

HOMINI DOLOROSI: ЦЕЛА Ў ПОШУКАХ ПРАМАЎЛЕННЯ

Вольга Гапеева¹

Abstract

Understanding and treatment of the person is defined by the current scientific paradigm for which the individual is an object, subdued to the law of binary opposition. His/her normality and adequateness is determined by how well he/she reproduces that variant of reality that is considered to be established and generally accepted. Medicine, being the institute of power, constantly exercise control over bodies of individuals, carrying out its controlling and punitive functions. The process of medicalization and transformation of physical bodies into social bodies depends on such factors as gender, race, class and financial preferences of institutes of health care and pharmaceutical corporations. The phenomenon of self-mutilation (body modifications) when being caught by the medical eye is pathologized and mythologized in accordance with patriarchal order. The right for pain or pain relief also get under the medical control while the body, detached from *ratio* tries to speak itself up though the relevant signifiers.

Keywords: medicalization, social body, self-mutilation (delicate cutters), doctor-patient communication, pain, the language of pain.

Згодна з ньютанаўскай канцэпцыяй, наш свет – гэта механістычны сусвет з цвёрдай матэрыі, пасіўны і нязменны, з трохмернай прасторай класічнай эўклідавай геаметрыі, дзе ўсё складаецца з ланцуга ўзаемазалежных прычынаў і вынікаў, што дае магчымасць прадказваць будучыню і рэканструяваць мінулае. Парадокс заключаецца аднак ў тым, што гэтага амаль ніколі не здараецца.² Апрыёрнасць органаў пачуццяў выступае ключавым прынцыпам у механістычным свеце, згодна з якім

«асобныя арганізмы – гэта, па-сутнасці, адасобленыя сістэмы, якія камунікуюць з навакольным светам і адно з адным выключна пры дапамозе органаў пачуццяў»³.

Адпаведна, новая інфармацыя паступае да індывіда так-сама шляхам сенсорнага ўспрыняцця. С. Гроф піша, што наву-

¹ Вольга Гапеева – лінгвіст, магістр сацыялогіі, выкладчык Мінскага дзяржаўнага лінгвістычнага ўніверсітэта (г. Мінск, Беларусь).

² Grof S. *Beyond the Brain. Birth, Death, and Transcendence in Psychotherapy*. State University of New York Press, 1985. P. 19.

³ Crof, op. cit., p. 22.

ковая парадыгма сённяяшняга дня аспрэчвае ўсё, што не ўпісваецца ў сістэму каардынатаў ньютанаўска-картэзіянскай мадэлі, і прылічае яго да «псіхозу». Сучасная псіхіятрычная тэорыя «не можа адекватна ацаніць той вялікі шэраг феноменаў, якія ляжаць па-за мяжой падсвядомага (напрыклад, перынатальны і трасперсанальны досвед).⁴ Рэальнасць павінна апісвацца індывідам так, каб яна адпавядала агульнапрынятай карціне свету, інакш ментальнае здароўе і *нармальнасць* індывіда будуць пастаўленыя пад сумнеў. Гэта можа стаць нагодай для дыягназавання хваробы і ператварыцца ў сімptom. Таму галоўнай задачай псіхіятраў мусіць стаць «вызваленне» асобы ад гэтых сімптомаў («станаў змененай свядомасці») і вяртанне яе да агульнапрынятага ўспрыняцця свету.⁵ Аднак з той прычыны, што дыягностыка псіхозу неразрыўна павязана з вызначэннем рэальнасці, яна абавязкова зменіцца, як толькі зменіцца навуковая парадыгма і, адпаведна, дэфініцыя рэальнасці.

Картэзіянскі падзел на цела і душу – яшчэ адзін істотны элемент у сучаснай навуковай карціне свету. Яно знаходзіць сваё адлюстраванне ў медычнай практыцы пры ўзаемадзеянні доктара і пацыента. Так, да прыкладу, фігура псіхааналітыка (у фрэйдысцкім варыянце) павінна ўяўляць «аб'ектыўнага» назіральніка, такога, які не каментуе, не рэагуе, не адказвае на пытанні, не мае цялеснага кантакту і часта нават не бачны. У еўрапейскім кантэксце існуе нават падзел хваробаў на фізічныя і душэўныя, у той час як большасць *не-заходніх* медычных сістэм не вылучае «псіхічныя хваробы» ў асобную катэгорыю.

«Племя авандэ з паўднёвага Судана ставіцца да псіхічных хвароб у значнай меры так, як да малярыі ці воспы: зыходнай прычынай іх усіх лічыцца чараўніцтва».⁶

Класічная філасофія разглядала працэс спазнання аб'ектыўных законаў прыроды як рэалізацыю пэўных універсальных пазнавальных здольнасцей, ставячы ў аснову асноў *ratio*. Суб'ект, які «думае і, адпаведна, існуе», вызначае парадыгму падыходаў. Р. Дэкарт не аддзяліў розум ад цела (гэта было і да яго), ён супрацьпаставіў розум прыродзе і ўказаў на ягоную вядучую пазіцыю.⁷ Цела ж было суаднесена з прыродным, а таму лічылася другасным у адносінах да розуму. Такі дуалізм выключае магчымасць раўнапраўнага ўзаемадзеяння, бо прывілеяванасць аднаго элемента атрымліваецца за кошт прыніжэння важнасці другога. Панаванне картэзіянскай трактоўкі розуму хоць і было маштабным, узнікала ідэі, якія спрабавалі ёй супрацьстаяць. Да прыкладу, Спіноза казаў пра існаванне адзінай абсалютнай субстанцыі. Працы

⁴ Crof, op. cit., p. 24.

⁵ Ibid., p. 25.

⁶ Говард М. *Сучасная культурная антрапалогія*. Мінск: Тэхналогія, 1995. С. 386.

⁷ Гросс Э. *Изменяя очертания тела // Введение в гендерные исследования*. Харьков: ХЦГИ; СПб.: Алетей, 2001. С. 603.

Спінозы з ягоным разуменнем цела не як механістычнай абалонкі паўздзейнічалі на працы наступных філосафаў, такіх як Л. Альцюсэр, М. Фуко, Ж. Дэлёз, Ж. Дэрэда і Л. Рыгарэ.⁸

Адзеленае цела далей трапляе ў жорнаў сацыяльных практык, якія прадуюць сацыяльныя целы на працягу жыцця і да смерці і, нават, пасля яе. Такімі «фактарамі пераводу» цела фізічнага ў цела сацыяльнае выступаюць гендар, узрост, раса і г. д.⁹ Хвароба таксама сацыяльна-сканструяваны феномен, і менавіта таму адзін набор сімптомаў *становіцца* хваробай, якую трэба лекаваць, а другі ігнаруецца. Больш за тое, медыкалізацыя даволі моцна ўкараненая ў фінансавыя структуры аховы здароўя. Можна ўзгадаць серыю мультсерыяла *South Park*¹⁰, дзе ў даволі здэклівай, але трапнай манеры аўтары ілюструюць сітуацыю, якая склалася на сённяшні дзень. Картман (адзін з герояў) зараджаецца СНІДам у лякарні, аднак як ён не спрабуе, увагі гэта не прыцягвае. Прычыну тлумачыць афіцыянтка на дабрачынным канцэрце, арганізаваным для збору грошаў на лекаванне Картмана, аказваецца, хварэць на СНІД стала *не модна* (гэта было модным ў 1980–90-я гг.) – цяпер на піку папулярнасці рак. Сарказм заключаецца яшчэ ў тым, што ў канцы серыі героі знаходзяць лек ад СНІДу: ін'екцыя з перацёртых у парашок 180 тысяч даляраў. Гэта добра ілюструе наяўнасць яшчэ адной іерархіі – іерархіі хваробаў. Яны могуць быць шляхетнымі і ганебнымі, «моднымі» і трывіяльнымі. Тыя, ад якіх паміраць вы-сакародна, і тыя, пра існаванне якіх сорамна прызнацца. З аднаго боку, гэта вінералагічныя захворванні, або тыя, што звязаны з палавымі органамі так званыя «нізкія» хваробы: гемарой, запаленне прастаты, цыроз пячонкі (часта ён выкліканы адпаведным ладам жыцця, які асуджаецца соцыумам), з іншага боку – хваробы сэрца, лёгкіх ці нейкія рэдкія захворванні. Калі звярнуцца да медычных вызначэнняў, сімптом – гэта прымета хваробы, а сіндром – шэраг сімптомаў, абумоўленых адным патагенезам.¹¹ Эпанімізацыя даволі часта сустракаецца ў назвах сімптомаў і сіндромаў, гэта можа быць прозвішча доктара, які першым апісаў хваробу, ці імя пацыента, ці назва мясцовасці. Але ёсць і такія, пра сутнасць якіх па адной назве здагадацца цяжка, напрыклад сіндром херувізма¹² ці сіндром шчаслівай марыянеткі¹³.

⁸ Гросс, указ. соч., с. 607.

⁹ Lorber J., Moore I.J. *Gender and the social construction of illness*. New York: AltaMira Press, 2002. P. 5.

¹⁰ Маецца на ўвазе першая серыя 12-га сезону *Tonsils Trouble* (*Праблемы з гландамі*).

¹¹ Лазовскис И.Р. *Справочник клинических симптомов и синдромов*. М.: Медицина, 1981. С. 9.

¹² Сіндром херувімападобнага твару – бластаматоз сківіцы ў дзяцей, пры якім у спакойным стане позірк скіраваны троху ўгару, што нагадвае анёла, які моліцца.

¹³ Генетычная анамалія, затрымка псіхічнага развіцця, для якога характэрны хаатычныя рухі канечнасцяў, часты смех.

Перагляд класічнага суб'екта дазваляе зняць дыхатамію «розум-цела», што ў сваю чаргу дапамагае лепей зразумець сутнасць іерархічнай сістэмы, выбудаванай на ўласных адносінах, дзе адна пазіцыя лічыцца станоўчай, у той час як іншая маркіруецца як негатыўныя і набывае характар паталогіі. Прыкладам такога кантролю і панавання могуць таксама службыць навуковыя і папулярныя міфы, ствараемыя акурат з мэтай падпарадкоўваць і валодаць. Нягледзячы на некаторыя спробы змяніць прыроду даследаванняў самапашкоджанняў, мадэль, якую развівалі псіхіятры дзесяцігоддзі таму і стваралі паводле пэўных сацыяльных забабонаў, што паталагізавалі жаночае цела, працягвае валадарыць у навуковым і папулярным дыскурсах.

Самакалецтва (членашкодніцтва) – шырокі тэрмін, які аб'ядноўвае складаную групу паводзінаў, праявамі якой служаць пашкоджанні ўласных тканкаў. Яно ўключае драпанне, прапальванне, рэзанне скуры, выдзіранне валасоў, ламанне костак, ампутацыю, вочную энуклеацыю і г. д. У псіхіятрыі пацыенты, якія наносаць сабе самапашкоджанні, вынесены ў асобную групу. Медыкалізацыя цела працуе, у першую чаргу, на стварэнне навуковага і медычнага ацэньвання пэўных паводзін як здаровых ці хворых, якія потым атрымліваюць пэўныя цэтлікі і кантраляюцца як дэвіянтныя, тыя, што пагражаюць сацыяльнай норме. Так, напрыклад, медычны дыкурс «далікатнага» рэзання паталагізуе жаночае цела, абапіраючыся на ўяўленне пра «жаночае як хваробу».¹⁴

У 1960 г. дактары Д. Офер і П. Барглоў у артыкуле, апублікаваным у *Архівах агульнай псіхіятрыі*, абнародавалі факт пра незвычайна высокі ўзровень самапашкоджанняў сярод душэўнахворых пацыентаў. Праз год іншы доктар Пін-Ні Пао звярнуў увагу на колькаснае суаднясенне мужчын і жанчын, якія практыкавалі такія дзеянні. Пао выдзяляе два тыпы: «грубых» катэраў, якія рэжуць сябе глыбока і блізка да жыццёваважных органаў, і «далікатных», якія робяць паверхневыя парэзы. З 32 чалавек 27 адносіліся да далікатнага тыпу, і 23 з іх былі жанчынамі. Розніца паміж паламі перайшла ў медычны дыкурс пры апісанні сімптоматыкі і прычын «захворвання». Згодна з такім падыходам самапарэзы – гэта «інфантальнае прымітыўнае дзеянне, якое выконваецца тымі, хто адмаўляе адказнасць і не можа выказаць сябе ў цывілізаванай манеры (такой як, напрыклад, маўленне)».¹⁵ Першы псіхалагічны партрэт «далікатнага» катэра быў створаны ў канцы 1960–1970 гг. – гэта была белая дзяўчына-падлетак, прывабнай знешнасці, якая жыла ў прыгарадзе.

Медычны дыкурс спарадзіў падвойную паталогію: маці, якая працуе, і дачка, якая сябе рэжа, выкарыстоўваючы такія міфы жаночага, як пасіўнасць, мазахізм, прымітыўнасць, вытанчанасць. Жанчына-маці абвінавачвалася ў тым, што ўдзяляла мала часу

¹⁴ Brickman B.J. 'Delicate' Cutters: Gendered Self-mutilation and Attractive Flesh in Medical Discourse // *Body & Society*. 2004. Vol. 0(4). P. 10.

¹⁵ *Ibid.*, p. 10.

сваёй дачцэ, у выніку ў падлетка фармавалася пачуццё агрэсіі, якое пад уздзеяннем грамадскіх нормаў (згодна з якімі дзяўчына не павінна быць грубай і шкодзіць навакольным) трансфармавалася ў аўтаагрэсію. Варта адзначыць, што гэта быў час другой хвалі фемінізму, калі жанчыны змагаліся за свае правы і імкнуліся да сацыяльнага раўнапраўя. Зразумела, што такая віктымізацыя магла прымусіць некаторых жанчын «вярнуцца» ў сям'ю і займацца «жаночай справай». Згодна з іншым падыходам, цялесныя мадыфікацыі з'яўляюцца праявай не пасіўнасці і слабасці індывіда а ягонай/ейнай актыўнай пазіцыі ў дачыненні да ўласнага цела і незалежнасці ў прыняцці рашэнняў, бо такога кшталту практыка прадугледжвае высокі ўзровень аўтаномнасці суб'екта, які можа самастойна распараджацца ўласным целам паводле свайго меркавання.

СМІ граюць не апошнюю ролю ў фармаванні дыскурсу і грамадскай думкі. Даследаванні В. Пітс, праведзенае на прыкладзе 35 газетных артыкулаў па праблемах цялесных мадыфікацый з 1993 па 1998 гг., выявіла, што значная частка з іх прадстаўляюць цялесную мадыфікацыю як сацыяльную праблему. Найбольш часта закраналася пытанне наконт псіхічнага стану індывіда, які займаўся самапашкоджаннем. У палове артыкулаў ствараўся вобраз чалавека, які мае пэўныя праблемы з псіхічным здароўем. В. Пітс указвае на той факт, што «апісваючы цялесныя мадыфікацыя, якія робяцца жанчынамі і мужчынамі, аўтары схільныя апраўдваць або прымаць хоць неяк дзеянні мужчын, але не жанчын. Так, прафесар аднаго ўніверсітэта піша пра некаторыя цэрыманіяльныя дзеянні студэнцкага братэрства:

«Гэта здаецца мне варварскім, але ў той жа час даказвае адданасць і што ты – “сапраўдны мужчына”, дзіўна, але нідзе ў артыкуле я не знайшла такога стаўлення да жаночых цялесных мадыфікацый»¹⁶.

На базе праведзеных даследаванняў (Фаваца і Разэнталь)¹⁷ была зроблена спроба класіфікацыі практык самакалецтва па ступені пашкоджання і мадэлі паводзінаў. Было вылучана тры тыпы. Першы асацыюецца з найбольшымі псіхалагічнымі разладжаннямі, другі – гэта вынік захворвання, якое правакуе паўторныя і бессвядомыя пашкоджанні. Людзі, што адносяцца да трэцяга тыпу, рэжучь сябе для зняцця псіхалагічнага стрэсу і крызісу. Медычнае тлумачэнне самапашкоджанняў зводзіцца да трох тыпаў матывацый: (1) біялагічная, якая звязана з рэчывамі, якія выпрацоўваюцца ў арганізме (дапамін, эндарфін); (2) сацыяльная, напрыклад, самакалецтвы жаўнераў, якія не хацелі служыць у войску; (3) псіхалагічная, такія, як спроба правесці мяжу з эга, механізм барацьбы з сексуальнымі канфліктамі.

¹⁶ Pitts V. Body Modification, Self-Mutilation and Agency in Media Accounts of a Subculture // *Body and Society*. 1999. № 5. P. 298.

¹⁷ Гл.: http://wso.williams.edu/~atimofey/self_mutilation/References/index.html.

Выкарыстоўваючы фукіянскую крытыку інстытутаў улады, можна меркаваць, што прыведзеныя канцэпцыі і тэорыі працуюць на падтрыманне ўпісанасці практыкаў самапашкоджанняў у медычны дыскурс. Дэталёвае апісанне псіхалагічных механізмаў або сацыяльных умоў жыцця, вызначэнне групаў людзей як больш ці менш схільных да самакалецтва – усё гэта працуе на падпарадкаванне індывіда сістэме ўлады.

«Дзякуючы медыкалізацыі, нармалізацыі ўдаецца атрымаць свайго кшталту іерархію больш ці менш здатных індывідаў: тых, хто выконвае пэўную норму; тых, хто адхіляецца ад яе; тых, каго можна выправіць; тых, каго нельга выправіць; тых, для каго варта ўжываць іншыя сродкі. Аналіз індывідаў такога кшталту на прадмет іх нармальнасці з’яўляецца адным са значных сродкаў улады ў сучасным грамадстве».¹⁸

Фукіянская мадэль працуе спраўна ў сённяшнім беларускім грамадстве. Для параўнання – дактары ў дзяржаўных установах, якія працуюць па прынцыпе паноптыкума, не выдаюць інфармацыі, яны рэдка размаўляюць з пацыентам пра дыягназ і само захворванне і не тлумачаць механізм працякання хваробы ці яе лекавання. Пацыент – гэта аб’ект і нічога больш. У той жа час прыватная сфера медычных паслуг працуе іначай. Нават ёсць розніца ў намінацыі індывіда, якога лякуюць: там ён/яна – пацыент, тут – кліент, якому тлумачаць усе тонкасці.

Працэс камунікацыі доктара і пацыента прымушае задумацца, як яна (камунікацыя) робіцца магчымай. Апісанне сваіх адчуванняў становіцца непасільнай задачай. Доктар націскае на хворае месца і пытаецца *ці баліць? ці баліць так жа, як раней? ці баліць больш/менш у параўнанні з іншым месцам?* – усё гэтыя пытанні даюцца няпроста, індывід пачынае прыслухоўвацца да свайго цела і ў момант фармулявання вербальнай канструкцыі запінаецца, бо не мае ўпэўненасці ў тым, што гэтыя словы і канструкцыі адпавядаюць уласным адчуванням. Працэс падобны да вывучэння замежнай мовы, калі на самым пачатку катастрафічна не хапае словаў, каб апісаць складаныя рэчы (набор эмоцый) ці данесці філасофскія разважанні, і даводзіцца задавальвацца тым, што маеш (звычайна гэта словы: *добра, кепска, мала, шмат*). З іншага боку, дактарам гэтага і трэба. Калі пацыент прапануе «залішняю інфармацыю» ў адказ на медычна з’арыентаваныя пытанні, «доктар спрабуе пазбегнуць сацыяльных, маральных і экзістэнцыйных момантаў, якія закранаюць пацыента»¹⁹. Калі пацыент вырашыць ужыць не трывіяльную (уласную) метафару для апісання болю, яму/ёй адразу ж будзе прапанаваны на выбар стандартны набор, якім апісваюць боль медыкі:

¹⁸ Фуко М. *Інтэлектуалы і ўладзь: Ізбранныя палітычныя стацьі, выступленьня і інтэрв’ю*. Ч. 3. М.: Праксіс, 2002. С. 15.

¹⁹ Heritage J., Maynard D.M. Introduction: Analyzing interaction between doctors and patients in primary care encounters // *Communication in Medical Care. Interaction between Primary Care Physicians and Patients*. Cambridge University Press, 2006. P. 6.

тупы, востры, ньючы і яшчэ некалькі прыметнікаў. Як вынік можна канстатаваць дзве праблемы: (1) няўменне апісваць уласныя адчуванні, якое выклікана адсутнасцю камунікацыі з уласным целам і звычкі «размаўляць» з ім; (2) недарэчнасць нетрывіяльных (аўтарскіх) метафар і апісанняў у медычным дыскурсе, які жорстка структураваны і працуе па прынцыпе тэсту (можна выбіраць толькі з таго, што прапануецца).

Боль з'яўляецца ўніверсальным феноменам для чалавецтва, хаця няма статыстычна пацверджаных дадзеных, што ва ўсіх мовах свету існуе лексема для абазначэння болю. Этымалагічна слова *боль* з'яўляецца агульнаславянскім і ўзыходзіць да індаеўрапейскай базы, дзе яно азначае «зло, няшчасце». І хоць ён універсальны, няма нічога больш суб'ектыўнага за боль. Кожны чалавек адчувае і пераносіць яго індывідуальна. Тое, што баліць адному, не абавязкова будзе шкодзіць іншаму. Болевы парог індывідуальны, і нават у аднаго чалавека можа мяняцца ў залежнасці ад розных фактараў. Аднак суб'ектыўнасць болю павінна ствараць перашкоду на шляху да сваёй рэфэрэнцыі. Гэта праблема закранаецца Вітгенштэйнам у сувязі з разглядам *прыватнай мовы*. Так як боль з'яўляецца суб'ектыўным і індывідуальным, ніколі нельга з упэўненасцю сказаць, што іншы адчувае боль, можна гэта толькі дапускаць.

«У мяне ёсць схільнасць сказаць, што толькі маё ўспрыманне з'яўляецца аўтэнтычным: “Я ведаю, што я бачу, чую, адчуваю боль і г. д., але нехта іншы. Гэтага я не магу ведаць, таму што я – гэта я, а ён – гэта ён”».²⁰

Другой праблемай выступае мажлівасць змерыць боль. У адрозненні ад тэмпературы цела, якую можна вызначыць паставіўшы тэрмометр, узровень болю выявіць куды больш складана, а дакладней немагчыма. Усе паказчыкі болю – гэта прызнанні пацыента. Ключавую ролю тут грае вербалізацыя і ўменне апісаць свае адчуванні (часта пажадана ў адпаведнасці з прынятымі формуламі ў медычным дыскурсе). Вербалізацыя болю культурна-рэlevantная (розныя мовы ўжываюць розныя параўнанні і метафары). Так нігерыйцы, апісваючы боль, могуць сказаць «быццам перцу насыпалі ў галаву»²¹. Апытальнік болю МакГіла (1975) уключае ў сябе лічбавую шкалу інтэнсіўнасці болю, набор словаў, якія апісваюць боль, і графічнага прадстаўлення месца болю на целе. Пацыентам прапануюць выбраць з 20 груп прыметнікаў той, які лепш апісвае іхні боль.²²

²⁰ Витгенштейн Л. *Избранные работы*. М.: «Территория будущего», 2005. С. 387.

²¹ DelVecchio Good M., Brodwin P., Byron J. *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective (Comparative Studies of Health Systems and Medical Care)*. University of California Press, 1994. P. 2.

²² Strong J., Unruh A., Wright A., Baxter D. *Pain: A Textbook for Therapists*. United Kingdom: Churchill Livingstone, 2002. P. 131.

Існуе некалькі класіфікацый болю. Згодна з адной, боль можа быць фізічным (нацыцэптыўным), калі відавочныя пашкоджанні; нейрапатычным (не абавязкова мае фізічную прычыну) і ментальным ці душэўным (перамяжаецца з псіхіятрычнымі станамі дэпрэсіі, якая ў сваю чагу таксама можа быць выклікала псіхасацыяльнымі фактарамі (умовы жыцця) і біяхімічнымі (узровень сератаніна і інш.). З іншага боку, боль можна падзяліць на: востры, хранічны, фантомны, аналгезію (поўную нечулівасць да болю) і празмернае адчуванне болю. Біялагічна боль з'яўляецца папярэджаннем, ён кажа пра тое, што нешта функцыянуе не так, або паведамляе пра небяспеку, без яго існаваць немажліва. Жыццё людзей з сіндромам нечулівасці болю складна так як і тых, хто пакутуе на хранічны боль.

Тое, як боль успрымаецца сёння, не з'яўляецца чымсьці перманентным. Так, у Сярэднявеччы боль нагружаўся канструктыўным значэннем: ён разглядаўся як нешта карыснае, як выпрабаванне. Утаймаванне плоці і іншыя цялесныя пакаранні віталіся асабліва, калі трэба было пазбавіцца грахоўных спакусаў.²³ Напрыклад, каралеву Вікторыю крытыкавалі за тое, што яна прымала эфір падчас нараджэння дзіця (гэта супярэчыла біблейскім радкам «у пакутах будзеш нараджаць дзяцей»²⁴). Цікава, што страшэнне грэшнікаў адбываецца за кошт фізічных пакаранняў. Ёсім добра вядома апісанні і выявы таго, што адбываецца з людзьмі, якія трапляюць у пекла.

Успрыняцце болю з'яўляецца не толькі гістарычна, але і культурна абумоўленым. Розныя культуры патрабуюць рознага стаўлення да болю. Абрады ініцыяцыі, тыповыя традыцыйных грамадстваў, у большасці сваёй звязаны з болем і пэўным гвалтам над целам. Медыкалізацыя болю ў заходняй культуры прывяла да таго, што ён разглядаецца як сімптом ці самастойнае захворванне. Адсутнасць адчування фізічнага болю ў сённяшнім свеце, дзе можна нарадзіцца і памерці пад нарकोзам, часам прыводзіць да адваротнага эфекту – да пошуку болю, гвалту, шоку, якія даюць моцныя перажыванні і эмоцыі, інакш «у выпадку поўнага абязбольвання чалавек асуджаны блукаць у кафкіянскім свеце ліпкай нявызначанасці інстанцыі ўлады»²⁵.

Такім чынам, разуменне і стаўленне да чалавека вызначаецца існай навуковай парадыгмай, дзе індывід выступае аб'ектам, падпарадкаваны закону бінарнай апазіцыі, нармальнасць і адэкватнасць якога вызначаецца ўзнаўленнем той версіі рэальнасці, што лічыцца *агульнапрынятай*. *Медыцына, выступаючы інстытутам улады,*

²³ Cohen E. *The modulated scream: pain in late medieval culture*. University of Chicago Press, 2010. P. 4.

²⁴ Sussex R. The Language of Pain in Applied Linguistics. Review article of Chryssoula Lascaratou's *The Language of Pain* (Amsterdam and Philadelphia: John Benjamins, 2007) // *Australian Review of Applied Linguistics*. 2009. Vol. 32(1). P. 6.4.

²⁵ Савчук В. Насиліе в цивилизации комфорта // *Антропология насилия*. СПб.: «Наука», 2001. С. 485.

няспынна ажыццяўляе нагляд над цела́мі індывідаў, выконваючы сваю кантраляючую і карную функцыю. Працэс медыкалізацыі і перавод целаў фізічных у сацыяльныя целы падпарадкаваны такім фактарам, як гendar, раса, клас і фінансавым прэферэнцыям інстытутаў аховы здароўя і фармцэўтычным карпарацыям. Феномен самапашкодвання (цялесных мадыфікацый), трапляючы пад увагу медычнага вока, паталагізуецца і міфалагізуецца ў адпаведнасці з патрыярхатным парадкам. Права на адчуванне болю ці пазбаўленне яго таксама падпадае пад медычны кантроль, у той час як цела, аддзеленае ад розуму (душы), імкнецца прагаварыць сябе праз мову ў пошуках рэлевантных азначэнняў.