

## ПРОБЛЕМЫ БИОЭТИКИ

DOI: 10.17805/zpu.2017.2.2

### Персонализированная медицина как феномен общества потребления (к вопросу о смысле персонализации)\*

П. Д. ТИЩЕНКО

Институт философии Российской академии наук

Персонализированная медицина (ПМ) входит в список наиболее востребованных инноваций биомедицинской науки. В отличие от традиционной медицины, которая борется с уже развившимися заболеваниями (ре-активная), ПМ рассматривает себя как про-активное направление, имеющее целью на основе многофакторной молекулярной диагностики предсказать возможное развитие патологии и предотвратить ее манифестацию. В статье обсуждаются особенности «персонализации» терапевтического и превентивного действия в ПМ, обусловленные тем, что сферой ее возникновения и социального продвижения является рынок.

Отмечается соответствие понятия биомаркера (специфичного для ПМ) основным методологическим установкам общества потребления (Ж. Бодрийяр). Различие между биомаркером и традиционным клиническим показателем четко выражает различие между явным (кодифицированным) и неявным (личностным) знанием (*tacit knowledge*), по М. Полани. Биомаркер трактуется, в отличие от клинического показателя, как знаковая форма кодифицированного знания, лишенная «внутреннего» содержания и за счет этого подготовленная к использованию в качестве элемента больших данных.

На материале двух газетных публикаций американской актрисы Анджелины Джоли 2013 и 2015 гг. показано, каким образом рыночный характер ПМ предопределяет превращение соучастия пациента в покупку (персонализирующий выбор) специфических медицинских услуг, а его самого — в покупателя. Характерно, что при этом страдание из мира реальных клинически значимых событий переносится в виртуальный мир знаков. Последние характеризуют значения вероятности развития у пациентки рака груди. Повышенная вероятность становится основанием для принятия решения о проведении двусторонней мастэктомии и операции по удалению яичников, а сниженная — в результате подобного рода превентивных действий вероятность свидетельствует об «успехе». При этом реальная тяжелая травма, нанесенная превентивным действием, выпадает из поля внимания Джоли и читателей. Само послание Джоли можно понять как элемент маркетинговой стратегии ПМ. Фактически она играет перед читателем роль модели для многотысячной серии повторов «свободного» выбора в принятии медицинского решения. Персонализация оборачивается стандартизацией.

\* Статья подготовлена при финансовой поддержке РФФИ, проект № 15-03-00822.

The article was supported by the Russian Foundation for Basic Research (Grant No. 15-03-00822).

В классическую эпоху человек осознавал себя в качестве автора произведения, субъекта познания, изобретателя. В современном массовом сознании общества потребления свобода человека, как наиболее аутентичное выражение его самости, выступает как выбор из уже готового продукта, выложенного на полку всемирного супермаркета.

Ключевые слова: персонализированная медицина; биомаркер; личностное знание; кодифицированное знание; рынок; медицинская услуга; товар; потребление; общество потребления; свобода как выбор; свобода как творчество

### ВВЕДЕНИЕ

Персонализированная медицина входит в список наиболее востребованных инновационных направлений развития современной биомедицинской науки. В частности, она представлена в российской «Национальной технической инициативе»<sup>1</sup> в разделе «Рынки» как направление HealthNet (персональная медицина). В отличие от традиционной медицины, которая так или иначе ре-активно ориентирована на уже развившееся заболевание, ПМ рассматривает себя как про-активное направление, имеющее целью на основе многофакторной молекулярной диагностики предсказать возможное развитие патологии и предотвратить ее манифестацию. Также предполагается, что многофакторная молекулярная диагностика позволит индивидуализировать профилактическое действие (нацелить его на конкретный биологический субстрат), а необходимое соучастие пациента (точнее — клиента) — персонализировать его.

ПМ стала модным трендом в начале XXI в. В ее разработке участвуют ученые различных специальностей, врачи, администраторы, национальные и международные медицинские организации, пациентские организации и, конечно же, самые заинтересованные агенты — биофармацевтические компании (Михель, 2015).

С определенной долей условности начало ПМ можно связать с завершением в 2003 г. международного проекта «Геном человека», который дал детальное описание структуры человеческого генома. Появилась возможность сделать молекулярно-биологическое описание многих заболеваний, локализовать патологические изменения на фундаментальном уровне и начать разработку способов их диагностики, терапии и предупреждения (превенции) средствами геномики, протеомики, метаболомики, транскриптомики и других «омик»<sup>2</sup>, которые изучают самые интимные механизмы жизнедеятельности. Новые биоинформационные технологии позволяют оперативно обрабатывать огромные массивы полученных объективных данных, создавая возможности для визуализации ранее ненаблюдаемых врачами «поломок» организма и структур, предрасполагающих к возникновению подобного рода «поломок» в будущем. ПМ позиционирует себя как подход, использующий эти новейшие достижения биомедицины для решения уже обозначенной выше задачи: на основе учета молекулярно-биологической конституции человека осуществить *предикцию* возможных патологических нарушений и индивидуализацию превентивного и терапевтического действия. Именно в этом смысле ПМ позиционирует себя как про-активный подход, в перспективе призванный обеспечить человеку продуктивное долголетие.

Чтобы понять особенности «персонализации» терапевтического и профилактического действия в ПМ, необходимо учесть, что сферой ее (ПМ) возникновения и социального продвижения является рынок. Не случайно, что, как было отмечено в начале статьи, в программе инновационного развития нашей страны ПМ помещена в раздел «Рынки». Аналогичное место она занимает в американской и европейской медицине. Рыночный характер ПМ предопределяет превращение соучастия (партиципации) па-

циента (клиента) в покупку специфической услуги, а его самого — в покупателя. Естественно, что и персонализация как отличительная черта ПМ не может быть понята вне действия консьюмеристских установок общества потребления.

### ПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ И ПОТРЕБЛЕНИЕ

Философское осмысление особенностей интерпретации в ПМ идеи персонализации полезно не только для углубления нашего понимания современной медицинской деятельности, но и для лучшего осознания человеком самого себя как *Homo consumericus*. Поэтому за размышлениями о, казалось бы, чисто медицинских проблемах всегда будет предполагаться более широкий антропологический и социальный контекст.

Понятие общества потребления — сложная и актуальная проблема современных социальных и экономических наук. В своем истолковании этого понятия я буду придерживаться некоторых специфических характеристик, которые первоначально были высказаны Г. Маркузе, а затем переосмыслены Ж. Бодрийяром. Феномен потребления столь же изначален для человека, как феномены рынка (обмена) и производства. Особенность общества, понимаемого через такой атрибут, как «потребление», заключается в: а) резкой *акцентуации* потребительского отношения к миру; б) осмыслении потребления не как пассивного удовлетворения потребностей, а как особого рода деятельности, имеющей свою специфичную и отличную от производства логику отношений; в) формировании особой самоидентичности человека как «потребителя». «Способ, которым сегодняшнее общество “формирует” своих членов, — пишет З. Бауман, — диктует в первую очередь обязанность играть роль потребителей» (Бауман, 2004: 116); г) формировании специфического механизма отчуждения, при котором в фетиш превращается не только и не столько вещь в ее функциональной связи с реальной потребностью, сколько ее знак (Бодрийяр, 1995).

Вместе с тем я не абсолютизирую потребление как особенность современного общества, полагая, что рядом на равных основаниях продолжают эволюционировать «общество производства», «общество рынка», «общество досуга», «научное общество», «сообщество свободных искусств», «маргинальные сообщества (включая криминальные)» и т. д. и т. п. Все это, как мне представляется, не изолированные социальные реальности, а срезы социальности, сложным образом пересекающиеся, взаимодействующие, но вместе с тем сохраняющие свои специфические практики самоорганизации, самоидентификации и т. д.

Понять специфику эпохи потребления помогут идеи, высказанные Ж. Бодрийяром в книге «Система вещей» (Бодрийяр, 1995). Он, в частности, пишет: «Потребление — это не пассивное состояние поглощения и присвоения, которое противопоставляют активному состоянию производства, чтобы уравновесить таким образом две наивных схемы человеческого поведения (и отчуждения). Следует с самого начала заявить, что потребление есть *активный модус отношения* — не только к вещам, но и к *коллективу*, и *ко всему миру*, — что в нем осуществляется систематическая деятельность и универсальный отклик на внешние воздействия, что на нем зиждется вся система нашей культуры (там же: 184; курсив мой. — П. Т.)». Эта позиция позволяет взглянуть на человека принципиально иначе, чем он сам раньше себя мыслил по образу и подобию мастера, производящего из ничего (или аморфного материала) артефакты, удовлетворяющие его духовные и телесные потребности. Именно так в классическую эпоху он осознавал себя в качестве *субъекта*.

Эпоха консьюмеризма, в том виде, в котором она предстает в работе Ж. Бодрийера, предлагает иную модель конструирования активного субъекта — *Homo consumericus*. Она не сводится к тому, что люди в большей, чем в иные времена, степени озабочены потреблением товаров и услуг. Ж. Бодрийер указывает на совершенно иное существенное обстоятельство. «Потребление — это не материальная практика и не феноменология “изобилия”, оно не определяется ни пищей, которую человек ест, ни одеждой, которую носит, ни машиной, в которой ездит, ни речевым или визуальным содержанием образов или сообщений, но лишь тем, как все это организуется в знаковую субстанцию: это *виртуальная целостность всех вещей и сообщений, составляющих отныне более или менее связный дискурс*. Потребление, в той мере, в какой это слово вообще имеет смысл, есть *деятельность систематического манипулирования знаками*» (там же:164; курсив мой. — П. Т.).

Но что значит оперировать знаками? Нужно сразу заблокировать мысль о речевых или жестовых коммуникациях. Действуя на знак, человек действует на вещь. Сейчас, когда перед моим взглядом появляется этот текст, то мои пальцы перебирают клавиши, следуя знакам на их поверхности. Я действую через знак на вещь (компьютер), и на дисплее возникает текст. Я не знаю, как компьютер устроен и какова связь между движениями пальцев и появлением букв. В первых классах школы я писал ручкой со стальным пером, и эта ручка была продолжением моего тела. Работа письма требовала формирования телесного движения, которое, как сказал бы Э. В. Ильенков, используя орудие труда, действует по «логике» объекта. Нажатия пальцев на клавиши клавиатуры никакое логике «объекта» (компьютера) не следуют. Реализуется чисто формальная, непонятная для меня (потребителя) *связь, отосредованная знаком*.

В отличие от изобретателя и мастера потребитель не интересуется «внутренним» планом вещи, ему непонятны цепочки причинных связей, которые связывают деятельность «частей» используемого им гаджета. Для работы с гаджетом ему нужны только знаки интерфейса. Для подавляющего числа людей устройство айфона, к примеру, столь же таинственно и непонятно, как и устройство волшебной палочки или метлы Гарри Поттера. Главное — произнести заклинание или нажать значок соответствующей команды на интерфейсе с тем, чтобы реализовать *функцию* («Siri, открой почту!» и т. д.). В обществе потребления новые технологии (и информационные, и медицинские) формируют волшебную реальность, в которой власть связана не со знаниями, а со знаками, командами и символами.

При этом в сознании людей общества потребления радикально меняется понимание человеческой *свободы*, которая (как центральная ценность), собственно говоря, определяет то, что мы по старинке называем личностью. Персонализация в медицине в этом (старомодном) смысле должна была бы быть связана с наделением человека большей свободой в решении медицинских проблем. В 20-х годах прошлого века, в условиях повсеместного кризиса патернализма именно так понималась свобода пациента. В классическую эпоху человек осознавал себя в качестве мастера, творца, автора произведения, субъекта познания, изобретателя. В современном массовом сознании общества потребления *свобода человека* как его наиболее аутентичное выражение «себя» выступает как *выбор* из того, что *представлено* в наличии и отдано так или иначе ему в распоряжение. Неважно, выбирается вещь (человек) в своей желанной плоти или знак. *Не творчество нового, а выбор уже готового, выложенного на «полку» становится знаком свободы*. «Ни одна вещь не предлагается потребителю в виде одного-единственного типа. Вам может быть отказано в материальной возможности ее

купить, но в нашем индустриальном обществе вам “априори” дается право выбора как некая коллективная благодать и как знак вашей формальной свободы. На такой негативной свободе зиждется “персонализация” вещей» (там же: 116). Выбор как действие создает не произведения, в которых мы можем различить авторский смысл как принцип целостности творческого выражения, а коллажи из элементов, особенности комбинаторики которых «персонализируют» потребление как деятельность.

Современный человек не может не выбирать и благодаря изобилию товаров и услуг и, что не менее важно, благодаря тому, что сам выбор служит знаком его личного существования, знаком персонализации. Причем переживание «персональности» своего существования несколько не снижается при обнаружении того, что свободный выбор, по сути, представляет собой сериацию (копирование) выбора, сделанного кем-то другим, выступающим в качестве *ролевой модели* поведения покупателя. Более того, переживание связи с моделью и одновременно отличия от нее за счет несущественных деталей придает личному выбору еще большее чувство оригинальности и достоверности. Бодрийяр рассматривает персонализацию как *паразитарный* фактор потребления, препятствующий оценке реальных функциональных свойств товаров или услуг.

В выборе как знаке свободы происходит, по Бодрийяру, фетишизация могущества современного капитализма, который через «персонализацию» вещей и представлений стремится достичь еще большей интеграции личностей (там же: 117). Принуждение и эксплуатация осуществляются здесь в мягких формах заботы о свободе выбора и персонализации товарного потребления. В системе формальных сходств и отличий, которая выстраивается через отношения между моделями и серийными экземплярами, знак персональности *персонифицирует*, т. е. выражает, личное в безличном, предельно субъективное в максимально объективированном. В этом смысле вполне логично (хотя и не вполне осознанно) проponentы ПМ в России называют свое направление «персонифицированной медициной» (Введение ... , 2013: 59).

#### ПМ: ПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ ЧЕРЕЗ ОБЕЗЛИЧИВАНИЕ

Характерной чертой самопозиционирования проponentов ПМ является отсылка к традициям классической медицины. Некоторые авторы обнаруживают основные установки ПМ у Гиппократата, отмечая, что идея «персонализации, т. е. понимание необходимости индивидуального подхода к каждому пациенту, существовала с самого начала развития медицины» (Персонализированная медицина ... , 2012: 4) М. А. Пальцев ссылается на Матвея Мудрова (1776–1831), который «разработал схему обследования больного, ввел в практику составление истории болезни, рассматривал каждого пациента как уникальную комбинацию факторов наследственности и приобретенных качеств, проявляющуюся в специфических условиях жизни» (Пальцев, 2011: 14). Есть интересная точка зрения, согласно которой начало традиции персонализированного подхода заложил Парацельс, утверждавший, что «все есть яд, и все есть лекарство, только доза определяет это» (Персонализированная медицина ... , 2016: 4).

Разнообразие точек зрения на происхождение персонализированного подхода в медицине является наглядным свидетельством глубокой укорененности этой традиции. В традиционной медицине установка на персонализацию осуществлялась за счет того, что «врачи... ориентировались помимо основного диагноза на единственно доступные индивидуальные характеристики пациентов, такие как возраст, масса тела, сопутствующие заболевания, биохимические показатели, семейный анамнез, позво-

ляющий оценить риск наследственной заболеваемости» (там же: 4). Подобная характеристика делает явной «оптику» врачебного взгляда, изначально локализирующего диагностируемые события и возможные терапевтические действия *в мире* чисто *биологических* (в широком смысле — физических) *событий*.

Подчеркну, что вопрос тут не просто в абстрагировании, а в конструировании «мира» значимых событий. При этом врачебная «оптика» третьего лица радикально отличается от «оптики» первого лица самого пациента. Об этом точно сказано у А. Н. Толстого в повести «Смерть Ивана Ильича»: «Доктор говорил: то-то и то-то указывает, что у вас внутри то-то и то-то; но если это не подтвердится по исследованиям того-то и того-то, то у вас надо предположить то-то и то-то. Если же предположить то-то, тогда... и т. д. Для Ивана Ильича был важен только один вопрос: опасно ли его положение или нет? Но доктор игнорировал этот неуместный вопрос. С точки зрения доктора, вопрос этот был праздный и не подлежал обсуждению; существовало только взвешивание вероятностей — блуждающей почки, хронического катара и болезни слепой кишки. Не было вопроса о жизни Ивана Ильича, а был спор между блуждающей почкой и слепой кишкой. И спор этот на глазах Ивана Ильича доктор блестящим образом разрешил в пользу слепой кишки, сделав оговорку о том, что исследование мочи может дать новые улики и что тогда дело будет пересмотрено» (Толстой, 1982: 76–77). Врач в описании А. Н. Толстого, для того чтобы очистить поле объективных данных от субъективных переживаний пациента, которые мешают искать причины болезни, становится невосприимчив к личностному смыслу страдания пациента. Это всеобщая, самоочевидная для врача-профессионала гносеологическая установка что XIX, что XX, что XXI вв. *Она абсолютно правомерна, но... недостаточна.*

Конечно, в начале XXI в. врач несколько иначе «видит» и изучает патологические феномены. Анатомия, физиология, гистология и цитология, которые раньше формировали мир человеческой жизнедеятельности в норме и патологии, сегодня дополняются многообразием способов визуализации событий и локализации действий, которые стремительно развиваются в молекулярной биологии. Поэтому современные врачи делают акцент на таких направлениях ПМ, как исследование на основе геномных данных вероятностей возникновения заболеваний и разработка индивидуализированных профилактических схем; использование для индивидуализации биомаркеров различной природы и хранение биоматериалов пациента на всем протяжении его жизни; мониторинг лечения посредством биомаркеров (тераностика); индивидуальный подбор фармакологических препаратов путем сочетания геномных данных и терапевтического мониторинга эффективности лекарственных средств. Для ПМ характерно связывание надежд на успех с разработками биоинформатики, раскрывающей новые исследовательские горизонты на основе компьютерного моделирования и технологий обработки больших данных. С гносеологической точки зрения наиболее интересной *тенденцией* в ПМ является формирование концепта биомаркеров, на примере которой можно будет ясно отследить механизм отсекания из научного знания именно тех его слоев, которые раньше еще были связаны с личностью человека, свидетельствовали о нем не только как об объекте, но и как о субъекте.

#### БИОМАРКЕРЫ

Новейшие «достижения биомедицины призваны быть мощным подспорьем еще одной чрезвычайно отчетливой тенденции, а именно — возрастания роли концепта биомаркеров и понимание широчайших возможностей их практического применения.

Понятие о биомаркерах является краеугольным в современной парадигме персонализированной медицины, поскольку именно на них опирается стратегия выделения различных категорий пациентов, для которых стандартная тактика лечения не будет успешной, тех категорий, где особый, персонализированный подход является залогом достижения наиболее благоприятного исхода» (Персонализированная медицина ... , 2012: 5).

Для моего изложения важно, что биомаркеры — это объективные данные, которые позволяют «персонализировать» врачебное действие за счет более верной оценки способности данного лекарственного вещества действовать на организм пациента. Биомаркер выделяет из группы подгруппу пациентов, для которых лекарственное средство более эффективно. Это действие является очень важным шагом на пути к индивидуализации врачевания, но шагом сугубо предварительным, если мы в идеале собираемся лечить конкретного пациента.

Традиционно используемые показатели (индикаторы) уровня давления крови, концентрации сахара в крови, пульса, температуры и т. д. можно назвать биомаркерами. Их тоже можно «персонализировать», если учесть возраст пациента, его пол, образ жизни и т. д. Они также различаются по своей биологической или физиологической природе, по способам измерения или регистрации и по назначению. Как и биомаркеры, их можно использовать и для описания состояния больного, и для оценки симптоматики заболевания, и для описания функционального состояния тела спортсмена — правильного распределения тренировочных нагрузок.

В чем же смысловая новация, почему не использовать традиционные обозначения типа клинических или физиологических показателей или индикаторов? Чем отличается биомаркер от показателя? Отличается ли смысл величины артериального давления как биомаркера от смысла величины артериального давления как показателя при артериальной гипертензии? В обыденной речи эти значения неразличимы. В профессиональной — они так же часто не будут различаться, *поскольку различие предполагается по умолчанию*. В чем же это различие?

Клинический (симптом) или физиологический показатель превращаются семантически в биомаркер тогда, когда его физиологический или клинический *смысл редуцируется к объективно регистрируемому содержанию*. Категориально показатель выступает как явление или выражение смысла (сущности) патологического или физиологического процесса. Например, гипертоническая болезнь *проявляется* высокими значениями показателей артериального давления. Показатель артериального давления связан с совокупностью отклонений, характеризующих болезнь *причинным* образом. Традиционный физиологический или клинический показатель — это *семантический айсберг*, у которого лишь «надводная» часть *видится* как объективное данное (например, как величина артериального давления). В «подводной» части остается все смысловое содержание, которое определено клиническим мышлением, врачебной интуицией и т. д. Подводная смысловая часть показателя — это конкретный контекст, без которого понимание того, что, собственно говоря, показывается показателем, невозможно. Биомаркер лишен «подводной» части айсберга знания.

В этом отношении с гносеологической точки зрения различие между биомаркером и традиционным клиническим (физиологическим) показателем четко выражает различие между явным (кодифицированным) и неявным (личностным!) знанием (*tacit knowledge*), по М. Полани (Полани, 1985). Существуют различные трактовки содержания понятия «неявное (личностное) знание». Так, сторонники идеи социально рас-

пределенного производства знаний 2-го типа («Mode 2 production of knowledge») дают такие определения. Кодифицированное знание — это «...знание, которое не должно быть обязательно теоретическим, но должно быть достаточно систематическим, чтобы быть записанным и сохраненным. Как таковое — оно доступно для любого, кто знает, где посмотреть» (Gibbons et al., 1994: 167). В отличие от кодифицированного знания, личностное (неявное) знание «не доступно как текст». «Его традиционно можно рассмотреть как заключенное в головах тех, кто включен в процесс его производства или специфический организационный контекст» (там же: 168). Кроме головы, нередко указывается на локализацию неявных знаний в руках (подручное знание, по М. Хайдеггеру) и в умелом теле человека — знание как умение. С гносеологической точки зрения *биомаркер — это кодифицированная часть клинического показателя.*

Будучи отчуждены от конкретных клинических смыслов (т. е. деконтекстуализированы), биомаркеры как данные могут накапливаться в огромных объемах, создавая основу для биоинформационных технологий больших данных. Это серьезное преимущество. Вместе с тем оно достигается за счет превращения знания из объективного описания реальности в ее «маркер» — знак. Как отмечалось выше, *системная манипуляция знаками*, по Ж. Бодрийяру, является своеобразной *логикой потребления* как деятельности и мировоззрения. За счет преобразования знания в знак происходит радикальное преобразование врачебной «оптики» восприятия человеческого страдания и локализации действия. Это преобразование становится отчетливо наблюдаемым в связи с претензией ПМ на про-активное решение медицинских проблем. Классическая медицина ре-активна, т. е. реагирует на уже начавшийся патологический процесс, и цель врачевания визуализируется как существующее патологическое отклонение. ПМ, претендуя на предсказание возможных отклонений и превентивное воздействие на них, сдвигает цель врачевания из «есть» в «может быть». Из *наличного* состояния в *вероятное*. Проиллюстрирую специфические особенности ПМ, рассмотрев казус американской кинозвезды Анджелины Джоли.

#### КАЗУС АНДЖЕЛИНЫ ДЖОЛИ

Казус Анджелины Джоли приводится в виде выдержек из публикаций в газете «Нью-Йорк таймс» за 2013 и 2015 гг. В переводе сохранен эмоциональный тон ее выступлений, влияющий на мнение читателей сильнее рациональных аргументов.

**14 мая 2013 г.** Статья опубликована как прямая речь Джоли. «Моя мать боролась с раком в течение почти десятилетия и умерла в 56. Она прожила достаточно долго, чтобы встретить первых внуков и держать их в своих руках. Но у моих других детей никогда не будет шанса знать ее и испытать, какой любящей и доброй она была...» (Jolie, 2013: Электронный ресурс).

«Мы часто говорили с детьми о маме их “мамы”, и я старалась рассказать им о болезни, которая отняла ее у нас. Они спрашивали, могло ли то же самое произойти со мной? Я всегда просила их не волноваться, но правда в том, что я несу “дефектный” ген BRCA1, который резко увеличивает риск развития рака молочной железы и рака яичников. Врачи оценили, что у *меня 87-процентный риск* развития рака молочной железы и *50-процентный риск* рака яичников, хотя риск различный в случае каждой женщины» (там же; здесь и далее курсив мой. — П. Т.).

«Как только я поняла, в какой ситуации оказалась, то решила быть *проактивной* и минимизировать риск насколько возможно. Я приняла решение сделать *превентивную* двойную мастэктомию. Начала с груди, поскольку риск рака молочной железы



выше для меня, чем риск развития рака яичников, а хирургическая операция более сложная.

27 апреля закончились три месяца медицинских процедур, которые включали мастэктомию. В течение того времени я держала все в тайне и продолжала свою обычную работу.

Теперь я пишу об этом, потому что надеюсь, что другие женщины смогут извлечь выгоду из моего опыта. Слово рак — еще вселяет страх в сердца людей, заражая глубоким чувством беспомощности. Но сегодня возможно узнать посредством анализа крови, восприимчивы ли Вы к раку молочной железы и раку яичников, а затем принять соответствующие меры» (там же).

«Я захотела об этом написать, чтобы сказать другим женщинам, что решение сделать мастэктомию было не легким. Но сейчас я очень рада, что это сделала. Риск развития рака молочной железы у меня снизился с 87 процентов до менее чем 5 процентов. Я могу сказать своим детям, что они не должны бояться, что потеряют меня из-за рака груди» (там же).

«В жизни много проблем. Но те, которые мы можем *взять под свой контроль, не должны нас пугать*» (там же).

**24 марта 2015 г.**

«ЛОС-АНДЖЕЛЕС — Два года назад я написала о своем выборе сделать профилактическую двойную мастэктомию. Простой анализ крови показал, что у меня мутация в гене BRCA1. Это дало мне приблизительно 87-процентный риск развития рака молочной железы и 50-процентный риск рака яичников. Я потеряла свою мать, бабушку и тетю из-за рака» (Jolie Pitt, 2015: Электронный ресурс).

«Две недели назад позвонил мой доктор, сообщивший результаты анализа крови... Он сказал: *“Обнаружено повышение концентрации неспецифических онкомаркеров, и если их взять вместе, то они могут быть симптомами рака на ранней стадии...”*» (там же).

«В тот же самый день я встретила хирурга, которая лечила мою мать... *Обследование, в том числе ультрозвуковое, ничего не выявило.* Стало легче. Если это и рак, то на ранних стадиях... У меня еще есть возможность удалить яичники и фаллопиевы трубы» (там же).

«Я сделала это не только потому, что несу мутацию гена BRCA1, — хочу, чтобы другие женщины услышали это. Положительный тест на BRCA1 не означает, что нужно бежать сразу к хирургам. Я разговаривала со многими врачами, хирургами и натуропатами. *Есть другие варианты.* Самое главное — *узнать о доступных вариантах и выбрать то, что является правильным для Вас лично*» (там же).

«На прошлой неделе мне была сделана двусторонняя лапароскопия яичников» (там же).

«Нелегко было принять эти решения. *Но возможно было взять на себя управление ситуацией... Вы всегда можете обратиться за советом, узнать о вариантах и сделать выбор, который является правильным лично для Вас. Знание — сила (власть)»*» (там же).

Курсивом я попытался выделить те фрагменты текста Джоли, которые непосредственно сопрягают идеологию систематических манипуляций со знаками, что характерно для общества потребления, с особенностями идеологии и практики ПМ.

Во-первых, нужно иметь в виду, что речь идет о клинически здоровой женщине. Патологических изменений в ее организме нет.

Есть маркеры — мутация гена BRCA1, и онкомаркеры в этом смысле — чистые знаки. Мутация гена хотя потенциально и чревата развитием онкологического процесса, но не у каждой женщины ее носительницы возникает онкологическое заболевание, и не у каждой женщины, у которой развилась патология, имеется этот маркер. То, что касается неспецифических онкомаркеров, то данных о причинных связях с заболеваниями нет, есть лишь данные о повышенных корреляциях. Джоли подчеркивает, что на УЗИ никаких реальных отклонений нет.

Иными словами, патология характеризуется не как обнаруживаемая — здесь и сейчас существующая, но лишь как выявляемая с помощью молекулярно-биологических и биохимических тестов *возможная (как предрасположенность)*, которая выражается повышенными значениями риска развития конкретного заболевания.

Во-вторых, превентивное действие, которое *выбирает* Джоли на *рынке* медицинских услуг, весьма реально и травматично. Двусторонняя мастэктомия и удаление яичников наносят мощную травму организму женщины, обрекая ее на *пожизненную* компенсаторную терапию возникших вследствие этих действий патологических отклонений. Терапевтический эффект (польза) превентивной процедуры при этом оценивается не по наступлению благоприятных изменений в организме конкретной женщины, а по *снижению вероятности* возникновения у нее рака груди, которое оценивается чисто статистически.

В-третьих, несмотря на то что в контексте ПМ постоянно звучит ободряющий припев — «лечить не болезнь, а больного», — сдвиг в локализации терапевтического действия и оценки его результатов в пространство *возможных* событий с необходимостью оборачивается тем, что *в принципе* теряется возможность индивидуализации, поскольку речь ведется лишь о статистических значениях риска, которые приписываются референтной группе, а не индивидуальному пациенту. Ни о какой индивидуализации здесь речь не идет. Если в классической медицине терапевтический эффект врачебного действия, как правило, может быть оценен по улучшению качества жизни пациента, то в случае превентивных действий этого сделать непосредственно для конкретного пациента нельзя. Ведь исходно нормальное состояние. После «терапии» оно ухудшается. Успех — снижение вероятности развития рака. Но важно учитывать, что и развитие рака, и его ненаступление были возможны у конкретного пациента и без всякого превентивного действия. Эффективность можно оценить лишь задним числом, исследовав репрезентативную группу пациентов, в отношении которых была применена та или иная превентивная процедура. Причем эффективность может быть оценена положительно даже в том случае, если данный конкретный пациент и умрет. Статистика от этого печального обстоятельства может и не пострадать.

В-четвертых, казус Джоли прекрасно иллюстрирует технологию *персонализации через выбор услуг* на современном медицинском рынке, который является массовым явлением в обществе потребления. Она, обращаясь к женщинам, постоянно повторяет: у вас есть выбор. Но это не выбор себя, на чем, к примеру, настаивали экзистенциалисты, а рыночный выбор между тем, что можно так или иначе приобрести. Что выложено как товар на полки медицинского супермаркета. Сделав правильный выбор, вы получаете *контроль* над своей жизнью. *Знание* о том, что именно можно выбрать, наделяет вас *властью*. Оно не имеет отношения к знанию в научном смысле слова.

Как видим, *Homo consumericus* в качестве самоидентификации использует те же знаки, что и человек классической эпохи, — знание, сила, власть, выбор, персонализация и др. Но так же, как и в отличии клинического показателя от биомаркера,

у *Homo consumericus* в сравнении с человеком классической эпохи отсекается личностный (жизненный) смысл этих «показателей» личностного бытия. Это просто знаки персонализации.

И наконец, в-пятых, само послание Джоли можно понять как элемент маркетинговой стратегии ПМ. Фактически она играет перед читателем роль модели на подиуме, которая презентует зрительницам возможность быть оригинальной, неподражаемой, властительницей своей жизни. Так же и с теми же припевами представляются на подиумах новые коллекции летней одежды или нижнего белья: «Вы будете бесподобны! Вы будете хозяевами своей жизни!»...

После публикаций этих статей исследователи обнаружили, что многие американские и канадские женщины стали связывать свое решение пройти тестирование на мутантные гены рака груди с влиянием убедительного примера Джоли. Причем число подобного рода решений значительно возросло. Она выступила ролевой моделью для многотысячной серии повторов «свободного» выбора в принятии медицинского решения. Персонализация обернулась стандартизацией. Многие просто копировали действия кинозвезды. Одновременно «персонализация, по Джоли» оказалась весьма полезной с точки зрения получения прибыли как для производителей тестов, так и для врачей, предлагающих хирургические услуги.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Собственно говоря, всю ПМ можно представить как определенный «товар» на рынке современного здравоохранения. Товар, маркетинг которого агрессивно осуществляется на рынке медицинских услуг не столько за счет реальных потребительских качеств, сколько в форме товарного «знака», весомость которого обеспечивают ссылки на весьма скромные реальные успехи современной медицины и совершенно сногшибательные успехи медицины, которые ждут в нас в *ближайшее время*. Причем это «ближайшее время» постоянно отодвигается как линия горизонта по мере приближения к нему. Потребителю нужна вещь с определенной функцией (*предикция и превенция*) и *хорошим товарным знаком (персонализация)*. Вместе с тем в отличие от Бодрийяра я не склонен считать, в гегелевском смысле, традиционное понимание свободы более современным. *Идея свободы как творческого акта имеет свои онтологические и логические основания, так же как и более новая идея свободы как выбора*. Производитель, создающий артефакты и выражающий себя в произведении в качестве «автора», и потребитель, из них выбирающий и собирающий свои изделия как своеобразные коллажи, которые этого потребителя «персонализируют», — два равноправных голоса, спорящих в душе современного человека.

#### ПРИМЕЧАНИЯ

<sup>1</sup> Национальная технологическая инициатива представляет собой комплекс мер по формированию принципиально новых рынков и созданию условий для глобального технологического лидерства России к 2035 г. В декабре 2014 г. в Послании Федеральному Собранию Президент России Владимир Путин обозначил Национальную технологическую инициативу одним из приоритетов государственной политики.

<sup>2</sup> Геномика — раздел молекулярной генетики, посвященный изучению генома и генов живых организмов. Метаболомика — систематическое изучение уникальных химических «отпечатков пальцев», специфичных для процессов, протекающих в живых клетках, изучение их низкомолекулярных метаболических профилей. Протеомика — наука, основным предметом изучения которой являются белки, их функции и взаимодействия в живых организмах, в том числе —

в человеческом. Основная задача протеомики — количественный анализ экспрессии белков в клетках в зависимости от их типа, состояния или влияния внешних условий. Транскриптомика — это идентификация всех матричных РНК (мРНК), кодирующих белки, определение количества каждой индивидуальной мРНК, определение закономерностей экспрессии всех генов, кодирующих белки.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Бауман, З. (2004) Глобализация. Последствия для человека и общества : пер. с англ. М. : Весь мир. 188 с.

Бодрийяр, Ж. (1995) Система вещей / пер. с фр. С. Н. Зенкина. М. : Рудомино. 174 с.

Введение в предиктивно-превентивную медицину: опыт прошлого и реалии дня завтрашнего (2013) / Т. А. Бодрова, Д. С. Костюшев, Е. Н. Антонова, Д. А. Гнатенко, М. О. Бочарова, Ю. М. Лопухин, М. А. Пальцев, С. В. Сучков // Вестник Российской академии медицинских наук. №68 (1). С. 58–64. DOI: 10.15690/vramn.v68i1.539

Михель, Д. В. (2015) Персонализированная медицина в антропологической перспективе: культурный проект, агенты, дискуссии // Философско-антропологические основания персонализированной медицины (междисциплинарный анализ) : сб. науч. ст. / под ред. П. Д. Тищенко. М. : Издательство Московского гуманитарного университета. 208 с. С. 38–69.

Пальцев, М. (2011) Персоналифицированная медицина // Наука в России. № 1. С. 12–17.

Персонализированная медицина: современное состояние и перспективы (2012) / И. И. Дедов, А. Н. Тюльпаков, В. П. Чехонин, В. П. Баклаушев, А. И. Арчаков, С. А. Мошковский // Вестник Российской академии медицинских наук. № 12. С. 4–12.

Персонализированная медицина: эволюция методологии и проблемы практического внедрения (2016) / В. И. Петров, И. Н. Шишиморов, О. В. Магницкая, Б. Е. Толкачев // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. № 1. С. 3–11.

Полани, М. (1985) Личностное знание. На пути к посткритической философии : пер. с англ. М. : Прогресс. 343 с.

Толстой, А. Н. (1982) Смерть Ивана Ильича // Толстой, А. Н. Собрание сочинений : в 22 т. М. : Художественная литература. Т. 12. Произведения 1885–1902 гг. С. 54–107.

Gibbons, M., Limoges, C., Nowotny, H., Schwartzman, S., Scott P. T. (1994) The New Production of Knowledge. The Dynamics of Science and Research in Contemporary Societies. London : Sage. 192 p.

Jolie, A. (2013) My Medical Choice [Электронный ресурс] // New York Times. 14 мая. URL: <http://www.nytimes.com/2013/05/14/opinion/my-medical-choice.html> (дата обращения: 14.09.2016).

Jolie Pitt, A. (2015) Angelina Jolie Pitt: Diary of a Surgery [Электронный ресурс] // New York Times. 24 марта. URL: <https://www.nytimes.com/2015/03/24/opinion/angelina-jolie-pitt-diary-of-a-surgery.html> (дата обращения: 14.09.2016).

*Дата поступления: 12.12.2016 г.*

#### PERSONALIZED MEDICINE AS A PHENOMENON OF CONSUMER SOCIETY (ON THE QUESTION OF THE MEANING OF PERSONALIZATION)

P. D. TISHCHENKO

INSTITUTE OF PHILOSOPHY, RUSSIAN ACADEMY OF SCIENCES

Personalized Medicine (PM) is included into the list of the most demanded innovations of biomedical science. Unlike traditional medicine, which is re-active (focused on treating already developed diseases), PM considers itself as the pro-active direction aiming to predict possible development of a pathology and to prevent its manifestation using multifactorial molecular diagnostics. The article discusses features of «personalization» of therapeutic and preventive actions in PM caused by the market.

Compliance of the biomarker concept (as specific to PM) with the main methodological pre-suppositions of consumer society (J. Baudrillard) is shown. The difference between biomarkers and traditional clinical indicators could be expressed as the difference between the codified and personal (tacit) knowledge (according to M. Polanyi). Biomarkers are defined, unlike clinical indicators, as a sign form of the codified knowledge deprived of «internal» contents, and thus prepared for the use as elements of big data.

On the material of two articles written by the American actress Angelina Jolie in 2013 and 2015 it was shown how PM market character predetermines transformation of physician-patient relations into purchase (the personalizing choice) of specific medical services, and the patient — into the buyer. It is also characteristic of PM that suffering is transmitted from the world of real clinical events into the virtual world of signs – the latter mainly imply probabilities of breast cancer development. The increased probability becomes the basis for making a decision on carrying out a bilateral mastectomy and oophorectomy, and the reduced probability is a demonstration of the «success» of the preventive measures. At the same time, the real severe injury caused by a preventive action eludes both Jolie's and the readers' field of vision. Jolie's message can be understood as an element of the PM marketing strategy. Actually, she plays for the reader a model role for repetitions of the «free» choice in adoption of the medical decision. Personalization transforms itself into standardization.

In the classic era people identified themselves as authors of creation, as subjects of knowledge, or inventors. In contemporary mass consciousness of the consumer society human freedom, as the most authentic way of self identification, means a choice from a range of ready-made products that can be found on the “shelf” of the global supermarket.

Keywords: personalized medicine; biomarker; personal knowledge; codified knowledge; market; medical service; goods; consumption; consumer society; freedom as choice; freedom as creativity

#### REFERENCES

- Bauman, Z. (2004) *Globalizatsiia. Posledstviia dlia cheloveka i obschestva*, transl. by Engl. Moscow, Ves' mir. 188 p. (In Russ.).
- Baudrillard, J. (1995) *Sistema veshchei*, transl. by Fr. N. Zenkina. Moscow, Rudomino. 174 p. (In Russ.).
- Vvedenie v prediktivno-preventivnuiu meditsinu: opyt proshlogo i realii dnia zavtrashnego (2013) / T. A. Bodrova, D. S. Kostiushev, E. N. Antonova, D. A. Gnatenko, M. O. Bocharova, Iu. M. Lopukhin, M. A. Pal'tsev and S. V. Suchkov. *Vestnik Rossiiskoi akademii meditsinskikh nauk*, no. 68 (1), pp. 58–64. DOI: 10.15690/vramn.v68i1.539 (In Russ.).
- Mikhel', D. V. (2015) Personalizirovannaya meditsina v antropologicheskoi perspektive: kul'turnyi proekt, agenty, diskussii. In: *Filosofsko-antropologicheskie osnovaniia personalizirovannoi meditsiny (mezhdistsiplinarnyi analiz)* : sb. nauch. st., ed. P. D. Tishchenko. Moscow, Izdatel'stvo Moskovskogo gumanitarnogo universiteta. 208 p. Pp. 38–69. (In Russ.).
- Pal'tsev, M. (2011) Personalizirovannaya meditsina. *Nauka v Rossii*, no. 1, pp. 12–17. (In Russ.).
- Personalizirovannaya meditsina: sovremennoe sostoianie i perspektivy (2012) / I. I. Dedov, A. N. Tiul'pakov, V. P. Chekhonin, V. P. Baklaushev, A. I. Archakov and S. A. Moshkovskii. *Vestnik Rossiiskoi akademii meditsinskikh nauk*, no. 12, pp. 4–12. (In Russ.).
- Personalizirovannaya meditsina: evoliutsiia metodologii i problemy prakticheskogo vnedreniia (2016) / V. I. Petrov, I. N. Shishimorov, O. V. Magnitskaia and B. E. Tolkachev. *Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta*, no. 1, pp. 3–11. (In Russ.).
- Polani, M. (1985) *Lichnostnoe znanie. Na puti k postkriticheskoj filosofii*, transl. by Engl. Moscow, Progress. 343 p. (In Russ.).
- Tolstoi, L. N. (1982) Smert' Ivana Il'icha. In: Tolstoi, L. N. *Sobranie sochinenii* : in 22 vol. Moscow, Khudozhestvennaya literatura. Vol. 12. Proizvedeniia 1885–1902 gg. Pp. 54–107. (In Russ.).
- Gibbons, M., Limoges, C., Nowotny, H., Schwartzman, S. and Scott P. T. (1994) *The New Production of Knowledge. The Dynamics of Science and Research in Contemporary Societies*. London : Sage. 192 p.

Jolie, A. (2013) My Medical Choice. *New York Times*, 14 May [online] Available at: <http://www.nytimes.com/2013/05/14/opinion/my-medical-choice.html> (access date: 14.09.2016).

Jolie Pitt, A. (2015) Angelina Jolie Pitt: Diary of a Surgery. *New York Times*, 24 Mart [online] Available at: <https://www.nytimes.com/2015/03/24/opinion/angelina-jolie-pitt-diary-of-a-surgery.html> (access date:14.09.2016).

*Submission date: 12.12.2016.*

Тищенко Павел Дмитриевич — доктор философских наук, главный научный сотрудник, руководитель сектора гуманитарных экспертиз и биоэтики Института философии РАН. Адрес: 109240, Россия, г. Москва, ул. Гончарная, д. 12, стр. 1. Тел.: +7 (926) 871-32-64. Эл. адрес: pavel.tishchenko@yandex.ru

Tishchenko Pavel Dmitrievich, Doctor of Philosophy, Chief Research Scientist, Head, Sector of Humanitarian Research Bioethics, Institute of Philosophy, Russian Academy of Sciences. Postal address: 12 Bldg. 1, Goncharnaya St., Moscow, Russian Federation 109240. Tel.: +7 (926) 871-32-64. E-mail: pavel.tishchenko@yandex.ru