

УДК 316.1

DOI: 10.17223/1998863X/43/13

Е.С. Закутина

БОЛЬ: МЕДИЦИНСКАЯ ИСТОРИЯ И ПРЕДПОСЫЛКИ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

Показано, какие изменения претерпело отношение к боли в медицине: от сверхъестественных представлений к отказу в самостоятельной ценности, а затем – к осознанию комплексной природы феномена. Сделаны выводы о том, как на фоне таких изменений боль оказалась в фокусе социологического интереса и как формировались взгляды на такой объект исследования.

Ключевые слова: боль, социология боли, социология медицины, история медицины.

Медицинская история боли: поиск «разгадки»

На протяжении всей истории человечества боль была неотъемлемой частью жизни людей. Уже в древности осознавалась неразрывная связь между болью и человеческим страданием. При этом любая болезнь, равно как и исцеление, считались проявлением воли высших сил, а боль несла в себе некий скрытый смысл. Врач, спасающий человека от боли, был сродни шаману, выступая посредником между миром физическим и духовным, стараясь этот скрытый смысл разгадать и объяснить. В силу того, что наука не обладала достаточным потенциалом для того, чтобы определить природу боли, объяснение последней через некий мифологический контекст представлялось единственной возможной опцией. В Древнем Египте, Индии, Китае господствовали представления о том, что человек испытывает боль под воздействием неких внешних сил, проникновения злых духов в организм человека [1. С. 2]. А потому процесс лечения предполагал такие манипуляции, которые в буквальном смысле могли бы выгнать духов наружу: чихание, потение, рвота, испражнения, вскрытие тел. Применялись также разного рода заклинания, проводились ритуалы.

Важный сдвиг в понимании боли оказался связан с фигурой Гиппократа (460–377 гг. до н.э.), который вместе с учениками был нацелен на отказ от религиозных и мифических представлений о человеческом организме в пользу рациональных оснований медицинской практики. В этом заключался своего рода вызов многочисленным народным лекарям – всевозможным магам и шарлатанам, которые составляли на тот момент конкуренцию Гиппократу в его лечебной деятельности [2. Р. 9]. Понимание того, что боль может быть сенсорным опытом, впервые появилось у древних греков. При этом существовали различные взгляды относительно того, какая часть человеческого организма ответственна за «производство» боли. Так, Аристотель (384–322 гг. до н.э.) считал, что это сердце, а Платон (428–348 гг. до н.э.) считал мозг «болевым центром». Египтяне продвинулись ещё дальше, выявив связь между периферической и центральной нервной системой при возникновении боли – эти открытия приписываются египетским учёным Герофилу

(335–280 гг. до н.э.) и Эразистрату (ок. 300–240 гг. до н.э.). Спустя ещё 400 лет римский мыслитель Гален (129–199 гг. до н.э.), обнаружив работы египтян, значительно развил предложенную ими модель нервной системы. Он считал, что боль представляет собой ощущение и, как и другие ощущения, рождается в мозге. Таким образом, ко временам Римской империи был достигнут значительный прогресс в осмыслении боли как физиологического ощущения.

Несмотря на то, что развитие научных представлений во многом способствовало вытеснению сверхъестественных факторов из дискурса о боли, о полном устранении культурных смыслов боли говорить не приходится. Историк медицины Рихард Тёллнер пишет, что вплоть до второй половины XVII в. в европейской культуре боль считалась страданием души, связанным с несовершенством мира, а потому стойко ассоциировалась с фундаментальным злом, которое необходимо искоренить [3]. В английском языке слово *pain* является родственным латинскому слову *poena* – «наказание». Боль, грех, наказания – тесно связанные понятия по многих трудах, особенно религиозного толка, на протяжении многих веков [4. Р. 10]. В Средние века и во времена Ренессанса споры о природе боли продолжались. Попытки объяснить боль через какие-либо внешние силы становились всё менее популярными. Уильям Гарвей (1578–1657), известный благодаря открытию кровообращения, поддерживал идею Аристотеля о том, что именно болевое ощущение сконцентрировано в сердце, тогда как Рене Декарт (1596–1650) указывал на ведущую роль мозга в опыте боли. Вклад Декарта в понимание боли оказался значительным – его размышления о том, что существует специфическая болевая система, которая осуществляет передачу сообщений от болевых рецепторов на коже человека в его мозг [5. Р. 972], предопределили биомедицинское понимание боли на многие десятилетия вперёд. Но несмотря на теоретические открытия в этой области, значительных успехов в обезболивании не было достигнуто вплоть до XVIII в. [1. Р. 3].

Продвижения в теоретизировании боли, произошедшие в XVIII–XIX вв., были связаны с открытием анатомического деления спинного мозга на сенсорный и моторный отделы. Сформировались две основные теории о боли: теория специфичности и теория интенсивности. Первая, опиравшаяся на идеи Декарта, о которых было сказано выше, заняла доминирующие позиции, предопределив понимание боли как самостоятельного сенсорного феномена, для лечения которого необходимо изучить его анатомические основания. Отличительной чертой теории специфичности боли является тот факт, что боль в отсутствие диагностируемых физиологических нарушений не может иметь статус реальной. Иными словами, хронические боли, которые могут быть очень продолжительными, не будучи при этом сопровождаемыми какими-либо иными физиологическими симптомами, оказываются при таком подходе за рамками медицинского объяснения. «Реальной» же болью считается только та, которая возникает как непосредственный ответ на некое опасное воздействие на организм – этот физиологический механизм боли как ответной реакции на такое воздействие получил название ноцицепции, предложил которое английский физиолог Чарльз Скотт Шерингтон [6]. Другая теория – теория интенсивности – представляла боль не как отдельное ощущение, а как следствие чрезмерной стимуляции других ощущений. Иными словами, со-

гласно данной теории боль мы чувствуем тогда, когда стимуляция сенсорной системы достигает критического уровня. Несмотря на существующие отличия, теории специфичности и интенсивности объединяет то, что в обеих боль рассматривается как ощущение, сенсорный опыт, возникающий в ответ на некий стимул. На идеи о взаимосвязи между опытом боли и болевым стимулом базируется принятие одномерной, редукционистской модели боли: что она является либо физической, либо психогенной.

Именно в XIX в., на волне развития сенсорных теорий боли, начала формироваться система, которая позднее вылилась в «кубийство боли», о котором столь критично напишет Иван Ильин [7]. В этот период в Париже, в одном из главных центров западной медицины, стала зарождаться так называемая анатомическая модель здоровья и болезни, в основе которой лежит «идеал механической объективности» [8. Р. 55]. Всё возрастающая рациональность и медикализация повседневной жизни вылились в создание «медицинской полиции», а любые врачебные манипуляции с телом превратились в процесс социального контроля [9]. Если до этого врачи придерживались более холистического подхода и жизненный мир больного обладал для них высокой значимостью, то с этого времени большее внимание начинают уделять конкретным повреждениям организма, не принимая во внимание прочие характеристики субъекта. Гольдберг отмечает, что проблема медицины состояла не в том, что страдания людей от боли оставались без внимания, а в том, что это внимание сместилось с субъективного переживания опыта боли на его конкретные материальные причины. В такой объективации боли он видит корень проблем, существующих сегодня в сфере менеджмента боли, поскольку боль всегда сопротивляется объективации, представляя сугубо уникальный опыт. Если перелом, вызывающий боль, можно увидеть на рентгеновском снимке, то саму боль нельзя. Ещё сложнее обстоит дело с хронической болью, поскольку в этом случае даже её причину нельзя зафиксировать объективными способами.

Современные клинические методы постановки диагноза опираются на эту традицию объективации, берущую начало в XIX в., при этом по мере развития медицинских технологий объективация боли лишь продолжает усиливаться: так, постановка диагноза возможна вовсе без обращения к жалобам пациента. Врачам нет необходимости полагаться на знание пациента о его собственном состоянии, поскольку они обладают техническими средствами для того, чтобы выйти на заболевание напрямую. Хотя уже и в XIX в., как пишет Розалин Рей, врачи использовали возможности клинико-патологического метода, чтобы «проводить независимые наблюдения, без учёта жалоб пациента» [10. Р. 99]. Подтверждением служат слова американского врача-невролога Уильяма Хэммонда, который в конце XIX в. писал, что жалобы пациента на боль можно считать иррелевантными, если они входят в противоречие с объективными клиническими показателями [11. Р. 35].

Иными словами, в XIX в. социальные, политические и культурные силы в совокупности способствовали тому, чтобы сформировался метод, который обещал его приверженцам выйти за рамки жалоб клиента и перейти к объективным данным человеческого тела. Укрепление традиции в обязательном порядке соотносить боль с некой объективно диагностируемой причиной имело весьма существенные социальные последствия. Так, антрополог Джин

Джексон пишет, что в обществе сложилась некая «моральная иерархия» боли: в тех случаях, когда можно обнаружить причину боли «в теле» человека с помощью объективных механических процедур, моральная ценность, приписываемая боли, оказывается выше, чем когда причины боли неочевидны [12]. В первом случае больной получает больше внимания со стороны окружающих и более адекватное лечение, а во втором, напротив, сталкивается с большим риском стигматизации.

Между тем по мере увеличения числа исследований, посвящённых вопросам боли, ближе к XX в. был сделан шаг к осознанию того, что боль не всегда следует рассматривать как сопутствующий фактор заболевания и травмы – она может иметь вполне самостоятельное значение, а отношения между опытом боли и болевым стимулом не всегда однозначны. Начала формироваться основа для развития отдельной медицинской дисциплины, посвящённой боли. Способствовали движению в этом направлении и исторические события: так, период между двумя мировыми войнами XX в. ознаменовался небывало большим количеством молодых людей, страдающих от разнообразных физических повреждений, полученных в результате военных действий. Зачастую попытки помочь страдающим людям оказывались безуспешными, в результате чего проблема хронической боли стала проявляться всё более выпукло. Это послужило почвой для исследований в области боли. Так, например, французский хирург Рене Лериш, основываясь на своём богатом опыте оперирования раненых солдат Первой мировой войны, выявил, что повреждение нервных окончаний в связи с какой-либо травмой может приводить к тому, что даже в ответ на привычное воздействие, которое обычно не вызывает неприятных ощущений, будет сопровождаться сильными болевыми ощущениями в будущем – таким образом, возникает боль патологическая, боль-болезнь [13. Р. 91]. Следовательно, боль следует рассматривать как вполне самостоятельный феномен, а не просто спутник какого-либо физического повреждения. Лериш писал, что медицина будет проигрывать в борьбе с болью до тех пор, пока будет направлена лишь на устранение её последствий, не уделяя должного внимания пониманию тех причин, которые лежат в её основе [14. Р. 22]. Уильям К. Ливингстон в 1930-х гг. работал с пациентами, получившими производственные травмы, и на основании своих наблюдений сделал предположение, что продолжительные сильные боли вызывают изменения в нервной системе органического характера, приводящие к состоянию хронических болей – он назвал это «порочным кругом» боли [15. Р. 1190].

Вторая мировая война вызвала новый всплеск исследовательского интереса к проблемам боли. В 1946 г. был открыт первый мультидисциплинарный центр боли, основателем которого стал американский врач Джон Боника. Уникальность его подхода состояла в привлечении целой команды врачей разных специальностей к лечению боли – в этом проявилось осознание сложной природы боли. В 1950-х гг. американский анестезиолог Генри К. Бичер, опираясь на опыт лечения гражданских пациентов и военных повреждений, пришёл к выводу, что боль возникает как комбинация физиологических ощущений и когнитивного и эмоционального компонентов, иными словами, подчеркнул важность «сознательного» элемента боли. Например, если для обычного человека боль несёт за собой нарушение привычного хода жизни,

страх серьёзного заболевания, то для солдата на полях сражений боль означает возможность покинуть место битвы, увеличенные шансы выжить – отсюда и объяснение тому факту, что наблюдаемые солдаты демонстрировали зачастую гораздо меньшую боль, чем гражданские со схожими или даже меньшими повреждениями.

Вплоть до 1965 г. продолжались поиски объясняющей теории боли, и важной вехой в этом движении стали исследования Рональда Мелзака и Дэвида Уолла. Благодаря научным разработкам этих учёных парадигма специфичности боли, берущая начало от Декарта, была изменена. Ученые разработали собственную теорию – теорию воротного контроля (*gate-control theory*), в которой подчёркивалась важность аффективного и оценочного компонента боли наряду с сенсорным [16. Р. 275]. Развивая эту теорию, они пришли к выводу, что восприятие боли человеком и реакция на неё во многом зависят от психологических (предыдущий опыт, внимание по отношению к боли, эмоции) и когнитивных факторов, а эти факторы определяются социокультурным воспитанием и опытом человека [5]. Распространение теории Мелзака и Уолла привело к пониманию того, что изучение боли требует мультидисциплинарного подхода.

В 1974 г. состоялся первый международный симпозиум, посвящённый проблеме боли. Первым президентом Международной ассоциации по изучению боли был упомянутый выше доктор Джон Дж. Боника, который предупреждал представителей медицинской аудитории о существовании «огромных пробелов в понимании механизмов и физиопатологии боли» [17. Р. 7]. Новая веха в понимании боли связана с осознанием внутренней сложности этого феномена. Новый образ мышления о боли отражён в словах Аллана И. Басбайма: «Боль соотносится с соматическим импульсом точно так же, как красота с визуальным стимулом. Это очень субъективный опыт» [18. Р. 86]. Такое заявление можно считать манифестом революции в понимании и лечении боли.

В 1979 г. Международной ассоциацией по изучению боли было сформулировано определение боли, которое по сей день считается наиболее «авторитетным»: «...неприятное ощущение и эмоциональное переживание, вызванное реальным или потенциальным повреждением тканей или описываемое в терминах такого повреждения» [19]. Такое определение можно назвать прорывным, поскольку оно официально закрепило многогранный статус боли, открыв горизонт для изучения боли с разных углов. Основная особенность этого определения состоит в том, что оно подразумевает наличие субъективного компонента боли и допускает возможность боли без существования какой-либо физиологической причины для этого. Между тем не стоит считать определение боли, представленное Международной ассоциацией боли, истиной в последней инстанции: например, Линтон пишет, что к этому определению стоит добавить дополнительный аспект – она проявляется в поведении человека [20]. Экклстон и Кромбез указывают на то, что в данном определении не учитываются аффективно-нормативные аспекты боли: боль отвлекает внимание, вмешивается в поведение, побуждает к действию [21]. Но нельзя отрицать тот факт, что появление в медицинской сфере – которую принято считать источником редукционистского, механистического, однобокого подхода в изучении боли – такого определения,

включающего, во-первых, эмоциональный аспект, а во-вторых, признающего возможность существования боли в отсутствие объективно наблюдаемого её источника, служит маркером более пристального отношения к боли, которое нашло отражение в том числе и в социальных науках.

Изучение боли через социологические линзы: «разгадка» не нужна?

Итак, от пренебрежения болью медицинская наука со временем перешла к риторике борьбы с болью, победы над ней. В этом дискурсе боль приравнивается к некой загадке, которая может быть вот-вот решена, необходимо лишь собрать некоторые дополнительные сведения об этом феномене. По мере того как медицина наращивает возможности для решения загадки боли, социальные науки, обратив свой взор на этот феномен, ставят под вопрос саму возможность наличия «разгадки». Ещё не так давно вопросы боли вообще не попадали в поле зрения социологии, даже в таких специальных отраслях, как социология медицины. Идеи Декарта о том, что человек представляет собой объединение души и тела, способствовали не только развитию сенсорных теорий боли в медицине, но и устранили любых вопросов, связанных с телом человека, из области интересов социальных наук. Но начиная с середины XX в. социология рационального, «бестелесного» актора начинает терять доминирующие позиции [22. С. 116] под напором постмодернистской критики «гранд-нarrативов» и феминистской критики патриархальных моделей [23. Р. 69]. По мере того как внимание социологов всё более привлекают такие темы, как социальные репрезентации, дискурс тела, социальная история тела, сложные взаимоотношения между телом, обществом и культурой, внимание к вопросам боли становится более пристальным. При этом боль оказывается той точкой консенсуса, в которой душа и тело проявляют неразрывную связь друг с другом. Рассматривать боль не как ощущение, а как опыт, т.е. ощущение, прошедшее сквозь призму культуры, – такую позицию предлагают занять в отношении боли представители социальных наук [24. Р. 11]. Понимание о многогранности феномена боли нашло отражение в определениях боли, предлагаемых исследователями, например: «физический опыт, который неотделим от своего когнитивного и эмоционального значения» [25. Р. 89]; «какая игра, которая в равной степени является как персонально и культурно обусловленной, так ментально и телесно, подобно акту любви» [26. Р. 1663]; «культурно определяемый физиологический и психологический опыт» [27. Р. 207]. Помещая боль в социальный контекст и рассматривая проявление боли в разнообразных ситуациях, исследователи приходят к выводу, что медико-физиологический подход явно недостаточен для описания опыта боли во всей его сложности и полноте.

В 1969 г. в свет выходит книга Марка Зборовски «Люди с болью» («People in Pain»), в которой автор показывает значение культуры и социализации в опыте боли [28]. Это важная веха в развитии социологического анализа боли: оказывается, говорить об этом феномене, ранее считавшемся исключительно физиологическим, можно и нужно в контексте социальном. По выражению Джона Энканделы [29], Зборовски стал флагманом социологического анализа опыта боли, а предвосхитила его работу книга Ирвина Гоффмана «Богадельни: Эссе о социальном положении душевнобольных пациентов и

прочих обитателей» [30], которую можно считать прорывной с точки зрения социологического исследования феноменов, изучение которых ранее считалось прерогативой медицины. Впоследствии работа Зборовски вызвала достаточно много критики с указанием на то, что «его подход к культурному анализу не в состоянии рассмотреть боль как жизненный мир отдельных лиц в контексте местного социума и исторической эпохи» [31. Р. 2], но нельзя умалять её новаторское значение в рассмотрении боли как социально обусловленного феномена.

Лейтмотивом социологических (равно как и философских, и культурологических) исследований боли становится некий протест против медикализации боли, стремление сохранить холистическую модель лечения человека. Рассматривая боль не просто как физиологическое ощущение, но как многосторонний опыт, они стремятся закрепить субъективный характер боли, позволяя приблизиться к облегчению существования людей, для которых достижения медицины не становятся гарантом избавления от страданий. И даже если смириться с тем, что медицинский диагноз служит основой, на которой базируется интерпретация боли, и именно он определяет её значение [32. Р. 34], отстаивается возможность «подключения» социально обусловленного измерения. При этом наполнение этого измерения может быть самым различным – от социокультурных особенностей воспитания человека, как у Зборовски, до гендерных аспектов [16. Р. 289], социальной ситуации, в которой возникает боль и которую она может переопределять [33. Р. 87], и особенностей болевого поведения [34; 35. Р. 92–94]. В качестве объединяющего элемента для различных подходов к рассмотрению боли можно назвать то, что они выступают против исключения боли из жизни, против сведения её исключительно к нарушению работы организма, которое можно легко исправить с помощью подходящей таблетки, не оставив места для размышлений о значении боли.

Прослеживая историю боли в научном контексте, можно отметить своеобразный парадокс. Так, в древние времена, когда медицина находилась в зачаточном состоянии, боль неизменно была вписана в некий культурный контекст, её нельзя было рассматривать в отрыве от личности страдальца, его жизни. Боли приписывалось мистическое значение, она служила сигналом о несовершенстве поступков, души, мира в целом. По мере того как развивался корпус медицинских знаний, совершенствовались медицинские технологии, появлялись всё новые способы купирования боли, субъективный аспект отходил на задний план, а внимание всё больше переключалось на объективность материального строения человеческого организма. На этом принципе механической объективности на протяжении долгих лет выстраивались отношения общества с болью. На рубеже XX и XXI столетий встаёт вопрос о том, чтобы снова вернуть субъективность, уникальность человеческого Я и неповторимость социального контекста в разговор о боли. Интересно, что именно благодаря достижению условной пиковой точки в объективации боли и дегуманизации медицинского процесса представители социальных наук обратили внимание на вопросы боли. Впрочем, изменения в отношении боли, произошедшие и в самой медицине, о которых было сказано выше, отказ от дуалистических представлений, появление новых моделей в рассмотрении боли, прежде всего биopsихосоциальной ([36–38] и др.), также создают bla-

гоприятный контекст для развития более комплексного понимания боли в социальных науках.

Едва ли основная задача социологии состоит в том, чтобы описать загадку боли и предложить свою «разгадку». Однако, помещая боль в социальный контекст и рассматривая такие вопросы, как влияние социальной ситуации на выражение и восприятие боли, межкультурные различия в проявлении боли, особенности коммуникации врачей и пациентов по поводу боли, социология показывает ограниченность биомедицинской модели данного феномена и приглашает к мультидисциплинарному взаимодействию.

Литература

1. Schwartz D.P., Parris W.C.V. Historical Perspectives on Pain Management // Contemporary Issues in Chronic Pain Management / ed. by W.C.V. Parris. Nashville: Springer Science & Business Media, 2012. P. 1–9.
2. Schepers-Hughes N., Lock M.M. The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology // Medical Anthropology Quarterly. 1987. P. 6–41.
3. Toellner R. Die Umbewertung des Schmerzes im 17. Jahrhundert in ihren Voraussetzungen und Folgen // Medizinhistorisches Journal. 1971. T. 6, № 1. P. 36–44.
4. Tsui S.L., Chen P.P., Ng K.F.J. (ed.). Pain Medicine: A Multidisciplinary Approach. Vol. 1. Hong Kong: Hong Kong University Press, 2010. 648 p.
5. Melzack R., Wall P.D. Pain mechanisms: a new theory // SCIENCE. 1965. 150 (3699). P. 971–978.
6. Sherrington C. The Integrative Action of the Nervous System. Oxford : Oxford University Press. 1906. 412 p.
7. Illich I. Medical nemesis. New York : Pantheon Books, 1976. 201 p.
8. Goldberg D.S. The Bioethics of Pain Management: Beyond Opioids. New York : Routledge, 2014. 164 p.
9. Foucault M. Power/knowledge: Selected interviews and other writings, 1972–1977 / ed. by C. Gordon. New York : Pantheon, 1980. 270 p.
10. Rey R. The History of Pain. London : Harvard University Press, 1995. 408 p.
11. Hammond W.A. On Certain Conditions of Nervous Derangement. New York : G.P. Putnam's Sons, 1881. 256 p.
12. Jackson J.E. Stigma, liminality, and chronic pain: Mind–body borderlands // American Ethnologist. 2005. № 32 (3). P. 332–353.
13. Boddy R.G. Pain and emotion in modern history. Basingstoke : Palgrave Macmillan, 2014. 284 p.
14. Giordano J. (ed.). Maldynia: Multidisciplinary Perspectives on the Illness of Chronic Pain. Boca Raton : CRC Press, 2016. 280 p.
15. Albrecht G., Sharon L. S. (ed). Encyclopedia of disability. Vol. 5. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2005.
16. Bendelow G. Pain perceptions, emotions and gender // Sociology of Health & Illness. 1993. 15 (3). P. 273–294.
17. Bonica J.J. Advances in Neurology. New York: Raven Press, 1974. 850 p.
18. Basbaum A.I. Unlocking the Secrets of Pain: The Science // 1988 Medical and Health Annual. Chicago : Encyclopedia Britannica, 1988. P. 84–103.
19. IASP Taxonomy [Электронный ресурс]. URL: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy> (дата обращения: 15.12.2017).
20. Linton S.J. Understanding pain for better clinical practice // Pain Research and Clinical Management Series. Vol. 16. Amsterdam : Elsevier, 2005. 180 p.
21. Eccleston C., Crombez G. Pain demands attention: a cognitive-affective model of the interruptive function of pain // Psychological Bulletin. 1999. № 125. P. 356–366.
22. Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Социология тела и социальной политики // Журнал социологии и социальной антропологии. 2004. № 7 (2). С. 115–137.
23. Turner B.S. Regulating Bodies: Essays in Medical Sociology. London : Routledge, 2002. 290 p.
24. Porter R. Oh, My Aching Back // London Review of Books. 1995. № 17 (21). P. 9–11.
25. Bendelow G., Williams S. Pain and the mind-body dualism: a sociological approach // Body & Society. 1995. № 1 (2). P. 83–103.

26. Kugelmann R. Complaining about chronic pain // Social Science & Medicine. 1999. № 49 (12). P. 1663–1676.
27. Callister L.C. Cultural influences on pain perceptions and behaviors // Home Health Care Management & Practice. 2003. № 15 (3). P. 207–211.
28. Zborowski M. People in pain. San Francisco : Jossey-Bass, 1969. 274 p.
29. Encandela J.A. Social science and the study of pain since Zborowski: a need for a new agenda // Social Science & Medicine. 1993. № 36 (6). P. 783–791.
30. Goffman E. Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. New York : Anchor Books / Doubleday, 1961. 1st ed. 386 p.
31. Kleinmann A., Brodwny P.E., Good B.J. et al. Pain as human experience: An introduction // Delvecchio Good M., Brodwny P.E., Good B.J., Kleinmann A., eds. Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective. Berkeley : University of California Press, 1992. P. 1–14.
32. Morris D.B. The Culture of Pain. Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 1991. 354 p.
33. Davis B.D. Caring for People in Pain. New York : Routledge, 2002. 268 p.
34. Lascaratou C. The Language of Pain: Expression Or Description? Amsterdam : John Benjamins Publishing, 2007. 264 p.
35. Wittgenstein L. Philosophical Investigations. Chichester : Wiley-Blackwell, 2010. 592 c.
36. Engel G.L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine // Science. 1977. № 196. P. 129–136.
37. Flor H., Hermann C. Biopsychosocial models of pain // Dworkin R.H., Breitbart W., eds. Psychosocial aspects of pain: a handbook for healthcare providers. Progress in Pain Research and Management. Vol. 27. Seattle: IASP Press, 2004. P. 47–75.
38. Turk D.C., Flor H. Chronic Pain: A behavioral perspective // Gatchel K.J., Turk D.C., eds. Psychosocial Factors in Pain: Critical Perspectives. New York : Guilford Press, 1999. P. 18–34.

Evgeniya S. Zakutina, Higher School of Economics (Moscow, Russian Federation).

E-mail: es.podstreshnaya@gmail.com

Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. Filosofiya. Sotsiologiya. Politologiya – Tomsk State University Journal of Philosophy, Sociology and Political Science. 2018. 43. pp. 137–147.

DOI: 10.17223/1998863X/43/13

PAIN: MEDICAL HISTORY AND PREMISES OF SOCIOLOGICAL ANALYSIS

Keywords: pain; sociology of pain; sociology of medicine; history of medicine.

For a long time, pain, like other issues related to the corporeality of a person, was beyond the sphere of sociological interest. Since the second half of the 20th century, the situation has been changing, and the established models of the “disembodied” actor have been gradually denied. It is still too early to claim that sociology of pain is an established domain of research, but Mark Zborowski’s *People in Pain* (1969) made a substantive contribution into studying pain as a complex phenomenon embracing physiological as well as psychological, cognitive and social aspects. Despite the methodological and conceptual differences, sociological approaches to the study of pain share a common feature that is a protest against the reductionist, unidimensional approach to pain that obtained a dominant position in the scientific discourse due to medical influence. Sociologists highlight that pain is always subjective, while medical representatives, being the main source of a “valid” knowledge of pain, are inclined to leave this subjectivity beyond their analysis. The article examines how the attitude towards pain in medicine has changed with time in order to understand what the prerequisites for the appearance of pain issues in the focus of sociological analysis were. The achievements of medicine promoted the transition from treating pain as an independent entity, conceptualised in terms of the mythological, the supernatural, to considering it only as a concomitant sign of physiological damage, without any independent value. The development of medical technologies has made it possible to proceed to such methods of diagnosing, in which patient’s complaints become irrelevant, and it is possible to reach the disease “directly” without resorting to subjective factors. This reduction of personality to an organism as a mechanism that went out of order caused a certain protest from sociologists and promoted the increased interest in studying such issues. Meanwhile, at the moment in medical science too there have been significant shifts in the study of pain: first, it regained its independent status, which was reflected in the formation of a specific domain of pain studies and the creation of a specialised international association, and, second, an evidence base was accumulated that confirms that the relationship between the pain stimulus and pain as such is far from unambiguous and depends on many factors, including social ones.

References

1. Schwartz, D.P. & Parris, W.C.V. (2012) Historical Perspectives on Pain Management. In: Parris, W.C.V. (ed.) *Contemporary Issues in Chronic Pain Management*. Nashville: Springer Science & Business Media. pp. 1–9.
2. Schepers-Hughes, N. & Lock, M.M. (1987) The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*. 1(1). pp. 6–41. DOI: 10.1525/maq.1987.1.1.02a00020
3. Toellner, R. (1971) Die Umbewertung des Schmerzes im 17. Jahrhundert in ihren Voraussetzungen und Folgen [The revaluation of pain in the 17th century in its premises and consequences]. *Medizinhistorisches Journal*. 6(1). pp. 36–44.
4. Tsui, S.L., Chen, P.P. & Ng, K.F.J. (eds) *Pain Medicine: A Multidisciplinary Approach*. Vol. 1. Hong Kong: Hong Kong University Press.
5. Melzack, R. & Wall, P.D. (1965) Pain mechanisms: a new theory. *SCIENCE*. 150(3699). pp. 971–978. DOI: 10.1126/science.150.3699.971
6. Sherrington, C. (1906) *The Integrative Action of the Nervous System*. Oxford: Oxford University Press.
7. Illich, I. (1976) *Medical Nemesis*. New York: Pantheon Books.
8. Goldberg, D.S. (2014) *The Bioethics of Pain Management: Beyond Opioids*. New York: Routledge.
9. Foucault, M. (1980) *Power/knowledge: Selected interviews and other writings, 1972–1977*. New York: Pantheon.
10. Rey, R. (1995) *The History of Pain*. London: Harvard University Press.
11. Hammond, W.A. (1881) *On Certain Conditions of Nervous Derangement*. New York: G.P. Putnam's Sons.
12. Jackson, J.E. (2005) Stigma, liminality, and chronic pain: Mind–body borderlands. *American Ethnologist*. 32(3). pp. 332–353.
13. Boddice, R.G. (2014) *Pain and emotion in modern history*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
14. Giordano, J. (ed.) (2016) *Maldynia: Multidisciplinary Perspectives on the Illness of Chronic Pain*. Boca Raton: CRC Press.
15. Albrecht, G. & Sharon, L.S. (eds) *Encyclopedia of Disability*. Vol. 5. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
16. Bendelow, G. (1993) Pain perceptions, emotions and gender. *Sociology of Health & Illness*. 15(3). pp. 273–294. DOI: 10.1111/1467-9566.ep10490526
17. Bonica, J.J. (1974) *Advances in Neurology*. New York: Raven Press.
18. Basbaum, A.I. (1988) Unlocking the Secrets of Pain: The Science. In: Bernstein, E. (ed.) *1988 Medical and Health Annual*. Chicago: Encyclopedia Britannica. pp. 84–103.
19. IASP. (n.d.) *IASP Taxonomy*. [Online] Available from: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy>. (Accessed: 15th December 2017).
20. Linton, S.J. (2005) *Understanding Pain For Better Clinical Practice*. Amsterdam: Elsevier.
21. Eccleston, C. & Crombez, G. (1999) Pain demands attention: a cognitive-affective model of the interruptive function of pain. *Psychological Bulletin*. 125. pp. 356–366. DOI: 10.1016/S0304-3959(97)00010-9
22. Romanov, P.V. & Yarskaya-Smirnova, Ye.R. (2004) Sotsiologiya tela i sotsial'noy politiki [Sociology of the body and social policy]. *Zhurnal sotsiologii i sotsial'noy antropologii – The Journal of Sociology and Social Anthropology*. 7(2). pp. 115–137.
23. Turner, B.S. (2002) *Regulating Bodies: Essays in Medical Sociology*. London: Routledge.
24. Porter, R. (1995) Oh, My Aching Back. *London Review of Books*. 17(21). pp. 9–11. DOI: 10.1148/rg.2016150194
25. Bendelow, G. & Williams, S. (1995) Pain and the mind-body dualism: a sociological approach. *Body & Society*. 1(2). pp. 83–103. DOI: 10.1177/1357034X95001002004
26. Kugelmann, R. (1999) Complaining about chronic pain. *Social Science & Medicine*. 49(12). pp. 1663–1676.
27. Callister, L.C. (2003) Cultural influences on pain perceptions and behaviours. *Home Health Care Management & Practice*. 15(3). pp. 207–211. DOI: 10.1177/1084822302250687
28. Zborowski, M. (1969) *People in Pain*. San Francisco: Jossey-Bass.
29. Encandela, J.A. (1993) Social science and the study of pain since Zborowski: a need for a new agenda. *Social Science & Medicine*. 36(6). pp. 783–791. DOI: 10.1016/0277-9536(93)90039-7

-
30. Goffman, E. (1961) *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. 1st ed. New York: Anchor Books.
 31. Kleinmann, A., Brodwny, P.E., Good, B.J. et al. (1992) Pain as human experience: An introduction. In: Delvecchio Good, M., Brodwny, P.E., Good, B.J. & Kleinmann, A. (eds) *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*. Berkeley: University of California Press. pp. 1–14.
 32. Morris, D.B. (1991) *The Culture of Pain*. Berkeley; Los Angeles: University of California Press.
 33. Davis, B.D. (2002) *Caring for People in Pain*. New York: Routledge.
 34. Lascaratou, C. (2007) *The Language of Pain: Expression Or Description?* Amsterdam: John Benjamins Publishing.
 35. Wittgenstein, L. (2010) *Philosophical Investigations*. Chichester: Wiley-Blackwell.
 36. Engel, G.L. (1977) The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 196. pp. 129–136. DOI: 10.1126/science.847460
 37. Flor, H. & Hermann, C. (2004) Biopsychosocial models of pain. In: Dworkin, R.H. & Breitbart, W. (eds) *Psychosocial aspects of pain: a handbook for healthcare providers. Progress in Pain Research and Management*. Vol. 27. Seattle: IASP Press. pp. 47–75.
 38. Turk, D.C. & Flor, H. (1999) Chronic Pain: A behavioral perspective. In: Gatchel, K.J. & Turk, D.C. (eds) *Psychosocial Factors in Pain: Critical Perspectives*. New York: Guilford Press. pp. 18–34.