Сергей Ю. Шевченко
Институт философии РАН, Москва, Россия

Групповые убеждения в отношении страдания: казус экспертного выбора препарата от меланомы

В работе рассматриваются условия прагматического сосуществования нескольких конкурирующих онтологий тела и возможности их реконструкции через эпистемические феномены — в том числе через групповые убеждения (group beliefs). В связи с этим ставится исследовательский вопрос о возможности дополнить описание «форм координации» онтологий через исследование процессов эпистемического обоснования группового решения. Политический выбор онтологии, сопровождающийся стабилизацией биомедицинского факта, рассматривается в оптике социальной эпистемологии, попутно ставится вопрос о границах эпистемологического подхода.

Координация онтологий в этом контексте предстает не как коммуникация между представителями разных практик и точек зрения, но как результат сосуществования разных онтологий тела в процессе обоснования коллективного решения. Эти процессы рассмотрены на примере подготовки решения экспертной группой британского регулятора здравоохранения NICE. Решение содержит рекомендации назначения препарата ипилимумаб пациентам с метастатической меланомой для применения «по умолчанию». Эти рекомендации выглядят выходящими за пределы методологии обоснования решений, используемой в доказательной медицине, опирающейся на собственную онтологию телесного страдания.

Шевченко Сергей Юрьевич — младший научный сотрудник в секторе гуманитарных экспертиз и биоэтики Института философии РАН. Научные интересы: философия науки, биоэтика, технологии «улучшения» человека, биомедицинская индивидуальность, биовласть, социальные исследования науки и технологии. E-mail: simurg87@list.ru
Sergey Y. Shevchenko — junior research fellow in Department of Humanitarian Expertise and Bioethics, RAS Institute of Philosophy. Research interests: philosophy of science, bioethics, human enhancement technologies, biomedical individuality, biopower. E-mail: simurg87@list.ru
Статья подготовлена при поддержке гранта РФФИ/РГНФ, проект № 17-01-00434 (Проблемы интеграции медицинских систем, практик и методов в контексте медицинской антропологии).
The article was prepared with the support of the RFBR/ RHSF, project № 17-01-00434 (Problems of integration of medical systems, practices and methods in the context of medical anthropology)

Тем самым для критики оснований решения выглядит недостаточным исследование декларируемых NICE практик доказательной медицины, задающих онтологию тела. В результате поиск иных оснований экспертного выбора в поле «онтологической политики» приводит нас к двум типам коллективных эпистемических феноменов: групповых убеждений (beliefs) и групповых допущений (acceptances). Первые могут быть рассмотрены как построенные на эпистемических основаниях и подвергнуты эпистемологической критике. Тогда как групповые допущения обнаруживают полную непрозрачность для рассмотрения средствами эпистемологии и могут быть очерчены лишь через социальные условия своего формирования. Таким образом, выделено несколько «слоев» эпистемических оснований группового решения в сфере онтологической политики: эксплицитно присутствующие знания, а также имплицитно вовлеченные в процесс принятия решения групповые убеждения и групповые допущения.

Ключевые слова: групповые убеждения, тело, операционализм, основания, знание и убеждение, медицинская статистика, регуляция в медицине

Sergey Y. Shevchenko, RAS Institute of Philosophy, Moscow, Russia
Group beliefs regarding suffering: the case of expert choice of melanoma drug

This article deals with pragmatic coexistence of several competing ontologies of the body and possibility of their reconstruction through epistemic phenomena, including group beliefs. In this regard, the research problem is the possibility of supplementing pragmatic consideration of forms of ontological coordination by the epistemological account of group reasoning in biomedicine. Decision making in the field ontological politics is considered to correspond to stabilizing the scientific fact in the epistemic field. Methods of social epistemology are used for reconstructing of this process. Forms of ontological coordination in this context does not appear as communication between different practices and points of view, but as a result of simultaneous coexistence of plural ontologies in the process of justifying a collective decision. Preparation of the guideline by the expert group of the British health regulator NICE is taken as case of such coexistence. NICE guideline contains recommendations for the administration of the drug ipilimumab to patients with metastatic melanoma for "default" use. These recommendations seem to go beyond the methodology of evidence-based medicine, based on its own ontology of bodily suffering.

The search for other grounds for expert choice indicates two types of collective epistemic phenomena: group beliefs and group acceptances. Group beliefs have an epistemic basis and can be examined in the field of social epistemology. Group acceptances seem to be opaque for epistemology, and can be analyzed only through the social conditions of their formation. Thus, several dimensions of the epistemic reasoning of group decision are highlighted: 1) explicit knowledge, 2) group beliefs and 3) group acceptances.

Keywords: group beliefs, body, operationalism, evidence, knowledge and belief, medical statistics, regulation in medicine

doi: 10.22394/2074-0492-2017-3-144-162

Онтологии без практик

Реконструкция преобразования регистрируемых в лаборатории «следов» изучаемых явлений в научные данные, а научные данных в факты — распространенный сюжет современной философии науки. Ученые смотрят на вещи под разными углами, в соответствии с которыми формируют объект своего исследования или технологического воздействия. В этом сходятся позиции самых разных исследователей науки. Например, философ-антрополог Аннемари Мол и такие представители аналитической философии, как Эвандро Агацци и Уилфрид Селларс, утверждают, что инструменты и операции научного поиска определяют онтологию объектов.

Для Мол разнообразие практик обеспечивает разнообразие онтологий. Причем версии объекта определяются историческими условиями, а не законами природы: «у нас могли бы быть другие версии велосипеда, клавиатуры или видеосистемы» [Mol, 1999, p. 76]. Вопрос множественности ставится Мол в рамках рассуждений об «онтологической политике», связанной с необходимостью выбора между конкурирующими версиями объектов, в том числе медицинских, например, анемии. Мол пишет, что сегодня не существует одного стабилизированного в рамках здравоохранения определения этого заболевания. В рамках приема у врача анемия предстает как специфическая совокупность жалоб на быструю утомляемость. Лабораторные практики задают другие рамки понимания анемии — как более низкого, чем статистически нормативный, уровня гемоглобина. Патофизиологический подход устанавливает нормативный уровень для каждого отдельного пациента и уже в этой координатной сетке определяет наличие отклонения. Эти версии анемии сосуществуют, не будучи жестко отделены одна от другой, но выбор определенной онтологической политики приведет к двум разным практикам здравоохранения. Например, выбор «статистической» версии анемии предполагает развитие программ ранней диагностики с вовлечением в них больших масс людей, у многих из которых уровень гемоглобина будет ниже нормативного, но никаких симптомов болезни наблюдаться не будет [Ibid., p. 77-79].

В работе «Множественные тела» Мол ставит проблему взаимодействия разных версий атеросклероза внутри одной клиники. Каждая из версий атеросклероза, как и в случае с анемией, представляется связанной с конкретными клиническими практиками. Связывание этой множественности, по Мол, обеспечивают «формы координации», представляющие собой коммуникативный феномен. То есть онтологии связаны с практиками и гармонизируются в процессе коммуникации [Mol, 2002, p. 55].

Однако Мол оставляет в стороне важный вопрос об эпистемологических основаниях стабилизации факта. Ведь если бы у анемии было одно стабилизировавшееся в рамках конвенциональной медицины определение, то это значительно бы ослабило возможности в рамках «онтологической политики» сделать не согласующийся с ним выбор. Часто стабилизация факта происходит непосредственно в контексте политического выбора одной из онтологических альтернатив. Но и у этого решения можно попытаться обнаружить эпистемические основания. Таким образом, проблемой данного исследования служит поиск таких оснований выбора одной из конкурирующих онтологий, происходящего и как стабилизация научного факта. В связи с этим могут быть обнаружены их границы и соответственно рассмотрены ограничения эпистемологического подхода к «политической», регуляторной стабилизации факта.

В качестве кейса мы решили рассмотреть процедуру принятия решения по препаратам ипилимумаб и вемурафениб экспертной группой Национального института повышения качества здравоохранения (NICE)[1]. Эта организация занимается подготовкой документов, регламентирующих способы оказания и объем медицинской помощи, в том числе определяет те ее виды, расходы на которые несет государственный бюджет. В контексте онтологической политики важным представляется именно последний аспект — признание экономической и медицинской эффективности средства означает, что расходы за его использование лягут не на пациента, а на госбюджет.

В состав экспертной группы (комитета) входят врачи, практикующие в той клинической сфере, к которой относятся подготавливаемые рекомендации, врачи из других сфер, чиновники и представители частных структур, управляющие поставкой медицинских услуг. Как минимум два члена группы не являются «экспертами» и представляют пациентские организации или сами являются пациентами или родственниками пациентов. Группа разрабатывает рекомендации на основании медицинских и экономических данных и данных о качестве жизни пациентов, полученных как из медицинских публикаций, так и непосредственно от клиник и государственных структур, ответственных за здравоохранение. Эти данные служат основанием для расчета самими членами группы фармакоэкономических показателей и подготовки документа о ре-

1 The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) — британский регулятор системы здравоохранения, аналог американской FDA. Занимается подготовкой документов, регламентирующих способы оказания и объем медицинской помощи, в том числе определяет те ее виды, расходы на которые несет государственный бюджет, а не сам пациент.

комендуемых с медицинских и экономических позиций рамках применения метода или средства лечения.

В качестве эпистемических оснований решения могут быть названы медицинские знания экспертов, данные о клинической эффективности препаратов, экономические данные о стоимости такого лечения и данные об «измеренном» телесном страдании пациентов. Кроме того, в процессе преобразования различных данных в знание задействуются гетерогенные групповые убеждения профессионалов относительно методов и ценностей. Проблема убеждений как знания, которому недостает оснований, широко обсуждается в рамках доказательной медицины.

Рассматриваемый нами кейс с экспертными рекомендациями NICE препаратов от меланомы выбран по нескольким причинам. Во-первых, NICE открыто публикует аргументы коллективного решения, подробно излагая имевшуюся у экспертной группы информацию. Во-вторых, рассматривая возможность рекомендации того или иного средства лечения, NICE пользуется одной и той же детализированной методологией QALY, которая будет описана в следующем разделе. В-третьих, QALY позволяет получить данные, напрямую не связанные с какой-либо из интерпретаций или контекстуализаций боли как ментального, социального или физического феномена. В-четвертых, онкологическая статистика, основанная на кривых выживаемости, наиболее четко демонстрирует эффективность способа лечения. В клинических испытаниях терапия онкологических заболеваний рассматривается через влияние на показатель, который считается наименее спорным — продолжительность жизни. Наконец, речь идет о новых инструментах лечения меланомы как об области ожидаемого научного и технологического прорыва, что делает особенно напряженными общественные ожидания от развития науки, которые в этом контексте и формулируются[1].

В открытом доступе нет материалов, необходимых для того, чтобы обрисовать подробности коммуникации в рамках принятия экспертной группой NICE. К тому же вполне может оказаться так, что множественность онтологий можно будет приписать не множеству

1 Например, в конце 2016 г. активно обсуждалась новость о разработке в России нового иммунопрепарата для лечения этого заболевания; по словам министра здравоохранения Вероники Скворцовой, лекарство «показало фантастический результат по устранению метастазирующей меланомы». [Невинная, 2016]. https://rg.ru/2016/12/28/skvorcova-rasskazala-ob-uspehah-v-razrabotke-preparata-ot-raka-kozhi.html Рекомендованный NICE препарат, ипилимумаб, тоже является иммунотерапевтическим — он делает возможной борьбу с раковыми клетками собственными силами организма, опухоль уничтожается иммунной системой пациента.

экспертов в группе, но всей группе в целом. То есть невозможно описать коммуникативный процесс координации онтологий. В связи с этим не менее важной задачей, чем описание задающих онтологии тела практик, выглядит критика оснований принятия решения.

Ниже мы попытаемся решить два вопроса: 1. Возможно ли, чтобы группа как единый субъект обращалась одновременно к разным онтологиям? 2. Возможно ли описать (указать на) различные онтологии тела через связанные с ними эпистемические феномены? Эта возможность предполагает, что основания регуляторных решений в рамках «онтологической политики» могут быть описаны в том числе средствами эпистемологии и подвергнуты эпистемологической критике. Поэтому мы попытаемся рассмотреть возможности и ограничения анализа этих оснований с позиций социальной эпистемологии. В случае с рекомендацией препарата от меланомы групповое убеждение решением самой группы маркируется как знание. Различение социальных и эпистемических мотивов такого действия не только задает возможные измерения его критики, но и подводит нас к проблеме атрибуции убеждений отдельным членам группы или всей группе как социальной единице, а значит, к проблеме ответственности.

Исходя из сказанного, там, где реконструкция получения и использования данных и критика убеждений позволяет ограничиться описанием инструментов и методов, а не практик в широком смысле этого слова, мы будем использовать язык реалистической философии науки в версии, предложенной Эвандро Агацци [2017]. Там же, где будут рассмотрены возможности атрибуции доксических феноменов, как и там, где «классическая» эпистемология окажется бессильна, мы обратимся к инструментарию социологии знания.

Данные о страдающих телах

В основе методологии оценки лекарств регулятором NICE лежит фармакоэкономический показатель (ICER — Incremental cost-effectiveness ratio), представляющий собой сумму затрат на лечение в расчете на год продленной жизни с поправкой на качество жизни (QALY — quality-adjusted life year). Согласно глоссарию NICE, качество жизни определяется как близость к состоянию «абсолютного здоровья», что находит отражение в отсутствии болевого синдрома, ментальных нарушений и в способности решать повседневные бытовые задачи. Например, стандартный курс препарата А стоит 30 тыс. британских фунтов, в среднем он продлевает жизнь больных меланомой на 2 года, но из-за снижения качества жизни вследствие серьезного заболевания и побочных эффектов лечения каждый год оказывается равен 0,3 года абсолютно качественной жизни.

Итого на 0,6 года абсолютно качественной жизни тратится 30 тыс. фунтов, что в расчете на год дает 50 тыс. — таков показатель экономической эффективности препарата А [Measuring effectiveness and cost effectiveness: the QALY, 2010]. К слову, 50 тыс. фунтов — это пороговое значение, при превышении которого NICE не может рекомендовать применение препарата, что не означает его неэффективности, а говорит о том, что его приобретение может финансироваться только из средств пациента, благотворительных фондов и т. п. Основанием для рекомендации препарата служат не клинические показатели (например, продолжительность ремиссии), а статистически объективированное и усредненное тело пациента. Методологически оно очерчено как усредненный феноменологический опыт жизни с болезнью, выраженный через продолжительность жизни и тяжесть страдания, вызванного самой патологией и побочными эффектами ее лечения. В поле объектов, принимаемых во внимание экспертами NICE при подготовке решения, существуют только страдающие тела пациентов, при этом отсутствуют объекты, построенные через клинические процедуры измерения (например, содержание определенных веществ в крови, скорость роста опухоли и т. д.).

Для определения соотношения между простым приращением выживаемости и добавленными годами жизни с поправкой на ее качество служат два основных инструмента. Оба инструмента предполагают участие пациента, проходящего курс лечения, в мысленном эксперименте. В первом из экспериментов — time-trade-off — предлагается обменять нескольких лет ожидаемой продолжительности жизни на ее качество. Пациенты выбирают между более длинной жизнью в статусе пациента, включающей негативные эффекты самой болезни и побочное действие лечения, и более короткой жизнью в состоянии «абсолютного» здоровья. Например, пациент может в процессе опроса отказаться от пяти из десяти предстоящих лет жизни с имеющейся болезнью и текущим лечением ради того, чтобы провести пять оставшихся лет в состоянии здоровья. Затем выбор в соответствующих пациентских подгруппах статистически усредняется [Burstrom, Diderichsen et al., 2006, p. 359-370]. Второй инструмент — standard gamble — предполагает мысленную оценку приемлемости риска. Пациентам предлагают выбрать: оставаться ли в текущем состоянии страдания от болезни и побочных эффектов медицинских процедур или согласиться на операцию с ненулевым риском смерти. Степень приемлемого риска определяет качество жизни, соотносясь с ним в обратной пропорции [Whitehead, Ali, 2010, p. 5-21].

В обоих случаях пациент оказывается перед необходимостью мысленно присутствовать при событии собственной смерти. Кроме того, вопросы в мысленных экспериментах ставятся не по от-

ношению к тяжести самих страданий — они заставляют пациента осознать необходимость выбора обоснованной степени риска или рационального обмена продолжительности жизни на ее качество.

Такая рациональная методология заставляет пациента выйти за границы рациональности. С этической точки зрения можно признать рациональным и даже необходимым принятие убеждения в благоприятном прогнозе — в успешности любой предстоящей операции, так как принятие этого убеждения повышает шансы на успех. Именно такое убеждение в благоприятном исходе лечения в Стэндфордской философской энциклопедии описано как этически необходимое [Chignell, 2017]. Мысленный эксперимент заставляет выйти за пределы этой необходимости.

Усредненное тело больного метастатической меланомой становится объективным для группы экспертов в той степени, в какой оно операционализировано через процедуру опроса. Важно, что такого рода операционализация позволяет обойти проблему перцептивного характера боли[1], как и проблему интерсубъективности телесного опыта. Однако сведения об усредненной приемлемой степени риска воспринимаются экспертной группой только как данные, на основе которых строятся факты, не фигурируя при этом как внешняя по отношению к «академическому миру» формулировка целей научных и клинических практик биомедицины. В коллективной работе по принятию регуляторного решения используются данные о страдающем теле, при этом сами убеждения пациентов о собственном страдании не присутствуют в поле обсуждения, а значит, напрямую не сталкиваются с убеждениями экспертов о тяжести страдания больных меланомой.

Данные о клинической и экономической эффективности лекарств

Основаниями для формулировки коллективного решения о допустимости применения препарата служат собранные упомянутыми выше способами данные по качеству жизни пациентов с метастатической меланомой и данные клинических исследований недавно разработанных «таргетных» препаратов для ее лечения. Для яс-

1 Согласно Дэвиду Армстронгу, боль может быть включена в один ряд с другими видами восприятия, например, осязанием, хотя и выделяется им как не-транзитивная, в отличие от других ощущений. С другой стороны, исследования в социальной неврологии показывают, что невозможно отличить собственную, переживаемую, боль от воспринимаемой боли другого человека или живого существа, так как в обоих случаях активируются одни и те же нейронные структуры [Armstrong, 1962].

ности дальнейшего изложения поясним, что таргетность означает избирательность, прицельность действия лекарства — в онкологии от применения таких препаратов должны страдать только опухолевые клетки, здоровые же ткани повреждаться не должны. Сегодня существует два основных типа таргетных препаратов: ингибиторы тирозинкиназы (малые молекулы) и моноклональные антитела (более крупные белковые молекулы). Названия первых оканчивается на -ниб, название вторых — на -маб. Они различаются принципом действия, но изначально никакой разницы в степени «таргетности» или «персонализированности» у них нет [Борисов, 2014].

Вемурафениб — таргетный препарат для лечения меланомы, вышедший на рынок менее пяти лет назад. Он предназначен для блокирования активности белка BRAF в группе пациентов, в клетках опухоли которых ген этого белка имеет определенную мутацию [Hatzivassiliou et al., 2010]. Белок является непосредственным патологическим агентом, «запускающим» постоянное деление клеток опухоли, а действие «таргетного препарата» направлено точно против него как причины заболевания. Ипилимумаб также является таргетным препаратом для лечения меланомы, но его действие определяется «снятием с тормозов» Т-лимфоцитов, иммунных клеток, способных бороться с клетками опухоли [Ribas, 2010]. Он также действует на строго определенную молекулярную мишень, которая, однако, не является причиной возникновения или развития заболевания. У здорового человека иммунные клетки в большинстве своем «заторможены», их активация в отсутствии инфекций как раз может привести к серьезным аутоимунным заболеваниям.

В 2012 г., через несколько месяцев после появления на рынке вемурафениба, он был рекомендован NICE как возможный вариант лечения в селектированной группе больных меланомой — тех, в чьих опухолевых клетках ген BRAF имел специфическую мутацию, а значит, был изменен соответствующий белок, который и явился фактором развития заболевания. Спустя два года ипилимумаб получил более серьезную рекомендацию NICE — он был рекомендован как препарат первого выбора (а не в качестве опции) для лечения пациентов с меланомой вне зависимости от наличия или отсутствия в опухолевых клетках определенных мутаций. При этом частота объективного ответа (полный или частичный регресс опухоли на фоне применения препарата) у вемурафениба в селектированной популяции составляет около 50% [Dzienis, Atkinson, 2014, p. 349–353], в то время как для ипилимумаба этот показатель — для всей группы пациентов, получавших препарат, — колеблется по данным последних исследований между 10 и 15% [Schadendorf et al., 2015]. NICE приводит данные, согласно которым ипилимумаб эффективен для 20–30% пациентов с неагрессивной формой заболе-

вания, что также значительно ниже, чем у «конкурирующего» средства, и ниже порога допустимой доли пациентов, для которых лекарство неэффективно. Нужно отметить, что основным аргументом в пользу вложений сил и средств в развитие персонализированной медицины как раз и служат данные статистики о неэффективности существующей «неперсонализированной терапии» для половины больных. И если вемурафениб по частоте объективного ответа хотя бы не хуже «обычных» лекарств, то ипилимумаб явно им уступает. В плане стоимости одного года абсолютно качественной жизни он также дороже других средств лечения меланомы: 47 900 фунтов против 28 600 фунтов у вемурафениба (у других лекарств против меланомы этот показатель еще ниже). Однако оба показателя ниже 50 тыс., что делает применение обоих средств допустимым.

Среди всех пациентов, принимавших какой-либо из препаратов по показаниям, дольше жили больные, принимавшие вемурафениб: медиана выживаемости 18,4 мес. против 16,5 у ипилимумаба [Quinn et al., 2016, p. 643–657]. Несмотря на то что вемурафениб демонстрирует лучшие статистические показателя эффективности, экспертной группой NICE был рекомендован ипилимумаб. У происходящей через принятия этого решения стабилизации факта должны быть основания не менее сильные, чем ценимые в рамках доказательной медицины данные статистики.

Стабилизация факта в регуляторном решении и его основания

Для того чтобы показать вовлеченность в процесс принятия «онтологического» решения эпистемических феноменов, выходящих за рамки статистически обоснованного знания, приведем цитату из рекомендаций, обосновывающих применение ипилимумаба в качестве препарата первой линии:

> Ипилимумаб окажет значимый положительный эффект у 20–30% пациентов с неагрессивной формой опухоли, при этом вемурафениб может служить для них ценным резервом и выступить как жизнеспасающее средство. Клиницисты считают, что, хотя невозможно идентифицировать группу пациентов, у которых ответ на применения ипилимумаба будет максимальным, у некоторых пациентов эффект от применения препарата длится крайне долго.

Как отмечается далее, «применение препарата в первой линии дает возможность получить максимальный эффект» [Ipilimumab..., 2012]. Вопреки основанной на QALY методологии оценки средств лечения предпочтен препарат в два раза более дорогой и неэффективный у большей части пациентов. Для того чтобы его рекомендовать, дол-

жна быть собрана новая версия онтологии страдающего тела, т. е. онтология, заданная в связанных с QALY процедурах оценки, должна быть координирована с какими-то другими онтологиями. При этом данные об индексе QALY не исключаются, а приводятся как показатель фармакоэкономической допустимости использования ипилимумаба. У формулировки о его предпочтительности должны быть другие основания.

В одной из версий рекомендаций по ипилимумабу, датированной 2012 г., эксперты NICE обращают внимание на отсутствие маркеров, позволяющих предсказать высокую эффективность препарата в отобранной благодаря им группе пациентов. Однако на момент опубликования рекомендации и на сегодняшний день таких маркеров с валидированной информативностью не найдено. Это указание на отсутствие средств отбора пациентов может быть расценено как выражение надежды — убеждения в том, что инструменты отбора подходящих пациентов будут найдены и практика его применения перестанет быть столь рискованной.

Вероятно, эти ожидания основаны на предыдущем опыте этой области фармакологии — таргетного лечения рака. Ведь первый «персонализированный» препарат, трастузумаб, также представляющий собой моноклональное антитело, во время клинических испытаний в 1980-х годах был эффективен лишь у четверти пациентов. Однако разработка системы персонализации лечения — отбора когорты пациентов, у которых препарат должен оказать действие на опухолевые клетки, исходя из их молекулярных характеристик, значительно повысила долю пациентов, отвечающих на применение препарата.

Таким образом, помимо оформленных текстуально статистических знаний о медианном продлении жизни, коэффициенте поправки на качество жизни и цене препарата, в коллективном процессе принятия решения о рекомендации препарата могли сыграть роль убеждения в том, что:

а) траектория развития медицинских знаний об ипилимумабе в целом повторит историю с отбором пациентов при разработке первого препарата такого класса, что повысит точность назначения терапии, а значит, и долю больных, которые отвечают на назначенный препарат;

б) данные о коэффициенте QALY говорят от имени страдающих тел пациентов;

в) дать шанс на выздоровление лучше, чем дать значительно больший шанс на продление жизни.

Эпистемологическое и социологическое измерения казуса предполагают конкурирующие стратегии по обращению с приведенными утверждениями. В работе Яакко Хинтикки «Знание и убеждение»

заложены основы эпистемической логики убеждений, определяющей знание как обоснованное истинное убеждение. Соответственно субъекты не могут ошибаться относительно наличествующих у них убеждений, и всякое знание также предполагает убеждение в самом факте знания. Таким образом, всякое «неявное знание» или нетранзитивные убеждения исключены [Hintikka, 1962]. С точки зрения «сильной программы» Дэвида Блура, знанием выступает все, что функционирует как знание. Причем условия формирования знания могут быть каузально прослежены [Bloor, 1991].

Обе позиции тем или иным способом вовлекают феномен убеждения в разговор о научном знании. Хотя «классическая» эпистемологическая позиция Хинтикки труднопременима здесь из-за исключения неявных знаний и убеждений, она задает проблему: в отношении каких из перечисленных убеждений у группы есть убеждение в его наличии? До определенной степени он сходен с социологической проблемой, сформулированной с позиции социологии знания: какие из этих убеждений можно приписать группе экспертов NICE как стабильной социальной единице? Какие убеждения могут быть охарактеризованы как мнение экспертов NICE? Сходство обеих позиций можно увидеть в том, что коллективные убеждения потенциально могут быть признаны группой как ее совокупная позиция. А такое признание в свою очередь связано с готовностью разделить ответственность.

Задаваясь вопросом об источниках групповых убеждений, американский философ Дж. Лэки предлагает мысленный эксперимент, согласно которому все члены кафедры философии убеждены, что лучший хумус готовят в кафе за углом, но это убеждение нельзя охарактеризовать как мнение кафедры философии. Недостаточно, чтобы все члены кафедры имели соответствующее убеждение, важна и соотнесенность этих убеждений с их социальной ролью членов группы [Lackey, 2013]. Именно эта соотнесенность делает возможным эпистемологическое рассмотрения групповых убеждений.

Формулировка группового убеждения A из предыдущего раздела потенциально может быть внесена в протокол заседания и опубликована в итоговом документе: групповые ожидания опираются на опыт более широкой группы — медицинского сообщества, в который включены эксперты NICE. Эпистемическое убеждение о путях развития медицинской науки может быть приписано группе врачей-экспертов, и в данном случае не важно, до какой степени неявным или явным выступает это знание в ходе принятия решения. В плане регуляции связанных с наукой практик его роль выглядит даже более очевидной, чем формулировка ожидания прорыва в определенной области исследований. Потенциально экспертная группа готова взять на себя ответственность не за конкретное ис-

полнение задачи по поиску средств отбора пациентов, но за необходимость и выполнимость такого поиска.

Убеждение А может быть атрибутировано группе экспертов NICE как части медицинского сообщества и вместе с тем приписано части или всем членам рабочей группы, принимавшей решение о рекомендации препарата. Оно открыто для критики оснований его принятия в том смысле, что могут быть выделены его операциональные составляющие, — что вовлекает его в орбиту «классической» эпистемологии. С другой стороны, утверждение А обладает ненулевой прозрачностью для значимого в контексте программы Блура каузального анализа — расследования социальных условий его принятия, в рамках которого может быть прослежено влияние научных школ, рейтинга специализированных журналов, информационных кампаний фармпроизводителей и т. д. Иными словами, и с позиций эпистемологии, и с позиций социологии можно сформулировать вопрос о том, как сформировалось это убеждение и какую роль оно сыграло для стабилизации факта в контексте использования экспертной группой данных о телесном страдании и данных о клинической и экономической эффективности использования препарата.

Убеждение Б мы атрибутируем коллективу экспертов как группе, связанной с NICE. В той или иной степени это убеждение может быть приписано и отдельным членам экспертной группы. Его основания не только могут быть подвергнуты методологической критике, но и уже вовлечены в дискуссии об операциях, позволяющих сделать телесное страдание измеримым или хотя бы не лишенным слова. Это не значит, что сама по себе операционализация страдания выглядит разрешимой проблемой, но ряд эпистемических вопросов к ней могут быть сформулированы. Можно также задаться вопросом о том, что именно позволило сформироваться QALY как методологии и чем обусловлена убежденность в том, что эта методология работает. Потенциально может быть проблематизирована роль утилитаристских моральных школ в современной Британии, или конкретнее — преподавания консеквенционалистской этики в медицинских вузах.

Убеждение В может быть атрибутировано собственно группе экспертов NICE только в контексте рассмотрения оснований рекомендации препарата ипилимумаб. Вероятно, оно в наибольшей степени касается той версии онтологии страдающего тела, которой придерживается коллектив экспертов. Но никаким другим социальным группам, ни отдельным экспертам в данной случае оно не может быть приписано. Придерживается ли определенный член принимающей решение группы этого убеждения или нет, можно установить, например, в рамках интервью. Но этот вопрос будет

похож на вопрос о хумусе из примера Лэки в том смысле, что отвечающий на него не выступает как член социальной группы и не похож на него из-за того, что принятие или непринятие суждения B влияет на решение группы.

Классический инструментарий аналитической философии науки не позволяет проблематизировать его операциональные основания, а значит, и говорить о его интерсубъективности. Убеждение B выступает в приведенном контексте как суждение, в котором выражена ценность, лежащая в основаниях конкретных клинических и исследовательских практик биомедицины. Методология QALY на первый взгляд призвана исключать личные предпочтения экспертов, однако именно принятие B служит причиной, по которой в принятии решения играет роль выраженная в A надежда. Кроме того, B выглядит объяснением предпочтения более дорогого препарата относительно одного года продленной жизни с поправкой на качество. Однако аксиологический статус B не делает это суждение непрозрачным для любой фактуальной критики. Разделяющая ценности и факты гильотина Юма не работает в случае с попытками каузального исследования формирования такого убеждения в группе врачей, например, в связи с их опытом лечения онкологических заболеваний и представлениями о тяжести заболевания, средней продолжительности и качестве жизни больных. Однако речь в таком случае должна вестись скорее об условиях, а не о факторах принятия B.

Групповые убеждения и допущения

В связи со сформулированными особенностями трех групповых доксических суждений (т. е. суждений, в которых высказаны мнения) уместно рассмотреть дискуссии о различении такого рода выражений. Как и частные мнения, они могут быть отнесены либо собственно к убеждениям (beliefs), либо к принимаемым суждениям (acceptance), которые из-за сходства значений и для удобства употребления мы будем называть допущениями. Разные авторы видят несколько планов их различения, которые в основном сводятся к пяти главным.

1. Убеждения принимаются не волевым актом, а допущения — волевым.
2. Убеждения стремятся к истине, допущения зависят от целей деятельности.
3. Убеждения формируются на эпистемических основаниях, допущения не нуждаются в основаниях такого рода.
4. Убеждения зависимы от контекста, допущения — нет.
5. Убеждения могут иметь степени принятия, допущения категоричны [Hakli, 2006, p. 286–297].

По мнению автора этого списка различий Рауля Хакли, групповые допущения имеют волевую природу как зависимые от целей группы и в контексте их изучения группа выступает как несводимая к индивидам. Справедливо и обратное: когда речь идет о доксических групповых феноменах, несводимых к сумме индивидуальных мнений членов этой группы, мы имеем дело с допущениями. Фредерик Шмитт, критикуя сложившуюся систему различий, показывает, что принятие допущений может быть не связано с коллективной волей и с какой-либо сознательной деятельностью. Также возможно придерживаться допущений, не имея никаких убеждений относительно какого-либо феномена [Schmitt, 2014].

Мы видим, что суждения А и Б строятся на эпистемических основаниях, зависят от контекста, могут иметь степени принятия, т. е. скорее выступают как групповые убеждения в рамках приведенных здесь различий. Такого рода доксические феномены могут существовать в орбите как «классической» эпистемологии, так и социологии знания, и могут быть рассмотрены как в определенной степени предполагающие смещение фокуса от коллективного к индивидуальному и наоборот. Суждение В не имеет прямых эпистемических оснований, категорично, независимо от контекста, возникает в русле формулировки целей деятельности, а значит, может быть описано как групповое допущение. В отношении такого рода суждений работает только групповая атрибуция и социологические каузальные описания.

Выбор в пользу риска указывает на определенную версию онтологии страдающего тела, но не задает рамку этой онтологии — в отличие от методологии QALY, которая операционализирует страдание как отказ. Отказ производится либо от продолжительности жизни, либо от вероятности ее продолжения. Страдающее тело в рамках этих операций оказывается собранным как источник просьбы о прекращении страдания. Причем эта фраза воспринимается как симптом, а не как жалоба — мотив к действию. Так может быть раскрыто групповое убеждение относительно страдающего тела, касающееся обоснования допустимости сделанного выбора. Сам выбор сделан на основании группового допущения о предпочтительности высокого риска ради «излечения», и в отношении его оснований сложнее привлечь критику, которая в аналитической традиции зовется рациональной.

Принятие решения строится на основании двух версий онтологии тела — первая легитимирована групповым убеждением о методологии QALY и строится на основании операций с «голосом» пациентов. Она лишь задает пространство выбора, делая принятие варианта «ипилимумаб» методологически возможным. И это помещение одной из версий онтологии в пространство возможного было

рассмотрено как эпистемический процесс обоснования группового решения.

На вторую версию онтологии страдающего тела указывает групповое допущение о предпочтительности высокого риска ради «излечения». В контексте его принятия экспертный коллектив выступает как несводимый к входящим в него индивидам или к другим бóльшим по размеру группам, и роль этого допущения оказывается более сильной, чем роль убеждений о методологии QALY. При рассмотрении этих допущений, как и в примере Лэки с хумусом, не может быть прослежена соотнесенность входящих в группу индивидов с их социальной ролью. Собранная с участием пациентов онтология страдающего тела лишь легитимирует варианты; означенная групповым допущением врачей версия онтологии обуславливает сам выбор.

Таким образом, в стабилизации факта основаниями служат три группы коллективных эпистемических феноменов: статистически обоснованное знание, групповые убеждения и групповые допущения. Условия или причины формирования последних при этом не могут быть выявлены средствами эпистемологии, для этого требуются социологические инструменты. В то же время знания и групповые убеждения эпистемически легитимируют сами опции политического выбора онтологии, и эта легитимность может быть реконструирована как социологически, так и эпистемологически.

Собственно, в этой взаимодополнительности средств дескрипции решений в поле онтологической политики и заключаются основные результаты рассмотрения казуса экспертного выбора препарата. Благодаря использованию оптик социологии знания и социальной эпистемологии становится возможной критика решений «онтологической политики» еще на этапе их формулировки, а не только оценка наступивших последствий их практического приложения.

Библиография

Агацци Э. (2015) *Научная объективность и ее контексты*, М.: Три квадрата.

Борисов Н. (2014) FAQ: Таргетные препараты в онкологии. *Постнаука* (https://postnauka.ru/faq/27800)

Невинная И. (2016) Приговор отменяется: уникальный препарат от рака кожи получил первый пациент. *Российская газета. Федеральный выпуск*. 7164 (296) (https://rg.ru/2016/12/28/skvorcova-rasskazala-ob-uspehah-v-razrabotke-preparata-ot-raka-kozhi.html)

Armstrong D. (1962) *Bodily sensations*, London: Routledge and Paul.

Bloor D. (1991) *Knowledge and Social Imagery*. 2 ed., Chicago; London: The University of Chicago Press.

Burstrom C., Johannesson M., Diderichsen F. et al. (2006) A comparison of individual and social time-trade-off values for health states in the general population. *Health Policy*, 76 (3): 359–370.

Casey Quinn, Qiufei Ma, Amber Kudlac et al. (2016) Indirect Treatment Comparison of Talimogene Laherparepvec Compared with Ipilimumab and Vemurafenib for the Treatment of Patients with Metastatic Melanoma. *Advances in Therapy,* 33: 643–657.

Chignell A. (2017) *The Ethics of Belief. The Stanford Encyclopedia of Philosophy.* E.N.Zalta (ed.) (https://plato.stanford.edu/archives/spr2017/entries/ethics-belief/)

Dzienis M.R., Atkinson V.G. (2014) Response rate to vemurafenib in patients with B-RAF-positive melanoma brain metastases: a retrospective review. *Melanoma Res.*, 24 (4): 349-353.

Hakli R. (2006) Group beliefs and the distinction between belief and acceptance. *Cognitive Systems Research*, 7 (2–3): 286–297.

Hatzivassiliou G., Song K., Yen I., Brandhuber B.J., Anderson D.J. et al. (2010) RAF inhibitors prime wild-type RAF to activate the MAPK pathway and enhance growth. *Nature*, 464 (7287): 431–435.

Hintikka J. (1962) *Knowledge and Belief — An Introduction to the Logic of the Two Notions,* Ithaca; N.Y.: Cornell University Press.

Ipilimumab for previously treated advanced (unresectable or metastatic) melanoma (2012) *NICE* (https://www.nice.org.uk/guidance/ta268)

Lackey J. (2013) Group Belief: Lessons from Lies and Bullshit: доклад на 100-м заседании семинара «Проблемы рациональной философии". Институт философии РАН (http://iphras.ru/uplfile/soce)

Measuring effectiveness and cost effectiveness: the QALY (2010; Retrieved 15 Jun 2015). *NICE* (https://www.nice.org.uk/process/pmg9/chapter/1-foreword)

Mol A. (1999) Ontological politics. A word and some questions. *The Sociological Review*, (47): 74–89.

Mol A. (2002) *The Body Multiple: ontology in medical practice*, Durham; NC: Duke University Press.

NICE proposes ipilimumab as a first treatment for advanced skin cancer (s.d.). *NICE* (https://www.nice.org.uk/news/press-and-media/nice-proposes-ipilimumab-as-a-first-treatment-for-advanced-skin-cancer)

NICE recommends vemurafenib as a possible treatment for unresectable or metastatic melanoma with the BRAF V600 mutation. (s.d.). *NICE*. (https://www.nice.org.uk/guidance/ta269?unlid)

Ribas A. (2012) Tumor immunotherapy directed at PD-1. *New England Journal of Medicine*, 366 (26): 2517–2519.

Schadendorf D., Hodi F., Stephen R., Weber J.S. et al. (2015) *Pooled Analysis of Long-Term Survival Data From Phase II and Phase III Trials of Ipilimumab in Unresectable or Metastatic Melanoma JCO*: 1889–1894.

Schmitt F.F. (2014) Group Belief and Acceptance. *From Individual to Collective Intentionality: New Essays*, Oxford University Press.

Whitehead S.J., Ali S. (2010) Health outcomes in economic evaluation: the QALY and utilities. *Br. Med. Bull.*, 96 (1): 5–21.

References

Agazzi E. (2015) *Nauchnaya ob"yektivnost' i yeye konteksty [Scientific Objectivity and Its Contexts],* M.: Tri quadrata.

Borisov N. (2014) FAQ: Targetnyye preparaty v onkologii [Targeted drugs in oncology]. *Postnauka*. (https://postnauka.ru/faq/27800)

Armstrong D. (1962) *Bodily sensations*, London: Routledge and Paul.

Bloor D. (1991) *Knowledge and Social Imagery*. 2 ed., Chicago; London: The University of Chicago Press.

Burstrom C., Johannesson M., Diderichsen F. et al. (2006) A comparison of individual and social time-trade-off values for health states in the general population. *Health Policy*, 76 (3): 359–370.

Casey Quinn, Qiufei Ma, Amber Kudlac et al. (2016) Indirect Treatment Comparison of Talimogene Laherparepvec Compared with Ipilimumab and Vemurafenib for the Treatment of Patients with Metastatic Melanoma. *Advances in Therapy,* 33: 643–657.

Chignell A. (2017) *The Ethics of Belief. The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. E.N. Zalta (ed.) (https://plato.stanford.edu/archives/spr2017/entries/ethics-belief/)

Dzienis M.R., Atkinson V.G. (2014) Response rate to vemurafenib in patients with B-RAF-positive melanoma brain metastases: a retrospective review. *Melanoma Res.*, 24 (4): 349–353.

Hakli R. (2006) Group beliefs and the distinction between belief and acceptance. *Cognitive Systems Research*, 7 (2–3): 286–297.

Hatzivassiliou G., Song K., Yen I., Brandhuber B.J., Anderson D.J. et al. (2010) RAF inhibitors prime wild-type RAF to activate the MAPK pathway and enhance growth. *Nature*, 464 (7287): 431–435.

Hintikka J. (1962) *Knowledge and Belief — An Introduction to the Logic of the Two Notions,* Ithaca; N.Y.: Cornell University Press.

Ipilimumab for previously treated advanced (unresectable or metastatic) melanoma (2012) *NICE* (https://www.nice.org.uk/guidance/ta268)

Lackey J. (2013) *Group Belief: Lessons from Lies and Bullshit: doklad na 100-m zasedanii seminara "Problemy ratsionalnoi filosofii"* [Group Belief: Lessons from Lies and Bullshit: A paper for the 100th meeting of the seminar on the problems of rational philosophy]. Институт философии РАН [Institute of Philosophy, Russian Academy of Science] (http://iphras.ru/uplfile/socep/lackey.pdf)

Measuring effectiveness and cost effectiveness: the QALY (2010; Retrieved 15 Jun 2015). *NICE* (https://www.nice.org.uk/process/pmg9/chapter/1-foreword)

Mol A. (1999) Ontological politics. A word and some questions. *The Sociological Review*, (47): 74–89.

Mol A. (2002) *The Body Multiple: ontology in medical practice*, Durham; NC: Duke University Press.

Nevinnaya I. (2016) Prigovor otmenyayetsya: unikal'nyy preparat ot raka kozhi poluchil pervyy patsiyent [The verdict is canceled: the first patient received the unique drug from skin cancer]. *Rossiyskaya Gazeta.* Federal issue, 7164 (296) (https://rg.ru/2016/12/28/skvorcova-rasskazala-ob-uspehah-v-razrabotke-preparata-ot-raka-kozhi.html)

NICE proposes ipilimumab as a first treatment for advanced skin cancer (s.d.). *NICE*. (https://www.nice.org.uk/news/press-and-media/nice-proposes-ipilimumab-as-a-first-treatment-for-advanced-skin-cancer)

NICE recommends vemurafenib as a possible treatment for unresectable or metastatic melanoma with the BRAF V600 mutation. (s.d.). *NICE*. (https://www.nice.org.uk/guidance/ta269?unlid)

Ribas A. (2012). Tumor immunotherapy directed at PD-1. *New England Journal of Medicine*, 366 (26): 2517–2519.

Schadendorf D., Hodi F., Stephen R.C., Weber J.S. et al. (2015) *Pooled Analysis of Long-Term Survival Data From Phase II and Phase III Trials of Ipilimumab in Unresectable or Metastatic Melanoma JCO*: 1889–1894.

Schmitt F.F. (2014) Group Belief and Acceptance. *From Individual to Collective Intentionality: New Essays*, Oxford University Press.

Whitehead S.J., Ali S. (2010) Health outcomes in economic evaluation: the QALY and utilities. *Br. Med. Bull.*, 96 (1): 5–21.

Рекомендация для цитирования/For citations:

Шевченко С.Ю. (2017) Групповые убеждения о страдании: казус экспертного выбора препарата от меланомы. *Социология власти*, 29 (3): 144–162.

Shevchenko S.Y. (2017) Group beliefs regarding suffering: the case of expert choice of melanoma drug. *Sociology of Power*, 29 (3): 144–162.

Поступила в редакцию: 17.01.2017; принята в печать: 02.09.2017