

Mateusz SZUBERT

ANATOMIA BÓLU UJĘCIE SOCJOKULTUROWE

Problematyka bólu, cierpienia fizycznego i choroby wydaje się przynależeć ściśle do tradycji nauk przyrodniczych; stan dysfunkcji somatycznej rozumiany jest przecież jako fenomen biologiczny, nie zaś kulturowy. Tymczasem zaobserwować dziś można w naukach społecznych zwrot w stronę cielesności, w tym cielesności dotkniętej cierpieniem. Od kilku dekad w obszarze studiów kulturowych dokonuje się swoista somatyzacja przedmiotu badań, odbierająca medycynie jej dawny monopol poznawczy.

Człowiek chory – istota wrażliwa jak bezcenne skrzypce, spragniona dla siebie uwagi, zatopiona w sobie głęboko, jak kamień w oceanie – promieniuje zaszyfowanymi, niecierpliwymi informacjami na temat swoich nastrojów, ulubionych godzin, koniecznych przeżyć i niepowtarzalnych nawyków, ale przede wszystkim na temat jedyności swego bólu. Do kogo te wiadomości docierają? Kto próbuje je rozszyfrować? Bo w żadnym razie nie można ich przełożyć na język zwykły, na słowa bezbolesne.

G. Ceronetti, *Drzewa bez bogów*¹

Ból jest nieodłącznym towarzyszem ludzkiego życia. Pojawia się już w chwili przyjścia człowieka na świat, antycypując tym samym późniejsze – niechciane – przymierze. Dla (zbyt) wielu ludzi ból wciąż pozostaje najwierniejszym towarzyszem, naznaczając swoją obecnością niemal każdą chwilę. Brutalnie przypomina człowiekowi o jego kruchości i niedoskonałości. Cierpienie fizyczne bywa tak ogromne, że wszelkie zamiary i decyzje podjęte w czasie wolnym od bólu nagle tracą znaczenie. Z niespotykaną siłą izoluje on człowieka od otaczającego go świata; stawia niewidzialną barierę nawet między najbliższymi. „Ból – zauważa Wolfgang Reinhard – wywołuje bezbronność i samotność, można się podzielić wiadomością o nim, ale nie można go podzielić. [...] Ponieważ ból stoi tak silnie na styku ciała, umysłu i kultury, wszelkie dążenia zmierzają ku temu, by go kulturowo opanować, symbolicznie przyswoić, ująć w dyskurs, nadać mu imię i tym samym sens. W tej mierze można go było uczynić najważniejszą sprężyną tworzenia kultury w ogóle”².

¹ G. C e r o n e t t i, *Drzewa bez bogów*, tłum. S. Kasprzysiak, Oficyna Literacka, Kraków 1995, s. 37.

² W. R e i n h a r d, *Życie po europejsku. Od czasów najdawniejszych do współczesności*, tłum. J. Antkowiak, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, s. 93n.

B ó l o d s ł a n i a l u d z k ą u ł o m n o ś ć. Jawi się doznającemu go człowiekowi jako siła jednoznacznie negatywna i destrukcyjna, niewywolująca żadnych pozytywnych emocji i skojarzeń. Trudno jednak przeoczyć znaczący fakt, że z punktu widzenia medycyny (fizjologii), ból ma wartość dodatnią, stanowiąc system przeciwdziałający zagrożeniom. Ta ostrzegawcza, prewencyjna właściwość bólu przesądza o jego funkcjonalności i użyteczności. Rzecz jednak w tym, że spełniwszy swoją pozytywną „misję”, ból bardzo często pozostaje. Kluczową kwestią jest zatem odróżnienie efemerycznego stanu dyskomfortu fizycznego od ciągłego, uporczywego trwania w bólu. Przykład pacjentów cierpiących na ból chroniczny pokazuje wyraźnie stan absolutnego nieprzystosowania człowieka do niesienia ciężaru trwałego cierpienia fizycznego. Można uczyć się żyć z bólem, nigdy jednak nie udaje się go w pełni oswoić.

Unikanie bólu leży w naszej naturze (jak również w naturze wielu innych gatunków również). Celowe i świadome wystawianie się na jego niszczytelką siłę wiąże się – nawet w przypadku masochizmu – z wyłącznie potencjalną gratyfikacją, jaką przynieść może przetrwanie określonej dawki bólu. Może być ono zatem traktowane jako sprawdzian: uczuć, męskości czy nawet – jak u mistyków – świętości. Samo doświadczenie bólu, intencjonalne i zamierzone, a nieraz nawet prowokowane, nigdy jednak nie jest celem samym w sobie, lecz jedynie środkiem do uzyskania czegoś innego. Jak wiadomo, obietnica związana z osiągnięciem konkretnego celu – uznania plemiennego czy, by ująć rzecz jaskrawo, „pewności” zbawienia – popychać może ludzi nawet do najbardziej szaleńczych decyzji.

Istotą bólu jest jego prywatny, w najwyższym stopniu subiektywny charakter. Doświadczenie fizycznego cierpienia odsyła bowiem do najbardziej intymnych, niedostępnych spojrzeniu innych praktyk cielesnych. Ból wymyka się obcemu oglądowi, skazując cierpiącego na bezradność wobec ułomności werbalnej skargi. Ma zapewne rację Fernando Cervero, sugerując, że wysiłek wielu pokoleń lekarzy, a ostatnio także agencji ubezpieczeniowych, koncentruje się wokół próby zobiektywizowania bólu, stworzenia swego rodzaju „dolometru” (ang. dolorimeter) – narzędzia, pozwalającego precyzyjnie zmierzyć intensywność doznań bólowych³. Jak dotąd jednak medycy zmuszeni są wsłuchiwać się w skargę pacjentów, po omacku próbujących „opowiedzieć” swój ból. Taka sytuacja wydaje się niekomfortowa dla obu stron – pacjenci podejrzewają lekarzy o bagatelizowanie ich cierpienia, obawiając się nawet oskarżenia o wyolbrzymianie dolegliwości, lekarze zaś zmuszeni są uniwersalizować głos skargi, by móc rozpocząć właściwą terapię.

³ Por. F. C e r v e r o, *Understanding Pain: Exploring the Perception of Pain*, Massachusetts Institute of Technology, Massachusetts 2012, s. 23n.

OBCOŚĆ (W) BÓLU

Ból jest narzędziem (samo)poznania – jest przede wszystkim formą cielesnego unaoczniania. Doznający fizycznego cierpienia człowiek odczuwa własną cielesność w sposób szczególny, niejako zwielokrotniony. Niemożliwe wydaje się zrozumienie człowieka bez odwołania się do jego cielesności – ma to swój głęboki sens zwłaszcza wówczas, gdy cielesność ta zostaje narażona lub skazana na oddziaływanie negatywnych bodźców. Takim stanem jest z pewnością doświadczanie cierpienia fizycznego. W bólu bowiem *c i a ł o s t a w i a o p ó r*. Długotrwałe przeżywanie bólu – *b y c i e w b ó l u* – oznacza utratę dawnej dyspozycyjności, a także rozpad zintegrowanego dotąd obrazu siebie. Nie ulega wątpliwości, że doznający bólu człowiek doświadcza jednocześnie stanu nowej cielesności. Ból radykalnie odmienia wszelkie dotychczasowe doznania cielesne i społeczne. W bólu człowiek *u c z y s i ę s i e b i e o d n o w a*.

Ból jest stanem w najwyższym stopniu niepoddającym się integracji z doznającym go człowiekiem. W tym sensie można powiedzieć, że niekwestionowaną istotę bólu stanowi jego obcość. Francuski filozof François Chirpaz podąża tym właśnie tropem: „To wprawdzie ja cierpię, ale ten ból nie pochodzi ode mnie, jest on jakby czymś obcym we mnie, jakimś bytem, który nie pokrywa się z moim. Jednak kiedy ból jest tępy i przeszywający, ogarnia mnie całego i dotyka całości mojej obecności. [...] Ból nie stanowi ze mną jedności. Mogę poddać się jego obecności, pogodzić się z nim, ale dzieje się to za cenę niejako umniejszenia bycia. Jest on jakby zmieszana, ale ciągle obecną świadomością tego, że nie mogę się już na wszystko ważyć, że nie mogę czegoś przedsięwziąć. Jeśli poddam się mu, to tak jakbym dźwigał brzemię przekraczające moje siły czy możliwości. Wytrzymuję go, ale się z nim nie godzę. W istocie, nie mogę tego uczynić, gdyż ból pozostaje dla mnie czymś obcym, jakąś heterogeniczną rzeczywistością, utrudnieniem dla woli i przeszkodą dla moich zamiarów. [...] Zranienie czy ból pociągają za sobą coś na kształt kurczenia się obecności, która zwija się sama w sobie. Jej zainteresowania nie dotyczą już świata, ale z troską odnoszą się tylko do swego bytu cielesnego. Zwinięta w sobie obecność nasłuchuje jedynie własnego ciała. Ale to nasłuchiwanie jest pełne trwogi i niepokoju”⁴.

Postrzeganie bólu jako siły wrogiej i jednocześnie zewnętrznej wobec człowieka wydaje się czymś zrozumiałym i naturalnym. Przekonuje o tym długa tradycja historycznokulturowa. Podkreślanie obcości bólu służyła zawsze jego ontologizacja. Jako siła nietożsama z jednostką ból zamieszkiwał w człowieku, ogarniał go i wypełniał swą destrukcyjną mocą. Taki sposób myślenia –

⁴ F. C h i r p a z, *Ciało*, tłum. J. Migasiński, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 1998, s. 21n.

wbrew pozorom – nie dotyczy wyłącznie przedstawicieli kultur magicznych. O jego atrakcyjności przesądza przemożna potrzeba odcięcia się od tego, co pozostaje zawsze nieakceptowalne – ogromu spustoszeń, jakie ból dokonuje w życiu człowieka. Ma więc rację Chirpaz, podkreślając, że ból „jest tak mało związany ze mną, tak obcy, że mam wielką ochotę mniemać, że jest oznaką obecności innego bytu we mnie”⁵. Utożsamienie się z bólem oznaczałoby w jakimś stopniu akceptację jego niszczycielskiego charakteru, stąd tak zdecydowane – widoczne choćby na poziomie języka i mitu – strategie wyrzucania bólu poza margines egzystencji jednostki, a tym samym nadawania mu statusu zewnętrznego. Żywione przez reprezentantów wielu społeczności przekonanie o demonicznym charakterze bólu potwierdza tę uniwersalną skłonność.

B ó ł m a c h a r a k t e r t o t a l n y. Poprzez ból człowiek zapada się w siebie, zamyka na świat zewnętrzny. Gdy ból ogarnia człowieka, wszystko inne ustępuje próbie znalezienia świata wolnego od cierpienia fizycznego. Wystawiony na jego niszczycielską potęgę człowiek gotowy jest zaryzykować wszelkie działania, by znaleźć ukojenie. Tragizm cierpienia fizycznego wiąże się z niespotykanym wcześniej w życiu chorego wyczuleniem na „głos” wewnętrznych organów: cierpiący żyje w stanie nieustannego napięcia, wyczekiwania na kolejne uderzenie bólu i nieprzerwanie żywionej nadziei na ukojenie. Można nawet twierdzić, że świat człowieka doznającego długotrwałego bólu jest w tym sensie światem zdeformowanym. Ból pochłania i alienuje, o czym przekonuje Chirpaz: „Ból, który zagnieżdża się na stałe we mnie, uniemożliwia mi widzenie i słyszenie świata takim, jaki jest. Przeszkadza mi w nim być. Czuję już tylko ten ból, który mnie przenika, i żyję już tylko dla tego cierpiącego ciała”⁶.

Chirpazowska refleksja o bólu akcentuje jego alienacyjny charakter i potencjał. Chory w bólu pozostaje zawsze sam – dzieje się tak nawet wtedy, gdy jest otoczony troskliwą opieką najbliższych, będącą zapewne dla wielu chorych źródłem pociechy i wsparcia. Nie zmienia to jednak zasadniczo tragicznego położenia cierpiącego człowieka, dla którego całym światem staje się własne obolałe ciało. Owo kurczenie się granic świata, ich swoista somatyzacja, zdradza szereg aporii, na które ból skazuje cierpiącego człowieka. Jego nieumiejętność wyjścia poza świat wolny od bólu wyklucza go ze świata uprzednio zorganizowanego i uporządkowanego. Bólu nie da się oswoić. Dramatyczne poczucie alienacji w bólu i chorobie przewlekłej potęgują dodatkowo ograniczenia językowe: problemy z werbalizacją doznania, trudności z właściwym wypowiedzeniem skargi.

Kluczową kwestią wydaje się czasowość (w) bólu. Przeżywanie bólu z nadzieją na jego uśmierzenie – za kwadrans, za parę godzin czy nawet, jak

⁵ Tamże, s. 21.

⁶ Tamże, s. 22n.

w przypadku bólu pooperacyjnego, za kilka dni – jest całkowicie odmienne od jego doświadczania w sytuacji, w której nie sposób wyznaczyć kresu cierpienia. Brak nadziei na jakieś „potem”, na czas wolny od bólu, prowadzić może do najtragiczniejszych rozwiązań. Nie tylko intensywność, ale i czasowość bólu decyduje zatem o skali spustoszenia, jakie powoduje on w ludzkiej psychice.

BÓL DAWNIEJ

Rok 1846 stanowi bodaj najważniejszą cezurę w dziejach medycyny, dzieląc wyraźnie jej historię na czas wszechmocy i wszechobecności bólu oraz okres postępów anestezji⁷. Jeszcze w roku 1840 francuski chirurg Alfred-Armand-Louis-Marie Velpeau oświadczył uroczyście: „Unikanie bólu sztucznymi środkami jest mrzonką”⁸. Przekonanie takie uważane było za głos rozsądku, stanowiąc jednocześnie wezwanie do zaniechania eksperymentów z podtlenkiem azotu, oparami eteru czy tlenkiem węgla. Ból i cierpienie miały pozostać wpisane w praktykę lekarską, stanowiąc jej nieodłączny element i atrybut. Co zrozumiałe, unikano wówczas na wszelkie sposoby interwencji chirurga. Strach przed bólem okołoperacyjnym był tak silny, że wielu niechętników wołało raczej umrzeć, niż poddać się zabiegom chirurgicznym. Sugestywnie rzecz ujmując Alain Corbin: „Scena operacyjna jest właśnie spektaklem bólu, zarezerwowanym dla niewielkiej liczby osób; spektaklem dźwiękowym, którego rytm wyznaczają straszliwe krzyki, wycia, których – zdaniem samych chirurgów – nie można złagodzić; spektaklem wizualnym, karmiącym się skręcaniem się ciała, oszołomieniem pacjenta, który nieustannie się miota, a jeszcze bardziej lejącymi się strumieniami krwi; a także spektaklem trwogi i rozpacz, biorąc pod uwagę przerażające wskaźniki śmiertelności pooperacyjnej. Obecność asystentów, których liczba może sięgać nawet tuzina, mnóstwo pasów i więzów, «zażarta walka», najzupełniej fizyczna, z chorym, jaką toczy chirurg zobowiązany do pozornej niewrażliwości, do nieugiętości, do oszczędności słów i do wirtuozerii – wszystko to nadaje scenie operacyjnej charakter dramatyczny i skazuje aktorów na pośpiech”⁹. Fatalna opinia o „rzeźnikach w fartuchach” sprzyjała rozwojowi działań alternatywnych, stwarzając

⁷ Pierwszą narkozę eterową przeprowadził 16 października 1846 roku William Morton (por. W. B r z e z i ń s k i, *Chirurgia i specjalności zabiegowe w XIX-XX wieku*, w: *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, PZWL, Warszawa 2000, s. 322).

⁸ O. F a u r e, *Spojrzenie lekarzy*, w: *Historia ciała*, t. 2, *Od Rewolucji do I wojny światowej*, red. A. Corbin, tłum. K. Belaid, T. Stróżyński, słowo/obraz terytoria, Gdańsk 2013, s. 24.

⁹ A. C o r b i n, *Bóle, cierpienia i niedole ciała*, w: *Historia ciała*, t. 2, *Od Rewolucji do I wojny światowej*, s. 247.

ogromne możliwości praktykom magicznym i ziołolecznictwu. Wypicie czy zjedzenie choćby największych okropności było niewiele znaczącym poświęceniem w porównaniu ze spodziewanymi katuszami w sali zabiegowej.

A oto opis początku dnia pracy wybitnego bostońskiego chirurga Johna Collinsa Warrena. Jest rok 1843: „O godzinie dziesiątej dwaj pielęgniarze wnieśli pierwszego pacjenta na miejsce zwane areną operacyjną, u stóp wznoszących się szeregów ławek. [...] Rozpoczęła się operacja człowieka, który cierpiał na zwichnięcie uda. Wywichnięte w stawie biodrowym, przez dłuższy czas zaniedbane udo zrosło się w nienaturalnej pozycji. By je znowu uruchomić, dwaj pielęgniarze okręcili korpus pacjenta grubą liną. Koniec jej przytwierdzony był do solidnego słupa, jednego z dwóch umieszczonych przy bocznym wejściu do szeregów ławek. Na udo nałożono mocne opaski skórzane i drugą liną przywiązano je do przeciwległego słupa. Do tej liny przymocowano wielokrążek. Gdy pielęgniarze zaczęli naciągać linę, zrazu słychać było tylko zgrzyt wielokrążka. Nagle z gardła chorego wydarł się pierwszy krzyk. Przerażliwy wrzask rozlegał się w amfiteatrze. Pielęgniarze ciągnęli dalej; chory miotał głową na wszystkie strony, twarz jego zalewał pot. Nawet w najwyższych szeregach ławek słychać było zgrzytanie jego zębów, które zaciał po pierwszym krzyku. Zdawało się, że jego ciało unosi się nad stołem, w miarę jak napina się lina. Pielęgniarze znowu dociągnęli ją. Nagle chory zaczął bić wokół rękami, rozwarł bezkrwiste wargi i zawył jak zwierzę. [...] Dokładnie co do minuty pielęgniarze wzięli się do roboty przy wyciągu. Twarz chorego zrazu była spokojna i opanowana. Ale już po upływie pół minuty wrzasnął na nowo i znowu zaczęły się to nasilać, to słabnąć objawy jego męki. I znowu dwaj studenci, zgarbieni, zasłaniając twarze rękoma, wymknęli się z sali. Ja musiałem na chwilę skierować spojrzenie ku sufitowi, ponieważ obawiałem się, że nie wytrzymam dłużej widoku torturowanego. Chociaż jednak oderwałem oczy od tortury, słyszałem, co się dzieje na arenie. Minęło dwadzieścia minut, z krótką tylko przerwą, w czasie której Warren jeszcze raz zbadał udo i biodro i stwierdził, że wszelkie wysiłki były bezowocne, wobec czego nakażał trzecią próbę. Gdy udo przez trzydzieści minut po wprowadzeniu cygara do odbytnicy wciąż jeszcze się nie poruszyło, Warren zrezygnował. W czasie gdy zluzowano linę oraz wielokrążek i wynoszono półprzytomnego chorego z podbiegłymi krwią śladami na piersi i udzie, Warren wyjaśnił nam, że pacjent za późno poddał się jego zabiegom”¹⁰. Nieudany zabieg w niczym nie ostudził zapału wprawnego operatora; przerażeni ze strachu nieszczęśnicy wprowadzani zostali na arenę operacyjną. Tego dnia przyszli lekarze obejrzyć mieli kolejne seanse tortur, zabiegi amputacji piersi i kończyny powyżej uda oraz

¹⁰ J. Th o r w a l d, *Stulecie chirurgów. Według zapisków mojego dziadka, chirurga H.St. Hartmanna*, tłum. K. Bunsch, Zak, Kraków 2010, s. 47-49.

resekcji języka. Tak oto wyglądał powszedni dzień pracy chirurga sprzed ery anestetycznej. Jego kunszt w zadawaniu bólu był tak oczywisty, że większość społeczeństwa nie widziała znaczącej różnicy między chirurgiem a katem. Obaj zresztą posługiwali się zaawansowanym instrumentarium tortur – nóż rzeźnicki, piła czy rozpalone do czerwoności żelazo – których sam widok lub brzmienie przyprawiało o zawrót głowy.

Przytoczenie tak obszernego opisu pracy chirurga służyć ma przede wszystkim unaocznieniu teatru cierpienia, w który dawniej nieuchronnie przeistaczały się niemal wszystkie interwencje chirurgiczne. Jürgen Thorwald ze „zwykłych” dokumentów medycznych i zapisków kronikarskich swojego dziadka Stevensa Henry’ego Hartmanna – przysposabiającego się do zawodu chirurga praktyka – stworzył fascynujący paradokument medyczny, odsłaniający kulisy dawnej chirurgii. Sugestywnie opisana typowa interwencja chirurgiczna to także przykład dziejowej ironii – zważywszy, że w niespełna cztery lata później na tej samej sali operacyjnej bostońskiego szpitala przeprowadzona została pierwsza operacja z użyciem znieczulenia ogólnego.

Analiza dawnych dokumentów piśmiennych, głównie diariuszy, kronik medycznych i instruktaży dla cyrulików i balwierzy, prowokuje do postawienia pytania o uniwersalność odczuwania bólu i pojęcie progu bólu. Pytanie to można by następująco doprecyzować i jednocześnie uprościć: Czy dawniej bolało tak samo? Warto w tym miejscu przywołać znaczącą sugestię Thorwalda: „Otóż proszę zauważyć, że pojęcia o tym, co uważa się za nieludzkie, nie do zniesienia czy też przerażające, zmieniają się wraz z epoką. Nawet to przerażające traci wiele ze swej grozy, gdy – tak jak to było wówczas – należy do ludzkiego losu jako coś nieodwracalnego, jako boskie czy też diabelskie prawo”¹¹. Ból, zdaniem niemieckiego historyka, pozostaje fenomenem społecznym; skala jego odczuwania i przeżywania wpisana jest w kontekst kulturowy. Najistotniejsze wydaje się uwzględnienie rangi przemian w kulturze wrażliwości. Silniejsze bądź słabsze progi tolerancji bólu nie zależą wyłącznie od indywidualnego uposażenia człowieka, lecz są także zdeterminowane kulturowo. Człowiek bowiem nigdy nie cierpi wyłącznie ciałem lub poprzez ciało. Dramat bólu rozgrywa się w p e j z a ż u s p o ł e c z n y m, a wpływ na jego przebieg wywierają tradycja, dominujący światopogląd, a nawet media i instytucje. Ujmując rzecz najprościej, to dominująca kultura nadaje sens cierpieniu lub go kwestionuje, a także – co szczególnie istotne – wpływa na skalę i poziom jego odczuwania. „Od zawsze” istniały społeczności aprobujące skargę cierpiącego i takie, dla których głos żalu pozostawał nieakceptowalny, a niekiedy nawet bluźnierczy. Analiza historycznokulturowa pozwala uchwycić ewolucję dominujących w danej epoce wzorów określających strategię

¹¹ Tamże, s. 54.

zarządzania bólem i cierpieniem¹². Obowiązujący w wielu społecznościach imperatyw „dzielnego” znoszenia stanów fizycznego niedomagania stał w sprzeczności z występującymi w innych grupach praktykami zmierzającymi do eliminowania wszelkich zewnętrznych oznak bólu.

Aż do końca wieku osiemnastego człowiek Zachodu otoczony był cierpieniem fizycznym, żył w świecie, którego rytm wyznaczała ciągła obecność bólu. Działo się tak nie tylko ze względu na brak środków farmakologicznych łagodzących ból, ale także z powodu nieustannej ekspozycji na doznania bólowe, związanej z ówczesnymi warunkami bytowymi, higienicznymi i społecznymi. Przez wiele wieków ból był więc zadomowiony w kulturze europejskiej, odbierany przez większość społeczeństwa jako siła naturalna i konieczna – w razie wątpliwości lub w chwilach zapomnienia, o jego doniosłej roli przypominał Kościół. Ciągła obecność cierpienia fizycznego w życiu człowieka nie pozbawiała go jednak „apetytu” na zadawanie bólu innym, i to w sposób możliwie dotkliwy. Przeciwnie, rytuał kaźni organizował dawniej życie społeczne, gwarantując rozochoczonemu tłumowi rozrywkę i chwilowe wytchnienie od trosk. Wymierzanie kar przestępcom czy heretykom obliczone było na maksymalizację ich cierpienia, na przekraczanie wcześniej osiągniętych granic wytrzymałości ludzkiego ciała¹³. Takie teatry cierpienia były elementem życia codziennego mieszkańców wielu miast Europy, w tym oczywiście także Polski¹⁴, a widzów tych spektakli zdawała się niepokoić jedynie ich ograniczona widoczność.

Ikona dramatycznego losu wielu skazańców stał się Robert-François Damiens, paryski służący, który w roku 1757 próbował zasztyletować króla Ludwika XV Burbona. Opis jego egzekucji posłużył Michelowi Foucaultowi jako punkt wyjścia rozważań dotyczących dawnych stylów penalizacji. Publiczna kaźń Damiensa, gromadząca tysiące obserwatorów, została wyreżyserowana w każdym detalu. Ciało nieszczęśnika poddawano niemal wszystkim znanym torturom, dbając jednocześnie o najważniejsze – wydłużenie czasu agonii. Skazaniec, wyniesiony na specjalny podest, szarpany był obcęgami, jego ciało podpalano siarką, a następnie polewano płynnym ołowiem, wrzącą oliwą, gorącą żywicą i woskiem; apogeum spektaklu stanowić zaś miało rozerwanie ciała skazańca przez cztery konie i, ostatecznie, spalenie korpusu na stosie¹⁵.

¹² Zob. R. R e y, *The History of Pain*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts–London 1995.

¹³ Zob. K. B a s c h w i t z, *Czarownice. Dzieje procesów o czary*, tłum. T. Zabłudowski, Wydawnictwo Cyklady, Warszawa 1999.

¹⁴ Zob. J. T a z b i r, *Okrucieństwo w nowożytnej Europie*, Universitas, Kraków 2000; por. też: J. K r a c i k, M. R o ż e k, *Hultaje, zloczyncy, wszetecznicze w dawnym Krakowie*, Wydawnictwo Petrus, Kraków 2010, s. 57-68.

¹⁵ Por. M. F o u c a u l t, *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*, tłum. T. Komendant, Fundacja Aletheia, Warszawa 1998, s. 7.

Egzekucja Damiensa, wykonana w marcu 1757 roku, stanowiła jedną z ostatnich publicznych kaźni obliczonych na zadawanie bólu i jego stałe podsycanie. Co istotne, granicy i kresu tortur nigdy nie wyznaczała ludzka wyobraźnia – o odruchach miłosierdzia nie wspominając – a jedynie ułomność rozpadającego się, zapewne wbrew woli tłumu, ciała zamęczanego nieszczęśnika. Przełom wieków osiemnastego i dziewiętnastego miał trwale odmienić tę sytuację. Dokonała się wówczas – by odwołać się do kluczowych tez Foucaulta – zasadnicza zmiana w systemie penalizacji, poprzedzona stopniową ewolucją progów wrażliwości. Krwawe rytuały i rzezie: publiczne chłosty i łamanie kołem, otwieranie brzucha i wrywanie trzewi, ćwiartowanie ciał i ich palenie na stosach, przestawały być akceptowalne, stając się jednocześnie – jak wskazywali zwolennicy ewolucjonizmu społecznego – znakiem zdziczenia obyczajów przodków. Z początkiem wieku dziewiętnastego nastąpiło w kulturze Zachodu znaczące przesunięcie: rozpoczął się proces wykluczania bólu z przestrzeni publicznej¹⁶.

Wymownym przykładem zmian dokonujących się w kulturze wrażliwości było powszechne zastosowanie gilotyny w okresie terroru rewolucyjnego we Francji. Narzędzie to, udoskonalone przez francuskiego lekarza Josepha Ignace'a Guillotina, miało służyć szybkiemu, bezbłędemu¹⁷ i bezbolesnemu zadawaniu śmierci. „Przemoc i cierpienie – zauważa Monika Milewska – ograniczono do ułamka sekundy, powierzając eliminację chorych członków społeczeństwa perfekcyjnej i obiektywnej z pozoru maszynie”¹⁸. Zdaniem Milewskiej o realnej popularności gilotyny decydowała jednak przede wszystkim jej zdolność do maskowania rzeczywistości terroru – śmierci bowiem nie zadawał już człowiek, lecz maszyna. To tylko jedna z masek zasłaniających prawdziwe oblicze niewyobrażalnego okrucieństwa roku 1792 i lat następnych. Nie zmienia to faktu, że wizja bezbolesnej śmierci, oderwana od wielogodzinnego rytuału kaźni, odczytywana była jako przejaw triumfu wrażliwości i współczucia, oczywisty znak oświeceniowego humanitaryzmu.

Znamienne, że te same idee europejskiego oświecenia, z jego przewodnimi hasłami liberalizmu i egalitaryzmu społecznego, nie znalazły zastosowania do osób o „wątlej” lub „niewłaściwej” konstrukcji psychicznej. Obląkany, szaleniec czy chory psychicznie był dla osiemnastowiecznych elit pozbawioną

¹⁶ Por. tamże, s. 11n.

¹⁷ Idea bezbłędnej i szybkiej zadawania śmierci nabiera szczególnego znaczenia, gdy odwołamy się do przypadków znanych skazańców, których natychmiastowy – w założeniu oprawców – zgon „komplikowało” urządzenie egzekucyjne. Przykładem może być – często opisywana i dyskutowana w dawnej literaturze – dramatyczna śmierć Marii Stuart, królowej Szkocji (zob. S. Z w e i g, *Maria Stuart*, tłum. M. Wiśłocka, PIW, Warszawa 1971).

¹⁸ M. M i l e w s k a, *Ocet i lzy. Terror Wielkiej Rewolucji Francuskiej jako doświadczenie traumatyczne*, słowo/obraz terytoria, Gdańsk 2001, s. 79.

zdolności odczuwania bólu hybrydą, bestią zaledwie obleczoną w ludzką materię: „Obłąkany nie jest chory. W wyniku zezwierzęcenia szalenie hartuje się ponad wszelką ludzką słabość, wątlność, chorobliwość. Zwierzęca krzepa obłądu, gruboskórność przejęta z królestwa bezmyślnej fauny uodparnia wariata na głód, upał, zimno czy ból. Do końca XVIII wieku powszechnie sądzono, że szaleńcy mogą bez końca znosić najróżniejsze doczesne udreki”¹⁹. Jak dowodzi dalej Foucault, począwszy od wieku osiemnastego szaleństwo traktowano jako czytelny znak degradacji ludzkiego umysłu, emanację zwierzęcej dzikości; ta zaś musiała zostać poskromiona tresurą. Osiemnastowieczny szaleniec to monstrum, któremu – podobnie jak chłopom i niewolnikom – odebrano prawo do odczuwania bólu.

Wszecobecność bólu w dawnej kulturze – poza wspomnianymi już tropami – wiąże się także ze specyficznym modelem wychowawczym, czyniącym z bólu niezwykle atrakcyjne narzędzie korekcji postaw. Pozytywna wartość bólu objawiać się miała w jego zdolności do przemiany nawet najbardziej „beznadziejnych przypadków”. Dawne wychowanie określała specyficzna pedagogika kary, wiążąc trwale nabywanie cnót z doświadczaniem bólu. Zadawanie go stanowić miało tyleż sprawdzone, co i niekwestionowane narzędzie (samo)dyscyplinujące, po które w procesie wychowawczym sięgano – co warto dodać – wyjątkowo ochoczo i gorliwie. Philippe Ariès odnotowuje, że kary cielesne upowszechniły się w Europie w wiekach piętnastym i szesnastym, wraz z początkiem nowej, autorytarnej i hierarchicznej wizji społeczeństwa²⁰.

Ślady podobnych praktyk odnaleźć można w wielu przysłowiach, które brzmią dzisiaj co najmniej anachronicznie: „Niech dzieci karzą, nie iżeby je zabili, ale z nich co dobrego mogło urósć”; „Rózcęzką Duch Świty dziatęcki bić radzi, rózcęzka bynajmniej zdrowiu nie zawadzi”; „Kogo rodzice nie karzą rózcę, tego kat mieczem karze”; „Nie kocha ten dzięcięcia, kto rózcę oszczędzę, rózcę bowiem przywary złę z dzięci wypędzę”, „Błogóslawione są matki, co za złę karzą swe dziatki”²¹; „Gdy chłop baby nie biję, to jej wątrobę gniję”. Kary cielesne stosowano powszechnie głównie wobec najslabszych – dzięci i kobiet. Nie wdając się we współczesną dyskusję dotyczącą oceny tych praktyk, można stwierdzić, że owo specyficzne zarządzanie bólem czyniło zeń niezwykle funkcjonalne narzędzie. Dawne teorie wychowawcze stworzyły teorię „dobrego” bólu, akcentując jego resocjalizacyjne właściwości.

¹⁹ M. Foucault, *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, tłum. H. Kęszycka, PIW, Warszawa 1987, s. 145.

²⁰ Por. P. Ariès, *Historia dzieciństwa. Dziecko i rodzina w dawnych czasach*, tłum. M. Ochab, Wydawnictwo Marabut, Gdańsk 1995, s. 149-154.

²¹ Por. *Przysłowia i mowy potoczne ludu polskiego w Szlązku*, zebrał Józef Lompa, nakładem i drukiem Wawrzyńca Pizsa, Bochnia 1858 (<https://sbc.org.pl/dlibra/docmetadata?showContent=true&id=6836>).

Najjaskrawiej jednak funkcjonalne zastosowanie bólu manifestowało się w życiu religijnym. Średniowiecze, korzystając ze starotestamentowej egzegezy cierpienia, doprowadziło jego instrumentalizację do ekstremum. Dawna teologia uczyniła z bólu wartość nadrzędną, dostrzegając w nim olbrzymi potencjał ekspiacyjny. Teleologizacja bólu, widoczna w niezliczonych tekstach religijnej proveniencji, nadawała cierpieniu wartość użytkową. Ból miał przypominać grzesznikowi o czekających go nieuchronnie katuszach i mękach, lecz także miał być narzędziem doczesnej pokuty. Dawni kaznodzieje nie szczędzili wysiłku, by rysować możliwie najbardziej przerażającą wizję piekła, odwołując się właśnie do bólu jako środka sprawdzonego i powszechnie znanego. Ta specyficzna teologia strachu²² dotyczyła właściwie całej ówczesnej ikonosfery, niedostatki słowa rekompensowano bowiem sugestywnymi obrazami, dbając każdorazowo o cel najważniejszy – nawrócenie grzesznika.

Oto pochodzący z początku osiemnastego wieku fragment kazania angielskiego prezbiterianina, wielbego Johna Showera: „Słyszeliśmy o pewnych ludziach, którzy znosili łamanie kołem, wrywanie jelit, obdzieranie ze skóry na żywo, masakrowanie stawów, przypalanie ciała, ucieranie w moździerz, rozszarpywanie hakami rzeźnickimi, gotowanie w oleju, pieczenie na rozgrzanych na ogniu rusztach, etc. A jednak wszystko to, nad co należy przedłożyć wszelkie choroby, jak dżuma, kamica, podagra, zadzierzgnięcie, czy cokolwiek można by wymyślić najbardziej dręczącego dla ciała [...] wszystko to szybko przemija [...] w porównaniu z tym gniewem i tym przerażeniem, tą nieskrywaną udręką, jaką potępieni muszą nieuchronnie cierpieć w każdej chwili, bez przerwy w bólach, w piekielnych płomieniach”²³. To fascynujące imaginarium boleści jest doskonałym świadectwem epoki, czytelnym obrazem dawnej pobożności, w której ból był nie tylko głęboko zadomowiony, ale i niezbędny. W rozpowszechnianych przez kilka stuleci wizjach mąk piekielnych chodziło o zwielokrotnienie i wzmoczenie tego wszystkiego, co na co dzień stanowiło źródło cierpienia fizycznego – bez względu na przypisany człowiekowi status społeczny – o „przebicie” okropności i niedogodności życia codziennego, ich jaskrawą kumulację. Tylko taki obraz – jak sądzono – przemówić mógł do ówczesnej wrażliwości.

Postępujący od końca osiemnastego wieku proces sekularyzacji życia społecznego wywarł decydujący wpływ na nową organizację świata – w nim ból

²² Zob. J. D e l u m e a u, *Strach w kulturze Zachodu XIV-XVIII w.*, tłum. A. Szymanowski, Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 1986; t e n ż e, *Grzech i strach. Poczucie winy w kulturze Zachodu XIII-XVIII w.*, tłum. A. Szymanowski, Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 1994.

²³ Cyt. za: Ph.C. A l m o n d, *Za grobem. Historia życia po śmierci*, tłum. A. Kunicka, Wydawnictwo Aletheia, Warszawa 2017, s. 195. Por. J. S h o w e r, *Heaven and Hell: Or the Unchangeable State of Happiness or Misery for All Mankind in Another World*, J. Heptinstall, London 1700, s. 17n.

utracił swą dawną pozycję. Laicyzacja bólu oznaczała w istocie rozpoczęcie procesów zmierzających do zakwestionowania sensu i celowości cierpienia fizycznego. Dawne odczytanie bólu straciło wówczas na atrakcyjności – ból się zdesakralizował.

Uwzględniając powyższe tropy, powróćmy do pytania inicjującego tę część analiz: Czy dawniej bolało tak samo? Czy odporność na ból uległa ewolucji? Można by sądzić, że wraz z gwałtownym rozwojem medycyny i farmakologii dokonały się rewolucyjne wręcz zmiany w kulturze wrażliwości. Wydaje się jednak, że to raczej zmiany w kulturze wrażliwości, których umownym początkiem jest przełom wieków osiemnastego i dziewiętnastego, wywarły olbrzymią presję na przedstawicieli świata medycyny, prowokując i inicjując rewolucję anestetyczną. Człowiek Zachodu nie „wydelikacił się” dopiero po odkryciu eteru, chloroformu i aspiryny – otaczająca go wszechmoc bólu zaczęła budzić jego sprzeciw dużo wcześniej. Podobny pogląd wyraża Alain Corbin: „W XIX stuleciu cała seria czynników przemawia za znieczuleniem, uśmierzaniem bólu i anestezją. Zniknięcie sceny masakry, stosowanie gilotyny, usunięcie rzeźni z widoku publicznego, eliminacja wszystkich scen rozlewu krwi, wyrażana przez niektórych teologów dezaprobatą dla cielesnych udręczeń stwarzają pewien kontekst, który czyni scenę operacji nieznośną. Wzrost praw jednostki, trwoga, jaką budziły – lepiej teraz znane – wskaźniki śmiertelności pooperacyjnej, wzrost konsumpcji, rozwój luksusu, przekształcenie się habitusu powodowane przez nieznanne wcześniej wymogi komfortu, nowy rodzaj dbałości o ciało dają nowe uzasadnienie walce z bólem i pobudzają popyt na anestezję”²⁴. Tak rozumiana rewolucja anestetyczna jest długotrwałym procesem zmierzającym do stopniowego wyeliminowania bólu ze społecznego pejzażu. Wcześniejsze porady i nauki przypominające o ekspiacyjnej i soteriologicznej roli cierpienia fizycznego odchodzą powoli w zapomnienie. Za kulminację tych procesów można uznać wprowadzenie do obiegu handlowego aspiryny w roku 1899. Odtąd dokonuje się niepokonany i wciąż trwający proces medykalizacji bólu.

BÓL DZISIAJ

Wraz z początkiem dwudziestego wieku ból i cierpienie przestały być dla większości ludzi czymś oczywistym i normalnym, a zatem i akceptowalnym. Za wyróżnik współczesnej kultury Zachodu można z powodzeniem uznać niezgodę na ból. Zarówno rozwój poradni leczenia bólu, jak i szereg kampanii społecznych (by wymienić choćby akcję popularyzowaną przez Jerzego

²⁴ Corbin, dz. cyt., s. 247.

Stuhra, niegdyś pacjenta klinik onkologicznych, „Rak wolny od bólu”²⁵), potwierdzają wyraźnie kierunek przemian w zakresie kultury wrażliwości. Co więcej, walka z bólem przybrała charakter zorganizowany, a nawet zinstytucjonalizowany. W tym kontekście niezgoda na jakikolwiek ból jest krańcowym etapem rewolucji anestetycznej, zwiastującej w niedługiej perspektywie ostateczne zwycięstwo. Tak odczytać można główne hasło kampanii walki z bólem: „Bądź wolny od bólu. Bądź reżyserem swojego życia. Nie kłaniaj się bólowi i nie ból się”²⁶. Wizja świata wolnego od bólu stała się wyzwaniem rzuconym całemu społeczeństwu²⁷.

Przedstawiony materiał jaskrawo dowodzi, że współczesne zabiegi „egzorcyzmowania bólu” nie pojawiły się dopiero w erze opieki paliatywnej i hospicyjnej. Rozwój farmakoterapii nie zaczął się zaś w roku 1899, gdy z laboratorium firmy „Bayer” wypuszczono na rynek po dziś dzień najbardziej popularną pigułkę przeciwbólową, aspirynę. Ze zrozumiałych powodów medycyna wykorzystwała potencjał tkwiący w jej pozornej supremacji nad cierpieniem fizycznym, zmieniając nierzadko status lekarza w status cudotwórcy. Odtąd rozpoczęła się nowa era bezkonkurencyjnego panowania lekarzy (technokratów), zwiastująca właściwy początek medykalizacji życia społecznego. Pojawienie się lekarstw przeciwbólowych i ich olbrzymia popularność zrodziły cywilizacyjnie uwarunkowany obsesyjny lęk przed jakimkolwiek rodzajem bólu i cierpienia; współczesną kulturę Zachodu bez wahania można określić mianem „bólófobicznej”. Wydaje się, że rewolucja przemysłowa ustępuje dziś miejsca rewolucji farmakologicznej, a tramal i nowokaina zdają się zaś „przebijać” swoim znaczeniem wszelkie inne wynalazki i odkrycia

Idea wyzwiania człowieka z wszelkiego dyskomfortu fizycznego ma jednak także swoją negatywną stronę, o czym wspomina się już zdecydowanie rzadziej. Konsekwencją „religii leków” jest dramatyczny wzrost wrażliwości na ból. Jednoznacznie sytuację ocenia włoski eseista i poeta Guido Ceronetti: „Odpowiedzią na terapeutyczne ujmowanie ludziom bólu stało się diaboliczne wydelikacenie naszych narządów odczuwania, które w ten okrutny sposób rekompensują nam triumf środków przeciwbólowych, zwycięstwo neurotomii i anestezji”²⁸. Postępująca lawinowo i – jak się wydaje, bez żadnych szans na odwrót – fetyszycacja leków sprawiła, że współczesny człowiek nie jest w stanie wyobrazić sobie najprostszego nawet zabiegu dentystycznego bez znieczulenia (wymownym tego przykładem jest dentofobia oraz coraz częściej stosowane

²⁵ Zob. strona internetowa Koalicji na rzecz Walki z Bólem „Wygrajmy z Bólem” <http://wygrajmyzbolem.pl/rak-wolny-od-bolu-kampania-spoeczna/>.

²⁶ Strona internetowa kampanii „Bądź wolny od bólu”, <https://niebolsie.pl/>.

²⁷ Zob. R. M e l z a c k, P.D. W a l l, *Tajemnica bólu*, tłum. E. Wesołek, Wydawnictwo WAM, Kraków 2006.

²⁸ C e r o n e t t i, dz. cyt., tłum. S. Kasprzyśiak, Oficyna Literacka, Kraków 1995, s. 68n.

znieczulenie przed zastrzykiem, a więc znieczulenie przed znieczuleniem). Warto w tym miejscu przywołać interesującą refleksję Ericha Fromma, który stawia znak równości między tendencją do unikania bólu a skłonnością do wygody i lenistwa: „Wyzwolenie, które przyniosła maszyna, doprowadziło do zrodzenia ideału absolutnego lenistwa, po którym przyszło przerażenie przed jakimkolwiek rzeczywistym wysiłkiem. Dobre życie to życie bez wysiłku. [...] Spokrewniona z doktryną najmniejszego wysiłku jest doktryna unikania bólu. Ma ona również fobiczny charakter i wyraża się w zasadzie unikania w każdych okolicznościach fizycznego, a szczególnie psychicznego cierpienia i bólu. Era nowoczesnego postępu wyznacza sobie jako cel doprowadzenie człowieka do ziemi obiecanej bez bólu. Rzeczywiście ludzie wykształcają w sobie coś w rodzaju fobii przed bólem. Pojęcie bólu ujmowane jest tutaj w najszerszym sensie, również w sensie bolesnego trudu”²⁹. Wysiłek koncernów farmaceutycznych, obliczony na gigantyczny zysk, rewolucjonizuje pojęcia „normy” i „patologii”. Przejawem postępującej medykalizacji życia codziennego stało się tworzenie nowych jednostek nozologicznych i – w konsekwencji – wynajdywanie kolejnych specyfików przynoszących człowiekowi ulgę choćby w urojonych dolegliwościach³⁰.

Zorientowana na konsumpcję i zabawę laicyzująca kultura Zachodu starannie wycisza głos bólu i cierpienia w przestrzeni publicznej. Konsekwencją wykreowania fałszywej wizji świata wolnego od bólu i cierpienia, do niedawna jeszcze konstytutywnych elementów ludzkiej egzystencji, stała się ich marginalizacja. Współczesna kultura Zachodu tabuizuje wszelkie wartości doloryczne. Ból należy przeżywać dyskretnie, w milczeniu. Ciekawie rzecz ujmuje Stefan Chwin: „Należy [...] cierpieć krótko i efektownie. Cierpienie w kreowanym świecie zdrowia, seksualnej wydolności i finansowego sukcesu uchodzi za rzecz «nieładną», jeśli przekracza stosowny limit czasu. Dopuszczalne są tylko widoki bólu sensacyjnego, związanego – jako ostra przyprawa – z życiem skandalicznym. Cały świat kultury masowej brzydzi się przede wszystkim cierpieniem monotonnym. Dopuszczalne są tylko egzystencjalne fajerwerki: efektowne poparzenia, okaleczone przez zbroczeniwa zwłoki, poranione ciała katowanych dzieci. [...] Ujawniony ból, którego znakiem są łzy, jest równie wstydlivy, jak choroba weneryczna”³¹. Ta specyficzna niezgoda na obecność bólu zdradza nieprzygotowanie człowieka na to, co nieuniknione. Podobne tendencje odczytywać dziś można jako skutki laicyzacji bólu, jako namacalne efekty jego desakralizacji. Fizjologiczny opis bólu jest – co

²⁹ E. F r o m m, *O sztuce istnienia. Terapeutyczne aspekty psychoanalizy*, tłum. R. Saciuk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa–Wrocław 2000, s. 37.

³⁰ Zob. A. M i a h, E. R i c h, *The Medicalization of Cyberspace*, Routledge, New York 2008.

³¹ S. C h w i n, *O bólu*, w: *Rozmowy na koniec wieku*, t. 3, red. K. Janowska, P. Mucharski, Wydawnictwo Znak, Kraków 1999, s. 74n.

oczywiste – domeną medycyny, zapis zakłóceń regulacji przepływu impulsów nerwowych i zmian biochemicznych dokonujących się w chwili zapalenia lub podrażnienia nerwu czy organu nie wyczerpuje jednak problemu dolegliwości somatycznych. Medycyna spłaszcza obraz bólu, osadzając go wyłącznie w ciele. Dotknięty cierpieniem człowiek z najwyższym trudem próbuje odgadnąć „sens” własnych cierpień, nierzadko walcząc z poczuciem rozdarcia i zagubienia. Interesujące wnioski można wyciągnąć z doświadczeń amerykańskiego anestezjologa Ronalda W. Dworkina: „Jako lekarz dostrzegałem dziwny spokój, który często bije z twarzy wierzących pacjentów modlących się z siedzącymi przy ich łóżku duchownymi. Wygląda to tak, jakby odrobina radości została pomieszana z ich cierpieniem. Wydaje się, że wyraźnie rozumieją, co dzieje się wokół nich. Nie pytają «dlaczego ja?» ani nie sprawiają wrażenia dotkniętych swą trudną sytuacją. Zamiast dusić się w niezrozumiałej niewoli, wyglądają na zadowolonych i ani trochę niezaskoczonych takim obrotem spraw w ich życiu. W przeciwieństwie do nich niewierzący pacjenci sprawiają wrażenie, jakby nie mogli umiejscowić swego cierpienia w jakimś szerszym kontekście ani wyobrazić sobie jakiegoś wyższego celu swej udręki. Czują się więc bezradni, zagubieni i nieszczęśliwi – jako zaledwie przypadkowe ofiary naturalnych procesów”³². Wydaje się, że odarta z wszelkiej transcendencji świecka kultura niewiele ma choremu do zaoferowania. Informacja o złożonych i bardzo często zupełnie niezależnych od człowieka procesach fizjologicznych nie przynosi spodziewanej pociechy. Bardzo często odnieść można wrażenie, że laicka kultura ma wyraźny problem z konsolacją – tak w obliczu choroby, jak i ostatecznie śmierci.

SPOŁECZNY WYMIAR BÓLU

Problematyka bólu, cierpienia fizycznego i choroby wydaje się przynależać ściśle do tradycji nauk przyrodniczych; stan dysfunkcji somatycznej rozumiany jest przecież jako fenomen biologiczny, nie zaś kulturowy. Tymczasem zaobserwować dziś można w naukach społecznych silny zwrot w stronę cielesności, w tym cielesności dotkniętej cierpieniem, naznaczonej, bolesnej. Od kilku dekad w obszarze studiów kulturowych dokonuje się swoista somatyzacja przedmiotu badań, odbierająca medycynie jej dawny, niekwestionowany wcześniej monopol poznawczy. Refleksja antropologiczna, odrzucając empiryczny wymiar choroby, a raczej dystansując się wobec niego, pozwala spojrzeć na to zjawisko w wymiarze daleko odbiegającym od tradycji nauk przyrodniczych.

³² R. W. D w o r k i n, *Nowa ewangelia zdrowia*, tłum. P. Polak, w: *Socjologia codzienności*, red. P. Sztompka, M. Bogunia-Borowska, Wydawnictwo Znak, Kraków 2008, s. 721n.

Wielu badaczy zgodnie dziś twierdzi, że zarówno sama percepcja bólu, jak i zachowania związane z jego przeżywaniem są silnie ukształtowane przez kontekst socjokulturowy. Stanowisko takie wyrażają między innymi klasycy w tej dziedzinie autorzy Ronald Melzack i Patrick D. Wall: „Kultura, w której zostaliśmy wychowani, odgrywa znaczącą rolę w naszym odczuwaniu i reakcji na ból”³³. Podobne wnioski odnaleźć można w pracy Davida B. Morrisa, według którego ból jest zjawiskiem niezwykle złożonym i nie może zostać zredukowany do poziomu opisu transmisji impulsów nerwowych. „Nasza kultura, współczesny, industrialny, technokratyczny świat Zachodu, wpoily nam z powodzeniem przekonanie, że ból jest prostym, wyłącznie medycznym problemem. Myśląc o bólu, prawie natychmiast wywołujemy obraz obejmujący lekarzy, tabletki, maści, zabiegi chirurgiczne, szpitale, laboratoria i formularze ubezpieczeniowe. [...] Faktem jest jednak, że to kultura, w której żyjemy, i nasze najgłębsze osobiste przekonania przekształcają nasze doświadczenie bólu”³⁴. Ta czytelna krytyka medykalizacji bólu, a w zasadzie medykalizacji całej rzeczywistości społecznej, stanowi wyraz sprzeciwu wobec charakterystycznej dla kultury Zachodu hegemonii biomedycznego modelu interpretacji zjawisk. Morris odwołuje się do założeń postmodernistycznego sposobu rozumienia bólu. W tym ujęciu ból to znacznie więcej niż kwestia wyłącznie medyczna czy sprawa nerwów i neuroprzekaźników, ma on bowiem wymiar historyczny, psychologiczny i kulturowy. Na doświadczanie bólu olbrzymi wpływ – pozytywny bądź negatywny – wywierają związane z nim znaczenia, tworzone przez umysł i kulturę³⁵.

Nowa strategia „czytania” bólu stanowi ważną alternatywę dla modelu scjentyistycznego, wśród ograniczeń którego znajduje się dążenie do absolutnej kontroli nad językiem nozologii. Medyczne klasyfikacje, jakkolwiek niezwykle pomocne w codziennej diagnostyce, narzucają jednocześnie pewną wizję bólu – najczęściej oderwaną od doświadczeń pacjenta. Problem nieprzystawalności dwóch światów, świata chorego i świata lekarza, nie dotyczy – rzecz jasna – wyłącznie kwestii języka. Ból nie jest zewnętrznym wobec chorego impulsem nerwowym, lecz sumą oddziaływania czynników indywidualnych, genetycznych, środowiskowych i – wreszcie – kulturowych.

Opisane w poprzedniej części pracy różnice w odczytywaniu i doświadczaniu bólu wynikały głównie z przyjęcia odmiennej perspektywy historycznokulturowej. Do podobnych wniosków prowadzi jednak również analiza socjologiczna i antropologiczna, skupiona głównie na synchronii: kultura, tak

³³ Melzack, Wall, dz. cyt., s. 31.

³⁴ D.B. Morris, *The Culture of Pain*, University of California Press, Berkeley–Los Angeles–Oxford 1991, s. 7 (tłum. fragm. – M.S.).

³⁵ Por. tenże, *Illness and Culture in the Postmodern Age*, University of California Press, Berkeley–Los Angeles–London 2000, s. 118.

dawna, jak i aktualna, odgrywa znaczącą rolę w przetwarzaniu bodźców bólowych³⁶. Różne społeczeństwa i grupy etniczne odmiennie konceptualizują ból, wyznaczając tym samym różne wzory reakcji nań. Zdaniem Cecila Helmana, brytyjskiego klinicysty i socjologa medycyny, istnieją przynajmniej trzy powody, dla których ból powinien być badany w obszarze nauk społecznych: (1) Nie wszystkie społeczności reagują na ból identycznie. (2) Sposób, w jaki ludzie postrzegają i odczytują ból, zarówno własny, jak i cudzy, jest zdeterminowany czynnikami środowiskowymi i kulturowymi. (3) Sposób, w jaki ludzie komunikują swój ból lekarzom i innym członkom społeczeństwa – i czy w ogóle to czynią – również uzależniony jest od dominujących wzorów kulturowych³⁷.

Spojrzenie takie z pewnością uzasadnia konieczność podjęcia interdyscyplinarnych studiów poświęconych problematyce bólu. Jak wspomniano, percepcja bólu jest zjawiskiem niezwykle złożonym, kształtowanym przez sumę wpływających na każdego człowieka czynników emocjonalnych, poznawczych i kulturowych. Wszelkie próby uniwersalizacji bólu, tak w sensie jednostkowym, jak i społecznym, nie przynoszą spodziewanych rezultatów. Badanie odmienności progów bólowych stanowi prawdziwe wyzwanie dla zachodniej antropologii kulturowej. W dobie nieograniczonej migracji i globalizującej się medycyny zadanie to wydaje się szczególnie istotne. Niezwykła ranga międzykulturowych badań bólu (ang. cross-cultural studies of pain) wynika zatem z bardzo praktycznych względów³⁸.

Początek studiów i analiz poświęconych społecznym kontekstom bólu, w tym przede wszystkim jego etniczemu zróżnicowaniu, sięga lat pięćdziesiątych dwudziestego wieku. Badacze upowszechnili wówczas kategorię różnicujących „progów percepcji bólu” (ang. pain perception threshold), za pomocą której próbowano tłumaczyć odmienności w zakresie doświadczania i werbalizowania stanów bólowych³⁹. Mark Zborowski zwrócił uwagę na fakt,

³⁶ Por. L.C. Callister, *Cultural Influences on Pain Perceptions and Behaviors*, „Home Health Care Management & Practice” 2003, t. 15, nr 3, s. 207.

³⁷ Por. C.G. Helman, *Culture, Health and Illness*, Butterworth–Heinemann, Oxford 1994, s. 179.

³⁸ Zob. M.S. Bates, *Ethnicity and Pain: A Bio-Cultural Model*, „Social Science Medicine” 1987, t. 24, nr 1, s. 47-50; M.S. Bates, W.J. Edwards, K.O. Anderson, *Ethnocultural Influences on Variation in Chronic Pain Perception*, „Pain” 1993, t. 52, nr 1, s. 101-112; S. Nayak, S.C. Shiflett, S. Eshun, F.M. Levine, *Culture and Gender Effects in Pain Beliefs and the Prediction of Pain Tolerance*, „Cross-Cultural Research” 34(2000) nr 2, s. 135-151; C.L. Edwards, R.B. Fillingim, F. Keef, *Race, Ethnicity and Pain*, „Pain” 2001, t. 94, nr 2, s. 133-137.

³⁹ Zob. M. Zborowski, *Cultural Components in Responses to Pain*, „Journal of Social Issues” 8(1952) nr 4, s. 16-30; J.D. Hardy, H.G. Wolff, H. Goodell, *Pain Sensations and Reactions*, Hafner, Baltimore 1952; R.A. Sternbach, B. Turksy, *Ethnic Differences among Housewives in Psychophysical and Skin Potential Responses to Electric Shock*, „Psychophysiology” 1965, t. 1, nr 3, s. 241-246; W.C. Clark, S.B. Clark, *Pain Responses in Nepalese Porters*, „Science” 1980, t. 209, nr 4454, s. 410-412.

że przedstawiciele różnych kultur przyjmują odmienne postawy wobec bólu; dwie z tych postaw określić można jako oczekiwanie na ból (ang. pain expectancy) i akceptację bólu (ang. pain acceptance). Pierwsza dotyczy bólu spodziewanego (oczekiwanego), a jednocześnie możliwego do uniknięcia w danej sytuacji, na przykład w czasie porodu, zawodów sportowych czy w bitwie. Druga postawa odnosi się zaś do takich sytuacji społecznych, w których ból jest nieunikniony, a także konieczny (a zatem akceptowalny), na przykład w rytuałach inicjacyjnych. Badania Zborowskiego dotyczyły znajdujących się w nowojorskim szpitalu przedstawicieli czterech grup etniczno-kulturowych: Żydów, Włochów, Irlandczyków i „starych Amerykanów” (ang. old Americans), u których lekarze odnotowali uderzające różnice w reakcjach na ból. Wyniki tych badań, krytykowane później za rażące uproszczenia, wskazywały, że Włosi i Żydzi przejawiają znaczące tendencje do wyolbrzymiania własnych dolegliwości bólowych (niski próg tolerancji), podczas gdy Irlandczycy wykazują się stoickim wręcz hartem ducha, a „starzy Amerykanie” podchodzą do bólu w sposób możliwie bezemocjonalny⁴⁰. Autorzy bardziej aktualnych raportów odchodzą od przyjętej przez Zborowskiego metody radykalnego socjologizmu na rzecz szerszej, wieloaspektowej perspektywy.

Społeczne i etniczne zróżnicowanie progów bólowych można by uzupełnić analizą ról społecznych, zwracając uwagę na dalsze odmienności w doświadczaniu bólu w zależności od wykonywanej profesji. Oczekiwać można, że tolerancja na ból będzie znacznie wyższa wśród żołnierzy, strażaków czy sportowców niż wśród urzędników, artystów czy nauczycieli. Wykonywany zawód czy pochodzenie społeczne nie przesądzają o poziomie wrażliwości na ból, ale stanowią jeden z czynników wartych uwzględnienia i odnotowania.

Dość powszechne, by nie rzec uniwersalne, jest również silne przekonanie starszej generacji o „wydelikaceniu” generacji młodszej. U źródeł takiego poglądu leży nade wszystko skłonność do idealizowania tego, co minione. Gotowość do odważnego znoszenia bólu należałoby tu rozumieć jako zaletę i oznakę „wyższości” dawnych pokoleń. Obraz przeszłości zbudowany na wizji trudnych i niesprzyjających warunków życia automatycznie ukazuje współczesność jako epokę wygody i wszelkiego komfortu. Po raz kolejny podatność na działanie bólu okazuje się kategorią niezwykle funkcjonalną, tworząc znaczące opozycje – w tym przypadku siły i „mięczakowatości”.

Kluczowa okazuje się ponownie waloryzacja bólu i cierpienia, traktowanych w wielu społecznościach jako doskonały sprawdzian dojrzałości i męstwa. Imperatyw pokornego i cichego znoszenia stanów fizycznego zamętu wyróżnia wiele wspólnot i grup etnicznych, wśród których głośne uskarżanie się jest nie tylko nieakceptowalne, ale i budzi powszechne drwiny. Nieokazywanie lęku

⁴⁰ Zob. Z b o r o w s k i, dz. cyt.

przed bólem, swoista odporność na jego doświadczanie były cenioną wartością wielu społeczności. Poczynając od kultury Spartan, w istotę męskości wpisana została właśnie umiejętność radzenia sobie z bólem. Najważniejszymi cechami ethosu rycerskiego są przecież męstwo i odwaga, rozumiane jako wykształcona zdolność przezwycięzania słabości ciała – bólu, doświadczanego zarówno na placu boju, jak i w trakcie wyniszczających ćwiczeń. Skarżyć się na ból znaczyło uragać godności własnego stanu. W ten sposób różnice odporności na ból ustanawiały hierarchię społeczną.

Znamienne, że spektakl zadawania bólu wiąże się także z rytuałami inicjacji; w wielu kulturach społeczna inkluzja przypieczetowana zostaje całym arsenałem tortur. Ból staje się częścią rytuału – w tym sensie można zasadnie mówić o jego pozytywnym charakterze. Funkcjonalna wartość znoszenia zadawanego bólu, będąca potwierdzeniem męstwa i odwagi, złączona zostaje w procesie rytuałów z wartością symboliczną – ból bowiem oczyszcza. Ta podwójna wartość bólu, scalająca jednocześnie jego dwa wymiary, fizyczny i symboliczny, przesądza o „atrakcyjności” wszelkich stanów dolorycznych.

Z drugiej strony trudno nie zauważyć, że obecnie coraz częściej wygrywa tendencja do swobodnej i niczym nieograniczonej ekspresji bólu. Publiczne eksponowanie niemocy fizycznej może stanowić źródło satysfakcji. Licytowanie się, kto jest poważniej chory i kto bardziej cierpi, przybrało współcześnie rozmiary „igrzysk niemocy”. Rozwój literackich gatunków konfesyjnych i stale rosnąca liczba (i popularność) programów typu talk show wymownie wskazują kierunek zmian. Nie ulega jednak wątpliwości, że to k u l t u r a określa kod i siłę brzmienia wypowiedzianej skargi.

Warto także, choćby tylko sygnalizując problem, odwołać się do różnic w doświadczaniu i wyrażaniu bólu związanych z płcią. W europejskim kręgu kulturowym bycie mężczyzną związane było od najdawniejszych czasów z umiejętnością znoszenia bólu – a także jego zadawania. Pogląd ten potwierdza David Morris: „Ból w kulturze męskiej stanowi nieodzowny test odwagi i męstwa (*machismo*). Jeśli jesteś mężczyzną, musisz być twardy; jeśli jesteś twardy, musisz być w stanie wytrzymać ból. Musisz także umieć go zadać, szczególnie kobietom”⁴¹. Męskiej erupcji brutalności przeciwstawiany był obraz słabości kobiety – istoty wciąż na wpół omdlałej i z pewnością niezdolnej do znoszenia wysiłku fizycznego⁴². Paradoksalnie, dziś powszechnie uważa się, że próg odporności na ból jest wyższy właśnie u kobiet, że potrafią one – zapewne ze względu na biologiczne przeznaczenie – znieść dużo więcej niż mężczyźni. Zdaniem Fernanda Cervera zarówno sposób doświadczania

⁴¹ M o r r i s, *The Culture of Pain*, s. 181 (tłum. fragm. – M.S.).

⁴² Taki obraz kobiety dominuje od początku wieku dziewiętnastego, wyznaczając późniejsze wzory zachowań „przyzwoitych” pań.

bólu przez kobiety i mężczyzn, jak też ich poziom wrażliwości na analgetyki znacząco się różnią. Ból charakterystyczny dla mężczyzn (ang. male-specific pain) to ból występujący stosunkowo rzadko i związany z chorobami, głównie prostaty, jąder i penisa, podczas gdy ból typowo doświadczany przez kobiety (ang. female-specific pain) stanowi nieuniknioną część ich życia, niezwiązaną z żadną dysfunkcją somatyczną⁴³.

*

W eseju z roku 1925 Virginia Woolf pisze: „Angielszczyzna, która potrafi wyrazić rozmyślenia Hamleta i tragedię Leara, nie ma słów by oddać dreszcze i ból głowy. Wszystko poszło w jedną stronę. Byłe dziewczęciu, które się zakocha, z pomocą przy wyrażaniu ducha śpieszą Shakespeare czy Keats, ale niech no ktoś cierpiący spróbuje opisać doktorowi ból głowy – zasoby języka zaraz się wyczerpują. Nie mamy do dyspozycji niczego gotowego. Człowiek musi sam tworzyć słowa, brać w jedną rękę własny ból, a w drugą – bryłkę czystego dźwięku (czymś takim przypuszczalnie zajmowali się z początku budowniczo wieży Babel), zgnieść je w jedną masę, by w efekcie uzyskać zupełnie nowy wyraz”⁴⁴.

Mistrzini słowa przyznaje, że jest ono ograniczone, a nawet ułomne: zdarzają się sytuacje, w których s ł o w o o p u s z c z a c z ł o w i e k a. Ponad wszelką wątpliwość należy do nich ludzkie cierpienie. Ból i choroba niejako tworzą odrębny wszechświat, w którym tradycyjne, oswojone i zadomowione słowa zawodzą. Elementarną cechą doświadczenia bólu jest jego intymny, w najwyższym stopniu subiektywny charakter. Liryzm cierpienia fizycznego ma swoje źródło przede wszystkim w nieprzekładalności tego doświadczenia. Naukowe, literackie czy religijne konceptualizacje bólu pozostają wyłącznie próbami uporządkowania nowej – naznaczonej fizycznym cierpieniem – rzeczywistości. Jak bowiem przełożyć ból na słowa – bezbolesne w swej istocie? Warto odwołać się do słów Małgorzaty Baranowskiej, poetki od wielu lat zmagającej się z przewlekłym bólem: „Pytanie, czy wszystkie stany odczuwane przez człowieka duchowo i zmysłowo są naprawdę wyrażalne. Jako humanistka i poetka uważam, że tak. Jako człowieka trapią mnie w tej sprawie poważne wątpliwości. [...]. Nie ma żadnego sposobu, by przekazać ból, jego natężenie i spustoszenie, jakie czyni, działając w ciągu dłuższego czasu”⁴⁵.

⁴³ Por. Cervero, dz. cyt., s. 143.

⁴⁴ V. Woolf, *O chorowaniu*, tłum. M. Heydel, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec 2010, s. 31n.

⁴⁵ M. Baranowska, *To jest wasze życie. Być sobą w chorobie przewlekłej*, Wydawnictwo Znak, Kraków 1994, s. 84.

Nieprzekładalność i niewyraźność bólu stanowi olbrzymie obciążenie psychiczne dla chorych, tworząc dodatkową, trudną do uniknięcia barierę. Medyczne klasyfikacje bólu tworzą iluzję nazwania tego, co wymyka się słowu – przedstawiają możliwość „wyboru” określenia bólu jako na przykład tępego, ostrego, rwącego, piekącego czy uciskającego. Człowiekowi zdrowemu taki katalog wydaje się sensowny i wystarczający, choremu – nie. Co kryje się za tymi określeniami? Czy jeśli dwie osoby określą swój ból jako „rwący”, będzie to oznaczać, że czują taki sam ból? Według Morrisa sytuacja jest jasna: „Niewygodną i wypieraną prawdą jest fakt, że lekarze wiedzą o bólu znacznie mniej, niż większość pacjentów”⁴⁶. Specyfika języka bólu wyraża się bardziej w gestach i grymasach, w języku ciała, najbardziej doświadczanego przez ból. Zaciśnięte pięści i usta mówią więcej niż cały katalog słów.

Świat ludzki jest światem bólogennym – i taki najprawdopodobniej pozostanie. Jednocześnie ból to jedyna rzeczywistość w życiu człowieka, której nie można zaakceptować. Dlatego poddajemy ból racjonalizacji, funkcjonalizacji i metaforyzacji; dlatego też udajemy, że mamy nad nim władzę. Równoległe do medycznej walki z bólem istnieje od niepamiętnych czasów kulturowa anestezjologia. W „uśmierzaniu” bólu wyspecjalizowały się wielkie systemy religijne. Przejmujące poczucie utraty bezpieczeństwa i kontroli nad sobą, towarzyszące tak często chorobie przewlekłej, neutralizowane jest wizją metafizycznej celowości. Ból ubrany w mit nie dotyka już z taką samą siłą.

⁴⁶ Morris, *The Culture of Pain*, dz. cyt., s. 21.