Для цитирования: Желнин А. И., Барг О. А. К критике биополитической экономии: перспективы управления человека своей биологией в контекст современного перехода от биовласти к биополитике и кризиса медицины // Социум и власть. 2018. № 6 (74). С. 36—45.

УДК 304.9

К КРИТИКЕ БИОПОЛИТИЧЕСКОЙ ЭКОНОМИИ: ПЕРСПЕКТИВЫ УПРАВЛЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА СВОЕЙ БИОЛОГИЕЙ В КОНТЕКСТЕ СОВРЕМЕННОГО ПЕРЕХОДА ОТ БИОВЛАСТИ К БИОПОЛИТИКЕ И КРИЗИСА МЕДИЦИНЫ

Желнин Антон Игоревич,
Пермский государственный национальный исследовательский университет,
доцент кафедры философии,
кандидат философских наук.
Российская Федерация,
614990, г. Пермь, ул. Букирева, д. 15.
E-mail: zhelnin90@yandex.ru

Барг Олег Александрович,
Пермский государственный национальный исследовательский университет,
профессор кафедры философии,
доктор философских наук, доцент.
Российская Федерация,
614990, г. Пермь, ул. Букирева, д. 15.
E-mail: olbarg@gmail.com

Аннотация
Статья имеет двойную цель: 1) вскрыть сущность кризиса современной формы биовласти и особенно медицины как одного из ее главных проводников, показать его детерминированность широкими перестроечными процессами в рамках современной социально-экономической системы глобального капитализма; 2) очертить перспективы тенденции к более субъектному взаимодействию человека со своей биологией, сознательному управлению ею в рамках перехода к биополитике. Кризис медицины детерминирован кризисными процессами социально-экономической системы капитализма как целого, постепенному движению к доминированию «горизонтальных» отношений, лишенных жесткой иерархичности и предполагающих преобладание интерактивно-сетевых структур. Кризис соседствует с внутренним прогрессом медицины, выражающемся в освоении новых методов терапии и переходе к превентивным и персонализированным формам работы. Несмотря на богатое поле возможностей, данный потенциал не может быть полностью реализован в наличных рыночных условиях. Трансформация биовласти в биополитику является сложным долгосрочным процессом, и пока фиксируются только «ростки» данного тренда. Однако даже сейчас заметен позитивный рост сознательности людей в биологических аспектах своей жизни, ориентированность медицины не только на лечение болезней, но и на поддержание здоровья, регулирование его различных параметров.

Ключевые понятия:
биовласть,
биополитика,
медикализация,
кризис,
управление.

Введение

В 1859 г. печатается написанная К. Марксом работа «К критике политической экономии», которая послужила предварительным вариантом текста «Капитала». В ней Маркс выдвигает знаменитое положение: «В общественном производстве своей жизни люди вступают в определенные, необходимые, от их воли не зависящие отношения — производственные отношения, которые соответствуют определенной ступени развития их материальных производительных сил. Совокупность этих производственных отношений составляет экономическую структуру общества, реальный базис, на котором возвышается юридическая и политическая надстройка и которому соответствуют определенные формы общественного сознания. Способ производства материальной жизни обусловливает социальный, политический и духовный процессы жизни вообще» [4, с. 6—7]. Другими словами, архитектоника сфер общественной жизни и образ жизни людей детерминируются способом производства. Производство, понимаемое Марксом широко, по большей части, однако, рассматривалось им сквозь призму экономики. Стоит признать, что производство является не просто «вещным» экономическим процессом, но прежде всего производством человеком самого себя, то есть его фундаментальным способом существования [15]. Так как человек является принципиально целостным существом, то его производство и воспроизводство включает в себя помимо социальных и биологические элементы. Признание того, что у человека помимо «неорганического тела», внешней природы как универсального объекта трудовой деятельности есть и «органическое тело», являющееся одновременно субстратом труда и возможным объектом активной преобразующей деятельности, заставляет некоторых современных интерпретаторов марксизма добавлять к нему приставку «био» [10]. С другой стороны, необходимость воспроизводства биологии человека диктуется не столько его уникальной сущностью, сколько фундаментальной направленностью всего живого на самосохранение. Активный характер последнего позволил таким ученым, как У. Матурана и Ф. Варела, ввести понятие «аутопоэзис», что буквально значит «самотворение»: живое не просто пассивно подстраивается под внешние условия, но и строит себя, как бы «вытаскивая сама себя за волосы и становясь отличной от окружающей среды посредством собственной динамики» [6, с. 41]. Таким образом, несмотря на то что социальный и биологический способы существования являются противоположными (первый — преобразовательный, второй — приспособительный), их роднит между собой тенденция к самосохранению, наличие производящего элемента (очевидно, что в случае деятельности человека он несравнимо больше).

Основная часть

Концепт биополитики на сегодняшний день является чрезвычайно популярным и активно разрабатываемым. Несмотря на различие в его интерпретациях [11], теоретики так или иначе отмечают, что данный феномен связан с распространением, экспансией властных механизмов на витальные стороны жизнедеятельности людей. Различие скорее сосредоточено в понимании сущности феномена власти как такового. В этом плане к Марксу ближе всего концепция М. Хардта и А. Негри, которые связывают феномен биополитической власти с системой производства как базисом общества: «Последовательно сводя воедино различные определяющие характеристики биополитического контекста и возвращая их к онтологии производства, мы можем определить новый образ коллективного биополитического тела... это тело оказывается и производством, и воспроизводством, и базисом, и надстройкой, потому что оно есть и жизнь и политика в самом исчерпывающем и буквальном смысле» [14, с. 42]. M.H. Nadesan отмечает, что биовласть является предпочтительной для современной неолиберальной системы, так как, создавая иллюзию максимальной эффективности и «всеобщего процветания» при сохранении свободы субъектов через принцип laissez-faire, распространенный на все сферы жизни (в том числе витальные), она де-факто «может также служить интересам накопления капитала и рыночных сил путем выявления и оптимизации жизненных сил населения, максимизируя их потенциал как людских ресурсов и их полезность для рыночной капитализации. Таким образом, биовласть может дополнять и расширить силу капитала для экспроприации ценности из производственных отношений» [39, p. 3]. В этом контексте по-новому оказывается справедливым старая максима «политика — концентрированное выражение экономики». *Биология человека легко попадает в поле данной политики не только ввиду описанной экспансии последней, но и ввиду того, что она сама нуждается в своего рода управлении, предполагающем различное сочетание режимов расходования и экономии*. Будучи главной производительной силой, человеческой труд во многом расходуется со стороны именно своих биологических компонентов («мозга, мышц, нервов», по словам Маркса), что ввиду циклического характера функционирования биологических систем предполагает

периодическое его восстановление, восполнение сил и энергии. Эту цикличность можно обнаружить и в других аспектах существования человека: демографическая смена поколений с сопутствующими ей разными конфигурациями рождаемости и смертности, циркадные ритмы сна и бодрствования, сильно детерминирующие человеческий образ жизни как таковой, наконец, круг «заболевание — выздоровление», ставший центральным для фокуса медицины.

Существует распространенная точка зрения, что идея управления человека своими биологическими сторонами являются достоянием исключительно современной эпохи, считающейся «концом истории». Так, например, Дж. Агамбен пишет: «Традиционные исторические силы… с некоторого времени превратились в культурные зрелища и в опыт частной жизни, утратив всякую историческую действенность. В связи с этим затмением единственной сколько-нибудь серьезной задачей остается забота о биологической жизни и “интегральное” управление ею… человечество вроде бы “берет на себя” собственную физиологию как последний и неполитический мандат на конец истории» [1, с. 93]. Подобной точки зрения придерживается и Ф. Фукуяма, относя современный биотехнологический «взрыв» к новому витку истории, чреватому вторжением в человеческую природу: «Наиболее серьёзная угроза, создаваемая современной биотехнологией, — это возможность изменения природы человека и в силу того — перехода к “постчеловеческой” фазе истории» [13, с. 18]. С нашей точки зрения, их позиция нерелевантна действительности: *если придерживаться производственной парадигмы, то оказывается, что человек всегда так или иначе воздействовал на процессы своего организма, преимущественно с указанной целью поддержания и воспроизводства. Другое дело, что режим этих вмешательств не был четко институционализирован, часто отправлялся стихийно и поэтому оставался «в тени» собственно системы производства.*

Характер данного режима носит конкретно-исторический характер и зависит от способа производства. Авторы сборника с говорящим названием «Построение нового биокультурального синтеза: политэкономические перспективы человеческой биологии», фиксируя разрыв в антропологическом анализе социо-экономического и биологического положения человека в истории, полагают, что одним из перспективных фундаментов для объединения может стать концепт «адаптация» [29]. Адаптация является инвариантным способом существования биологических объектов, и биология человека не исключение. Более того, она находится под своего рода двойным прессом, будучи вынужденной приспосабливаться как к природным, так и к чисто социальным факторам. Поэтому в антагонистических обществах речь идет скорее о дезадаптации, чем об успешной адаптации: «Адаптационная перспектива оценивает, как люди отвечают на неблагоприятные условия, так же как и их потенциал для восстановления, когда их принципиальные ответы были подорваны. Люди, пойманные в системы эксплуатации, пытаются приспособиться внутри ограничений, наложенных на них» [29, p. 66—67]. Закономерным итогом подорванной адаптации является то или иное заболевание. Многие авторы склонны помещать болезнь в общественно-экономический контекст. Так, вводится термин «синдемия», обозначающий «набор взаимосвязанных и взаимоусиливаемых эпидемий, включающий в себя интеракцию между болезнями на биологическом уровне, которые развиваются и поддерживаются в сообществе/популяции из-за вредных социальных условий и губительных социальных связей» [45]. Ввиду сказанного ранее вполне справедливо, что основное внимание при этом уделяется системе производства и существующим экономическим отношениям как главным дестабилизаторам. Показано, что неравенство доходов в обществе является мощным драйвером стресса, объективирующегося в частности в распространении ряда «болезней цивилизации» [41]. B.S. McEwen полагает, что, так как ключевым органом стрессовой реакции выступает мозг, отчасти именно поэтому социоэкономические условия являются лидирующими: они оказывают отрицательное влияние на соматические системы организма (общий феномен «аллостаза») опосредованно, через психоэмоциональные нагрузки и сопутствующие им патологические изменения в функционировании мозгового субстрата [36].

Данная «политэкономия болезни», вскрывающая социальную детерминированность дезадаптивных процессов биологии человека, является теоретически справедливой. Однако она является неполной антропологически, так как рассматривает человека только как пассивный объект, «жертву» господствующей системы. Биополитика как политика sui generis по определению предполагает наличие субъектности, то есть активной позиции в реализации соответствующей деятельности. Именно это, по нашему мнению, отличает биополитику от биовласти, построенной (как и любая власть) на иерархии и отношении доминирования-подчинения. А. В. Олескин полагает, что в современной биополитике начинают постепенно выделяться «горизонтальные (сетевые) структуры, оличающиеся отсутствием единого водителя ритма.

Здесь сосуществуют, конкурируют, сложным образом взаимодействуют множество центров активности — частичных лидеров» [9, с. 1084—1085]. Это является специфическим отголоском более общей тенденции к децентрализации современной жизни. М. Кастельс, провозгласивший грядущее сетевое общество, в другой своей книге «Коммуникативная власть» отмечает, что «вертикальная форма коммуникации оказывается сломана в мире, характеризуемым превалированием горизонтальных сетей мультимодальной коммуникации» и что «диффузия горизонтальных коммуникационных сетей глубоко модифицируют практику власти в ряде социальных и институциональных измерений [22, p. XXII, XXIV]. Данная глобальная тенденция с далеко идущими последствиями в контексте нашей темы может сигнализировать о возможности смены формата «общения» человека со своей биологией.

Основным фактом, свидетельствующим об этом, является бурный прогресс современной биомедицины. Последняя является примером глубокого единства теории и практики с акцентом на последнюю. Б. Г. Юдин и П. Д. Тищенко показывают, что биомедицина является ярчайшим представителем так называемой «технонауки», в которой преодолен разрыв между фундаментальными и прикладными исследованиями, а глубокие открытия максимально быстро находят свое воплощение в соответствующих технологиях [12]. Причем этом плане наблюдается явная синергия наук: используются результаты не только самой биологии, но и химии, физики и дисциплин на их стыке [21]. Речь идет не только о синтезе новых препаратов и совершенствовании диагностических и терапевтических методов, но и прослеживания фундаментальных механизмов болезни вплоть до молекулярного и генетического уровней с последующим пониманием способов компенсации той или иной «поломки». В итоге все большее количество заболеваний оказываются принципиально излечиваемыми или по крайне мере симптоматически сдерживаемыми, что несомненно является объективным критерием медицинского прогресса.

Вместе с тем ряд факторов как внутри самой медицины, так и вне ее препятствует переходу человека к более субъектному отношению к своей биологической основе. Чисто интерналистская причина — это наличные лимиты возможностей медицины, которые связаны в первую очередь со сложной комплексной природой противостоящих ему заболеваний: так, глобальная эпидемия неинфекционных заболеваний признается существенным барьером, тормозящим общественного развитие и порождающим кризис внутри нового мирового порядка [35]. Однако общественно-производственная парадигма предполагает, что ведущие причины имеют внешнюю природу. *Медицина является социальным институтом и как таковая связана с другими институциями и детерминируется базовыми общественными силами. Другими словами, специфика современной медицины в большой степени обусловлена наличной системой капитализма, и через бурные процессы своей коммерциализации и консъюмеризации заточена на извлечение прибыли*. Это позволяет говорить о сфере биоэкономики, характеризующейся «широкомасштабной капитализацией бионауки и мобилизации ее элементов внутрь новых отношений обмена» [42, p. 203]. Так как она фундируется процессом потребления с целью качественного воспроизводства биологии человека, то для эффективного капиталистического накопления в данной сфере необходимо поддержание среди населения соответствующих потребностей и спроса на их удовлетворение. Еще Г. Маркузе отметил, что развитый капитализм существует путем навязывания человеку внешних («репрессивных») потребностей: «Свободный выбор среди широкого разнообразия товаров и услуг не означает свободы, если они поддерживают формы социального контроля, — то есть, если они поддерживают отчуждение. Также спонтанное воспроизводство индивидом навязываемых ему потребностей не ведет к установлению автономии, но лишь свидетельствует о действенности форм контроля» [5, с. 271]. В этом плане интересно смещение объяснительной модели болезни как таковой. *Если раньше беспрекословно господствовала эссенциалистская парадигма, воспринимающая болезнь как всецело объективный феномен, то на современном этапе более весомыми оказываются культурцентрические и конструктивистские подходы*: «Фундаментальным заявлением от смыслоцентрической традиции является то, что болезнь — это не сущность, а объяснительная модель. И культура не только средство репрезентации болезни, но необходима для самой ее конституции как человеческой реальности. Болезнь тем самым имеет свой онтологический базис в порядке значения и человеческого понимания» [28, p. 53]. *Тем самым идея болезни может создаваться, транслироваться, делаться массовой (вплоть до крайнего алармизма) с целью активизировать у потребителей соответствующую потребность и нужду в ее удовлетворении*. Данную парадигму можно обнаружить как в отношении инфекционных заболеваний, так и ряда «болезней цивилизации» (атеросклероз, диабет, дегенеративные заболевания и т. д.), а также ряда психологических и поведенческих состояний (аддикции, ожирение).

С другой стороны, симптоматичным является тот факт, что в все большую популярность приобретает точка зрения, что физиологическое старение тоже является своего рода заболеванием, требующим лечения, что между ним и болезнью не пролегает «дихотомия», а напротив имеется «континуум» [20].

Экстерналистская зависимость медицины от капиталистической экономики оборачивается тем, что ее сугубо внутренние кризисные феномены являются «отражением кризисом легитимации и аккумуляции капитала» в современной формационной модели, а на передний план в ней выдвигаются проблемы издержек и прибыли [40]. Своеобразная «фетишизация» медицины, ее превращение в «огромное скопление товаров и услуг» создает условия для многостороннего отчуждения человека в аспекте его собственного здоровья. Так, например, организации пациентов с редкими заболеваниями (как и сама их «биосоциальная» идентичность) формируются во многом под влиянием того факта, что они оказываются маргинализованы, исключены медицинским «мейнстримом» из-за невозможности извлечь из лечения их болезни достаточно средств [46]. Но даже более или менее здоровые «не-пациенты» оказываются под более косвенным влиянием, например, посредством представлений о здоровом образе жизни и многообразным мерам по его поддержанию. Другими словами, имеет место широкая и многосторонняя медикализация повседневности: еще М. Фуко отмечал, что «дьявольское в настоящей ситуации то, что каждый раз, когда мы хотим обратиться к области вне медицины, мы обнаруживаем, что она уже медикализирована» [27, p. 14]. Отмечается, что медикализацию не стоит понимать как просто линейную тенденцию экстенсивного расширения поля влияния медицины: процесс является «двунаправленным», когда имеют место и медкализация, и медикализация. Вместе с тем ведущим все-таки оказывается тренд к «экспансии медицинской юрисдикции» [25, p. 7]. Последнее обеспечивается либо тем, что некоторое состояние начинает рассматриваться в медицинском ключе и характеризоваться обычно при активном использовании понятий «болезнь», «расстройство», «синдром», либо тем, что медицина пытается проникнуть в «нормальную» жизнь под предлогом не лечения болезни, а предупреждения ее появления посредством системы диагностических и профилактических мероприятий. В ее стремлении позитивно корректировать само здоровье и его параметры многие видят нарушение различения между терапией и улучшением и размывания самого понятия «норма» как такового [26]. Однако такая экспансия медицины понятна в социально-экономическом ключе и объясняется отнюдь не желанием сотворить мистического «постчеловека», а максимально расширить число возможных путей для прямого или опосредованного извлечения прибыли. Та же эксплуатация идеи преодоления старения фундируется не желанием достичь бессмертия, а наличным противоречием между возросшей продолжительностью жизни и оставляющим желать лучшего ее биологического качества, что опять же создает у людей нужду в преодолении этого разрыва. Таким образом, медицина не только навязывает человеку искусственные потребности, но и отталкивается от его собственных потребностей, учитывает реальный «спрос», но делает это не из этических, а корыстных коммерческих целей. *Все это позволяет согласиться с тем, что современная медицина испытывает антропологический кризис и даже находится в состоянии деантропологизации* [2], а широкая медикализация приведет к появлению отнюдь не совершенного «постчеловека», а тотально зависимого и нуждающегося в многочисленных фармокологических «подпорках» homo medicus [7].

Вместе с тем любой кризис является переходным состоянием и часто может сам выступать стимулом прогресса. Кризис современной медицины не исключение: он протекает на фоне описанных выше широких процессов децентрализации, где «вертикальные» связи начинают постепенно уступать «горизонтальным». Последние позволяют сохранить субъектность различных взаимодействующих акторов. В контексте медицины речь в первую очередь идет о модели взаимоотношения «врач-пациент»: общепризнанно, что старый патернализм ушел в прошлое и современные модели предполагают коммуникативность и диалогичность. Постепенное разрушение асимметрии между ними, по мнению многих, детерминируется прежде всего возросшим уровнем защиты пациентами своих прав и увеличение возможностей для этого на юридическом уровне [8]. Феномен консолидации пациентов, их самоорганизации в группы с целью отстаивания своих интересов или даже давления на медицинские организации был охарактеризован как «пациентский активизм» [42, p. 215]. *В современных условиях все большое значение приобретает рост компетентности пациента в вопросах состояния своего здоровья: справедливо не только то, что врач может в любой момент сам стать пациентом, но и то, что пациент все больше становится в определенной степени врачом*. В «обществе знания» именно достаточный уровень информированности вкупе со способностью критического анализа, рефлексии информации является залогом принятия

взвешенных решений. Биомедикализация уже строго не привязана к диаде врач — пациент, а «вовлекает каждого из нас и все население через конструирование факторов риска, тщательно разработанные повседневные жизненные практики самонаблюдения, а также управление сложными схемами риска и хронических состояний» [24, p. 171]. *Пациент уже в качестве «потенциального» больного приобретает всю большую автономность в аспект мониторинга своего состояния, самодиагностики, а также оценки степени угроз своему здоровью или предрасположенности к определенному заболеванию. Однако эта тенденция хорошо иллюстрирует определение свободы как «осознанной необходимости»: пациент приобретает последнюю, чтобы в конечном итоге усилить самоконтроль и надзор за своим здоровьем, самому нести за него ответственность*.

Медицина сама способствует автономизации пациента и переноса центра тяжести с лечения болезни на предупреждение или раннее обнаружение. Известна модель 4P-медицины, построенная на идеях «предиктивности», «превентивности», «партисипаиторности» и, самое главное, «персонализированности» [30]. Переход к последней немыслим без глубокого системного подхода к работе организма и ее патологическим нарушениям. Он обеспечивается активным развитием таких комплексных дисциплин как геномика, транскриптомика, протеомика, метаболика, позволяющих установить индивидуальные особенности организма на разных его уровнях вплоть до отдельных клеток и их компонентов. Данные показывают, что на профиль здоровья конкретного человека может влиять не только индивидуальный набор его генов и белков, но даже, например, особенности бактериального состава его кишечной микрофлоры (микробиом) [34]. Совокупный учет этих данных будет являться залогом успешности терапии. С другой стороны, знание об индивидуальных предрасположенностях поспособствует и более активному внедрению превентивной защиты от болезни посредством целой системы профилактических мер. Одним из перспективных направлений здесь является обнаружение «ранних» биомаркеров того или иного заболевания. Причем к последним относят не только наличие и концентрацию определенных веществ, но и в широком смысле социальный статус человека: уровень дохода, этническая и профессиональную принадлежность, семейное положение, уровень образования [32]. Широкий интерес к превентивной медицине имеет место еще и потому, что современные методы лечения наиболее распространенных хронических заболеваний являются недостаточно эффективными, что связано с мультифакторной природой последних, сопутствующими процессами дегенерации и по-видимому тесной ассоциацией со старением. Например, несколько ослаб ажиотаж вокруг стволовых клеток ввиду их ограниченного регенеративного эффекта и его зависимости от типа возмещаемой ткани: отмечается, что представление о них как о панацее, излечивающей от всех болезней всех органов, напоминает скорее воскрешение идей алхимии [19]. Вместе с тем терапия стволовыми клетками является частью более общей тенденции дрейфа от неизбирательных химико-фармакологических к более специфичным биотропным методам терапии, нацеленным на задействование потенциальных резервов организма. В качестве примера можно привести идею индукции аутофагии (переваривания клеткой своих поврежденных частей) [33] в ряде дегенеративных заболеваний, модуляции иммунного ответа при аутоиммунных и онкологических заболеваниях [37] или лечение и даже замедление старения через направленное использование эффекта гормезиса (благоприятного адаптивного ответа на низкие дозы токсинов) [43]. Вместе с тем понимание персонализации медицины как подхода к каждому пациенту как уникальному было бы утопичным. Скорее имеется сложное диалектическое переплетение тенденций персонализации и стандартизации, но уже в рамках конкретных групп, страт и ниш: «Тем самым персонализированная медицина, обещая реальную персонализацию медицинских вмешательств в будущем и используя индивидуализацию диагностики и лечения уже сейчас, предстает как альтернатива стандартизирующей “популяционной” медицине. При этом она использует практически все факторы, усиливающие позицию популяционной медицины: рандомизированные исследования, статистические доказательства, стандартизацию протоколов лечения... Индивидуализирующая стандартизация, стандартизация в рамках ниш задает новое поле медицинских практик» [17, с. 125].

С другой стороны, показано, что наиболее массовые заболевания современности сильно детерминированы образом жизни и его особенностями. Так, даже рак статистически обуславливается всего в 5—10 % случаев генетическими дефектами, а в 90—95 % — средовыми факторами и образом жизни [18]. Соответственно профилактика посредством коррекции последних является более оптимальной, чем затратная и подчас неуспешная «апостериорная» терапия. Как сама болезнь, так и ее трудное лечение (вдвойне это касается современных хронических дегенеративных заболеваний) является «антропологическим кризисом» в личностной жизни пациента,

который он должен преодолеть [38]. Эту экзистенциальную суть болезни отмечал еще С. Кьеркегор: «С физическим здоровьем всегда остаешься в границах непосредственного, диалектика же открывается только с болезнью, и тогда только можно говорить о кризисе» [3, с. 303]. Несмотря на возможные позитивные оценки данной «пограничной ситуации», она сопряжена с явными негативными феноменами (боль, стресс, недееспособность), и это еще один довод в пользу дрейфа к превентивной медицине. Только он способна максимально полно реализовать «позитивную» свободу человека в аспекте своего здоровья, минимизируя соответствующие издержки и риски.

Заключение

Подводя итог, можно указать на то, что медикализация современной жизни и кризис медицины проявляют различные ипостаси и имеет далеко идущие последствия. Во-первых, они являются закономерным выражением экспансии капитализма в витальные аспекты жизни людей, что в частности представлено активными процессами коммерциализации и консьюмеризации в современной медицине. N. Rose полагает, что размах данной экспансии таков, что уместно говорить не только о биополитике, но и о биоэкономике и даже «молекулярной онтологии жизни» в целом [44]. С другой стороны, активное внедрение новейших фундаментальных открытий в медицинские практики, их массовизация и повышение доступности дают человеку больший выбор относительно своего здоровья, в том числе через профилактические и превентивные меры, коррекцию образа жизни и установление предрасположенностей через персонализированную диагностику. *Все это происходит на фоне более глобальной тенденции перехода к преимущественно горизонтальным «сетевым» способам взаимодействия в социуме, имеющим коммуникативную и интерактивную природу и позволяющим сохранить субъектность различных участников*. В этом плане обычный человек все больше автономизируется в реализации своей жизненной стратегии, в том числе и в отношении своей собственной биологии. *Данный тренд позволяет говорить о постепенной трансформации биовласти, построенной на вертикальном субъект-объектном отношении и преимущественно директивной по характеру, в биополитику*. В этом аспекте интересно, что биовласть становится все более имплицитной и диффузно рассеянной, что делает ее разновидностью «мягкой власти» [23]. Биополитика же может быть понята не как простое осуществление биовласти на практике, а как ее более «мягкая» разновидность, тяготеющая по сути к более или менее разумному автономному управлению человека своей биологией. В. Ф. Чешко и В. И. Глазко считают, что биовласть, возникая в ответ на «расхождение векторов», «дихотомию» социокультурной и биологической эволюции человека, сама является важнейшей социокультурной адаптацией, способной стать одним из островов будущей управляемой эволюции человека [16]. *Последнее возможно только при условии повышения сознательности человека по отношению к своей органической составляющей, расширение способов прогнозирования и планирования оптимальных условий для наиболее полной реализации своей биологии*. Приходится констатировать, что логика капитализма, несмотря на описанное относительное ослабление, все еще сильно препятствует последнему. *Медицина, призванная сыграть ведущую роль в переходе к рациональному биополитическому менеджменту, до сих пор во многом остается «агентом» капитала и поэтому не способна применить весь спектр уже накопленных возможностей на благо общества*. Необходим «новый социальный контракт» между системой здравоохранения и обществом, чтобы новая 4P-медицина и доступ к ней не стали очередным фактором неравенства [31]. Тем не менее описанные тенденции роста информированности рядовых пациентов и их самоорганизации с целью защиты своих прав и более полного доступа к новейшим методам лечения, перевода последних в разряд рутинных также свидетельствуют о ростках активной субъектности в данной сфере, противостоящих механизму биовласти.

1. Агамбен Дж. Открытое. Человек и животное. М. : РГГУ, 2012. 112 с.

2. Камалиева И. Р. Антропологический кризис в современной медицине // Философия и культура. 2018. № 5 (125). С. 65—70.

3. Кьеркегор С. Страх и трепет. М. : Культурная революция, 2010. 488 с.

4. Маркс К. К критике политической экономии // Маркс К., Энгельс Ф. Сочинения. 2-е изд. Т. 13. М. : Политиздат, 1959.

5. Маркузе Г. Эрос и цивилизация. Одномерный человек. М. : АСТ, 2003. 528 с.

6. Матурана У., Варела Ф. Древо жизни. Биологические корни человеческого понимания. М. : Прогресс-Традиция, 2001. 224 с.

7. Медведева Л. М. Homo medicus как возможный результата медикализации // Историческая и социально-образовательная мысль. 2012. № 1. С. 210—214.

8. Назарова И. Б. Взаимоотношения» врач-пациент»: правовые и социальные аспекты // Социологические исследования. 2004. №. 7. С. 142—147.

9. Олескин А. В. Сетевые структуры как биополитический проект // Вестник Российской академии наук. 2007. Т. 77. № 12. С. 1084—1088.

10. Рыбин В. А. Биомарксизм: опыт новейшей реконструкции учения Маркса // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2018. С. 179—190.

11. Самовольнова О. В. Социально-философский анализ основных концепций биополитики: М. Фуко, Дж. Агамбен, А. Негри // Вестник РГГУ. Сер. Философия. Социология. Искусствоведение. 2017. № 4-2 (10). С. 261—271.

12. Тищенко П. Д., Юдин Б. Г. Социогуманитарное сопровождение инновационных проектов в биомедицине // Знание. Понимание. Умение. 2016. №. 2. С. 73—86.

13. Фукуяма Ф. Наше постчеловеческое будущее. Последствия биотехнологической революции. М. : АСТ, 2004. 349 с.

14. Хардт М, Негри А. Империя. М. : Праксис, 2004. 440 с.

15. Худякова Н. Л., Смирнов Д. М. Производство человека // Вестник Челябинского государственного университета. 2016. № 5 (387). С. 33—37.

16. Чешко В. Ф., Глазко В. И. High Hume (биовласть и биополитика в обществе риска). М. : РГАУ — МСХА им. К. А. Тимирязева, 2009.

17. Шевченко С. Ю. Стандартизация и феномен персонализированной медицины // Человек. 2015. № 6. С. 118—128.

18. Cancer is a preventable disease that requires major lifestyle changes / P. Anand et al. // Pharmaceutical research. 2008. Vol. 25. № 9. P. 2097—2116.

19. The meaning, the sense and the significance: translating the science of mesenchymal stem cells into medicine / P. Bianco et al. // Nature medicine. 2013. Vol. 19. № 1. P. 35—42.

20. Blumenthal H.T. The aging — disease dichotomy: True or false? // The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences. 2003. Vol. 58. № 2. P. M138—M145.

21. Brahmashari S. The role of science in the recent progress of medicine // Everyman's Science. Vol. XLI. № 1. P. 5—36.

22. Castels M. Communication power. Oxford : Oxford University Press, 2013. 574 p.

23. Cheney-Lippold J. A new algorithmic identity: Soft biopolitics and the modulation of control // Theory, Culture & Society. 2011. Vol. 28. № 6. P. 164—181.

24. Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and US biomedicine / A.E. Clarke et al. // American sociological review. 2003. Vol 68. № 2. P. 161—194.

25. Conrad P. The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders. New York : JHU Press, 2007. 224 p.

26. Daniels N. Normal functioning and the treatment-enhancement distinction // Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 2000. Vol. 9. № 3. P. 309—322.

27. Foucault M. The crisis of medicine or the crisis of antimedicine? // Foucault Studies. 2004. № 1. P. 5—19.

28. Good B.J. Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective. Cambridge : Cambridge University Press, 1993. 242 p.

29. Building a new biocultural synthesis: Political-economic perspectives on human biology / ed. A.H. Goodman, T.L. Leatherman. Michigan : University of Michigan Press, 2010. 512 p.

30. Systems biology and new technologies enable predictive and preventative medicine / L. Hood et al. // Science. 2004. Vol. 306. № 5696. P. 640—643.

31. A new social contract for medical innovation / R. Horne et al. // The Lancet. 2015. Vol. 385. № 9974. P. 1153—1154.

32. Juster R.P., McEwen B.S., Lupien S.J. Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition // Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2010. Vol. 35. № 1. P. 2—16.

33. Levine B., Kroemer G. Autophagy in aging, disease and death: the true identity of a cell death impostor // Cell Death Differ. 2009. Vol. 16. №. 1. P. 1—2.

34. Lynch S.V., Pedersen O. The human intestinal microbiome in health and disease // New England Journal of Medicine. 2016. Vol. 375. № 24. P. 2369—2379.

35. Marrero S. L., Bloom D. E., Adashi E.Y. Noncommunicable diseases: a global health crisis in a new world order // Jama. 2012. Vol. 307. № 19. P. 2037—2038.

36. McEwen B.S., Gianaros P.J. Central role of the brain in stress and adaptation: links to socioeconomic status, health, and disease // Annals of the New York Academy of Sciences. 2010. Vol. 1186. № 1. P. 190—222.

37. Mellman I., Coukos G., Dranoff G. Cancer immunotherapy comes of age // Nature. 2011. Vol. 480. № 7378. P. 480—489.

38. Coping with physical illness / ed. R. Moos. New York : Springer Science & Business Media, 2012. 440 p.

39. Nadesan M.H. Governmentality, biopower, and everyday life. London : Routledge, 2008.

40. Navarro V. The crisis of the western system of medicine in contemporary capitalism // International Journal of Health Services. 1978. Vol. 8. № 2. P. 179—211.

41. Pickett K.E., Wilkinson R.G. Income inequality and health: a causal review // Social science & medicine. 2015. Vol. 128. P. 316—326.

42. Rabinow P. Biopower today // BioSocieties. 2006. Vol. 1. № 2. P. 195—217.

43. Rattan S.I.S. The future of aging interventions: aging intervention, prevention, and therapy through hormesis // The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences. 2004. Vol. 59. № 7. P. B705—B709.

44. Rose N. Molecular biopolitics, somatic ethics and the spirit of biocapital // Social Theory & Health. 2007. Vol. 5. № 1. P. 3—29.

45. Singer M., Clair S. Syndemics and public health: Reconceptualizing disease in biosocial context // Medical anthropology quarterly. 2003. Vol. 17. № 4. P. 423—441.

46. Wehling P. The "technoscientization" of medicine and its limits: technoscientific identities, biosocialities, and rare disease patient organizations // Poiesis & Praxis. 2011. Vol. 8. № 2—3. P. 67—82.

References

1. Agamben Dzh. (2012) Otkrytoye. Chelovek i zhivotnoye. Moscow, RGGU, 112 p. [in Rus].

2. Kamaliyeva I.R. (2018) *Filosofiya i kultura*, no. 5 (125), pp. 65—70. [in Rus].

3. Kyerkegor S. (2010) Strakh i trepet. Moscow, Kulturnaya revolyutsiya, 488 p. [in Rus].

4. Marks K. (1959) K kritike politicheskoy ekonomii // Marks K., Engels F. Sochineniya, vol. 13. Moscow, Politizdat [in Rus].

5. Markuze G. (2003) Eros i tsivilizatsiya. Odnomernyy chelovek. Moscow, ACT, 528 p. [in Rus].

6. Maturana U., Varela F. (2001) Drevo zhizni. Biologicheskiye korni chelovecheskogo ponimaniya. Moscow, Progress-Traditsiya, 224 p. [in Rus].

7. Medvedeva L.M. (2012) *Istoricheskaya i sotsialno-obrazovatelnaya mysl*, no. 1, pp. 210—214. [in Rus].

8. Nazarova I.B. (2004) *Sotsiologicheskiye issledovaniya*, no. 7, pp. 142—147.

9. Oleskin A.V. (2007) *Vestnik Rossiyskoy akademii nauk*, vol. 77, no. 12, pp. 1084—1088. [in Rus].

10. Rybin V.A. (2018) *Vestnik Permskogo universiteta. Filosofiya. Psikhologiya. Sotsiologiya*, no. 2, pp. 179—190. [in Rus].

11. Samovolnova O.V. (2017) *Vestnik RGGU. Seriya: Filosofiya. Sotsiologiya. Iskusstvovedeniye*, no. 4-2 (10), pp. 261—271. [in Rus].

12. Tishchenko P.D., Yudin B.G. (2016) *Znaniye. Ponimaniye. Umeniye*, no. 2, pp. 73—86. [in Rus].

13. Fukuyama F. (2004) Nashe postchelovecheskoye budushcheye. Posledstviya biotekhnologicheskoy revolyutsii. Moscow, AST, 349 p. [in Rus].

14. Khardt M, Negri A. (2004) Imperiya. Moscow, Praksis, 440 p. [in Rus].

15. Khudyakova N.L., Smirnov D.M. (2016) *Vestnik Chelyabinskogo gosudarstvennogo universiteta*, no. 5 (387), pp. 33—37. [in Rus].

16. Cheshko V.F., Glazko V.I. (2009) High Hume (biovlast i biopolitika v obshchestve riska). Moscow, RGAU-MSKhA im. K.A. Timiryazeva, 320 p [in Rus].

17. Shevchenko S.Yu. (2015) *Chelovek*, no. 6, pp. 118—128. [in Rus].

18. Anand P. et al. (2008) *Pharmaceutical research*, vol. 25, no. 9, pp. 2097—2116 [in Eng].

19. Bianco P. et al. (2013) *Nature medicine*, vol. 19, no. 1, pp. 35—42 [in Eng].

20. Blumenthal H.T. (2003) *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, vol. 58, no. 2, pp. M138—M145 [in Eng].

21. Brahmashari S. (2001) *Everyman's Science*, vol. XLI, no. 1, pp. 5—36 [in Eng].

22. Castels M. (2013) Communication power. Oxford, Oxford University Press, 574 p. [in Eng].

23. Cheney-Lippold J. (2011) *Theory, Culture & Society*, vol. 28, no. 6, pp. 164—181 [in Eng].

24. Clarke A.E. et al. (2003) *American sociological review*, vol. 68, no. 2, pp. 161—194 [in Eng].

25. Conrad P. (2007) The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders. New York, JHU Press, 224 p. [in Eng].

26. Daniels N. (2000) *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, vol. 9, no. 3, pp. 309—322 [in Eng].

27. Foucault M. (2004) Foucault Studies, no. 1, pp. 5—19 [in Eng].

28. Good B.J. (1993) Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective. Cambridge, Cambridge University Press, 242 p. [in Eng].

29. Goodman A.H., Leatherman T.L. (ed.). (2010) Building a new biocultural synthesis: Political-economic perspectives on human biology. Michigan, University of Michigan Press, 512 p. [in Eng].

30. Hood L. et al. (2004) *Science*, vol. 306, no. 5696, pp. 640—643 [in Eng].

31. Horne R. et al. (2015) *The Lancet,* vol. 385, no. 9974, pp. 1153—1154 [in Eng].

32. Juster R.P., McEwen B.S., Lupien S.J. (2010) *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, vol. 35, no. 1, pp. 2—16 [in Eng].

33. Levine B., Kroemer G. (2009) *Cell Death Differ*, vol. 16, no. 1, pp. 1—2 [in Eng].

34. Lynch S.V., Pedersen O. (2016) *New England Journal of Medicine*, vol. 375, no. 24, pp. 2369—2379 [in Eng].

35. Marrero S. L., Bloom D. E., Adashi E.Y. (2012) *Jama*, vol. 307, no. 19, pp. 2037—2038 [in Eng].

36. McEwen B.S., Gianaros P.J. (2010) *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1186, no. 1, pp. 190—222 [in Eng].

37. Mellman I., Coukos G., Dranoff G. (2011) *Nature*, vol. 480, no. 7378, pp. 480—489 [in Eng].

38. Moos R. (ed.). (2012) Coping with physical illness. New York, Springer Science & Business Media, 440 p. [in Eng].

39. Nadesan M.H. (2008) Governmentality, biopower, and everyday life. London, Routledge, 248 p. [in Eng].

40. Navarro V. (1978) *International Journal of Health Services*, vol. 8, no. 2, pp. 179—211 [in Eng].

41. Pickett K.E., Wilkinson R.G. (2015) *Social science & medicine*, vol. 128, pp. 316—326 [in Eng].

42. Rabinow P. (2006) *BioSocieties*, vol. 1, no. 2, pp. 195—217 [in Eng].

43. Rattan S.I.S (2004) *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, vol. 59, no. 7, pp. B705—B709 [in Eng].

44. Rose N. (2007) *Social Theory & Health*, vol. 5, no. 1, pp. 3—29 [in Eng].

45. Singer M., Clair S. (2003) *Medical anthropology quarterly*, vol. 17, no. 4, pp. 423—441 [in Eng].

46. Wehling P. (2011) *Poiesis & Praxis*, vol. 8, no. 2—3, pp. 67—82 [in Eng].

For citing: Zhelnin A.I., Barg O.A. On the criticism of biopolitical economy: perspectives of managing a man's biology in the context of modern transition from biological power to biopolitics and the crisis of medicine // Socium i vlast' 2018. № 6 (74). P. 36—45.

UDC 304.9

ON THE CRITICISM OF BIOPOLITICAL ECONOMY: PERSPECTIVES OF MANAGING A MAN'S BIOLOGY IN THE CONTEXT OF MODERN TRANSITION FROM BIOLOGICAL POWER TO BIOPOLITICS AND THE CRISIS OF MEDICINE

Anton I. Zhelnin,
Perm State National Research University,
Associate Professor of the Department Chair of Philosophy, Cand. Sc. (Philosophy).
Russian Federation,
614990, Perm, ulitsa Bukireva, 15.
E-mail: zhelnin90@yandex.ru

Oleg A. Barg,
Perm State National Research University,
Professor of the Department Chair of Philosophy
Doctor of Philosophy, Associate Professor.
Russian Federation,
614990, Perm, ulitsa Bukireva, 15.
E-mail: olbarg@gmail.com

Abstract
The article has a dual goal, firstly, to reveal the essence of the crisis of modern biopower form and especially medicine as one of its main conductors, to show its determinacy by wide restructuring processes within the modern socio-economic system of global capitalism; secondly, to outline the prospects of the tendency towards more subjective interaction of a human with his biology, conscious management of it within transition to biopolitics. The crisis of medicine is determined by the crisis processes of the capitalism socio-economic system as a whole, a gradual movement towards dominance of "horizontal" relations, devoid of rigid hierarchies and implying the prevalence of interactive network structures. The crisis is closely connected with the inner progress of medicine expressed in the development of new therapies and the transition to preventive and personalized forms of work. Despite various opportunities, this potential cannot be fully realized in the current market conditions. The transformation of biopower into biopolitics is a complex long-term process, and so far only the «germs» of this trend are seen. However, even now there is a noticeable positive growth in people's consciousness in the biological aspects of their life, the focus of medicine not only on the treatment of diseases but also on maintaining health, regulating its various parameters.

Key concepts:
biopower,
biopolitics;
medicalization,
crisis,
governance.