vse (Fox Keller (1992) razvije koncept "evgenika normalnosti"), čeprav se nahajamo v obdobju prosvetljenja genetike, je veda hkrati na prelomu: kar je prej veljalo za stoddostno verjetno, se zdaj sesuva. Znanje se konstantno spreminja in statistika tudi. Statistika pa je ključna, saj se življenjske odločitve posameznikov večinoma sprejemajo na podlagi statistične verjetnosti obolevnosti.

Vedno bolj tudi spoznavajo, da geni le niso tako ključni pri nastanku in razvoju bolezni. Večinoma so pomembni multipli vzroki, preplet dejavnikov. Zreduciranje človeškega bivanja na celično in molekularno strukturo (torej fizično telo) se konstantno izmika.

Sklep

Dinamika pretkanih bolezenskih in bolečinskih dogodkov/stanj je preplet vseh ravni človeka. Ne povem nič novega, če izpostavim, da je to prostor raziskovanja, ki glasno kliče po povezovanju naravoslovnih in družboslovnih ved. Dobro bi bilo, če ti prepleti

ne bi ostajali zgolj na margini in zapostavljeni, saj bi s sodelovanjem in dopolnjevanjem lažje premostili pregrade do spoznanj.

Zanimivo v zvezi z biomedicinskim pogledom na telesa in bolezni je še, da ob vsej znanosti, tehniki, napredku in modernosti ni dilem in nevednosti nič manj. Ravno narobe, skupaj z napredkom napredujejo tudi zbežanost in strahovi; in prav etnologi/antropologi lahko s seznanjanjem/z uvajanjem in analizo teorij pripomorejo k zmanjšanju in razjasnitvi marsikaterega dvoma, nemoči in konstrukta.

Pri nas se medicinska antropologija šele izvija iz kokona in postavlja na noge. Zanimanje za to disciplino se povečuje in upam, da bo kmalu izstopila iz akademskih sfer ter se uveljavila v družbeno-zdravstvenem kontekstu, kjer ima velik potencial. Narava terenskega dela in opazovanje z udeležbo namreč, na podlagi srkanja zgodb in izkustev, omogočata (s)poznavanje skritega kliničnega jezika, razkrivanje večstranskih pričakovanj, ozadij dogodkov, skritih in neizrečenih individualnih svetov; predvsem pa se tako omogoča dostop do ljudi, ki prevečkrat izpadejo iz statistik, vrednotenij, vprašalnikov in sistemov. Narava antropološkega raziskovanja omogoča dostop do t. i. "skritih populacij" in medicinski antropolog je med drugim lahko njihov glas in zelo potreben medij.

Poleg tega posamezne analize izkustev bolezni, ki niso (kot so nekateri antropologi predpostavljali) tako subjektivne izkušnje, da bi bile za druge ultimativno nespoznavne, hkrati s spoznavanjem heteroglosije glasov, pripomorejo še bolnikom pri njihovi konstituciji sebstva in bolezni³³ ter posledično pri premagovanju bolezni. Medtem pa komparativne antropološke raziskave ponujajo alternativni pogled na določene izoblikovane koncepte in lahko tudi prispevajo k razumevanju gibanj v popularni medicini z vpeljavo "ideje o konfliktnih kulturnih tipih" (Douglas 1999: 52).

LITERATURA

- AUTTON, Norman
1986 *Pain : an exploration*. London : Darton : Longman and Todd.
- BACHELARD, Gaston
1998 *Oblikovanje znanstvenega duha*. Ljubljana : SH – Zavod za založniško dejavnost.
- BERTENS, Hans
1995 *The idea of the postmodern*. London, New York : Routledge.
- BOURDIEU, Pierre
2002 *Praktični čut. 2 zv.* Ljubljana : Studia humanitatis.
- BROWN, Peter J.
1998 *Understanding and applying medical anthropology*. London, Toronto : Mayfield Publishing Company.
- BRUCKNER, Pascal
2004 *Nenehna vzhičenost : esej o prisilni sreči*. Ljubljana : Študentska založba.
- CANGUILHEM, Georges
1987 *Normalno in patološko*. Ljubljana : ŠKUC.
- DeVECCHIO Good, Mary Jo; BRODWIN, Paul; GOOD, J. Byron
1994 *Pain as human experience : an anthropological perspective*. Berkeley, Los Angeles, London : University of California Press.

³³ O invokativni funkciji bolezni glej več Good 1994.

- DRGLIN, Zalka ... [et al.]
2006 *Zbornik prispevkov : konferenca z mednarodno udeležbo Rojstvo*. Ljubljana : Inštitut za varovanje zdravja RS.
- DREYFUS, L. Hubert; RABINOW, Paul (ur.)
1982 *Michel Foucault : beyond structuralism and hermeneutics*. Chicago: University of Chicago Press.
- FINKLER, Kaja
1994 *Woman in pain : gender and morbidity in Mexico*. Philadelphia : University of Pennsylvania Press.
- FEYERABEND, Paul
1999 *Proti metodi*. Ljubljana : Studia humanitatis.
- FOUCAULT, Michel
1994 *The birth of the clinic : an archeology of medical perception*. New York : Vintage books.
1998 *Zgodovina norosti v času klasicizma*. Ljubljana : Založba / *cf.
- GOOD, J. Byron
1994 *Medicine, rationality and experience*. Cambridge : Cambridge University Press.
- 164 HACKING, Ian
1999 *The social construction of what?*. Cambridge (Mass.), London : Harvard University Press.
- HARAWAY, Donna J.
1999 *Opice, kiborgi, ženske : reinvenčija narave*. Ljubljana : Študentska založba.
- HELMAN, Cecil G.
2001 *Culture, health and illness*. Fourth ed. London : Arnold.
- KALIŠNIK, Miroslav (ur.)
2002 *Slovenski medicinski slovar*. Ljubljana : Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani : Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša ZRS SAZU : Zdravniška zbornica Slovenije.
- KLEINMAN, Arthur
1980 *Patients and healers in the context of culture : an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley, Los Angeles, London : University of California Press.
1986 *Social origins of distress and disease : depression, neurasthenia and pain in modern China*. New Haven, London : Yale University Press.
1995 *Writing at the margin : discourse between anthropology and medicine*. Berkeley : University of California Press.
- LAMBEK, Michael; STRATHERN, Andrew (ur.)
1998 *Bodies and persons : comparative perspectives from Africa and Melanesia*. Cambridge : Cambridge University Press.
- LESLIE, Charles; YOUNG, Allan (ur.)
1993 *Paths to asian medical knowledge*. New Delhi : Munshiram Manoharlai Publishers Pvt.
- LOCK, Margaret
2003 *Accounting for disease and distress : morals of the normal and abnormal*. V: *Handbook of social studies in health and medicine* / G. Albrecht, R. Fitzpatrick, S. Scrimshaw (ur.). London, Thousand Oaks, New Delhi : Sage.
- LUPTON, Deborah
2003 *Medicine as culture : illness, disease and the body in western societies*. 2nd ed. London, Thousand Oaks, New Delhi : Sage.
- MERLEAU-Ponty, Maurice
2000 *Vidno in nevidno*. Ljubljana : Nova revija.
2006 *Fenomenologija zaznave*. Ljubljana : Študentska založba.
- MOČNIK, Rastko
1984 *Spremna beseda*. V: Michel Foucault: *Nadzorovanje in kaznovanje : nastanek zapora*. Ljubljana : Delavska enotnost. Str. 307-324.
- SCHEPER-Hughes, Nancy
1992 *Death without weeping : the violence of everyday life in Brasil*. Berkeley : University of California Press.
1994 *Embodied knowledge : thinking with body in critical medical anthropology*. V: *Assessing cultural anthropology* / Robert Borofsky (ur.). New York ... [etc.] : Mc Graw Hill.
- SCHEPER-Hughes, Nancy; LOCK, Margaret M.
2000 *The mindful body : a prolegomenon to future work in medical anthropology*. V: *Peter J. Brown: Understanding and applying medical anthropology*. Atlanta : Emory University.

SONSTAG, Susan

1977 *Illness as a metaphor*. New York : Vintage.

1991 *Aids and its metaphors*. London : Penguin.

2003 *Regarding the pain of others*. London : Penguin.

ŠIMENC, Jana

2002 *Med medicinsko antropologijo in biomedicino : opazovanje vsakdanje bolnišnične prakse : diplomsko delo*. Ljubljana : Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za etnologijo in kulturno antropologijo.

TAMBIAH, Jeyaraja S.

1990 *Magic, science, religion and the scope of rationality*. Cambridge : Cambridge University Press.

TELBAN, Borut

1989 Antropologije zdravja, boleznin in zdravljenj. *Glasnik SED* 29, 3–4, str. 153–166.

1995 Anthropology of emotion and sickness. *Anthropological notebooks* 1, str. 40–63.

TURNER, Bryan S.

1993 Novejša dognanja v teoriji telesa. *Časopis za kritiko znanosti* 21, št. 156–157, str. 99–120.

2003 The history of the changing concepts of health and illness : outline of a general model of illness categories. V: *Handbook of social studies in health and medicine* / G. Albrecht, R. Fitzpatrick, S. Scrimshaw (ur.). London, Thousand Oaks, New Delhi : Sage.

ZUPAN, Vitomil

2003 *Igra s hudičevim repom*. Ljubljana : Delo.

BESEDA O AVTORICI

Jana Šimenc, diplomirana etnologinja in kulturna antropologinja, se ukvarja z medicinsko antropologijo. V okviru podiplomskega študija pripravlja doktorat o alergijah, ki bo poleg izvirnega teoretskega prispevka o delovanju kulturnega in biološkega, sintetična artikulacija dinamičnih odnosov med posameznikom, neprijetno patologijo in gibljivimi zdravstvenimi sistemi. Poleg biomedinskega zdravstvenega sistema, jo zanima tudi e-zdravje ter produkcija in razumevanje znanstvenega vedenja. Zaposlena je kot asistentka raziskovalka na Filozofski fakulteti Univerze v Ljubljani, na Oddelku za etnologijo in kulturno antropologijo, pri mednarodnem projektu *Whole*.

ABOUT THE AUTHOR

Jana Šimenc has a BA in ethnology and cultural anthropology. As part of her postgraduate studies, she is working on a doctoral dissertation on allergies that will be an original theoretical contribution on the functioning of the cultural and biological, as well as a synthetic articulation of the dynamic relations between the individual, unpleasant pathology, and mobile health medical systems. In addition to the biomedical health system, Šimenc is interested in e-health and the production and understanding of medical knowledge. She is employed as assistant researcher in the international project *Whole* at the Department of Ethnology and Cultural anthropology, Faculty of Arts, University of Ljubljana.

SUMMARY

THE ANATOMY OF PAIN – THE VIEWS OF MEDICAL ANTHROPOLOGY

Cartesian dualism, the model of positivist separation of the body and the soul, is nowadays the self-evident and prevalent model of thought about the relationship between the body and the soul/psyche in the western world, but is also highly questionable and inadequate to many people: e.g. the rigidity of dualisms (the disunity between the body and the soul) is all too often clearly reflected in cases of disease and expressions of pain. Merleau Ponty writes that it is essentially involves a constant interconnection of the psychic and physiological, and that relations of exchange occur constantly. And, above all, that the body is a means to experience the world; it is free, communicative, subjective, changing: “man is in the world and only in the world does he know himself” (Strehovec in Merleau-Ponty 2006: 466).

166

The dynamics of the relationship between the soul and the body is not the only one addressed in the article. It also examines the theories on the relationship between health and disease and the dynamics of the formation of biomedical science. All this is meant to shed light on the present position of biomedicine and the prevalent research premises among medical anthropologists. This involves the position that biomedicine is but one among several medical systems, and that is certainly is not superior, not the most objective or advanced system, or the criterion for evaluating other methods of treatment and interpretation of pain. The goal is of course not to discard all other possible and available interpretations of pain conditions. As mentioned above, the biomedical system is not the only reality that determines the understanding of oneself, the body, symptoms, pain and disease. In spite of the dominant position of biomedicine, the individual always has at his disposal several systems of understanding the body: competitive ideas and schemes are always in the air. However, at this moment of time, the biomedical body is presented in Slovenia as the most objective, founded, and real body. But “real” often turn out to be only the diseases and pain which biomedicine identifies and names.

The second part of the article mostly deals with the question what medical anthropology has to tell us about pain and what methodological premises it uses in its research. In spite of the biological basis of pain and its clear biological function, the cultural elements of its origin, (non) expression and duration are largely ignored.