

DOI: [10.17805/ggz.2018.5.4](https://doi.org/10.17805/ggz.2018.5.4)

**Боль и обезболивание в горизонтах личности,
сообщества и системы здравоохранения**

С. Ю. Шевченко, С. В. Лаврентьева

Институт философии РАН

В статье рассмотрены разные биомедицинские подходы к разработке практик обезболивания, а также эксплицируются их философские основания в контексте проводимого нидерландским философом Эннмари Мол различия между логикой выбора и логикой заботы в здравоохранении. Анальгезия, контролируемая пациентом (РСА), акцентирует важность пациентского выбора и свободы доступа к средствам обезболивания. Тем самым логика заботы оказывается вписана в логику выбора, ориентированную на индивидуальный горизонт страдания и задающую основные контуры медицинской практики. С другой стороны, существуют данные, демонстрирующие, что эффективнее работает обезболивание, полученное от человека максимально далекого от пациента. В этом контексте поиска наиболее эффективных режимов заботы проблема выбора вообще не ставится. В основу разработки таких практик положена оценка тяжести болевого синдрома, которого удалось избежать через работу нейронных механизмов обучения. При этом важную роль играет сообщество, с которым идентифицирует себя пациент.

Первый вид практик (РСА) отражает характерное для современных тенденций развития медицины стремление к «приватизации» клинических процедур, снижение пациентской зависимости от социальных интеракций. Кроме того, в его рамках не ставятся проблемы оценки тяжести болевого синдрома и поиска нейронных механизмов болевого синдрома. Второй вид практик строится на более традиционных основаниях и предполагает, что нейронные корреляты боли и обучения достаточно хорошо известны.

В статье делается вывод, что первый вид практик в большей степени способен избавить пациента от тревоги по поводу неизвестной боли, второй — скорее предотвращает страх уже знакомых болевых ощущений.

Ключевые слова: логика выбора; логика заботы; А. Мол; операционализация; рациональность; тревога; страх; либерализм; коммунитаризм

Pain and Analgesia in Horizons of Personality, Community and Healthcare System

S. Yu. Shevchenko, S. V. Lavrentyeva

Institute of Philosophy, Russian Academy of Sciences

The article discusses two different biomedical approaches to the development of pain relief practices. The goal is to explicate their philosophical grounds in the context of the distinction between the logic of choice and the logic of care in health care carried out by the Dutch philosopher Annemarie Mol. Patient-controlled analgesia (PCA) emphasizes the importance of patient choice and freedom of access to pain relief. Thus, the logic of care is inscribed in the logic of choice, focused on the individual horizon of suffering and defining the main contours of medical practice. On the other hand, there are data demonstrating that pain relief works more efficiently when the care is provided by an outgroup member. In this context, the search for the most effective care modes is not a problem of choice at all. The basis for the development of such practices is measurement of pain avoided through neural mechanisms of learning. An important role is played by the community with which the patient identifies himself / herself.

The first type of practices (PCA) reflects the tendency towards “privatization” of clinical procedures and decrease of patients’ dependence on social interactions in accordance with current trends in the development of medicine. In addition, it does not raise the problem of pain measurement and does not imply the search for neural mechanisms of pain. The second type of practices is based on more traditional grounds and suggests that the neural correlates of pain and learning are quite well-known.

The article concludes that the first type of practices is more able to relieve the patient’s anxiety about unknown pain; the second one rather prevents the fear of already familiar pain sensations.

Keywords: logic of choice; logic of care; A. Mol; operationalization; rationality; anxiety; fear; liberalism; communitarianism

ВВЕДЕНИЕ.

1. СПРАВЕДЛИВОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ VS ЭФФЕКТИВНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ

Принцип справедливости — один из четырех основных принципов биоэтики, принимаемых во внимание в рамках этического, правового и социологического сопровождения реализации биомедицинских проектов (Beauchamp, Childress, 2013). При рассуждениях об устройстве системы здравоохранения справедливость обычно понимается как обеспечение равного доступа к ресурсам, позволяющим предотвращать, диагностировать и лечить

заболевания. При этом для того, чтобы сравнить эффективность двух разных механизмов системы здравоохранения с начала 2000-х гг. принято использовать показатель QALY (quality-adjusted life year — год жизни с поправкой на качество). Точнее, наиболее эффективным признается та медицинская практика, которая вызывает наибольшую прибавку QALY (и продолжительности, и качества жизни) по сравнению с аналогичными (Sen, 2006: 30). Исходя из этих критериев, наиболее эффективная система обезболивания должна предоставлять максимально быстрый и широкий доступ к безопасным средствам анальгезии. Лучшим решением выглядит разработка практики, отдающей средство анальгезии в руки самому пациенту при врачебном ограничении частоты его применения. Такой инструмент и развившиеся вокруг него практики будут описаны ниже, в 4-м разделе статьи. Их применение вписывается в классическую этику свободного выбора, осуществляемого рациональным субъектом. При этом представления о рациональности пациента предполагают ориентацию на достаточно «сильные» формулировки предпосылок, которые будут рассмотрены в 5-м разделе статьи.

Однако эффективность обезболивания может быть измерена и через изменения времени выбытия пациента из активной социальной жизни. Критерий DALY (disability-adjusted life year — год жизни с поправкой на нетрудоспособность / неспособность к участию в общественной жизни) как раз и был разработан для такой оценки. Однако в последние 20 лет при принятии регуляторных решений в здравоохранении он используется гораздо реже, чем QALY из-за его более низкой валидности (ibid: 27). При этом легко можно себе представить, что наиболее эффективными с точки зрения соотношения риска и пользы окажутся механизмы обезболивания, не предполагающие активного управления применением анальгетиков самим пациентом. Важную роль в действии этих механизмов играет не только компетентность врача, но и социальный контекст практик обезболивания, представления пациентов о принадлежности к определенному сообществу. Так, внимание пациента к связанным с обезболиванием действиям члена другого сообщества может изменить его ожидания грядущей боли и эффекта анальгезии. Опыт исследования таких практик будет описан в разделе 6, а в заключительном разделе статьи будет предпринята попытка сравнения этических и методологических оснований описанных типов анальгезии.

2. ЭПОХА БОЛИ И ВРЕМЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

Тема исторического генеза обезболивания служит одной из центральных линий философского раскрытия эволюции понимания человеком своей телесности. Через рассмотрение высказываний об отношении к боли или нормативных установлений о ее месте в универсуме чувств и ощущений мо-

жет быть реконструировано понимание человеком конкретной эпохи своего места в мире природного и сверхприродного.

Так, философ Д. В. Михель предлагает называть эпохи, предшествующие появлению обезболивающих средств, «временем боли». По его словам, в те времена отношения с болью можно было назвать «тактическим партнерством» (Михель, 2008). Не имея эффективных средств анальгезии (обезболивания) хирурги XVIII–XIX вв. стремились уменьшить продолжительность болевых ощущений, максимально сокращая время операции. Такое стремление послужило максимальному оттачиванию техники проведения хирургических вмешательств. Т. е. специфика эпохального «времени боли» заключалась в клиническом задании персонального, пациентского, времени боли, управление которым находилось в буквальном смысле в руках хирурга.

Не менее важно, что на этом историческом фоне проявляются противоречия сегодняшней концептуализации боли и обезболивания в современной медицине вообще и в российском здравоохранении в частности. Нидерландский философ и антрополог Э. Мол считает центральным конфликтом современной медицины противоречие между логикой выбора и логикой заботы (Mol, 2008). Первая из них соотносится с классической концептуализацией свободного выбора в рамках либеральной традиции моральной философии, вторая тяготеет к коммунитаристской философской традиции и этике добродетели. Соответственно логика выбора выглядит релевантным основанием для первого из описанных в начале статьи типов практик анальгезии, логика заботы — для второго. Хотя обе названных логики скорее выступают стартовыми точками для разработки практик, учитывающих и свободу выбора, и необходимость заботы в пределах и за пределами сообщества.

Сразу попытаемся применить эту концептуальную схему к ситуации с обезболиванием в России. С одной стороны, акценты на важности пациентского выбора должны быть обусловлены декларируемым переходом к персонализированной медицине, к пациентоориентированному подходу, а также предусмотренной законодательно необходимостью информированного добровольного согласия на все клинические процедуры. С другой стороны, жалобы на боль зачастую не рассматриваются как самостоятельный повод к определенным клиническим действиям. Они лишь выступают знаками более фундаментальной биологической реальности патологии. Проще говоря, считается, что слова пациента о боли не заслуживающими доверия, т. к. стремление избавиться от болевых ощущений лишает его способности осуществить «рациональный» выбор. Под последним подразумевается такой выбор, который принесет пациенту благо и минимизирует риски в долгосрочной перспективе. Пациент нуждается в патерналистской заботе, а средства

управления болью должны находиться в руках у врача, как и в предшествующие эпохи.

Практическое разрешение этого конфликта может быть зафиксировано через распространение в рамках (например, национальной) системы здравоохранения определенной технологии обезболивания. При этом такая технология по-разному может быть описана с точки зрения личных (феноменальных) переживаний боли пациентом и с точки зрения ее использования конкретным пациентским сообществом. Более того, горизонт личного опыта и опыта сообщества предполагают разные оценки эффективности обезболивания, что создает два противоречивых основания для разработки наилучшей практики анальгезии в рамках системы здравоохранения.

3. ПЕРСОНАЛЬНОЕ И ПРИВАТНОЕ

Объективистские взгляды современной биомедицины находят полное выражение в актуально существующих клинических практиках персонализированной медицины. Применяемые в этой области технологии анализа «больших данных» позволяют выявить статистические взаимосвязи между сотнями тысяч индивидуальных молекулярных профилей пациентов и риском развития (или типом течения) определенной патологии. Сопоставленные с этими данными результаты анализа молекулярного профиля конкретного человека могут быть «персонализированы» лишь через процедуру их совместной интерпретации врачом и пациентом.

Однако необходимость учитывать личный опыт страдания и болезни при принятии клинических решений декларирована самим проектом персонализированной медицины — например, в версии Э. Тополя через рассмотрение широкого комплекса биографических, социальных особенностей больного (Тополь, 2016). Тем не менее, по состоянию на октябрь 2017 года в базе биомедицинских публикаций PubMed отсутствовали статьи, упоминающие в связи с персонализированной медициной такой важный, простой и признанный ВОЗ инструмент определения самочувствия пациента как *self-related health* (самостоятельно оцениваемый уровень здоровья). Важно, что этот показатель не просто способен раскрыть индивидуальный опыт боли или ее отсутствия, но и статистически связан с прогнозом продолжительности жизни конкретного отвечающего (Idler, Benyamini, 1997).

Тем не менее, попытки включить приватное, биографическое измерение болезни в актуальные практики биомедицины периодически предпринимаются. Но они сталкиваются с методологической трудностью, концептуально схожей с проблемой разрыва в физикалистском объяснении сознания. Это сходство видится прежде всего в существовании разрыва между индивидуальным опытом человека и попытками его объективистских естественнона-

учных реконструкций. Так, в инициативе по ориентации практик здравоохранения на пациентские оценки исхода лечения (*patient-reported outcomes*) предполагается также в рамках клинических решений принимать во внимание генетические особенности пациентов, связанные с уровнем болевой чувствительности. Существуют исследования, в которых говорится о генетических основаниях такой оценки. Но в них речь ведется скорее о предсказании пациентских оценок исхода лечения, а не об ориентации на биографическое измерение страдания (Alemayehu, Cappelleri, 2012).

4. ТЕХНОНАУКА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

Впрочем, биомедицина как одна из областей технонауки оставляет в стороне проблемы с объяснением индивидуального опыта болезни, боли или страдания в физикалистских терминах. Ведь, согласно Б. Г. Юдину, ключевым стремлением технонауки выступает не объяснение наблюдаемых феноменов, познание объектов науки, но их успешное изменение. Это изменение направлено на удовлетворение потребностей человека, но также на их формирование (Юдин, 2010: 60–61). Исходя из этого, отметим, что решение биомедицинских задач по управлению болью (*pain management*), как правило, не приводит к прямому обращению к значительному корпусу философских текстов, рассматривающих различные варианты концептуализации феномена боли.

Сама же задача биомедицинского управления болью представляет собой конкретизацию «мантры» целеполагания персонализированной медицины: обеспечить нужной дозой нужного лекарства подходящих пациентов в необходимое время. В качестве неэмплицированного философского основания подхода к ее решению выступает лишь признание субъективного характера боли. Или, обращаясь к терминологии Дж. Р. Серля, отсутствие «направления соответствия» (от слов к миру или наоборот) у экспрессивов (речевых актов, выражающих психологическое состояние говорящего) (Searle, 2001: 54).

Феноменологическая программа медицинской антропологии (и собственно программа медицинской феноменологии) строится на схожих основаниях, лежащих в плоскости феноменологии языка. Однако предлагаемое ими решение — широкое обращение к нарративным практикам изложения опыта страдания — не вписывается контур функционирования биомедицины как технонауки. Этот контур, среди прочего, предполагает достижение максимального уровня насыщенности информации во внутренних коммуникационных потоках технонауки, если эти потоки не обеспечивают значительного притока ресурсов развития конкретного проекта.

С этой точки зрения более производительным инструментом «измерения» боли — получения данных о ее интенсивности — выглядит применение аналоговых шкал оценки пациентом силы болевого синдрома. Эта процедура гораздо проще вписывается в рамки времени приема в кабинете врача. Однако это средство оценки интенсивности боли не позволяет учесть фактор времени, служащий одним из компонентов формулировки задачи персонализации.

Итак, подытоживая рассмотренное выше:

1. В философии и нейронауках существуют разные уровни концептуализации боли, однако их общей чертой служит (логическая, технологическая или иная) невозможность почувствовать чужую боль.

2. Программа персонализации медицины декларирует принятие во внимание субъективного опыта пациента, однако направленные на это операциональные средства если и разработаны, то пока не вписаны в реальные биомедицинские практики.

3. Биомедицина служит ярким примером технонауки, целеполагание которой связано не с объяснением, а с достижением максимальной эффективности в изменении объекта науки (и технологии).

При этом современная технонаука нацелена не только на создание и распространение технического артефакта, но и на развитие и стабилизацию (в том числе и) социальных технологий пользования этим артефактом и технологий его распространения.

Исходя из этого, наиболее эффективный инструмент обезболивания должен находиться в руках самого пациента — именно он способен максимально «персонализировано», а значит, максимально эффективно решить задачу контроля над болью. Эффективность инструмента понимается здесь ситуативно — способность конкретного средства минимизировать актуальные болевые ощущения. И если обычные противовоспалительные лекарства обычно доступны пациентам, то доступ к более сильным обезболивающим обычно выступает как структурная проблема системы здравоохранения.

Однако профессионалу здравоохранения необходимо наложить ограничения на возможности использования этого инструмента. Источниками этих ограничений служат: во-первых, необходимость обеспечить пациенту максимальный уровень безопасности, а во-вторых, сделать организационно приемлемым промежуток времени, в течение которого пациенту не требуется помощь работников здравоохранения. Таким образом, в руках у пациента находится шприц с обезболивающим, но врачу нужно наполнить его так, чтобы избежать передозировки (и по возможности привыкания), а с другой стороны, — обеспечить возможность оставить пациента «наедине» с инстру-

ментом управления болью хотя бы на несколько часов, чтобы не находиться у его постели постоянно.

Сегодня уже разработан и применяется технический артефакт такого рода — устройство для инъекции обезболивающих средств, предоставляющее врачу и пациенту описанные выше возможности. Сама технология получила название «контролируемая пациентом анальгезия» (*patient-controlled analgesia* — сокращенно PCA) и чаще используется в западных клиниках для контроля тяжелого болевого синдрома в период реабилитации после хирургических операций. Как правило, устройство PCA представляет собой управляемое пациентом устройство для многократных инъекций обезболивающего препарата, позволяющее врачу устанавливать интенсивность его введения и / или периоды времени, в течение которых устройство не будет реагировать на команду пациента ввести дозу препарата (McNicol, Ferguson, Hudcova, 2015).

Социальные практики использования этой технологии имеют три оси системы координат обезболивания, каждая из которых предполагает установление собственных пороговых линий:

1. ось интенсивности анальгезии (необходимо обеспечить уровень контроля болевого синдрома не ниже определенного предела);

2. ось безопасности анальгезии (необходимо установить риски передозировки, иных побочных эффектов, а также привыкания не выше определенного предела);

3. ось времени автономной анальгезии (необходимо таким образом настроить устройство PCA, чтобы пациента не нуждался в помощи врача при обезболивании разумный промежуток времени, и при этом учесть два первых ограничения).

Таким образом, врачу не нужно истолковывать слова пациента о силе, характере или частоте приступов боли, ему необходимо дать в руки пациента инструмент обезболивания и использовать свои явные и неявные знания для решения задачи по учету трех видов описанных выше ограничений. В рамках этой технологии материализованная в устройстве PCA система здравоохранения максимально быстро и «персонализировано» отвечает на пациентскую оценку уровня самочувствия, своеобразный и конкретизированный показатель *self-related health*.

Важной особенностью применения данной технологии служит как раз учет временного измерения анальгезии, в котором может быть увиден узел противоречий между:

1. требованием пациента обеспечить максимальный уровень обезболивания;

2. профессиональной обязанностью врача сделать процесс обезболивания максимально безопасным;

3. требованием системы здравоохранения обеспечить уходом максимальное число пациентов, а значит — максимизировать время автономного пользования устройством РСА.

5. РАЦИОНАЛЬНОСТЬ СТАНОВИТСЯ ОСНОВАНИЕМ АНАЛЬГЕЗИИ

Принципиально важно, что представленные стороны противоречия имеют различную онтологию (восприятие) времени. Наиболее биоэтически важным, однако, стоит признать пациентский опыт времени в контексте проблемы боли / обезболивания.

Философское вопрошание о «менеджменте боли», предполагающем использование устройства РСА, направлено на раскрытие оснований социальных технологий, выстраиваемых вокруг этого технического артефакта. Так, внимание к продолжительности обезболивания как раз ставит во главу угла восприятие времени пациентом. В этой связи возникает вопрос, скажется ли, независимо от ответа на предыдущий вопрос, возможность иметь в палате правильно идущие часы на качестве анальгезии?

Помимо проблематизации временного измерения работы технологий РСА важным выглядит и рассмотрение философских оснований работы такой технологии. Выше упоминалось, отмеченное Дж. Р. Серлем, отсутствие направлений соответствия для суждений типа «мне больно». Кажется, что допустимо переформулировать это утверждение так: основанием технологии РСА служит «привилегированный доступ» субъекта к собственному сознанию. В ориентации на него и заключается смысл персонализации биомедицинского управления болью. Может показаться, что даже для инициирования рассмотрения «привилегированного доступа» как центрального элемента оценки эффективности технологии обезболивания необходимо углубиться в диспуты о природе сознания и проблеме квалиа. Однако технонаучный характер биомедицины делает достаточным лишь выявление некоторых практических следствий ее принятия и проблематизацию конкретных оснований такой практики. В данном случае проблема «привилегированного доступа» может быть заменена вопросом: «Может ли компетентный для принятия решений человек лгать врачу о тяжести болевого синдрома, преуменьшая ее?».

Однако создание практик использования РСА требует скорее не решение проблемы «привилегированного доступа», а использование двух важных пунктов философии действия (и философии сознания), разрабатываемых Дж. Р. Серлем. Во-первых, уже упомянутое отсутствие направления соответствия для речевых актов о собственной боли (и других экспрессивов). И, во-

вторых, совпадение сферы рациональности со сферой свободы (Searle, 2001: 123–130). Таким образом, несмотря на ориентацию самого по себе обезболивания на этику заботы, *персонализация* анальгезии сама по себе предполагает наличие «рационального» в отношении своей боли субъекта хотя бы в отношении его нежелания испытывать обусловленные заболеванием или лечением физические страдания. И в этом конструировании «рационального» субъекта рассмотренная выше область схожа с иными методологически с ней несхожими сферами биомедицинской персонализации — со всей остальной персонализированной медициной.

Заданный логикой выбора в биомедицине «рациональный» субъект является условием применения «приватизированных» им, отданных в его руки технологий обезболивания. Область «рациональности» совпадает с областью свободы от боли. Тем самым этика выбора становится условием осуществления логики заботы в рамках клинических практик. И забота в этом случае состоит в формировании медицинским работником рамок выбора, в задании степеней свободы клинических действий пациента, только исходя из безопасности последнего.

6. ЭФФЕКТИВНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ИЗ РУК «ДРУГОГО»

Однако забота о наиболее эффективной анальгезии может выступать в качестве главной основы разработки медицинских практик. При этом ориентация на свободу выбора может играть только роль ограничителя таких практик. В таком контексте все пациенты загодя признаны нуждающимися в заботе субъектами. И место основного небиологического фактора обезболивания занимают социальные условия анальгезии.

Исследования социального контекста обезболивания долгое время были сосредоточены в значительной мере на традиционных целительских практиках и были не релевантны для дизайна биомедицинских процедур. Однако всплеск интереса к нейронаукам привел к созданию значительного объема работ, посвященных изучению восприятия боли и ее нейробиологических коррелятов в разных социальных условиях. Так, в сентябре 2018 г. были опубликованы результаты проводившегося в одной из швейцарских клиник эксперимента (Hein, Engelmann, Tobler, 2018). 36 пациентов были разделены на две группы, к каждой из которых были прикреплены два медицинских работника, отвечающие за их обезболивание. В одной из групп оба работника были маркированы через имена как этнические швейцарцы, во второй — как выходцы с Балканского полуострова. Авторы статьи поясняют, что первые воспринимались пациентами как «свои» члены сообщества; вторые — как «другие». К тому же миграция с Балкан долгое время была одной из самых горячих тем внутренней политики в Швейцарии. За исключением такой мар-

кировки медицинских работников практики обезболивания в обеих группах были идентичны. При этом эффективность анальгезии получаемой от «других» была стабильно выше. Авторы связывают это отличие не с уровнем стресса от присутствия «других», но с большей активностью в участке коры больших полушарий, называемой «дополнительная моторная область» (*supplementary motor area, SMA*). По словам авторов исследования, нейронная активность в этой области связана как с восприятием боли, так и с обучением. Таким образом, фактор «Другого» позволил пациентам выстраивать свои ожидания относительно тяжести болевого синдрома и действия анальгетика так, что их общее состояние, если исходить из их собственных оценок и инструментальных данных, было лучше.

Таким образом, наиболее эффективным оказалась практика обезболивания, в рамках которой избавиться от боли помогал максимально далекий от пациента человек, воспринимаемый не как член его сообщества. Боль и обезболивание предстают как внешние по отношению к сознанию пациента процессы, с которыми необходимо научиться жить. Обезболивание подлежит контролю со стороны пациента, но в гораздо меньшей степени, чем в рамках РСА, и именно эта дистанция повышала эффективность избавления от боли. Сама же эффективность была измерена исследователями через «изменение функции ожиданий будущей боли».

Обращаясь к описанному в начале статьи различию двух показателей DALY и QALY, в данном исследовании мы скорее измеряли то выбытие из активной социальной жизни, которое ожидалось пациентами, однако его удалось избежать. Практика РСА ориентирована скорее на повышение качества жизни — максимизацию QALY, а не минимизацию DALY. Собственно, забота «Другого» в описанном эксперименте выражается в избегании боли и побочных эффектов обезболивания, что методологически и этически отлично от обеспечения наилучшего качества жизни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

7. ТРЕВОГА ПО ПОВОДУ БОЛИ И ЕЕ СТРАХ

При более пристальном взгляде на два подхода к анальгезии становится более понятным наиболее подходящие локусы их применения. РСА применяется в палатах, в которых пациенты находятся после операции и сталкиваются с незнакомой болью. Ее тип, локализация, интенсивность, длительность — каждый из этих факторов вызывает тревогу пациента до операции. Само знание пациента о том, что после операции ему будет предоставлен свободный доступ к инструментам обезболивания способен эту тревогу снизить.

Эффективность управления болью с участием Другого скорее может быть полномасштабно развернуто в случае хронической боли. В таком случае уже сформированы определенные ожидания интенсивности боли, а место тревоги по поводу неизвестного характера страдания уступил страх вполне определенных ощущений. В рамках такого сюжета оказания медицинской помощи пациентская свобода выбора уже во многом была реализована при обращении с хронической болью в конкретную клинику, при выражении информированного согласия на определенный курс лечения. Осуществленный выбор оставляет пространство для практик заботы. Хотя в приведенном выше исследовании участники вообще не имели болевого синдрома на этапе набора в группа, болевые ощущения им причинялись искусственно, тем не менее тревога по поводу грядущих ощущений не могла быть столь же сильна, как у больных перед хирургическим вмешательством.

Ситуации, в которых масштаб угрозы (возможной будущей боли) не ясен, требуют прежде всего гарантий свободы доступа к наилучшему из безопасных средств обезболивания максимально быстро. Реализация этого требования приводит к минимизации социальных интеракций, необходимых для получения анальгезии, так как каждая интеракция чревата задержкой или риском отказа в доступе к анальгетику. Можно предположить, что пациенты после операции ощущают себя не членами сообщества, но элементами множества, для которых любое социальное воздействие выступает как внешнее, как воздействие «других». Хронические пациенты, как правило, оказываются более погружены в социальную динамику, связанную как с обычными, внебольничными сообществами, так и с сообществами пациентов с аналогичным диагнозом. В этом контексте коммунитаристская этика заботы может приводить к использованию наиболее безопасного из наилучших механизмов обезболивания, сочетая минимизацию выбытия из социальной жизни с увеличением качества жизни. Но перед и в течение этих практик должны быть реализованы «большие ценности» свободы выбора.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Михель, Д. В. (2008) Изгнание боли: анестезии в контексте истории // Новое литературное обозрение. № 9. С. 167–193.

Тополь, Э. (2016) Будущее медицины. Ваше здоровье в ваших руках / пер. с англ. М. : Альпина нон-фикшн. 491 с.

Юдин, Б. Г. (2010) Об этосе технонауки // Философские науки. № 12. С. 58–66.

Alemayehu, D., Cappelleri, J. C. (2012) Conceptual and analytical considerations toward the use of patient-reported outcomes in personalized medicine // American Health & Drug Benefits. Vol. 5. No. 5. P. 310–317.

Beauchamp, T. L., Childress, J. F. (2013) Principles of biomedical ethics. 7th edn. N. Y. : Oxford University Press. xvi, 459 p.

Hein, G., Engelmann, J. B., Tobler, P. N. (2018) Pain relief provided by an outgroup member enhances analgesia // Proceedings of the Royal Society: Biological Sciences. Vol. 285. Issue 1887. DOI: [10.1098/rspb.2018.0501](https://doi.org/10.1098/rspb.2018.0501)

Idler, E. L., Benyamini, Y. (1997) Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies // Journal of Health and Social Behavior. Vol. 38. No. 1. P. 21–37.

McNicol, E. D., Ferguson, M. C., Hudcova, J. (2015) Patient controlled opioid analgesia versus non-patient controlled opioid analgesia for postoperative pain // Cochrane Database of Systematic Reviews. Vol. 2. No. 6. No.: CD003348. DOI: [10.1002/14651858.CD003348.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003348.pub3)

Mol, A. (2008) The logic of care: Health and the problem of patient choice. L. ; N. Y. : Routledge. xii, 129 p.

Searle, J. R. (2001) Rationality in action. Cambridge, MA : MIT Press. xvi, 303 p.

Sen, A. (2006) Why health equity? // Public health, ethics, and equity / ed. by S. Anand, F. Peter, A. Sen. Oxford : Oxford University Press. viii, 316 p. P. 21–34.

Дата поступления: 19.09.2018 г.

Шевченко Сергей Юрьевич — младший научный сотрудник сектора гуманитарных экспертиз и биоэтики Института философии Российской академии наук. Адрес: 109240, Россия, г. Москва, ул. Гончарная, д. 12, стр. 1. Тел.: +7 (495) 697-90-67. Эл. адрес: simurg87@list.ru. Научный руководитель: доктор философский наук, профессор, главный научный сотрудник сектора гуманитарных экспертиз и биоэтики Института философии РАН П. Д. Тищенко.

Shevchenko Sergei Yurievich, Junior Research Fellow, Department of Humanitarian Expertise and Bioethics, Institute of Philosophy, Russian Academy of Sciences. Postal address: Bldg. 1, 12 Goncharnaya St., 109240 Moscow, Russian Federation. Tel.: +7 (495) 697-90-67. E-mail: simurg87@list.ru. Research adviser: Doctor of Philosophy, Chief Researcher, Department of Humanitarian Expertise and Bioethics, Institute of Philosophy, Russian Academy of Sciences P. D. Tishchenko.

ORCID: [0000-0002-7935-3444](https://orcid.org/0000-0002-7935-3444)

Лаврентьева Софья Всеволодовна — младший научный сотрудник сектора гуманитарных экспертиз и биоэтики Института философии Российской академии наук. Адрес: 109240, Россия, г. Москва, ул. Гончарная, д. 12, стр. 1. Тел.: +7 (495) 697-90-67. Эл. адрес: sonnig89@gmail.com. Научный руководи-

тель: доктор философский наук, профессор, главный научный сотрудник сектора гуманитарных экспертиз и биоэтики Института философии РАН П. Д. Тищенко.

Lavrentyeva Sofya Vsevolodovna, Junior Research Fellow, Department of Humanitarian Expertise and Bioethics, Institute of Philosophy, Russian Academy of Sciences. Postal address: Bldg. 1, 12 Goncharnaya St., 109240 Moscow, Russian Federation. Tel.: +7 (495) 697-90-67. E-mail: sonnig89@gmail.com. Research adviser: Doctor of Philosophy, Chief Researcher, Department of Humanitarian Expertise and Bioethics, Institute of Philosophy, Russian Academy of Sciences P. D. Tishchenko.

ORCID: [0000-0002-3082-2975](https://orcid.org/0000-0002-3082-2975)

Для цитирования:

Шевченко С. Ю., Лаврентьева С. В. Боль и обезболивание в горизонтах личности, сообщества и системы здравоохранения [Электронный ресурс] // Горизонты гуманитарного знания. 2018. № 5. С. 39–52. URL: <http://journals.mosgu.ru/ggz/article/view/856> (дата обращения: дд.мм.гггг). DOI: [10.17805/ggz.2018.5.4](https://doi.org/10.17805/ggz.2018.5.4)