

Џејмс
Џордано,
Џоан С.
Енгебретсон,
Роланд
Бенедиктер

**Културата, субјективноста
и етиката на
пацентоцентричната
нега на болката**

**Животна средина и култура,
медиум и форум**

Дури и начинот на кој крајниот научен редуccionизам го гледа поединецот, открива дека ние сме комплексни системи укотвени во комплексни системи.¹ Овие интеракции во рамките на системите и помеѓу нив се базираат врз бројни варијабли на нашата/нашите (интерна/ни и екстерна/ни) средина/средини. Доколку ја дефинираме етиката како систем на морално одлучување, тогаш станува јасно дека, конечно, овие одлуки влијаат врз состојбата/состојбите на раководењето со нашите дејствија и врски со другите во нашата средина (или суштински, нашето битисување во светот).² Со оглед на тоа дека значењето на терминот *екологија* е буквално „...изучување или систем на мудрост и расудување за меѓусебната поврзаност на организмите во нивната средина или место кое го населуваат“,³ описот на Овен Фланеган (Owen Flanagan) за етиката како „човечка екологија“ е од голема релевантност и значење.⁴

За да се пристапи до етичките прашања и разните системи и техники коишто се користат за разгледување овие прашања и нивно разрешување, тогаш – про Фленеган – клучно е да се признае ефектот

James
Giordano,
Joan S.
Engebretson,
Roland
Benedikter

**Culture, Subjectivity
and the Ethics
of Patient-Centered
Pain Care**

**Environment and Culture,
Medium and Forum**

Even the most scientifically reductionist view of the individual reveals that we are complex systems nested within complex systems.¹ These interactions within and among systems are based and depend upon numerous variables of our (internal and external) environment(s). If we define ethics as a system of moral decision making, then it becomes clear that these decisions ultimately affect the situation(s) of managing our activities and relationships with others in our environment (in essence, our being in the world).² Given that *ecology* literally means a “...a study or system of wisdom and reasoning about the interrelation of organisms in their environment or place of inhabitation,”³ Owen Flanagan’s description of ethics as “human ecology” takes on considerable relevance and importance.⁴

To approach the ethical issues, and various systems and techniques used to address and resolve these issues, then - pro Flanagan - it is crucial to recognize the effect of “environment” upon persons’ situations and actions

на „средината“ врз човековите состојби и дејствија кои го сочинуваат нивниот живот-свет(ови). Со други зборови, едно размислување за етиката не може да го исклучи гледањето на средината како опфатност на времето, просторот, културата и околноста. Ова налага почитување на културата како значајна сила во интерактивното одредување на биопсихосоцијалните димензии на битието на поединецот. На најосновното ниво, *културата* се однесува на „...медиум за развој на живиот материјал“, и додека обично е резервирана за конотации на експериментални методи, мора да се има предвид дека оваа дефиниција не е помалку оперативна при размислата за тоа што и како „културата“ ангажира и поддржува „...низа споделени материјални особини, препознатливи карактеристики, знаење, ставови, вредности и однесувања на лица во едно исто време и (/или) место“.⁵ Оваа дефиниција правилно открива дека културата воспоставува и одразува одредени биолошки карактеристики (што се развиваат и се зачувуваат во однос на средините), кои може да се изразат преку осознавања и однесувања. На овој начин, културата е медиум за биопсихосоцијален развој и форум и вектор на неговиот израз и манифестација.⁶ Така, секој обид да се идентификуваат морални прашања (и етички пристапи за разрешување на тие прашања) мора да ги почитуваат ефектите на и врз, „културата“ – од биолошките до општествените нивоа.

Во овој есеј докажуваме дека секоја практична размисла за етиката на медицина мора да ги препознае 1) ефектите на културата врз настанот, феноменот и искусувањето на болка; 2) разликите кои ги предизвикува „културата“ на медицината (наспроти „културата“ на пациентството), и 3) како географските, социјалните и временските

that constitute their life-world(s). In other words, a consideration of ethics cannot exclude regard for the environment as embodied by time, place, culture and circumstance. This mandates an appreciation of culture as an important force in determining interactively biopsychosocial dimensions of persons' being. At the most basic level, *culture* refers to a “...medium for the development of living material,” and while usually reserved for connotations of experimental methods, it must be borne to mind that this definition is no less operative when considering what and how “culture” engages and sustains “...the set of shared material traits, characteristic features, knowledge, attitudes, values and behaviors of people in a common place and(/or) time.”⁵ This definition rightly reveals that culture establishes and reflects particular biological characteristics (that develop, and are preserved in response to environments), that can be expressed through cognitions and behaviors. In this way, culture is a medium for biopsychosocial development, and a forum and vector for its expression and manifestation.⁶ Thus, any attempt to identify moral issues (and ethical approaches to resolving these issues) must appreciate the effects of, and upon “culture” – from biological to social levels.

In this essay we argue that any practical consideration of an ethics of pain medicine must also recognize 1) the effects of culture upon the event, phenomenon and experience of pain; 2) the distinctions that are evoked by the “culture” of medicine (versus the “culture” of patienthood), and 3) how geographic, social and temporal variances affect these cultural dynamics. We posit that

варијации влијаат врз овие културни динамики. Нашето тврдење е дека личностите не може да се одвојуваат од „културата“, а секој обид да се дефинираат прашањата, проблемите, вредностите, потенцијалните решенија и последиците кои влијаат врз поединците и групите, мора да ја врами и оваа пресметка во културен контекст, барем до извесен степен, инаку најверојатно ќе биде нереалистична.

Културни ефекти врз болката: Настан, искуство и значење

Дури и кога болката се смета само за невропсихолошки настан, претпоставените ефекти на културата не може да се игнорираат. Антрополошки, односот помеѓу културата и екологијата често се смета за заемен.⁷ Многу фактори од животната средина (на пример, географските граници и ограничувања, климата, преживувањето и салутогенските карактеристики) покажаа дека имаат влијание врз геномските фреквенции и изразувањето на одредени фенотипови во агрегатски групи на луѓе. Селективните притисоци предизвикаа елиминација на одредени генотипови во однос на други, истакнувајќи фенотипови кои (низ еколошка, епигенетска модификација) ги зацврстија овие варијации. Овие фактори ја создадоа основата за развојни траектории кои 1) би го намалиле успехот на интеракциите во животната средина, 2) имаат тенденција да создадат предиспозиции за релативно вообичаени гено- и фенотипни шеми во рамките на дефинирани реони кои ја рефлектираат оваа преживливост, и 3) поради тоа, би се одржале и зајакнале во рамките на овие ниши на животната средина. Животната средина влијае врз психолошкиот развој, зреењето и функцијата, унапредува одредени фенотипи, а конечно, може да обликува заеднички функции на одредени фенотипни групи.⁸

one cannot extricate persons from “culture,” and any attempt to define issues, problems, values, potential solutions and consequences that affect individuals and groups must frame this calculus within a cultural context, at least to some extent, otherwise it will likely be unrealistic.

Cultural Effects upon Pain: Event, Experience, and Meaning

Even if pain is solely considered as a neurophysiological event, the putative effects of culture cannot be ignored. Anthropologically, the relationship between culture and ecology is often considered to be reciprocal.⁷ Many environmental factors (eg. - geographical boundaries and limitations, climate, survival and salutogenic characteristics) have been shown to effect genomic frequencies, and the expression of particular phenotypes in aggregate groups of people. Selective pressures yielded elimination of certain genotypes in favor of others, expressing phenotypes that (through environmental, epigenetic modification) fortified these variations. These factors provided the basis for developmental trajectories that would 1) maximize the success of environmental interactions, 2) tend to produce predispositions to relatively common geno- and phenotypic patterns within defined regions that reflect this survivability, and 3) therefore be sustained and fortified within these environmental niches. Environment affects physiological development, maturation and function, promotes particular phenotypes, and ultimately may shape common functions of certain phenotypic groups.⁸ Put more colloquially, nature is expressed via nurture,⁹ and common factors within the nurturing environment can affect patterns of neurologic activity and/or structure

Попросто кажано, природата се изразува преку негување,⁹ и заедничките фактори во средината која ја овозможува таа нега може да влијаат врз обрасците на невролошката активност и/или структура (т.е. – „...неврони кои споделуваат поттик, се соединуваат“; и кај поединците и во групите поединци).¹⁰

На овој начин, животните средини може културно да „однегуваат“ групи на поединци, а притоа културите се развиваат како одговор на животните средини, но и за смислено да влијаат врз нив. Притоа, имајќи предвид дека границите помеѓу внатрешната и надворешната средина се донекаде арбитрарни и интерактивни на повеќе нивоа, мора да ги цениме ефектите на културата врз поединците во биопсихосоцијалните домени. Анализите на генетските и епигенетските влијанија ги потврдија ефектите на животната средина и културата на филогенетските и онтогенетските шеми врз одредени психолошки одлики. Работата на Могил (Mogil) и на неговите колеги разјасни определени моменти за генотипските предиспозиции на нервните супстрати кои предизвикуваат (изложеност и изразување на) одредени типови болка.¹¹ Нашата тековна карактеризација на болката како спектрално нарушување укажува на тоа дека има општоприфатени семејства (т.е. - низи) на генотипи и фенотипи кои се диференцијално чувствителни на влијанието/влијанијата на животната средина за изразување на болка (прагови, искуство, и најочекувано, когнитивни / бихевиорални манифестации).^{12,13} Така, додека болката е универзално човечко искуство, биопсихосоцијалните влијанија на културата може да го изменат развојот на нервните системи, создавањето и однесувањето кои влијаат врз чувствувањето на болката, и соодветно, нејзиното искусување и изразување.

(i.e.- “...neurons that fire together wire together”; both in individuals and in groups of individuals).¹⁰

In this way, environments can “culture” groups of individuals, and cultures develop in response to, and to meaningfully affect environments. Moreover, keeping in mind that the boundaries between internal and external environment are somewhat arbitrary and interactive on a number of levels, then we must appreciate the effects of culture on individuals across biopsychosocial domains. Analyses of genetic and epigenetic influences have validated the effects of environment and culture on phylogenetic and ontogenetic patterns of certain physiological traits. The work of Mogil and his colleagues has shed light on genotypic predispositions to neural substrates that can give rise to (susceptibility and expression of) certain types of pain.¹¹ Our ongoing characterization of pain as a spectrum disorder suggests that there are putative families (i.e.- clades) of genotypes and phenotypes that are differentially sensitive to environmental influence(s) for the expression of pain (thresholds, experience, and most likely cognitive/behavioral manifestations).^{12,13} Thus, while pain is a universal human experience, biopsychosocial influences of culture can alter the development of neural systems, cognitions and behaviors that affect the sensation of pain, its experience and its expression, respectively.

Таквите дистинкции се анегдотски забележани уште од времето на антиката.¹⁴ Студијата на Зборовски (Zborowski), која претставува класика, иако со методолошки (ако не и философски) пропусти за праговите на болка, перцепциите и реакциите на одредени етнички групи, сепак беше значајна бидејќи разјасни некои моменти во однос на можноста разните култури да се подложни на биопсихосоцијални влијанија кои оставаат белег врз болката.¹⁵ Неколку подоцнежни студии открија разлики во чувствителноста на болка, и изразувањето на болката кај разните етнички, социјално и географски дистрибуирани групи.¹⁶⁻¹⁸ Но, важно е да се внимава на предупредувањето на А.Л. Кроебер (A.L. Kroeber) да не се мешаат поимите „култура“ и „една култура“, бидејќи втората носи конотативни предрасуди.¹⁹ Наспроти тоа, „културата“ треба да ја мислиме, како што предвидувачки ја опишува Е.Б. Тејлор (E.B. Tylor) пред повеќе од еден век, како „...комплексна целина“ која динамично може да ги обликува речиси сите аспекти на човековото искуство.²⁰ Културата - како комплексна целина – прави простор за групи кои може да се идентификуваат и кои заедно формираат кластери врз основа на географска изолација, основна дејност, физиолошки функции, роднинска селекција и социјални карактеристики и активности. Токму овие биопсихосоцијални ефекти и артефакти ги промовираат и одржуваат верувањата, знаењето и оттаму произлезените однесувања на поединците и групите на кои им припаѓаат. Овие социокултурни карактеристики може да ги определат прифатените меѓучовечки улоги и начини на дејствување и изразување, кои може да влијаат врз тоа како може да биде сфатено, толкувано, комуницирано и третирано чувствување болка.²¹

Such distinctions have been anecdotally noted since antiquity.¹⁴ Zborowski's classic, yet methodologically (if not philosophically) flawed study of pain thresholds, perceptions, and responses in various ethnic groups was nonetheless important in that it shed light upon the possibility that various cultures could be susceptible to biopsychosocial influences that affect pain.¹⁵ Several subsequent studies revealed differences in sensitivity to, and expression of pain between various ethnic, social, and geographically distributed groups.¹⁶⁻¹⁸ But it is important to heed A.L. Kroeber's warning not to confuse "culture" with "a culture," as the latter is connotatively prejudicial.¹⁹ Rather, we must consider "culture" as presciently described by E.B. Tylor over a century ago as being a "...complex whole" that can dynamically shape almost all aspects of human experience.²⁰ Culture - as a complex whole - gives rise to identifiable groups that cluster together based upon geographic isolation, niche occupation, physiological functions, kin selection, and social characteristics and activities. It is these biospsychosocial effects and artifacts that promote and sustain beliefs, knowledge, and the resultant behaviors of individuals, and the groups to which they belong. These socio-cultural characteristics can determine accepted interpersonal roles, and modes of action and expression that can affect how the sensation of pain may be perceived, interpreted, communicated and treated.²¹

Културните ориентации на пациентите и клиничарите: Знаење, верувања и стварност

Токму во овој поширок контекст мора да ги земеме предвид ефектот (ефектите) на културата врз начините на разбирање на болката, пациентското искуство и улогата (улогите) на медицината за болка и клиничарите. Постои реципрочен однос помеѓу чувствувањето и значењето на болката.²² Субјективноста на болката ги рефлектира разликите во невропсихолошкото процесирање на болката како чувство, а неврокогнитивното толкување на болката како искуство на живееното тело.²³⁻²⁵ Со оглед на тоа што когнитивните конструкти (т.е. значењата) се социокултурно под влијание, сфатениот идентитет и влијанието врз болката се обично контекстуални.²⁶ Елејн Скери (Elaine Scarry) пласираше тврдење дека болката може да ги деконструира животите на пациентите и да му пркоси на јазикот.²⁷ Но, за целосно сфаќање на степенот на тие ефекти, важно е да се разбере 1) животниот свет на пациентот, за да се утврди како болката го деконструира, и 2) дека овој животен свет е нераскинливо врзан за културата на пациентот. Исто, додека болката може да му пркоси на јазикот, нејзиното искусување принудува на комуникација во обид за субјективното страдање да се искомунцира со другите.^{28,29} Ние тврдиме дека ефективноста на оваа комуникација е семиотички и семантички притеснета од страна на социокултурните капацитети и ограничувања.

Оваа потенцијална комуникација можеме да ја сфатиме како боромејска интеракција: меѓусебната поврзаност на трите домени, чие односно вкрстување го рефлектира и степенот на заеднички точки и можноста за меѓусебно ангажирање.³⁰ Како што е прикажано во сликата бр. 1, таквата боромејска

Cultural Orientations of Patients and Clinicians: Knowledge, Beliefs and Realities

It is in this broader context that we must consider the effect(s) of culture on ways of understanding pain, the experience of patienthood, and the role(s) of pain medicine and the clinician. There is a reciprocal relationship between the sensation and meaning of pain.²² The subjectivity of pain reflects distinctions in neurophysiological processing of pain as a sensation, and neurocognitive interpretation of pain as an experience of the lived body.²³⁻²⁵ Given that cognitive constructs (i.e.-meanings) are socio-culturally influenced, the perceived identity and impact of pain are often contextual.²⁶ Elaine Scarry has claimed that pain can deconstruct patients' lives and defy language.²⁷ But to fully grasp the extent of these effects, it is important to understand 1) the life-world of the patient to determine how it has been deconstructed by pain, and 2) that this life-world is inextricably bound to the patient's culture. As well, while pain may defy language, its experience compels communication in an attempt to communicate subjective suffering to others.^{28,29} We opine that the effectiveness of this communication is semiotically and semantically constrained by socio-cultural capacities and limitations.

We can conceive this potential communication as a Borromean interaction: the interplay of three domains whose relative intersection reflects both the extent of commonality and the possibilities for mutual engagement.³⁰ As shown in Figure 1, such a Borromean interaction of 1) pain, 2) the pain patient, and 3) the



испреплетеност на 1) болката, 2) пациентот со болка и 3) клиничарот ги диктира ставовите и дејствијата на пациентот и на клиничарот. Јасно е дека пациентот и клиничарот ги покажуваат нивните соодветни културни влијанија и ефекти во рамките на клиничкото случување. На овој начин, и двајцата одржуваат и манифестираат верувања, знаење и ставови кон

Слика 1: Боромејски приказ на односот на пациентот, клиничарот и болката и нејзиното третирање. Секој круг претставува сфера која ја претставува повеќедимензионалноста на одреден ентитет. За пациентот и клиничарот, ја претставува севкупноста на нивните односни животни светови, вклучително и културата, искуството, верувањата, знаењето и ставовите. За болката и нејзиното третирање, сферата ги рефлектира објективните ентитети и нејзиниот пресек со пациентот и клиничарот го претставува субјективното (индивидуалното и културното) карактеризирање на оваа објективност. Степенот на порамнетост помеѓу пациентот, клиничарот, болката, нејзиното третирање, зависат од споделеноста на верувањата, знаењето, искуствата и очекувањата. Секое и/или сите може да бидат повлијаени од страна на културата, или поединечно, или заедно.

Figure 1: A Borromean depiction of the relationship of patient, clinician, and pain and its treatment(s). Each one of the rings represents a sphere that constitutes the multi-dimensionality of the particular entity. For patient and clinician, it represents the totality of their respective life-worlds, inclusive of culture, experience, beliefs, knowledge and attitudes. For pain and its treatment, the sphere reflects the objective entities, and its intersection with the patient and clinician represents the subjective (individual and cultural) characterization of this objectivity. The extent of alignment between patient, clinician, pain, and its treatment depend upon commonality of beliefs, knowledge, experience and expectations. Each and/or all can be affected by culture, either individually, or together.

clinician, dictates both the patient's and the clinician's attitudes and activities. Clearly, the patient and clinician bring their respective cultural influences and effects to the fore within the fabric of the clinical encounter. In this way, both maintain and manifest beliefs, knowledge, and attitudes about the nature and meaning of pain, disease, illness, personhood, and responsibility. Beliefs should

природата и значењето на болката, заразата, болеста, сопствената личност и одговорноста. Верувањата не треба да се минимизираат; да го парафразираме Августин - да се верува значи да се разбере, така што нашето лично концептуализирање на светот ги дозволува и ги води нашите познавателни патеки и ги бои нашите толкувања на животот.³¹ За пациентот, овие верувања може да содржат значителна доза на „народно знаење“ и може да не се ускладени со верувањата врз кои се базира епистемологијата на медицина.³² Така, конечно, верувањата на пациентот и на клиничарот може да ја засилат или попречат боромејската динамика на медицинскиот однос.

Со својата низа на дефинирани вредности, ставови, значења, дури и јазик и однесување, на медицината мора да се гледа како на социо-културна сила,³³ а нејзината моќ создава и се одржува од биопсихосоцијалните асиметрии во односот клиничар - ациент. Веруваме дека една од задачите на клиничарот е да ја намали асиметријата со намалување на ранливоста на пациентот преку обезбедување на еманципирачка грижа. Така, доколку улогата на медицината е да ја исполни добрата страна од својата декларирана задача (т.е. – негување и лекување на лицето кое болката го прави ранливо), тогаш е важно за клиничарот болката да не ја разбира едноставно како објект, туку да разбере како објективниот настан на болка се толкува, се изразува субјективно и влијае врз пациентот вгнезден во култура.³⁴

not be minimized; to paraphrase Augustine, to believe is to understand, such that our individual conceptualization of the world allows and guides our ways of knowing, and colors our interpretations of life.³¹ For the patient, these beliefs may incorporate considerable “folk knowledge,” and may not be consonant with the beliefs upon which the epistemology of medicine is based.³² Thus, the beliefs of patient and clinician can ultimately enhance or disrupt the Borromean dynamics of the medical relationship.

With its defined set of values, attitudes, beliefs, meanings and even language and behaviors, medicine must be viewed as a socio-cultural force,³³ and its power creates, and is upheld by, biopsychosocial asymmetries in the clinician-patient relationship. We believe that one of the tasks of the clinician is to lessen this asymmetry by decreasing the vulnerability of the patient through the empowering provision of care. So, if pain medicine is to fulfill the good of its professed task (i.e.- treating and healing the person made vulnerable by pain), then it is important for the clinician to not simply understand pain as object, but to understand how the objective event of pain is subjectively interpreted by, expressed in, and affects the culturally-nested patient.³⁴

Болката како субјективна „креација“ во меѓусебната игра меѓу стварното, имагинарното и симболното

Тоа што долго време беше потценувано во главната струја на медицината е токму оваа субјективна димензија во рамките на „настанот“ на болка – особено во нејзината тесни врски со интер-субјективните, културно пре-формативните шеми. Токму „субјективноста на болката“ или „болката на интимниот субјект“ треба подлабоко да се испитува за пациентоцентричната неџа на болката да напредува понатаму кон вистински „субјективно-објективна“ парадигма – не само во пракса, туку и во нејзините философски и научни основи.³⁵ За да се постигне таков напредок, двојната етимолошка смисла на терминот „субјект“ мора да се мисли низ нејзината вредност за конкретниот „настан“ на болка: 1) болката како онтолошка „база“ (т.е. – од Латински, *sub-jectum*, пасив) на болниот субјект, и во исто време 2) „потчинувањето“ (т.е. *sub-iacere*, актив) на субјектот.

Како што има забележано францускиот психоаналитичар Жак Лакан (Jacques Lacan), искуството на субјектот се чини нераскинливо од шемите на несвесното „толкување“ кои се вкоренети во неговата чувственост и (себе) перцепција од страна на културните предиспозиции.³⁶ Се чини дека постои, всушност, втор, уште потесен „боромејски јазол“ вклучен во целиот настан околу болката на субјективно ниво: суштинската меѓуигра и заемниот однос помеѓу шемите на имагинацијата и симболизацијата кои секако придонесуваат, ако и не го создаваат, „стварниот“ настан на болката. И редот на имагинацијата и тој на симболиката ја формираат несвесната „основа“ на субјектот којшто ја искусува

Pain as Subjective “Creation” in the Interplay between the Real, the Imaginary and the Symbolic

What has been long underestimated in mainstream medicine is exactly this subjective dimension *within* the “event” of pain - especially in its close ties to inter-subjective, culturally pre-formative patterns. It is the “subjectivity of pain” or “pain as the intimate subject” that has to be investigated in greater depth if patient-centered pain care is to make further progress toward a truly “subjective-objective” paradigm - not only in practice, but also in its philosophical and scientific foundations.³⁵ In order to achieve such progress, the double etymological sense of the term “subject” has to be considered in its value for the concrete “event” of pain: 1) pain as the ontological “basis” (i.e.- from the Latin, *sub-jectum*, passive) of the ill subject, and at the same time 2) the “submission” (i.e.- Latin, *sub-iacere*, active) of the subject.

As the French psychoanalyst Jacques Lacan has noted, the subject’s experience seems indivisible from patterns of unconscious “interpretation” that are “rooted” in its sensitivity and (self-)perception by cultural predispositions.³⁶ There seems to exist, in fact, a second, even more narrowly conceived “Borromean knot” involved in the overall event of pain at the subjective level: the constitutive interaction and mutual relationship between patterns of imagination and symbolization that decisively contribute, if not create, the “real” event of pain. Both the imaginary and the symbolic order form the unconscious “basis” of the subject that experiences pain, and at the same time, both “submit” the experience of pain to largely meta-personal cultural laws.

болката, и во исто време, и двата го „подложуваат“ искуството на болка на навистина во голема мерка метаперсонални културни закони.

Со други зборови, тоа како наследената култура на субјектот произведува распон на *симболички* „конкретизации“ за искусувањето на болката - на пример, во облик на слики, јазик или однесување кои се разликуваат од поединец до поединец и од култура до култура, а кои може да бидат видени како форми на „преговарање“ со искуството и како обид за негово „интегрирање“ во царството на неговото сопствено онтолошко „стварно“ - влијае врз перцепцијата и искусувањето на самата болка. Од друга страна, веќе поодамна е познато дека личната *сликовност* на субјектот не одразува и не опфаќа само „настани“ на болка на сонувачки начин, туку може и активно да влијае врз неа, доколку се контролира и одвива на соодветен начин, до таа мерка што може да го измени самиот резултат на болеста и на процесот на лекување.

Но, не е ниту само едната, ниту само другата димензија на „стварноста“ на болката која се чини како да има одлучувачка вредност во похалистичка етика на пациентоцентричната нега на болката. Поскоро, ние тврдиме дека мора да се земе предвид *дијалектиката* на овие две димензии. Традиционалната етика на медицината произлегува од „модерните“ концепти на рационалноста на 19-тиот и 20-тиот век и затоа сè уште се стреми кон примена на дуалистичките модели во кои главната критичка продуктивност е анализата на непропорционалностите помеѓу имагинарното и реалното (т.е. помеѓу субјективното „елаборирање“ на болката и нејзините – кои често не се совпаѓаат – објективни физички основи и потекла).^{37,38} Сепак, некои поскорешни „постмодерни“ пристапи додадоа

In other words, how the subject's inherited culture produces an array of *symbolic* “concretizations” of the experience of pain – for example in the form of images, language, or behavior, which vary from individual to individual and from culture to culture and can all be seen as forms of “negotiation” with the experience and as an attempt to “integrate” it into the realm of its own ontological “real” - influences the perception and the experience of pain itself. On the other hand, it has been long known that the personal *imagery* of the subject not only mirrors and embodies the “events” of pain in a dreamlike way, but can also actively influence it, if appropriately controlled and enacted, to the extent that it may alter the very outcome of the illness and the respective healing process.

But it is neither one nor the other dimension of the “reality” of pain that singularly seems to be of decisive value in a more holistic ethics of patient-centered pain care. Rather, we posit that it is the *dialectic* of these two dimensions that must be considered. The traditional ethics of medicine are derived from the “modern” concepts of 19th and 20th century rationality and therefore still tend to apply dualistic models in which the main critical productivity is the analysis of the disproportions between the imaginary and the real (i.e. between the subjective “elaboration” of pain and its – often not corresponding - objective physical bases and origins).^{37,38} However, more recent “postmodern” approaches have added a third dimension to this constitutive dualism: the realm of the symbolic as being the decisive dimension

трета димензија на овој суштински дуализам: сферата на симболното како одлучувачка димензија за субјективното „инкарнирање“ на болката.³⁹ Таков поглед може да се одржи, барем делумно, со размислување дека на самата култура може да се гледа како на „боромејски јазол“ бидејќи 1) се состои од тие три „димензии“ на реалноста: имено, реалното, имагинарното и симболното, и 2) произведува субјект „подложен“ на меѓуиграта помеѓу дијалектиката на овие димензии.⁴⁰

„Субјектот на болка“ и наученото од искуството со плацебо

Доколку идентитетите на болка во основа се „создани“ ентитети, тогаш станува јасно дека пациентоцентричната медицина за болка ќе се сврти кон лекување на „културни субјекти на болка“, а не кон „пациенти со болест која произведува болка“. Еден особено ефективен пример за тоа колку таква културно свесна философија на грижа за болка би можела да се оствари, може да се открие со истражување на плацебо ефектите и одговорите.

На најосновно ниво, плацебо ефектот е каскада на физички одговори поттикнати преку психолошки реактивен (т.е. „значење“) одговор на некоја околност, место, дејствие (дејствија) или лице.^{41,42} Ова се чини дека е можно токму поради централна улога на личното имагинарно на субјектот и желбата симболично да се вклучи „Другиот“ како дел од директното искуство.⁴³⁻⁴⁵ Така, тоа е нешто лажно кое во исто време е и стварност.⁴⁶ Централно за неговиот ефект не е прашањето на „идентитет“ во строга смисла – т.е. – дали е нешто лажно *или* е реалност – туку поскоро трансформативна моќ која може да се одиграат помеѓу овие два пола. Така, идентитетите се

for the subjective “incarnation” of pain.³⁹ Such a view can be sustained, at least partly, by considering that culture itself can be seen as a “Borromean knot” given that 1) it is constituted by those three “dimensions” of reality: namely, the real, the imaginary and the symbolic, and 2) it produces a subject “submitted” to the interplay between the dialectics of these dimensions.⁴⁰

The “Subject of Pain” and the Lessons of the Placebo Experience

If pain identities are fundamentally “created” entities, then it becomes clear that patient-centered pain medicine will address treating “cultural subjects of pain,” rather than “patients with an illness producing pain.” One especially effective example of how such a culturally aware philosophy of pain care could be enacted may be revealed by study of placebo effects and responses.

At the most basic level, the placebo effect is a cascade of physical responses that are induced through some psychologically reactive (i.e.- “meaning”) response to a circumstance, place, action(s), or person.^{41,42} This seems to be possible exactly because of the central role of the personal imaginary of the subject and a desire to symbolically incorporate the “Other” as part of a first-person experience.⁴³⁻⁴⁵ Thus, it is a fake that is at the same time a reality.⁴⁶ At the center of its effect lies not the question of “identity” in the strict sense - i.e.- if it is a fake *or* a reality - but rather the transformative power that can be enacted *between* these two poles. Thus, identities reveal themselves as being entities of (low

откриваат себеси како ентитети на трансформација (на ниско ниво), а не како ентитети од „највисока непроменливост“.⁴⁷

Понатаму, со оглед на тоа дека плацебо ефектите/ одговорите успеваат да го искористат несвесниот обид на субјектот да ги обедини имагинарното и симболното и да создаде одржливо реално, на нив може да се гледа како на сублимат на уметноста. Плацебо ефектот е еден вид артефакт затоа што вклучува значења врзани за нешто уметничко и/или вештачко за да создаде нешто реално. Како такви, овие ефекти манифестираат еден вид „нулта вредност“ која постои во меѓуиграта меѓу имагинарното, симболното и реалното – во зависност од контекстот и толкувањето на оној којшто го искусува ефектот. Исто, плацебо ефектот открива донекаде криптични механизми и функции кои го одржуваат „постоенето“ на субјективната стварност. Плацебо искуството особено може да ја расветли интимната димензија на болката. Може да се претпостави дека болката - како субјективна реалност која никогаш не може сосем да се изрази со помош на симболното и никогаш не може целосно да се интегрира во канонот на имагинарно присутното на одредена култура - е принцип „создаден“ на сличен начин како што се генерира „плацебо“ ефектот и се „отелотворува“ во субјектот (и секако ова всушност можеби е причина за негативновалентните ноцебо одговори и ефекти).^{48, 49}

Во тој случај, можеби културната компетентност на излекувачкиот судир зависи од хармонизирањето на „уметноста на плацебото“ и како таква може да се смета за „уметност на границите“ меѓу имагинарното, симболното и стварното, како одраз на дефиницијата за границата на Мартин Хајдегер (Martin Heidegger):

level) transformation rather than entities of “highest immutability.”⁴⁷

Furthermore, given that the placebo effects/responses make positive use of an unconscious attempt of the subject to unify the imaginary and the symbolic to create a viable real, they can be seen as the epitome of art. The placebo effect is sort of an artifact, because it engages meanings attached to something artful and/or artificial to create something real. As such, these effects manifest a kind of “zero value” that exists in the interplay between the imaginary, the symbolic and the real – dependent upon the context and construal of the one who is experiencing the effect. As well, the placebo effect reveals somewhat cryptic mechanisms and functions that sustain the “existence” of subjective reality. The placebo experience can especially shed light on the intimate dimension of pain. It can be assumed that pain - as a subjective reality never totally expressible by the means of the symbolic, and never able to be fully integrated in the canon of the imaginary present of a specific culture - is in principle “created” in a similar way as the placebo effect is generated and “embodied” within the subject (and indeed this may, in fact be the case for the negatively valent nocebo responses and effects).^{48, 49}

Perhaps then, the cultural competence of the healing encounter is a matter of attunement to the “art of placebo,” and as such can be seen as the “art of boundaries” between the imaginary, the symbolic and the real, reflective of Martin Heidegger’s definition of the term boundary: “...not that at which something stops, but as the Greeks

„...не тоа при кое нешто запира, туку како што тоа Грците го забележаа, границата е она од каде што едно нешто го почнува своето присување“.⁵⁰

Ова е особено точно во негата на болката, со оглед на субјективното присуство на болката заради трансцендирање на границите на минатото, сегашноста и иднината; тишината и гласот, разбирањето и објаснувањето, и себноста и другиот. Овие граници се отелотворени од реалноста на субјективното искусување на болката и нејзиното опредметување, а во суштина се тоа што ја дефинира херменевтичката природа на медицината за болка.

Влијанието на културата врз етиката

Конјункцијата на објективното и субјективното разбирање ја дава основата за 1) дијагнозата, 2) разгледување на расположливите терапевтски опции, и 3) одбирање на оние кои ги зголемуваат можностите за добар исход кај определен пациент.⁵¹ Очигледно, овие избори мора да го одредуваат и контекстуалното значење на доброто (во најдобар интерес на пациентот) и да го насочуваат неговото обезбедување.^{52,53} Ослободувањето од болка – како опицливо добро на клиничката средба и однос на клиничарот за болка и пациентот – мора да се прошири надвор од ограничената близина на клиничката средина и да влијае врз секојдневната реалност на животот-светот на пациентот. Затоа, станува очигледно дека секоја одлука е истовремено терапевтска и морална и дека процесот на одлучување станува предмет на етиката.^{54,55} Но, имајќи го предвид културниот плуралитет на современото општество, како може овие етички одлуки да се донесат со некаква извесност?

recognized, the boundary is that from which something begins its presencing.”⁵⁰

This is particularly true in pain care, given the subjective presence of pain to transcend boundaries of past, present and future; silence and voice, understanding and explanation, and self and other. These boundaries are, embodied by the reality of the subjective experience of pain and its objectification, and are in essence, what define the hermeneutic nature of pain medicine.

The Impact of Culture on Ethics

The conjunction of objective and subjective understanding provides a basis for 1) diagnosis, 2) considering those therapeutic options that are available, and 3) selecting those that maximize good outcomes in a specific patient.⁵¹ Obviously, these choices must both determine the contextual meaning of good (for the patient's best interests), and direct its provision.^{52, 53} The relief of pain – as the tangible good of the clinical encounter and the relationship of pain clinician and patient – must extend beyond the limited proximity of the clinical environment and affect the daily realities of the patient's life-world. Therefore, it becomes apparent that each decision is at once therapeutic and moral, and the decisional process becomes one of ethical concern.^{54,55} But given the cultural plurality of contemporary society, how can these ethical decisions be made with any reliability?

Тврдеме дека структурата на медицината за болка повлекува со себе определена рамка на одговорности и обврски кои ја дефинираат нејзината интелектуална, морална и практична артикулација.⁵⁶ Овие правила целосно ја дефинираат практиката и ги воспоставуваат барањата кои едно лице мора да ги прифати доколку сака да навлезе во областа. Ова се далекусежни изјави што го спојуваат управувањето со болката со една општа философија на медицината, која е изградена на и дефинира основна епистемологија (т.е. – како основа на знаење и начини на знаење), антропологија (како размислување за факторите вклучени со водењето на нега на болка како човечки потфат) и етика (како формална, систематизирана анализа на моралните одлуки и на системите и процесите вклучени во моралното одлучување).⁵⁷ Оттаму, „правилата“ појаснуваат поединечни суштински делови на грижата за болка, како што се 1) важноста од познавање на болката и нејзините ефекти, 2) разбирање на повеќедимензионалноста на човекот кој е пациент, 3) субјективноста на болката и комплицираната, а сепак клучна нужност за интерсубјективност, и 4) познавање на етиката и како процес и како група алатки.⁵⁸ Едноставно, правилата (1)–(3) определуваат кои етички процеси и алатки би биле најсоодветни за конкретните околности, интерперсонални односи и конкретни задачи. Очигледно, секое промислување или разбирање на лицето кое е пациент мора да го има предвид релативниот ефект на културата, но во реалноста, целиот процес, односно самите правила и нашата потреба од нив и потпирање врз нив, не ги надминува културните влијанија.⁵⁹

We have argued that the structure of pain medicine entails a particular framework of responsibilities and obligations that define its intellectual, moral and practical articulation.⁵⁶ These rules define what the practice is all about and establish the requirements that one must accept if they are to enter the field. These are far-reaching statements that conjoin pain management to a general philosophy of medicine that is built upon, and defines a core epistemology (i.e. - as a knowledge base, and ways of knowing), anthropology (as consideration of the factors that are involved with the conduct of pain care as a human enterprise), and ethics (as a formal, systemized analysis of moral decisions and the systems and processes involved in moral decision making).⁵⁷ Hence, the “rules” explicate particular essentials of pain care, such as 1) the importance of knowing about pain and its effects, 2) an understanding of the multi-dimensionality of the person who is the patient, 3) the subjectivity of pain and the difficult yet critical necessity for inter-subjectivity, and 4) a knowledge of ethics as both a process and a set of tools.⁵⁸ Simply, rules (1)–(3) determine what ethical processes and tools might be best suited for the specific circumstances, interpersonal relations, and task at hand. Obviously, any consideration or understanding of the person who is the patient must regard the relative effect of culture; but in actuality, the entire process, that is the rules themselves and our need and reliance upon them, does not transcend cultural influences.⁵⁹

Вистинската поента на опишаната боромејска интеракција е интерперсонална и се случува помеѓу клиничарот и пациентот. Со оглед на улогата на клиничарот како управител со знаењето, извршител

The actual point of the described Borromean interaction is interpersonal, occurring between the clinician and patient. Given the clinician’s roles as steward of knowledge, and executor of knowledge and skill (in the

на знаењето и вештината (во најдобар интерес на пациентот), ние тврдиме дека токму клиничарот има одговорност да ги искористи етичките пристапи кои 1) одговараат на неговиот/нејзиниот морален компас, 2) дозволуваат прецизна анализа на биопсихосоцијалните потреби на секој пациент и, со тоа, 3) го дефинираат и насочуваат обезбедувањето на (вистинска) и добра грижа. Ова повлекува нужност од етика заснована врз агент па иако се залагаме за пристапот ориентиран кон доблести, согледуваме дека етиката на доблести не може да функционира изолирано.^{60, 61} Сепак, иако одредени интелектуални доблести овозможуваат разбирање на една култура и нејзините ефекти, а моралните доблести може да овозможат промисленоста да го насочува на вообичаено стремење кон доброто, доблестите мора да се ангажираат во одреден систем (и) кој ги задоволува непредвидливите елементи на околноста и лицата.⁶² Јасно е дека етиката на доблести налага испитување на верувањата и вредностите на една личност кон развивање на културно разбирање кое е неопходно за етичко разгледување.

Секако дека самосвесноста и авторефлексијата се темелат на промислената, културно чувствителна грижа.⁶³ Таквата авторефлексија ја зацврстува свесноста на клиничарот за важноста на верувањата и вредностите за манифестациите на болеста, намерите на пациентот и дејствата во клиничкото случување. Во практиката, ова овозможува појасен поглед на пациентот, може да ја помогне културно-чувствителната комуникација и да дозволи согледување на верувањата, вредностите и целите на пациентот.⁶⁴ Со зајакнување на тековниот дијалог, клиничарот и пациентот воспоставуваат однос за решавање на проблеми кој поддржува заедничко донесување на одлуки, го одржува посредувањето на пациентот и клиничарот, а може да служи како

patients' best interest), we posit that it is the clinician's intellectual and moral responsibility to utilize those ethical approaches that 1) are resonant with his/her moral compass, 2) allow accurate analyses of each patient's biopsychosocial needs, and in so doing, 3) define, and direct the provision of (right and) good care. This necessitates an agent-based ethics, and while we have argued in favor of a virtue-oriented approach, we recognize that virtue ethics cannot work in isolation.^{60, 61} Thus, while particular intellectual virtues may allow for an understanding of culture and its effects, and moral virtues may allow prudence to direct a habitual striving toward the good, virtues must be employed within some system(s) that meet the contingencies of circumstance and persons.⁶² Clearly, a virtue ethics mandates examination of one's beliefs and values toward developing the cultural understanding necessary for ethical deliberation.

To be sure, self-awareness and -reflection are cornerstones of prudent, culturally sensitive care.⁶³ Such self-reflection fortifies the clinician's awareness of the importance that beliefs and values have in effecting the manifestations of illness, and patients' intentions and actions in the clinical encounter. In practicality, this enables a clarified lens with which to view the patient, may facilitate culturally sensitive communication, and allow insight to patients' beliefs, values and goals.⁶⁴ By enhancing ongoing dialogue, clinician and patient establish a problem-solving relationship that supports mutual decision making, sustains the agency of patient and clinician, and may serve as a starting point for implementing values-based, and/or goal-directed pain care.⁶⁵⁻⁶⁷ Such sharing of perspectives, beliefs, knowledge, meanings,

почетна точка за спроведување на таква грижа за болка којашто се заснова врз вредности и која е насочена кон цели.⁶⁵⁻⁶⁷ Таквото споделување на перспективите, верувањата, знаењето, значењата и клиничките очекувања, може да создаде сојуз во кој на пациентот му е дадена моќ, а клиничарот е оспособен.

Една од критиките на овој пристап е дека секое целосно промислување на културните ефекти и разликите имплицира етички релативизам или субјективизам.⁶⁸ На некое подлабоко ниво, ова е всушност етички скептицизам којшто поставува прашање дали една морална одлука може да биде правилна или погрешна и дали концептот за тоа што е „добро“ има некаква валидност.⁶⁹ Спорната точка е во тоа што штом еднаш земеме предвид или допуштиме културна и индивидуална варијација, тогаш секое тврдење за тоа што го минува тестот на морална исправност станува одвај нешто повеќе од мислење или некаков обид за напредување, и/или регрутирање на други кон одредено гледиште. Не се согласуваме од неколку причини. Прво, секој пристап кон морално одлучување кој ги користи етичките системи мора да започне со прибирање и анализирање на факти кои се релевантни за околностите, прашањата и/или проблемите.⁷⁰ Јасно е дека културата може да влијае врз (наклонетостите, верувањата, дејствата и слично на) лицата. Второ, секое морално разгледување мора да ги земе предвид вклучените агенти, не едноставно како објекти, туку како субјекти на одговорност;⁷¹ Трето, додека моралното разгледување ги промислува и премерува влијанието и значењето на културата и нејзините ефекти врз поединците, самиот процес бара отргнување (т.е. „отстапување наназад“ на рефлексивна оддалеченост) за да се проценат овие фактори со споредување;⁷² и четврто, моралното

and clinical expectations can create an alliance in which the patient is empowered and the clinician is enabled.

One of the critiques of this approach is that any full consideration of cultural effects and differences implies an ethical relativism or subjectivism.⁶⁸ On a somewhat deeper level, this is actually an ethical skepticism that questions whether any moral decision can be right or wrong, and if the concept of what is “good” has any validity.⁶⁹ The point of contention is that once we consider or allow cultural and individual variation, then any claim to what is morally sound becomes little more than opinion or some attempt to advance, and/or recruit others to a particular point of view. We disagree with this for several reasons. First, any approach to moral decision making an use of ethical systems must begin by obtaining and analyzing facts, relevant to the circumstances, issues and/or problems.⁷⁰ Clearly, it is factual that culture can affect (the dispositions, beliefs, actions, etc. of) persons. Second, any moral deliberation must consider the agents involved, not simply as objects, but as subjects of responsibility;⁷¹ Third, while moral deliberation considers and weighs the influence and importance of culture and its effects on individuals, the process itself seeks to prescind (i.e.- “step back” in reflective distance) so as to evaluate these factors in balance;⁷² and fourth, moral deliberation is actually aimed at describing and defining the case, and molding attitudes toward certain actions. In this way, moral discourse and deliberation need not be about what is “true” or “false”, or even what is “right” or “wrong”, but rather what warrants rational consideration and supports reasonable action(s).⁷³ Accordingly, some ethical approaches are better suited to ameliorating

разгледување всушност е насочено кон опишување и дефинирање на случајот и обликување на ставови кон одредени дејства. На овој начин, моралниот дискурс и разгледување не треба да бидат околу тоа што е „вистинито“ или „лажно“ или дури што е „правилно“ или „неправилно“, туку повеќе околу тоа што го гаражира рационалното разгледување и поддржува што го разумното дејство (разумните дејствија).⁷³ Согласно со тоа, некои етички пристапи се посоодветни да ги прават поподносливи на разликите во културата, поподносливи и го зајакнуваат гласот на маргинализираните.⁷⁴ Феминистичката етика има особени заслуги во однос на ова, барем делумно, во тоа што феминистичката перспектива директно ги признава отворените и скриените ефекти на релационата асиметрија и нуди алатки кои ѝ дозволуваат согледување на овој раздор и кои може да ги изедначат способноста и моќта.^{75,76}

Но, можеби тоа што е потребно е метаетика на медицината на болка; систем којшто дозволува преглед и анализа на етичките прашања во негата на болка, и што, како и зошто определени етички пристапи може да бидат искористени за разрешување на овие прашања. Задачата е огромна и е фокус на нашата тековна работа.⁷⁷ Бидејќи пристапуваме кон специфични прагматични и морални прашања во грижата за болка, пресудно е секој од овие проблеми и нивните потенцијални решенија да се сместат во стварностите дефинирани од страна на лицата во културата. За медицината за болка навистина да биде практична, мора да признае една сè поглобална глобалната, плурализирана светска култура и да понуди грижа која е чувствителна на нашите симболи, стварности, сличности и разлики.

Превод од англиски јазик: Родна Русковска

the differences of culture and strengthening the voice of those who are marginalized.⁷⁴ Feminist ethics have particular merit in this regard, at least in part, in that the feminist perspective directly acknowledges the overt and covert effects of relational asymmetry, and affords tools that both allow insight to this discordance and that may equalize capability and power.^{75, 76}

But perhaps what is needed is a meta-ethics of pain medicine; a system that allows an overview and analysis of the ethical issues in pain care, and what, how, and why particular ethical approaches can be engaged to resolve these issues. The task is formidable, and is the focus of our ongoing work.⁷⁷ As we approach specific pragmatic and moral issues in pain care, it is critical to ground each of these problems and their potential solutions to the realities defined by persons in culture. For if pain medicine is to be truly practical, it must acknowledge an increasingly global, pluralized world-culture, and offer care that is sensitive to our symbols, realities, similarities and differences.

Белешки:

1. J. A. S. Kelso, *Dynamic Patterns: The Self-organization of Brain and Behavior* (MIT Press, Cambridge, MA, 1995).
2. S. Kagan, *Normative Ethics* (Westview Press, Boulder, 1998).
3. *Merriam-Webster's Collegiate Dictionary*; 11th Ed. (Merriam-Webster Inc., Springfield, MA, 2004), 394.
4. O. Flanagan, *The Problem of the Soul: Two Visions of Mind and How to Reconcile Them* (Basic Books, NY, 2003).
5. Ibid. ref. 3, 304.
6. G. M. Foster, B. G. Anderson, *Medical Anthropology* (Knopf, NY, 1978).
7. Ibid. ref. 6.
8. D. Purves, *Body and Brain: A Trophic Theory of Neural Connections* (Harvard University Press, Cambridge, MA, 1988).
9. M. Ridley, *Nature via Nurture: Genes, Experience and What Makes Us Human* (Harper Collins, NY, 2003).
10. G.M. Edelman, *Wider Than the Sky: The Phenomenal Gift of Consciousness* (Yale University Press, New Haven, 2004).
11. J. S. Mogil, *The Genetics of Pain* (IASP Press, Seattle, 2004).
12. J. Giordano, Understanding Pain as Disease and Illness - Part One, *Prac Pain Management* 6(6) (2006): 70-73.

Notes:

1. J. A. S. Kelso, *Dynamic Patterns: The Self-organization of Brain and Behavior* (MIT Press, Cambridge, MA, 1995).
2. S. Kagan, *Normative Ethics* (Westview Press, Boulder, 1998).
3. *Merriam-Webster's Collegiate Dictionary*; 11th Ed. (Merriam-Webster Inc., Springfield, MA, 2004), 394.
4. O. Flanagan, *The Problem of the Soul: Two Visions of Mind and How to Reconcile Them* (Basic Books, NY, 2003).
5. Ibid. ref. 3, 304.
6. G. M. Foster, B. G. Anderson, *Medical Anthropology* (Knopf, NY, 1978).
7. Ibid. ref. 6.
8. D. Purves, *Body and Brain: A Trophic Theory of Neural Connections* (Harvard University Press, Cambridge, MA, 1988).
9. M. Ridley, *Nature via Nurture: Genes, Experience and What Makes Us Human* (Harper Collins, NY, 2003).
10. G.M. Edelman, *Wider Than the Sky: The Phenomenal Gift of Consciousness* (Yale University Press, New Haven, 2004).
11. J. S. Mogil, *The Genetics of Pain* (IASP Press, Seattle, 2004).
12. J. Giordano, Understanding Pain as Disease and Illness - Part One, *Prac Pain Management* 6(6) (2006): 70-73.

13. L. Manchikanti, J. Giordano, M.V. Boswell, et al., Role of Psychological Factors as Predictors of Opioid Abuse and Illicit Drug Use in Chronic Pain Patients. *J Opioid Management* 3(2) (2007): 89-100.
14. R. Rey, *The History of Pain* (Harvard University Press, Cambridge, 1995).
15. M. Zborowski, "Cultural Components in Responses to Pain," *J Soc Issues* 8 (1952):16-30.
16. M.S. Bates, L. Rankin-Hill, M. Sanchez-Ayendez, "The Effects of Cultural Context of Health Care on Treatment of, and Response to Chronic Pain and Illness," *Soc Sci Med* 45(9) (1997): 1433-1447.
17. M. S. Bates, W. T. Edwards, K. O. Anderson, "Ethnocultural Influences on Variation in Chronic Pain Perception," *Pain* 52 (1993): 101-112.
18. R. R. Edwards, M. Moric, B. Husfeldt, et al, "Ethnic Similarities and Differences in the Chronic Pain Experience: A Comparison of African-American, Hispanic, and White Patients," *Am Acad Pain Med* 2(6) (2005): 88-98.
19. A. L. Kroeber, *The Nature of Culture*, (University of Chicago Press, Chicago, 1952).
20. E. B. Tylor, *Primitive Culture*. Vol VII. (Burns and Company, London, 1871).
21. B. J. Good, *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective* (Cambridge University Press, Cambridge, 1994).
22. J. C. Engebretson, D. Monsivais, J. S. Mahoney, "The Meaning Behind the Words: Ethical Considerations in Pain Management," *Am J Pain Management* 16 (2006): 21-28.
13. L. Manchikanti, J. Giordano, M.V. Boswell, et al., Role of Psychological Factors as Predictors of Opioid Abuse and Illicit Drug Use in Chronic Pain Patients. *J Opioid Management* 3(2) (2007): 89-100.
14. R. Rey, *The History of Pain* (Harvard University Press, Cambridge, 1995).
15. M. Zborowski, "Cultural Components in Responses to Pain," *J Soc Issues* 8 (1952):16-30.
16. M.S. Bates, L. Rankin-Hill, M. Sanchez-Ayendez, "The Effects of Cultural Context of Health Care on Treatment of, and Response to Chronic Pain and Illness," *Soc Sci Med* 45(9) (1997): 1433-1447.
17. M. S. Bates, W. T. Edwards, K. O. Anderson, "Ethnocultural Influences on Variation in Chronic Pain Perception," *Pain* 52 (1993): 101-112.
18. R. R. Edwards, M. Moric, B. Husfeldt, et al, "Ethnic Similarities and Differences in the Chronic Pain Experience: A Comparison of African-American, Hispanic, and White Patients," *Am Acad Pain Med* 2(6) (2005): 88-98.
19. A. L. Kroeber, *The Nature of Culture*, (University of Chicago Press, Chicago, 1952).
20. E. B. Tylor, *Primitive Culture*. Vol VII. (Burns and Company, London, 1871).
21. B. J. Good, *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective* (Cambridge University Press, Cambridge, 1994).
22. J. C. Engebretson, D. Monsivais, J. S. Mahoney, "The Meaning Behind the Words: Ethical Considerations in Pain Management," *Am J Pain Management* 16 (2006): 21-28.

23. J. Giordano, "Pain, the Patient and the Physician: Philosophy and Virtue Ethics in Pain Medicine," in *Ethics of Chronic Pain Management*, edited by M. Schatman (Informa, NY 2007), 1-18.
24. D. Leder, *The Absent Body* (University of Chicago Press, Chicago, 1990).
25. F. Svenaeus, "Phenomenology of Health and Illness," in *Handbook of Phenomenology and Medicine*, edited by S. K. Toombs (Kluwer, Amsterdam, 2001), 87-108.
26. Ibid. refs. 23-25; see also: J. Giordano, "A Big Picture: Neurogenesis, Pain, and the Reality and Ethics of Pain Medicine," *Prac. Pain Management* 7(2) (2007): 37-52.
27. E. Scarry, *The Body in Pain: The Making and Unmaking of the World* (Oxford University Press, NY, 1985).
28. J. Giordano, "In the Patient's Voice," *Am J Pain Management* 16 (2006): 34-35.
29. D. Ciccone, N. Just, E. Bandilla, "Non-organic Symptom Reporting in Patients with Chronic Non-malignant Pain," *Pain* 68 (1996):329-341.
30. M. A. Hyland, "Brief Guide to Extended Network Entanglement Theory as a Theory of Healing and its Empirical Predictions," *Forsch. Komplimentärmed* 10 (2003): 201-206.
31. Augustine, *Confessions and Selected Works* (Penguin Books, NY, 1961).
32. Ibid. ref. 22.
33. D. Morris, *The Culture of Pain* (University of California Press, Berkeley, 1991).
34. Giordano J, "Competence and Commitment to Care," *Pain Practitioner* 2006; 16(2): 10-16.
23. J. Giordano, "Pain, the Patient and the Physician: Philosophy and Virtue Ethics in Pain Medicine," in *Ethics of Chronic Pain Management*, edited by M. Schatman (Informa, NY 2007), 1-18.
24. D. Leder, *The Absent Body* (University of Chicago Press, Chicago, 1990).
25. F. Svenaeus, "Phenomenology of Health and Illness," in *Handbook of Phenomenology and Medicine*, edited by S. K. Toombs (Kluwer, Amsterdam, 2001), 87-108.
26. Ibid. refs. 23-25; see also: J. Giordano, "A Big Picture: Neurogenesis, Pain, and the Reality and Ethics of Pain Medicine," *Prac. Pain Management* 7(2) (2007): 37-52.
27. E. Scarry, *The Body in Pain: The Making and Unmaking of the World* (Oxford University Press, NY, 1985).
28. J. Giordano, "In the Patient's Voice," *Am J Pain Management* 16 (2006): 34-35.
29. D. Ciccone, N. Just, E. Bandilla, "Non-organic Symptom Reporting in Patients with Chronic Non-malignant Pain," *Pain* 68 (1996):329-341.
30. M. A. Hyland, "Brief Guide to Extended Network Entanglement Theory as a Theory of Healing and its Empirical Predictions," *Forsch. Komplimentärmed* 10 (2003): 201-206.
31. Augustine, *Confessions and Selected Works* (Penguin Books, NY, 1961).
32. Ibid. ref. 22.
33. D. Morris, *The Culture of Pain* (University of California Press, Berkeley, 1991).
34. Giordano J, "Competence and Commitment to Care," *Pain Practitioner* 2006; 16(2): 10-16.

35. J. Giordano, "Pain as Disease and Illness: Part Two: Structure and Function of the Ethics of Pain Medicine," *Prac Pain Management* 6(7) 2006: 65-68.
36. J. Lacan, *The Four Fundamental Concepts of Psychoanalysis* (Penguin Books Harmondsworth, 1979).
37. G. Lackoff, M. Johnson, *Philosophy in the Flesh: The Embodied Mind and Its Challenge to Western Thought* (Basic Books, NY, 1999).
38. K. R. Popper, J. C. Eccles, *The Self and its Brain: An Argument for Interactionism* (Springer, Berlin, 1977).
39. S. Best, D. Kellner, *The Postmodern Turn* (Guilford Press, NY, 1997).
40. T.J. Csordas, "Embodiment and Cultural Phenomenology," in *Perspectives on Embodiment: The Intersections*, edited by G. Weiss, H. Fern Haber (Routledge, NY, 1999) 143-164.
41. M. Amanzio, F. Benedetti, "Neuropharmacological Dissection of Placebo Analgesia: Expectation-activated Opioid Systems Versus Conditioning-activated Specific Subsystems," *J Neurosci* 19 (1999): 484-494.
42. F. Benedetti, H. S. Mayberg, T. D. Wager, C. S. Stohler, J.-K. Zubieta, "Neurobiological Mechanisms of the Placebo Effect," *J Neurosci* 25 (45) 2005: 10390-10402.
43. J. Giordano, M. V. Boswell, "Pain, Placebo and Nocebo: Epistemic, Ethical and Practical Issues," *Pain Physician* 8 (2005): 331-333.
44. J. Giordano, "Placebo and Placebo Effects: Practical Considerations, Ethical Concerns," *Am Fam Physician* 77(9) (2008): 1-4.
45. D. E. Moerman, W. B. Jonas, "Deconstructing the Placebo Effect and Finding the Meaning Response," *Ann Int Med* 136 (6) (2002): 471-476.
35. J. Giordano, "Pain as Disease and Illness: Part Two: Structure and Function of the Ethics of Pain Medicine," *Prac Pain Management* 6(7) 2006: 65-68.
36. J. Lacan, *The Four Fundamental Concepts of Psychoanalysis* (Penguin Books Harmondsworth, 1979).
37. G. Lackoff, M. Johnson, *Philosophy in the Flesh: The Embodied Mind and Its Challenge to Western Thought* (Basic Books, NY, 1999).
38. K. R. Popper, J. C. Eccles, *The Self and its Brain: An Argument for Interactionism* (Springer, Berlin, 1977).
39. S. Best, D. Kellner, *The Postmodern Turn* (Guilford Press, NY, 1997).
40. T.J. Csordas, "Embodiment and Cultural Phenomenology," in *Perspectives on Embodiment: The Intersections*, edited by G. Weiss, H. Fern Haber (Routledge, NY, 1999) 143-164.
41. M. Amanzio, F. Benedetti, "Neuropharmacological Dissection of Placebo Analgesia: Expectation-activated Opioid Systems Versus Conditioning-activated Specific Subsystems," *J Neurosci* 19 (1999): 484-494.
42. F. Benedetti, H. S. Mayberg, T. D. Wager, C. S. Stohler, J.-K. Zubieta, "Neurobiological Mechanisms of the Placebo Effect," *J Neurosci* 25 (45) 2005: 10390-10402.
43. J. Giordano, M. V. Boswell, "Pain, Placebo and Nocebo: Epistemic, Ethical and Practical Issues," *Pain Physician* 8 (2005): 331-333.
44. J. Giordano, "Placebo and Placebo Effects: Practical Considerations, Ethical Concerns," *Am Fam Physician* 77(9) (2008): 1-4.
45. D. E. Moerman, W. B. Jonas, "Deconstructing the Placebo Effect and Finding the Meaning Response," *Ann Int Med* 136 (6) (2002): 471-476.

46. H. Brody, "The Lie that Heals: The Ethics of Giving Placebos," *Ann Int Med* 97 (1) (1982): 112-8.
47. G. W. F. Hegel, *Philosophy of Mind*, translated by W. Wallace (Oxford University Press, 1973).
48. Ibid. ref 43.
49. R. A. Hahn, "The Nocebo Phenomenon: Scope and Foundations," in *The Placebo Effect: An Interdisciplinary Exploration*, edited by A. Harrington (Harvard University Press, Cambridge, 2000) 56-76.
50. M. Heidegger, *Building, Dwelling, Thinking*, in M. Heidegger, *Basic Writings* (Harper Collins 1993).
51. J. Giordano, "On Knowing: Domains of Knowledge and Intellectual Virtue in Practical Pain Management," *Prac. Pain Management* 6(3) (2006): 65-67.
52. E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care* (Oxford University Press, NY, 1987).
53. J. Giordano, "Changing the Practice of Pain Medicine Write Large and Small through Identifying Problems and Establishing Goals," *Pain Physician* 9 (2006): 283-286.
54. E. D. Pellegrino, "The Healing Relationship: Architectonics of Clinical Medicine," in *The Clinical Encounter: The Moral Fabric of the Physician-Patient Relationship*, edited by E. E. Shelp (Reidel, Boston, 1983).
55. L. Manchikanti, M. V. Boswell, J. Giordano, "Evidence-based Interventional Pain Management: Principles, Protocols, Potential and Applications," *Pain Physician* 10 (2007): 329-356.
56. Y. Maricich, J. Giordano, "Pain, Suffering, and the Ethics of Pain Medicine: Is a Deontic Foundation Sufficient?" *Am J Pain Management* 17 (2007): 130-138.
46. H. Brody, "The Lie that Heals: The Ethics of Giving Placebos," *Ann Int Med* 97 (1) (1982): 112-8.
47. G. W. F. Hegel, *Philosophy of Mind*, translated by W. Wallace (Oxford University Press, 1973).
48. Ibid. ref 43.
49. R. A. Hahn, "The Nocebo Phenomenon: Scope and Foundations," in *The Placebo Effect: An Interdisciplinary Exploration*, edited by A. Harrington (Harvard University Press, Cambridge, 2000) 56-76.
50. M. Heidegger, *Building, Dwelling, Thinking*, in M. Heidegger, *Basic Writings* (Harper Collins 1993).
51. J. Giordano, "On Knowing: Domains of Knowledge and Intellectual Virtue in Practical Pain Management," *Prac. Pain Management* 6(3) (2006): 65-67.
52. E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care* (Oxford University Press, NY, 1987).
53. J. Giordano, "Changing the Practice of Pain Medicine Write Large and Small through Identifying Problems and Establishing Goals," *Pain Physician* 9 (2006): 283-286.
54. E. D. Pellegrino, "The Healing Relationship: Architectonics of Clinical Medicine," in *The Clinical Encounter: The Moral Fabric of the Physician-Patient Relationship*, edited by E. E. Shelp (Reidel, Boston, 1983).
55. L. Manchikanti, M. V. Boswell, J. Giordano, "Evidence-based Interventional Pain Management: Principles, Protocols, Potential and Applications," *Pain Physician* 10 (2007): 329-356.
56. Y. Maricich, J. Giordano, "Pain, Suffering, and the Ethics of Pain Medicine: Is a Deontic Foundation Sufficient?" *Am J Pain Management* 17 (2007): 130-138.

57. J. Giordano, "Moral Agency in Pain Medicine: Philosophy, Practice and Virtue," *Pain Physician*, 9 (2006): 41-46.
58. Ibid. ref. 56.
59. R. D. Ryder, *Painism: A Modern Morality* (Centaur Press, London, 2001).
60. Ibid. refs. 23, 57.
61. J. Giordano, "Intentions and Actions: Moral Virtue in Pain Medicine," *Prac Pain Management* 6 (4) (2006): 76-80.
62. L. T. Niebroj, D. Jadamus-Niebroj, J. Giordano, "Toward a Moral Grounding of Pain Medicine: Consideration of Euroscience, Reverence, Beneficence, and Autonomy," *Pain Physician* 11 (2008): 7-12.
63. N. Dogra, J. Giordano, N. France, "Teaching Medical Students about Uncertainty: The Findings of a Qualitative Study Focusing on Cultural Diversity," *BMC Med Educ* 7(8) (2007).
64. Ibid. ref. 53.
65. Ibid. ref. 22.
66. K. W. M. Fulford, "Facts/Values: Ten Principles of Values-Based Medicine," in *The Philosophy of Psychiatry: A Companion* edited by J. Radden (Oxford University Press, Oxford, 2004), 205-236.
67. D. Waters, V. S. Sierpina, "Goal-Directed Health Care and the Chronic Pain Patient: A New Vision of the Healing Encounter," *Pain Physician* 9 (4) (2006): 353-60.
68. R. B. Brandt, "Ethical Relativism," in *The Encyclopedia of Philosophy* Vol 3, edited by P. Edwards (Macmillan, NY, 1972), 75-78.
57. J. Giordano, "Moral Agency in Pain Medicine: Philosophy, Practice and Virtue," *Pain Physician*, 9 (2006): 41-46.
58. Ibid. ref. 56.
59. R. D. Ryder, *Painism: A Modern Morality* (Centaur Press, London, 2001).
60. Ibid. refs. 23, 57.
61. J. Giordano, "Intentions and Actions: Moral Virtue in Pain Medicine," *Prac Pain Management* 6 (4) (2006): 76-80.
62. L. T. Niebroj, D. Jadamus-Niebroj, J. Giordano, "Toward a Moral Grounding of Pain Medicine: Consideration of Euroscience, Reverence, Beneficence, and Autonomy," *Pain Physician* 11 (2008): 7-12.
63. N. Dogra, J. Giordano, N. France, "Teaching Medical Students about Uncertainty: The Findings of a Qualitative Study Focusing on Cultural Diversity," *BMC Med Educ* 7(8) (2007).
64. Ibid. ref. 53.
65. Ibid. ref. 22.
66. K. W. M. Fulford, "Facts/Values: Ten Principles of Values-Based Medicine," in *The Philosophy of Psychiatry: A Companion* edited by J. Radden (Oxford University Press, Oxford, 2004), 205-236.
67. D. Waters, V. S. Sierpina, "Goal-Directed Health Care and the Chronic Pain Patient: A New Vision of the Healing Encounter," *Pain Physician* 9 (4) (2006): 353-60.
68. R. B. Brandt, "Ethical Relativism," in *The Encyclopedia of Philosophy* Vol 3, edited by P. Edwards (Macmillan, NY, 1972), 75-78.

69. P. B. Rice *On the Knowledge of Good and Evil* (Knopf, NY, 1955).
70. M. A. G. Cutter, "Expert Moral Choice in Medicine: A Study of Uncertainty and Locality," in *Ethics Expertise: History, Contemporary Perspectives, and Applications*, edited by L. Rasmussen (Springer, Dordrecht, 2005), 125-138.
71. I. Kant, *Groundwork of the Metaphysics of Morals*, edited by M. Gregor (Cambridge University Press, Cambridge, 1998).
72. R. W. Momeyer, "What Conception of Moral Truth Works in Bioethics?" *J Med Phil* 27 (2002): 403-416.
73. J. D. Moreno, *Deciding Together: Bioethics and Moral Consensus* (Oxford University Press, NY, 1995).
74. J. F. Lyotard, *The Differend. Phrases in Dispute* (University of Minnesota Press, Minneapolis, 1988).
75. A. C. Baier, *Moral Prejudices: Essays on Ethics* (Harvard University Press, Cambridge, 1996).
76. D. Perpich, "From the Caress to the World: Transcendence and the Feminine in the Philosophy of Emmanuel Levinas," in *Feminist Interpretations of Emmanuel Levinas*, edited by T. Chanter (The Pennsylvania State University Press, University Park, PA, 2001), 28-52.
77. J. Giordano, "The Necessity and Possibility of a Metaethics of Pain Medicine," in *Maldynia: Multi-disciplinary Perspectives on the Illness of Chronic Pain as Suffering*, edited by J. Giordano (Informa, NY (forthcoming, 2008)).
69. P. B. Rice *On the Knowledge of Good and Evil* (Knopf, NY, 1955).
70. M. A. G. Cutter, "Expert Moral Choice in Medicine: A Study of Uncertainty and Locality," in *Ethics Expertise: History, Contemporary Perspectives, and Applications*, edited by L. Rasmussen (Springer, Dordrecht, 2005), 125-138.
71. I. Kant, *Groundwork of the Metaphysics of Morals*, edited by M. Gregor (Cambridge University Press, Cambridge, 1998).
72. R. W. Momeyer, "What Conception of Moral Truth Works in Bioethics?" *J Med Phil* 27 (2002): 403-416.
73. J. D. Moreno, *Deciding Together: Bioethics and Moral Consensus* (Oxford University Press, NY, 1995).
74. J. F. Lyotard, *The Differend. Phrases in Dispute* (University of Minnesota Press, Minneapolis, 1988).
75. A. C. Baier, *Moral Prejudices: Essays on Ethics* (Harvard University Press, Cambridge, 1996).
76. D. Perpich, "From the Caress to the World: Transcendence and the Feminine in the Philosophy of Emmanuel Levinas," in *Feminist Interpretations of Emmanuel Levinas*, edited by T. Chanter (The Pennsylvania State University Press, University Park, PA, 2001), 28-52.
77. J. Giordano, "The Necessity and Possibility of a Metaethics of Pain Medicine," in *Maldynia: Multi-disciplinary Perspectives on the Illness of Chronic Pain as Suffering*, edited by J. Giordano (Informa, NY (forthcoming, 2008)).