

А у већини случајева нисам ја: феноменолошка анализа искустава особа које пате од примарних главобоља

Апстракт: У овом раду сам се бавила начинима на које искуства болова у глави утичу на креирање сопства код мојих испитаника – пацијенткиња и пацијената који се лече у специјализованој клиничкој организационој јединици за лечење примарних главобоља. Теоријски полазећи од културне феноменологије телесности, посматрала сам бол као отеловљено искуство, које превазилази картезијанску дуалност духа и тела. Бол дакле, посматрам и као физички и као емотивни феномен, и у том смислу сматрам да су те две равни међусобно испреплетане и неодвојиве. Осврћући се на питања вербализације осећаја бола, као и утицаја који искуство бола има на поимање времена и простора, испитивала сам начине на који главобоља постаје један од кључних фактора перцепције код мојих испитаница/ка.

Кључне речи: бол, главобоља, културна феноменологија, отеловљење, сопство, простор, време.

Увод

Иако је бол практично универзална појава, његова културолошка поимања су различита, те постоји небројено много начина на који се бол перципира, доживљава и описује. Рецимо, Онуки-Тирни¹ је описала различите типове главобоља код Аину са Сахалина, који неке болове у глави описују као „медвеђе главобоље“ (које „звуче“ као тешки кораци медведа), „јеленске главобоље“ (које су лакше, као корак јелена) и „детлићеве главобоље“ (које се осећају као куцање детлића у дрво). Абад и Бојс² су се бавили поделом на бол у глави (*dolor de cabeza*) и бол у мозгу

¹ Emiko Ohnuki-Tierney, *Illness and healing among the Sakhalin Ainu: a symbolic interpretation* (Cambridge: Cambridge University Press, 1981).

² Vincent Abad and Elizabeth Boyce, “Issues in psychiatric evaluations of Puerto Ricans: A sociocultural perspective,” *Journal of Operational Psychiatry* 10 (1979): 1.

(*dolor de cerebro*) код припадника заједнице Порториканаца у Северној Америци. Ово су само неки од примера како се бол замишља и описује у различитим друштвеним контекстима.

У западној медицини, бол је најчешће перципиран као физичка аномалија, те се његови узроци најчешће траже у физиологији или анатомији, а он се смешта практично искључиво у тело. Тиме се репродукује картезијанска подвојеност тела и духа, односно њихово разматрање као две одвојене сфере постојања. Међутим, бол свакако поред тога што представља физички феномен, такође је и емотивно стање. У том смислу, потребно је наћи методолошки приступ у антропологији, који спаја равни тела и духа и не претпоставља њихову одвојеност, већ их разматра као испреплетане и неодвојиве.

Сматрам да је парадигма културне феноменологије телесности веома адекватна за овај истраживачки проблем, с обзиром на то да је доживљај бола тешко одредити као нешто што је доживљено искључиво у телу или у уму. Такође, овим теоријским приступом се скреће пажња на емоционалност, која је дуго времена у друштвеним наукама била резервисана као предмет истраживања психологије, те се разматра међусобна испреплетаност емотивних и физичких осећаја и утицаја који емоције имају на опажање уопште, као и на различите начине на које се емоционалност креира у различитим културним контекстима.

Моја претпоставка је да снажни и/или хронични болови имају моћ да утичу на опажање света, то јест, да бол постаје један од главних критеријума за одређивање протока времена, као и да јаки болови (на пример, кроз утицај на покретљивост) обликују поимање простора. Један од основних циљева овог рада била би потврда те хипотезе, а затим и анализа начина на који доживљај бола утиче на креирање сопства. Посебну пажњу бих посветила и проблематици вербализације болова, као и томе какву она улогу игра у изградњи сопства код особа које пате од главобоља.

У мом истраживању бих се концентрисала на бол као један од одлучујућих фактора за изградњу односа према себи и свету. Сматрам да је приступ културне феноменологије посебно адекватан као теоријско-методолошка основа мог рада и због чињенице што захтева истраживање дубоко личних искустава, кроз која се врши анализа начина на који се бол одражава на тело и на друге аспекте сопства.

Културна феноменологија бола

Опозиција тело : дух је дуго времена била једна од главних премиса друштвено-хуманистичких наука, али и западне медицине (биомедицине). Иако присутне још од Аристотела, Рене Декарт је чврсто утемељио те идеје које су постале основа за савремену биомедицину и

науку – опозицију између опипљивог тела и неухватљивог духа. Током историје, биомедицина је тражила искључиво телесне узроке различитих здравствених стања. Тек развојем психосоматских истаживања почетком XX века је дошло до помака у помирењу дуализма тело : дух у клиничкој медицини, међутим у већини случајева се и приликом медицинске праксе тог типа пажња више посвећивала телесним проблемима, односно циљ дијагностичке медицине је био откривање физичких узрока болести. Ненси Шепер-Хјуз и Маргарет Лок³ ово илуструју на примеру анегдоте о једној пацијенткињи која објашњава бруцошима медицине могуће нефизичке разлоге за своје хроничне и изузетно јаке главобоље. Наиме, након што је свакако задобила саосећање многих студената разговором о насиљу које трпи у породици, њене приче су у старту окарактерисане као небитне за њено стање, те је професор упитан за праве узорке њених главобоља.

Упркос већинској медицинској пракси посматрања бола као првенствено физиолошке или анатомске појаве, бол је такође културно, социјално и емотивно означен феномен. Како Морис⁴ наводи, бол се јавља искључиво „на пресеку тела, духа и култура“. Проблем у дефинисању појма бола је такође семантичке природе, те реч бол може означавати како физичку, тако и емотивну нелагодност и може бити интерпретирана на различите начине. Медицинска пракса карактерисања бола као првенствено утемељеног у физиологији репродукује картезијански дуализам духа и тела, те се бол најчешће смешта у поље телесности.

Дуализам духа и тела није присутан само у оквиру медицинског дискурса, он се репродукује и у свакодневном говору и животу. Како Ледер⁵ објашњава, тело, иако представља место са ког деламо, у свакодневном животу „нестаје“ из вида. Наиме, тело је ретко када тематски објекат искуства, односно, иако представља основу за искуство, оно се ретко појављује као објекат тог искуства. На пример, док читамо књигу, ми најчешће нисмо свесни положаја свог тела, нити размишљамо активно о њему, већ размишљамо о идејама које проналазимо у књизи. Слично се дешава и током неких изразито телесних радњи, као што је бављење спортом – иако тело активно користимо, оно не представља објекат перцепције ни тему за размишљање. Тада се размишља о стратегијама за

³ Vincent Abad and Elizabeth Boyce, “Issues in psychiatric evaluations of Puerto Ricans: A sociocultural perspective,” *Journal of Operational Psychiatry* 10 (1979): 1.

⁴ David B. Morris, *The Culture of Pain* (Berkeley: University of California Press, 1991), наведено у: Gillian Bendelow and Simon Williams, “Pain and the Mind-Body Dualism: A Sociological Approach,” *Body & Society* Vol. 1 (1995): 83 (мој превод).

⁵ Drew Leder, *The Absent Body* (Chicago: Chicago University Press, 1990).

добру игру, о другим играчима и наша пажња је усмерена ка томе. Ледер ово назива одсутним телом (*the absent body*).

Међутим, у неким случајевима тело постаје изразито присутно. У тренуцима бола, болести и умирања, овај устаљени облик телесне одсутности се трансформише, те тело долази у центар пажње наше перцепције. Дакле, током ових искустава, тело не нестаје (*dissappearance*), оно се појављује у фокусу перцепције, али у *dys* стању (од грчког префикса који означава „тешко“, „лоше“, „болесно“). Ледер⁶ то на енглеском назива *dys-appearance*, што би могло да се преведе као тешко или лоше присуство. Он овај концепт развија у оквиру феноменолошког приступа, наиме, он болу приступа као отеловљеном и живљеном искуству.

Отеловљење као парадигма или методолошки оквир за истраживање подразумева разумевање тела као „егзистенцијалне основе културе“, како каже Томас Чордаш – „не као објекта који је ’добар за мишљење’, већ као субјекта који је ’неопходно бити’“.⁷ Користећи аналогију са појмовима рада и текста које користи Ролан Барт, Чордаш⁸ објашњава разлику између тела и отеловљења. По њему, за Барта рад представља материјални објекат који се може наћи у књижарама или библиотекама, а текст представља методолошко поље које постоји искључиво у одређеном дискурсу, кроз различите активности и процесе произвођења значења. Аналогно томе, тело представља биолошки и материјални ентитет, док отеловљење представља методолошку алатку којом се обраћа пажња на чулна искуства и како би Мерло-Понти рекао, процесе постојања-у-свету. Међутим, иако парадигма текстуалности подразумева да културне појаве имају својства слична тексту (те да се могу „ишчитавати“), модел отеловљења не претпоставља да оне имају исту структуру као телесно искуство, већ да је отеловљено искуство почетна тачка за анализу процеса људске интеракције са остатком света.

Концепт живљеног тела подразумева концептуализацију тела као места са ког појединац дела у друштву, као *облика постојања у свету*.⁹ Тело се у том смислу, посматра истовремено и као објекат (у смислу да га нпр. можемо додирнути) и као субјекат (а истовремено осећамо да бивамо додирнути). Тело дакле, представља директну везу са остатком света и као такво поставља критеријуме путем којих концептуализујемо

⁶ Ibid, 84.

⁷ Thomas J. Csordas, “Somatic Modes of Attention,” *Cultural Anthropology*, Vol. 8, No. 2 (1993): 135, мој превод.

⁸ Ibid, 135-156.

⁹ Thomas J. Csordas, “Introduction: the body as representation and being-in-the-world,” in: *Embodiment and experience. The existential ground of body and self*, ed. Thomas J. Csordas, 1-20 (Cambridge: Cambridge University Press, 1994).

стварност, али такође представља место преко којег градимо сопствени идентитет.¹⁰

Бол, као један од аспеката постојања у свету, игра велику улогу у организацији нашег простора и времена, наше односе са другима и самима собом. На тај начин, бол утиче на оно што Ледер назива ометањем намера (*intentional disruption*) – интензитет бола утиче на реорганизацију приоритета, односно чини да обавезе или замисли које су се чиниле битне постају неважне – и креира просторновременску стешњеност (*spatiotemporal constriction*), односно утиче на размишљање о себи кроз стварање изолације. Због тога, бол се појављује као потреба за окончањем/унапред дефинисана потреба (*telic demand*¹¹) и то, како Ледер објашњава, на два нивоа – херменеутском и прагматичном. На херменеутском плану, бол изискује потребу за интерпретацијом и тражењем значења у њему (преиспитујемо који су разлози за патњу), а на прагматичном захтева посвећивање тражењу решења за бол, односно његово отклањање. У прагматичном смислу, потреба за окончањем изискује да се дела ка тражењу олакшања.¹²

Ледерове опаске о одсутном телу ћу преузети уз одређене ограде, јер ипак нисам сигурна да се може тврдити да се о телу не размишља док се не налази у стању патње, али ипак идеју о томе да тело долази у посебан центар пажње у тим случајевима сматрам изузетно корисном.

Ледерове аналитичке поставке скрећу пажњу на улогу коју бол може играти у изградњи интерсубјективних односа, личног идентитета, те и како се бол помаља као живљено и отеловљено искуство. Бол дакле, доводи претходно одсутно тело у центар опажања и утиче на организацију живота, редефинисање приоритета, идентитет и међуљудске односе.

On Being Ill: бол vs језик

Елејн Скарри¹³ у својој студији *The Body in Pain: The Making and Unmaking of the World* се (између осталог) бави специфичношћу исказивања бола говором и последицама које то има на могућност политичког

¹⁰ Marja Liisa Honkasalo, "Space and Embodied Experience: Rethinking the Body in Pain," *Body & Society* Vol. 4, No. 2 (1998): 35-57.

¹¹ Енглеска реч *telic* има двојако значење – може означавати нешто што је окончано, а такође и нешто предефинисано, односно унапред одређено, а у теоријском смислу погодна су истовремено оба тумачења.

¹² Gillian Bendelow and Simon Williams, "Pain and the Mind-Body Dualism: A Sociological Approach," *Body & Society* Vol. 1 (1995): 87-88.

¹³ Elaine Scarry, *The Body in Pain: The Making and Unmaking of the World*, New York (Oxford University Press, 1985).

деловања особа са боловима. Она скреће пажњу на потешкоће које особе које пате од болова имају при описивању својих искустава људима који у датом тренутку не осећају нешто слично. Она тврди да је бол немогуће у потпуности поделити са другима због свог отпора према језику. Ово илуструје речима Вирџиније Вулф из есеја *On Being Ill*: „Енглески, који је у стању да изрази Хамлетове мисли и Лирову трагедију, нема речи да опише грозницу или главобољу... Па и најобичнија ученица се у тренуцима заљубљености може изразити речима Шекспира или Китса, али пустити особу која пати да опише лекару свој бол у глави, чини да језик пресуши“.¹⁴ Иако је овде дат пример енглеског језика, могућност изражавања бола другоме је онемогућена у многим језицима, па и у српском. Скарри иде даље од овога и тврди да бол не само што пружа отпор језику, већ га и активно уништава. Услед немогућности да се искаже, она тврди, бол захтева израз у прејезичном облику, помоћу кукања и осталих неартикулисаних звукова. Немогућност изражавања за последицу има отежану могућност политичког деловања, те тврди да је борба за политичку моћ особама које пате од болова на овај начин системски отежана.

Џин Џексон¹⁵ се, полазећи од културне феноменологије телесности, бави сличним проблемом у свом раду о тензији између субјекта и објекта која се јавља код пацијената са хроничним болом, мада она не иде тако далеко да тврди да бол уништава језик (а ни ја не бих ишла дотле да тврдим да је ситуација овако екстремна). Она објашњава део потешкоћа у исказивању бола у претпостављеној пре-лингвистичкој особини бола. Она тврди да се бол у суштини опажа као пре-лингвистичан због тога што првенствено припада домену тела, а говор припада уму. Међутим, она не тврди да је подвојеност тела и духа реална, већ да се она често перципира као таква и да се одређени аспекти отеловљеног опажања фаворизују у односу на друге. Наиме, на примеру енглеског језика објашњава како визуелно опажање има првенство над перцепцијом звука или мириса. Скреће пажњу да је индикативно што се користи израз „говор тела“ када неко ствара и преноси значења путем свог тела. Џексон тврди да је још један разлог због ког бол пружа отпор језику његова невидљивост. Бол се не може измерити (иако су бројни покушаји креирања скала и мерења степена бола присутни у медицини), нити се може визуелно опазити, те га је услед тога тешко објективизовати. Наравно да ће се током разговора бол у једном тренутку на одређен начин објективизовати, али она тврди, на основу свог истраживања са пацијентима који пате од синдро-

¹⁴ Virginia Wolf, “On Being Ill,” in: *Collected Essays*, Vol. 4, 194 (New York: Harcourt, 1967), мој превод.

¹⁵ Jean Jackson, “Chronic pain and the tension between the body as subject and object,” in: *Embodiment and experience. The existential ground of body and self*, ed. Thomas J. Csordas, 212-224 (Cambridge: Cambridge University Press, 1994).

ма хроничног бола, да се преобјективна/преапстрактна искуства бола у потпуности могу исказати само особама која имају исто искуство бола. Међутим, пацијенти са којима је она радила су тврдили да се то постиже не путем свакодневне употребе језика, већ су описивали друге облике комуникације, интуитивне, који укључују неки облик комунитаса. Исказивање бола је најчешће једино могуће употребом метафоричких израза, који значења добијају у одређеним културним контекстима (у случају њеног истраживања, у оквиру клинике за истраживање хроничног бола у Новој Енглеској), те Џексон сматра да се на тај начин може говорити о засебном „језику бола“. Постојање засебног језика бола она повезује са могућим постојањем вишеструких реалности (концепт који преузима од Алфреда Шуца), чиме се објашњава због чега долази до интринсичног нераздевања између особа које пате од хроничног бола и оних који га не осећају, а истовремено долази до тако доброг разумевања између особа са хроничним болом. Дакле, особе којима бол у великој мери обликује живот на одређеном плану доживљавају засебну реалност у односу на особе које таква искуства немају. Сад, овде је могуће се запитати да ли је ово слична претпоставка као стара антрополошка замисао да се припадници „примитивних“ култура и припадници „западњачких“ друштава не могу разумети. Ја мислим да у разматрањима Џин Џексон нема сличних намера или закључака, већ да је циљ истраживања био да покаже постојање вишеструких реалности које не искључују могућност међусобног разумевања, или у случају бола и емпатије.

Истраживање

У свом истраживању сам се бавила феноменолошком анализом искустава бола код пацијената који пате од примарних главобоља¹⁶ – главобоља које су медицински означене као здравствено стање саме по себи, то јест, не сматрају се симптомом неког другог здравственог проблема. То су хроничне или акутне, често снажне главобоље, као на пример мигрене, главобоље тензионог типа, кластер главобоље и сл. Истраживање сам обављала једној специјализованој амбуланти за лечење главобоља у Београду. Моји испитаници и испитанице су пацијенти и пацијенткиње који долазе на редовне прегледе у амбуланту или који леже у њиховој дневној болници. Већи број пацијената са којима сам разговарала су били они који долазе на прегледе, с обзиром да заправо мали број пацијената лежи у болници (између осталог, због тога што постоји мали

¹⁶ Подела главобоља према Међународној класификацији главобоља разликује следеће типове: примарне, секундарне (симптоматске) и кранијалне неуралгије, централне и примарне болове лица и остале главобоље (Јасна Зидверц-Трајковић, “Класификација главобоља,” *Acta clinica*, Vol. 4, бр. 3 (2004): 7-12).

број слободних кревета, јер амбуланта дели спрат са другим клиничким одељењима). Ти „лежећи“ пацијенти углавном проводе време у клиници на детоксикацији (процесу избацивања лекова из тела), услед тога што се често дешава да услед превеликог узимања аналгетика дође до појаве нове врсте главобоље. Зато је битно испитати да ли се код пацијената јавила нова врста главобоље услед прекомерне употребе лекова. Како су ми лекари објаснили, амбуланта је предвиђена да прима искључиво пацијенте који пате од примарних главобоља, али услед лошег функционисања система здравства (недовољна обученост медицинског кадра, недостатак опреме за дијагностику и сл.), дешава се да примају и пацијенте који пате од секундарних главобоља (врсте главобоља које се сматрају симптомом неког другог здравственог проблема, као што су рецимо повреде главе и врата, проблеми са синусима, висок притисак и сл.) или других врста главобоља.

Истраживање сам обавила током лета 2011. године, проводећи време у амбуланти за главобоље, углавном у периодима када се пацијенти примају на преглед. Грађа је прикупљена методом опсервације са партиципацијом, путем дубинских полуструктурираних интервјуа и неформалних разговора. Укупно сам обавила дванаест интервјуа са пацијентима и неколико неформалних разговора са пацијентима и лекарима. Медицинско особље је било веома предусретљиво, те ми је било дозвољено да присуствујем и лекарским прегледима, мада сам време углавном проводила у чекаоници, разговарајући са пацијентима/кињама, а интервјуе сам обављала у просторијама у којим сам могла имати довољно приватности. Већина саговорника/ца су биле женског рода, различите старости, због чињенице да најчешће жене оболевају од оваквих типова главобоља, посебно мигрена (али рецимо, кластер главобоље се сматрају „мушком“ болешћу, јер процентуално више мушкараца оболева од њих). У сарадњи са лекарима сам се трудила да највише пажње посветим пацијентима/кињама који/е пате од веома снажних и/или учесталих главобоља (а посебно хроничних), зато што сам сматрала да бол који се отклања без превише потешкоћа неће у већој мери утицати на живот појединаца. Испоставило се да сам била у праву, али о томе ће бити речи касније у раду.

Интервјуи су били конципирани тако да ми саговорници испричају животну историју својих искустава са главобољама, од тренутка када су почеле. Занимала су ме њихова искуства са лекарима, са породицом, пријатељима, као и искуства на радном месту, а трудила сам се да разговори буду слободније форме, како бих стимулисала приснију атмосферу каква ми је била потребна за дубинске интервјуе, с обзиром на то да ја своје саговорнице нисам познавала, а у већини случајева нисам имала прилике да се са њима састанем више пута (јер велики број пацијената долази из унутрашњости). Било ми је веома битно да чујем свакодневна

искуства приликом атака главобоље, колико су болови утицали на њихово кретање, обављање свакодневних обавеза, колико су болови захтевали, или пак отежавали, интеракцију са другим особама и сл. Ова питања су даље водила ка томе да ми испитаници причају о размишљањима о себи самима и о томе како су (ако су уопште) болови утицали на то да се њихов живот промени.

Опис лекарске праксе у амбуланти

Лекарска пракса лечења главобоља у амбуланти се састоји из, за почетак, откривања о ком типу главобоље је реч, што није увек толико једноставно како би се на први поглед дало претпоставити. Осим што се врше различита снимања и друге врсте тестова, од пацијенткиња и пацијената се неретко тражи вођење такозваног „дневника главобоља”, не би ли се открили могући узроци болова, окидачи атака (као што су на пример исхрана, навике у спавању, стрес, климатски услови, визуелни или звучни стимуланси, и тако даље) или повезаност са неким другим здравственим стањима или променама у телу (крвни притисак, хормонски статус, менструални циклус...). Након тога (односно паралелно са тим) се тежи ка проналажењу адекватне фармаколошке терапије или друге врсте помоћи (акупунктуре, масаже, технике релаксације и умањивања стреса, и тако даље). Трагање за лековима који делују може потрајати дуже време и углавном се састоји из испробавања различитих врста лекова док се не дође до оних који делују. Након што се дође до терапије која успешно уклања болове, даље се иде ка проналажењу терапије профилактичке врсте, односно оне која би у потпуности уклонила болове, то јест, спречила настајање атака (наравно, уколико је то могуће). Међутим, ако су тегобе неког пацијента посебно тешке или се сумња на узрокованост главобоља претераном употребом аналгетика (што често може бити случај код особа са хроничним боловима), пацијенту се предлаже болничко лечење и/или детоксикација.

Моја претпоставка коју сам помињала на почетку рада да интензитет бола и могућност његове контроле фармаколошким средствима директно утичу на улогу које искуство бола има на моје испитанике се показала као тачна. Наиме, испитаници којима лекови омогућавају брзо отклањање тегоба, или код којих болови нису „неподношљиви” и не трају дуго, болу су придавали мање важности, односно били су изненађени питањима која су се тицала начина на који бол утиче на њихов однос са другима, те су ме уверавали да та болна искуства нису претерано битан фактор у њиховом животу генерално. Свакако нису негирали да то представља сметњу, у смислу да је искуство непријатно, али уколико су питању болови који се адекватно и брзо отклањају лековима, интерсубјек-

тивни доживљај ми није био претерано занимљив за истраживање. То не значи да ми њихова искуства нису била на друге начине интересантна – доживљаји сопства су и даље донекле били одређени болом, иако не у толикој мери колико код особа које и даље трагају за адекватном терапијом. Али генерално, мислим да особе које не успевају да контролишу бол – путем лекова или на друге начине – доживљавају веће промене у односу према сопству него особе којима то полази за руком.

Вишеструке реалности сопства

Код мојих испитаника који нису пронашли (фармаколошку) терапију која зауставља нападе главобоља приметила сам још једну занимљиву ствар. Односно, иако је већина мојих саговорника имала потешкоћа са вербализовањем свог бола, те се испомагала метафорама које сам већ наводила, појавио се још један моменат који показује један од корена проблема са вербализацијом. Наиме, скоро сви пацијенти који пате од главобоља које не могу да контролишу или, како је то описао један саговорник, морају то да пропате, говорили су о томе како у периодима напада осећају као да „то нису они“. Једна саговорница ми је рекла: *Осећам гађење према себи, према свему, на шта год да помислим, буквално. Осећам да то нисам ја.* Друга саговорница је то овако описала: *Ја сам сва та три дана неспособна за било каква осећања, и за нервозу и за срећу и за радост и за било шта... Ја више ни очи немам... Не знам да ли сам будна или спавам.* Пак трећа, иначе на болничком лечењу, однос према себи током напада објаснила је на овај начин: *Кад прође глава ја сам друга особа... кад прође ја сам, просто, жељна живота.* Једна жена која пати од мигрена је своје стање вербализовала на следећи начин: *Мени само кад је бистра глава, чиста кроз, значи кад баш осећам да ме ништа не боли – онда сам своја. А све друго нисам ја. А у већини случајева нисам ја.*

Скоро су сви пацијенти (и они који у већини случајева контролишу бол) практично негирали постојање било каквих размишљања током напада, односно објаснили су како не размишљају ни о чему, осим што ишчекују да бол прође. Неки саговорници су искуства са болом поредили са смрћу, говорећи да су гора од смрти, те да су и размишљали о самоубиству. Дакле, већина мојих испитаника је периоде главобоља одбијала да прихвати у потпуности као део себе. Ово се првенствено односи на особе које не могу да зауставе бол терапијом, или им то ретко успева. Кроз објектификацију бола током његове вербализације, моји саговорници су у неку руку на посебан начин објектификовали део себе. Бол су поистовећивали са једним делом сопства који иако је истовремено повезан са њима, не прихватају као део себе. У њиховим наративима, бол је практично заузео један део њиховог сопства. Они тада имају потешкоћа

са размишљањем, што је свакако повезано и са медицинским аспектима главобоље као неуролошког проблема, односно са тиме што су нуспојаве многих врста главобоља (као рецимо мигрене) мучнина, повраћање, вртоглавица, осетљивост на звук, светло и мирисе, поремећај перцепције дубине, замућење вида, и тако даље.

Сматрам да је ово још један од разлога за потешкоће са вербализацијом осећаја бола. Бол се код мојих информаната појављује као страни део сопства, који означава искључиво патњу и изолацију (с обзиром на то да се сви моји саговорници током напада главобоља, уколико су у могућности, изолују у посебну просторију). Неколико саговорника који пате од мигрена, а које утичу на апетит због изазивања мучнине, као посебну врсту патње нагласило је то што не могу да једу или пију. Како ми је објаснила једна информанткиња: *Није ствар у томе да сам гладна, ја глад не осећам, не осећам ништа. Али најтеже ми је што не могу да једем, осећам се празно.* Као једну од највећих потешкоћа, сви информанти су наводили немогућност да обављају свакодневне послове устаљеним ритмом (ако то могу уопште). Ово се односи, како на обавезе у кући, тако и на студије и посао.

Када је Џин Џексон¹⁷ говорила о вишеструким реалностима, она је подразумевала изградњу засебних реалности код својих информаната у искуствима са особама које такође пате од главобоље, а засебних у интеракцији са другим особама. Оне се, наиме, конструишу првенствено путем језика. Иако о начину изградње оваквих интерсубјективних мултиплицитета реалности не могу да говорим, сматрам да се нешто слично креира у односу према сопству. Мислим да се о оваквој врсти „подвојеног“ сопства какву сам описала изнад може говорити као о постојањима вишеструких реалности у субјекту.

Дакле, код мојих информаната који нису имали успеха у контролисању болова лековима долазило је до својеврсне објектификације дела себе на начин на који се тај део истовремено одбацује, а истовремено свакако сматра делом себе. На тај начин, моји информанти проживљавају двоструку реалност – једну коју сматрају одразом „правог“ сопства и другу која се асоцира са самоћом, патњом и смрћу и не прихвата у потпуности као део себе. Ова болна реалност се на прагматичном нивоу (у Ледеровим терминима) одвија тако што се ишчекује њен престанак и обављају се радње које би требало да помогну у њеном отклањању. Код мојих информаната то се углавном састојало од спавања, лежања, а код неколицине који су у стању да гледају телевизор или читају књигу, у таквим методама скретања пажње са бола.

¹⁷ Jackson, “Chronic pain and the tension between subject and object”, 201-228.

Бол, простор и време

Како Ледер¹⁸ објашњава, бол узрокује и просторновременску стешњеност (*spatiotemporal constriction*), односно утиче на размишљање о себи кроз стварање изолације, ограничава простор делања и утиче на поимање времена. Сви моји саговорници су навели да им у току трајања атака највише прија да се изолују од околине, наравно уколико је ово могуће зависно од ситуације. Већина ово ради услед различитих нуспојава главобоље (ово је најчешће случај код мигренозних главобоља). У питању су преосетљивост на звук, мирисе и светло, повраћање, мучнина, нервоза и слично. Већина мојих испитаника време атака проводе искључиво лежећи и не радећи ништа осим тога, често у полусвесном стању. Једна информанткиња ми је то описала овако: *Па не бих то знала да ти кажем, сигурно је и да спавам, ако је то уопште спавање, али будем и будна, јер просто немогуће је спавати 72 сата.* Један испитаник ми је рекао да њему лично, када су тегобе у питању, смета да буде у друштву када има напад главобоље (у питању је кластер главобоља) не због тога што има различите нуспојаве, већ је додатно објаснио овако: *Тада само желим да сам изолован и да... да ми само прође, јер сам... јер сам у друштву, овај, у том моменту у друштву нисам... рецимо занимљив, постајем сам себи досадан, јер ћутим, не реагујем и тако даље... Просто не осећам се лепо, можда са неког социолошког аспекта, у друштву, јер просто чекам да ми прође, ништа ме друго не интересује, што по природи нисам такав, јер сам врло интерактиван и дружељубив.*

Дакле, сви моји информанти су у периодима главобоља принуђени да обитавају у врло ограниченом простору. Величина простора зависи од интензитета главобоља, те је у случајевима блажег напада могуће и изаћи из куће, отићи на посао уколико је неопходно, и тако даље. Међутим, већину болног времена моји информанти проводе затворени у стану или кући, најчешће у својој соби. Испитаници и испитанице са најтежим тегобама, односно они који нису у могућности да се крећу док траје атак, постају везани за кревет. Дакле, како се интензитет бола и његове нуспојаве појачавају, простор се све више сужава и постаје као нека врста обруча која прети да стеже све више и више. Овде није у питању искључиво буквална ограниченост простором у смислу везаности за собу или кревет. Како је навео мој саговорник са кластер главобољом, он је у тренуцима главобоље социјално изолован. Једна моја саговорница, која иначе живи на селу у ком су куће међусобно веома удаљене, говори о својој немогућности да иде у посету својим пријатељима или породици. Причала ми је о кћерки која живи на имању које је одмах до њеног, али до

¹⁸ Leder, *The Absent Body*.

које често није у могућности да дође зато што једноставно није у стању да толико пешачи због болова. Дакле, они се у тренуцима атака главобоље често налазе изоловани, како физички тако и социјално.

Поред тога што бол ограничава просторно кретање, такође утиче како на перцепцију времена, тако и на његову организацију. Наиме, сви информанти који нису у прилици да предупредe атак главобоље, то јест, не знају који су окидачи њиховог бола, причали су ми како изненадне главобоље често утичу на (не)могућност прављења дугорочних планова, односно отежавају планирање. Бити свестан окидача главобоље значи могућност избегавања ризичних понашања (на пример, конзумирање одређених намирница, излагање одређеном типу светлости, климатских услова). Такође, уколико је главобоља повезана са одређеном променом у телу, рецимо, менструалним циклусом или висином крвног притиска, могуће је спремити се, те у одређеним периодима очекивати бол. Међутим, велики број особа које пате од оваквих главобоља заправо не зна који су им окидачи (зато лекари саветују вођење поменутих „дневника“ главобоља), или нема конкретних правила када је у питању повезаност са хормоналним и другим променама у телу. Услед тога, могућност појаве главобоље утиче на начин на који моји испитаници планирају своје време.

Поред тога што главобоље утичу на планирање времена без бола, оне такође утичу на начин на који се перципира време у болним периодима. За један број мојих испитаника време протиче спорије него што је уобичајено. То је сасвим било и за очекивати, макар је карактеристично за западњачку концепцију времена да се периоди нелагоде перципирају као дуготрајнији него што заиста јесу. Међутим, када су у питању информанти код којих главобоље трају данима без престанка, објашњавали су ми да се тада често дешава да уопштено изгубе представу о протицању времена. Ово је директно повезано са стањима свести о којима сам говорила, односно о брисању граница између јаве и сна о којима су ми причале неке испитанице. Како је то вербализовала једна саговорница: *Не да немам осећај о времену, него ми је свеједно...*

Главобоље у овим случајевима постају нека врста граничника, односно представљају тачке у временском континуитету које га деле на краће периоде, а с друге стране у којима време не тече на уобичајен начин. Време се тада перципира као „исцепкано“ и одвојено болним међама, а периоди главобоља се претварају у временске „цепове“ у којима је осећај протицања времена измењен или непостојећи.

Проводећи време у некој врсти полусвести, између јаве и сна, где време протиче другачије или не протиче уопште, моји информанти су „заробљени“ у веома ограниченом простору, како физички тако и со-

цијално. Они су тако смештени у простору који временом прети да се смањи, док време има потенцијал да се „шири“, односно да протиче дуже или да не протиче уопште. Овако изоловани, моји саговорници проводе време у својој „искривљеној“ реалности, коју не прихватају у потпуности као своју, а која их, пак смешта у домен патње.

Закључак

У овом раду сам покушала да објасним на које начине искуство честих и снажних главобоља утиче на однос према сопству и према другим субјективитетима. Истраживање сам обавила у једној специјализованој амбуланти за главобоље у Београду. Моји испитаници су особе различитих родова, мада су то већином биле жене, различите старости.

Модификовањем приступа Џин Џексон¹⁹ закључила сам да је о постојању вишеструких реалности могуће говорити, али не са позиције интерсубјективности, већ субјективности. Наиме, закључила сам да моји испитаници сматрају да у тренуцима бола њихово сопство се мења, односно креирању неку врсту „подвојеног“ сопства – једно „право“ сопство и друго, које је повезано са болем, изолацијом и смрћу (које је истовремено перципирано као страном тело и као део субјекта).

Користећи се Ледеровим²⁰ размишљањима о болу као начину на које иначе одсутно тело долази у центар наше пажње (постаје негативно-присутно), покушала сам да покажем на који начин искуство бола утиче на редифинисање простора и времена. Имајући у виду да се сви моји пацијенти изолују у посебне просторије током напада главобоље, занимало ме је како та омеђеност простором утиче на рефлексије о болном сопству и како је то повезано са њиховом перцепцијом времена. Ова стешњеност о којој је и Ледер говорио креира болне „цепове“ времена и простора у којима се моји информанти налазе изоловани од околине, како физички тако и социјално. Они ово време проводе у изузетно ограниченом простору који има тенденцију ка сужавању, док њихова перцепција времена тежи ка ширењу, те им се чини да време пролази много спорије но иначе, а понекад и да не протиче уопште.

Циљ овог рада био је да покажем на које начине бол може да утиче на субјективне и интерсубјективне односе. Занимало ме је и да испитам на које начине бол може да утиче на поимање времена и простора и какве су импликације по социјални живот особа које пате од главобоља.

Закључила сам да бол игра улогу омеђивања простора и елемента који раздељује време на одређене сегменте. Такође, проживљено иску-

¹⁹ Jackson, “Chronic pain and the tension between subject and object”.

²⁰ Leder, *The Absent Body*.

тво бола ствара осећај временских „депова“ у којима време не тече на уобичајен начин. Оваква искуства са изобличавањем простора и времена играју велику улогу како у субјективним, тако и у интерсубјективним односима мојих испитаника. „Заробљеност“ у времену и простору коју моји информанти осећају често их онемогућава да ступају у социјалне односе – што није ствар искључиво физичке нелагоде, како су ми у интервјуима објаснили (наиме, неки од пацијената нису болом онемогућени да буду у друштву других људи, него се осећају „неадекватним“ за те прилике).

Литература:

- Abad, Vincent and Elizabeth Boyce. "Issues in psychiatric evaluations of Puerto Ricans: A sociocultural perspective." *Journal of Operational Psychiatry* 10 (1979): 28-39.
- Bendelow, Gillian and Simon Williams. "Pain and the Mind-Body Dualism: A Sociological Approach." *Body & Society* Vol. 1 (1995): 83-103.
- Csordas, Thomas J. "Somatic Modes of Attention." *Cultural Anthropology* Vol. 8, No. 2 (1993): 135-156.
- Csordas, Thomas J. "Introduction: the body as representation and being-in-the-world." in: *Embodiment and experience. The existential ground of body and self*, ed. Thomas J. Csordas, 1-20. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- Honkasalo, Marja Liisa. "Space and Embodied Experience: Rethinking the Body in Pain." *Body & Society* Vol. 4, No.2 (1998): 35-57.
- Jackson, Jean. "Chronic pain and the tension between the body as subject and object." in: *Embodiment and experience. The existential ground of body and self*, ed. Thomas J. Csordas, 201-228. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- Leder, Drew. *The Absent Body*. Chicago: Chicago University Press, 1990.
- Morris, David B. *The Culture of Pain*. Berkeley: University of California Press, 1991.
- Ohnuki-Tierney, Emiko. *Illness and healing among the Sakhalin Ainu: a symbolic interpretation*. Cambridge: Cambridge University Press, 1981.
- Scarry, Elaine. *The Body in Pain: The Making and Unmaking of the World*. New York: Oxford University Press, 1985.
- Scheper-Hughes, Nancy and Margaret Lock. "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology." *Medical Anthropology Quarterly*, New Series Vol. 1, No. 1 (1987): 6-41.
- Зидверц-Трајковић, Јасна. "Класификација главобоља." *Acta clinica* Vol. 4, бр. 3 (2004): 7-12.
- Wolf, Virginia. "On Being Ill." in: *Collected Essays* Vol. 4, New York: Harcourt, 1967.

Summary

Anika Jugović Spajić

***And in Most Cases I'm Not Myself:
a Phenomenological Analysis of Experience in Persons
with Primary Headaches***

Key words: *pain, headache, cultural phenomenology, embodiment, self, space, time.*

This paper explores the ways in which the experience of pain in patients of a specialized clinical unit for headache treatment is influencing the process of creating the self. Theoretically embedded in cultural phenomenology of the body, I am observing pain as an embodied experience, which transcends the Cartesian dualism of mind and body. I am examining pain as a physical, as well as an emotional phenomenon, and in that sense, I am looking at those two levels of existence as mutually interwoven and inseparable. By reflecting on the questions of verbalization of pain, as well as the influence of pain experience on the understanding of space and time, I examined the ways in which the headache becomes one of the key factors of perception for my informants. I concluded that pain indeed influences my informants' (inter)subjectivities by creating multiple realities of the self, as well as by changing the way in which they experience time and space.