

Komunikacja bólu fizycznego w praktyce klinicznej: od subiektywnego doświadczenia do intersubiektywnej ekspresji

Projekt podejmuje filozoficzną analizę bólu fizycznego, jako doświadczenia, które łączy w sobie trzy wymiary: (1) subiektywne i prywatne doświadczenie bólu, (2) intersubiektywne komponenty, wpływające na jego przeżywanie oraz (3) możliwość komunikacji i obiektywizacji bólu w formie werbalnej i pozawerbalnej ekspresji. Głównym celem jest odpowiedź na następujące pytania badawcze:

1. Co oznacza, że ból jest doświadczeniem subiektywnym? Co konstytuuje subiektywność bólu?
2. W jaki sposób intersubiektywne i społeczne czynniki wpływają na przeżycie bólu?
3. Jak możliwa jest skuteczna komunikacja z osobą odczuwającą ból w praktyce klinicznej? Jak wyrazić doświadczenie, które jest tak subiektywne i prywatne?

Punktem wyjścia projektu jest przekonanie, powszechne w filozoficznych dyskursach o bólu, że ból jest doświadczeniem prywatnym i subiektywnym. Prywatność oznacza, że nie mamy poznawczego dostępu do doświadczenia drugiej osoby. W odróżnieniu od percepcji – w której istnieje zewnętrzny obiekt, możliwy do zaobserwowania przez kilka podmiotów, ból fizyczny jest doświadczeniem wewnętrznym. Subiektywność oznacza natomiast, że ból jest przeżywany w perspektywie pierwszoosobowej. Ten aspekt podkreślono w definicji Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu, gdzie subiektywność stała się jednym z istotnych wyznaczników bólu. Istnienie bólu jako doświadczenia pierwszoosobowego zależy wyłącznie od odczucia danej osoby i nie musi być związane z obiektywnym uszkodzeniem tkanek. Przykładowo, hipochondryk zgłaszający ból może się mylić co do swojej kondycji fizycznej, ale jego odczucie bólu pozostaje realne. Subiektywność i prywatność bólu stanowią wyzwanie dla praktyki klinicznej, gdyż ból nie może być bezpośrednio obserwowany i mierzony z zewnątrz.

Badania socjologiczne pokazują jednak, że ból nie jest czysto subiektywnym doświadczeniem i posiada komponent intersubiektywny. Innymi słowy, możliwe jest nadanie znaczeń bolesnemu doświadczeniu w obrębie relacji międzyludzkich. Nasze rozumienie własnego bólu, a także sposoby jego ekspresji, pozostają zakotwiczone w kontekście społeczno-kulturowym oraz w intersubiektywnych relacjach. Szczególnie istotna jest relacja z personelem medycznym, gdyż diagnoza oraz skuteczne leczenie zależą od jakości komunikacji. Badania pokazują, że pacjenci odczuwają psychologiczną i fizyczną ulgę, gdy czują, że ich doświadczenie zostało zrozumiane. Może to wpływać nawet na intensywność bólu. Dlatego niezbędne jest przyjęcie bio-psycho-społecznego modelu, który ukazuje ból jako zjawisko łączące subiektywne doznanie cielesne z aspektami psychologicznymi i społecznymi. Te warstwy nie są odrębne, ale wpływają na siebie wzajemnie. Zostanie to ujęte w odpowiedzi na drugie zagadnienie.

Trzecie pytanie projektu dotyczy sposobów wyrażania bólu fizycznego – doświadczenia subiektywnego i trudnego do przekazania innym. Badania lingwistyczne wskazują, że ból najczęściej jest opisywany poprzez język metaforyczny, często oparty na analogiach (np. czuję się, jakby wbijano mi szpilki), a zatem stosunkowo nieprecyzyjny. Przeprowadzona zostanie analiza kwestionariuszy bólu, najczęściej wykorzystywanych w praktyce medycznej. Celem będzie identyfikacja i analiza najczęstszych metafor oraz zbadanie ich związku z rzeczywistym doświadczeniem pacjenta. Zostanie tu zastosowana metoda Kognitywnej Teorii Metafor, która pozwala opisać poznawczą i komunikacyjną funkcję metafor. Analizy zostaną uzupełnione przez fenomenologię ciała i wyobraźni, które unaocznia złożoność przeżycia bólu oraz rolę wyobraźni w jego ekspresji.

Hipoteza: Ból jest doświadczeniem złożonym. U jego podstaw leży subiektywne i prywatne doznanie cielesne, na które nakładają się elementy intersubiektywne. Te komponenty nie są od siebie odseparowane, lecz przenikają się, przekształcając wewnętrzne przeżycia jednostki. Dlatego konieczne jest przyjęcie bio-psycho-społecznego modelu bólu, który uwzględnia wielość jego warstw. Ekspresja i komunikacja bólu są możliwe dzięki obecności intersubiektywnych komponentów bólu. Opierają się one na języku metaforycznym, którego zrozumienie wymaga istnienia współdzielonych, ucieleśnionych wyobrażeń, dotyczących bólu. Przykładowo wykorzystanie i rozumienie analogicznego stwierdzenia „boli mnie, jakby mnie ktoś uderzył młotkiem” wymaga ucieleśnionego wyobrażenia o tym, jak odczuwa się uderzenie młotkiem – niezależnego od tego, czy mówiący/słuchający rzeczywiście został kiedyś uderzony młotkiem. Wyobrażenia umożliwia zatem przejście od subiektywnego doznania do intersubiektywnego nadawania znaczeń oraz intersubiektywnej ekspresji.