

ЕВРОПЕЙСКАЯ БИОЭТИКА В ПОИСКАХ ИДЕНТИЧНОСТИ

Гребенщикова Е.Г.

Статья подготовлена при поддержке гранта Президента РФ МК-5934.2010.6

Становление и формирование биоэтики в Европе было детерминировано двумя взаимосвязанными факторами: североамериканской моделью биомедицинской этики и ценностными установками континентальной социогуманитарной мысли. В этико-аксиологической рефлексии специфики европейской биоэтики, представленной гетерогенными альтернативами американской принципалистской концепции, явно образом прослеживается актуальность теоретического осмысления её трансдисциплинарных оснований и релевантность концептуализации ценностных измерений биоэтического дискурса отечественной традиции.

Ключевые слова: принципы биоэтики, нравственные ценности, европейский биоэтический дискурс

EUROPEAN BIOETHICS IN SEARCH OF IDENTITY

Grebenshchikova E.G.

Two interrelated factors - the North American model of biomedical ethics and values of the continental socio-humanitarian thought - determined formation and development of bioethics in Europe. The ethical-axiological reflection specificity of European bioethics is represented by heterogeneous alternatives of American principalistic conception. Theoretical understanding of the relevance of transdisciplinary basis of European bioethics is relevant for conceptualization of value dimensions of national bioethical discourse.

Keywords: the principles of bioethics, moral values, European bioethical discourse

Во второй половине XX века комплекс этических проблем, связанных с интенсивным развитием биомедицины, инициировал становление биоэтического дискурса, быстро вошедшего в сферу социо-гуманитарной и естественно-научной мысли. Импульс её практической реализации нашел выражение в деятельности этических комитетов, государственных и общественных организаций. Разумеется, специфика взаимоотношений врачей с пациентами, а также в коллективе специалистов, и прежде имела

нравственные коннотации, составляя важную часть профессионального этоса. Однако, одним из ключевых факторов, определивших динамику и тенденции развития биоэтики, стало общественное обсуждение биоэтических рисков. Именно возможности транс-перехода в сферу жизненного мира являются основаниями определения биоэтики как сферы трансдисциплинарных исследований и ресурсом философской рефлексии её социокультурных измерений.

Возникнув в Северной Америке, биоэтика, несомненно, оказалась под влиянием американской культуры, права и системы оказания медицинской помощи, на что, в частности, указывает А. Джонсен (A. Jonsen) в работе «Рождение биоэтики», определяя её как сущностно американский феномен. Базисом позиции Джонсена является идея американского этоса, «который детерминирует способы понимания американцами морали, и этот этос трансформировал ответ американской медицины в дисциплину и дискурс, получивших название биоэтика... Существует, я полагаю, - пишет Джонсен, - три стороны американского этоса, которые оказывают сильное влияние на понимание американцами морали. Я назвал эти стороны – морализм, мелиоризм и индивидуализм».[1] Сходную позицию относительно исключительной роли указанных факторов отмечали Д. Каллахан (D. Callahan), Р. Фокс (R.Fox) и другие участники конференции «Рождение биоэтики» (университет Вашингтона, 1992).

В настоящее время биоэтическая доктрина прочно обосновалась в экологических и здравоохранительных делиберативных дискурсах европейских стран. Об этом можно судить по количеству публикаций, проводимых конференций, различного рода организационных структур, возникших за несколько десятилетий. Тем не менее, проблема её статуса и специфики в Европе остается дискуссионной, в том числе и относительно ценностных оснований.

Нельзя не отметить релевантность рассматриваемой проблематики для отечественной биоэтики, которая детерминирована, по крайней мере, двумя существенными обстоятельствами: 1) становление биоэтики в России происходило также как и в Европе под влиянием американского дискурса; 2) расширение каналов научной и социокультурной коммуникации, интенсификация процессов межкультурного взаимодействия требует практического приобщения к биоэтическому мейнстриму, таким образом, иницируя усиление внимания, в том числе, и к ценностно-смысловому полю западных теоретических конструкций.

Устойчивый спрос на изучение перспектив биоэтики в Европе связан с 90-ми гг., когда возникли исследовательские инициативы, направленные на прояснение основных тенденций развития её континентальной традиции.[2] С 1991 года Европейский Союз финансирует исследования в области биомедицинской этики, создавая, таким образом, предпосылки для формирования сети исследователей в этой области. Например, в период 1994-1998 примерно 27 миллионов евро было затрачено на исследовательские проекты в области биоэтики.[3] Как отмечает Р. Джиллон (R. Gillon), выдвижение биоэтики на первый план было неизбежным следствием введения единого Европейского рынка в 1993 году.[4] С началом европейской интеграции возник целый комплекс проблем, касающийся системы медицинской помощи в целом, фармацевтической промышленности и законодательства каждого из членов Европейского Союза. Более того, достаточно активное перемещение граждан по территории единого пространства выдвинуло сложные этические вопросы. Как, например, является ли донорский материал голландской нации только её собственностью? Возможно ли проводить исследования на эмбрионах в одной стране, если законодательство запрещает делать это по другую сторону границы? Сходные нравственные проблемы можно выделить в сферах репродукции, генетических исследований, паллиативной медицине и

т.д. При всем многообразии возможных точек зрения и подходов ключевыми являются следующие вопросы: на каком уровне необходимо принимать решения - национальном или общеевропейском - и какими должны быть решения на наднациональном европейском уровне?[5] Проблематика подобного рода инициировала рассмотрение многообразных теоретических подходов, философских оснований и культурных детерминант, образующих интеллектуальный «ландшафт» европейской традиции.

В попытке опредметить в общей биоэтической стилистике своеобразие её континентальной части, многие авторы отталкиваются от, так называемой, «принципалистской» американской концепции, ставшей исходной теоретической рамкой рассмотрения этических проблем современной биомедицины. Первоначальный импульс принципалистский подход получил в Бельмонтском докладе Национальной комиссии США (1978), где были выделены три основных принципа проведения клинических испытаний: уважение пациента, благодеяние и справедливость.[6] В то же время американские ученые Т. Бичамп и Дж. Чилдресс в первом издании «Принципов биомедицинской этики» предложили подход, основанный на четырех принципах, добавив к трем вышеуказанным «не навреди». Несмотря на некоторые уточнения концепции в более поздних изданиях, ряд исследователей связывают именно с работой Т. Бичампа и Дж. Чилдресса становление «принципализма» в биоэтическом дискурсе, сконцентрированного на этических проблемах ежедневной медицинской практики.[7] Дав импульс дальнейшему развитию биоэтики, «доминирующая теория», в трактовке Б. Герта (B. Gert), стала, по мнению некоторых биоэтиков, релевантной основой обсуждения острых вопросов медицинской этики. Что, собственно, нашло отражение в многочисленных статьях сборника «Принципы медицинской этики»[8], охватывающих разнообразные сложные этические дилеммы, возникающие перед современной медициной и системой здравоохранения в целом. Кроме того,

интенсивный курс по биомедицинской этике в Институте Этики Кеннеди Джорджтаунского университета на протяжении нескольких десятилетий готовил специалистов, повторявших «Джорджтаунские мантры».

Концепция не оставила равнодушными ни американских, ни европейских критиков. Среди которых наиболее основательной представляется позиция Д. Клоузера (D. Clouser) и Б. Герта (B. Gert) (им же принадлежит терминологический лейбл «принципализм»), указывавших на отсутствие её теоретического единства и невозможность обеспечить реальное нормативное руководство. Не делая объектом самостоятельного рассмотрения критику североамериканской биоэтической модели, можно вслед за Хенк тен Хаве (Henk ten Have) выделить три её основных блока. Первая группа критических замечаний подчеркивает отсутствие определенной дефинитивной схемы в концепции, которая бы указывала на критерии выбора нравственно-приемлемых действий в ситуации конкурирующих моральных суждений. Второй блок критики связан с социокультурными подходами, которым в литературе последних лет уделяется всё больше внимания.[9] Роль социокультурных детерминант в формировании биоэтической парадигмы не вызывает сомнений, прямым следствием этого является констатация нерелевантности и даже конфликтогенности некоторых норм в контексте других культур и систем оказания медицинской помощи. Принципиальной установкой в ситуации «многоголосия моральных языков» является признание множественности моральных позиций в биоэтике, как необходимого и наиболее адекватного основания рассмотрения этической проблематики медицины в моральном сознании современных плюралистических обществ. На это, в частности, указывал влиятельный американский моралист Х.Т. Энгельгард. Однако, условием этой множественности является, как отмечает П.Д. Тищенко, «саморазвитие самого общества, сохранение и обогащение в нем зоны открытости фундаментальным проблемам человеческого существования. За счет этого общество находится в состоянии нравственного бодрствования, не

впадает в спячку иллюзорного идейного единства».[10] Третий комплекс критической рефлексии принципалистской концепции сосредотачивается на дефиците внимания к специфике реальных обстоятельств проведения биомедицинских исследований. С точки зрения Б. Вильямс (B. Williams), этика не относится с уважением к конкретному моральному субъекту в его целостности, т.к. требует отказаться от личных взглядов и поменять их на универсальные и непредвзятые. Это, рассуждает Б. Вильямс, абсурдное требование, поскольку моральному субъекту предлагается отказаться от того, что конституирует его личностную идентичность и целостность. [11]

По сути, в критической рефлексии относительно североамериканской версии биоэтики явным образом просвечивают те моменты, которые в ключе постнеклассической науки, раскрываются в её трансдисциплинарной специфике. [12] В первую очередь, речь идет о нередуцируемости ни одной из множества моральных позиций – оснований выбора - к однозначной и подходящей всем моральной доктрине. Поэтому особое значение приобретает характер принятия решений, ориентированный на коммуникацию, порождающую «общность по настроению». Последнее в рассматриваемом проблемном поле предполагает общий дискурс, синергию в решении острых этических проблем и транспарентный характер коммуникации, необходимый для социальной легитимации достигаемых решений.

По мнению британского теоретика морали М. Хяюрю (M. Häyry), универсальность «американского принципализма» вполне достойно выдерживает критику его философских оснований, в действительности тесно связанных с европейской философской традицией, в том числе и в отношении универсальности этих принципов для не-Америки. «Когда Чилдресс и Бичамп разрабатывали свою модель в конце 1970-х, то было принято, по крайней мере, в англоязычном академическом сообществе, что деонтологический и консеквенциалистский моральные подходы, отстаиваемые Кантом, Бентамом и Миллем были наиболее жизнеспособными

в нормативной этике. Поэтому авторы «Принципов биомедицинской этики» могут претендовать на достаточную степень универсальности набора принципов, который обоснован апелляцией к последствиям так же, как и к обязанностям»[13]. Тем не менее, этико-философская рефлексия принципализма в континентальных дискуссиях фокусируется, прежде всего, на интенции переосмысления ценностно-смыслового содержания биоэтики в новом формате, диктуемом европейской интеграцией. Расширение исследовательского горизонта можно проиллюстрировать интерпретацией рассматриваемой проблемы Д. Грация (Gracia D.) в масштабе Западной культуры. С его точки зрения, ключевым фактором, повлиявшим на становление биоэтики, стали процессы секуляризации. «Право свободы совести защищает не только религиозную и политическую свободу, как это было ясно утверждено либеральными революциями, но также моральную свободу, понимаемую как право выбирать автономно, без внешних ограничений в распоряжении телом и жизнью. Это – новая революция, и биоэтика является её наиболее значительным выражением».[14]

Учитывая, что в аксиологическое поле любой из биоэтических моделей (христианская биоэтика, феминистская биоэтика и т.п.) встроены базовые экзистенциалы, детерминированные религией, правом, культурой, гендерными установками и т.д, становится очевидным комплексный характер проблемы, требующий соответствующей методологии.

В более широком контексте, актуализация аксиологической проблематики определена попытками отрефлексировать ситуацию развития постиндустриального информационного общества, иногда диагностируемую как «медленный апокалипсис прогресса» (М. Гросс). По крайней мере, в утверждениях постмодернистов о множественности идентичностей и возможности конструирования человеческого «я», вопрос ценностей человеческой жизни приобретает поистине сверхценное измерение.

Европейский биоэтический дискурс предложил несколько конкурирующих альтернатив джорджтаунским принципам, претендующих

на роль концептуальных опор целостной конструкции европейской биоэтики. В интерпретации М. Хяюрю, такими ценностными универсалиями в континентальной интеллектуальной традиции являются *достоинство, предосторожность и солидарность*.

Достоинство – один из принципов (по мнению М. Хяюрю первостепенный) концепции, разработанной в 1995-1998 гг. исследовательским коллективом, объединившим 21 представителя разных стран Евросоюза, под руководством датского философа, директора Копенгагенского центра этики и права П. Кэмпса. Результатом заключительного заседания участников проекта стала Барселонская декларация, включающая четыре принципа, так называемые «Барселонские мантры»: *автономия, достоинство, целостность и уязвимость*.

Несомненно, проблема человеческого достоинства – ключевая для современного социо-политического пространства западных стран в контексте оказания медицинской помощи и интенсивного развития фармации приобретает особое значение. Согласно тексту Декларации, «достоинство является свойством, в силу которого существо обладает моральным статусом». Признавая различие подходов к человеческому достоинству, сформировавшихся в европейской культуре, в Декларации также утверждается обязанность человека по отношению к природе и неприемлемость редуцирования достоинства до своеобразного эквивалента автономии. [15] «В настоящее время оно относится одновременно к внутренней ценности личности и интересубъективной ценности каждого человека в его окружении».[16] Убежденный сторонник европейского принципализма и один из авторов этой концепции Я. Рейндторфф (J. Reindtorff) отмечает, что эти принципы должны быть рассмотрены как выражение европейской гуманистической традиции и могут быть интерпретированы в персоналистической перспективе, в качестве оснований биоэтики и биоправа в Европе.[17] Подчеркивая, что принципы не должны рассматриваться иерархически, т.к. отражают различные аспекты единой

проблемы защиты человеческого существа, Я. Рэйндторф далее заключает: «принципы можно рассматривать как «коммунитарное» выражение идеала общей европейской правовой морали».[18]

Принцип *автономии*, предложенный в рамках европейского проекта, сближает его с «американской версией» принципализма, также включающего автономию. В декларации указывается, что «автономия не должна интерпретироваться только в свободном смысле как «разрешение», вместо этого должны быть представлены её пять аспектов: 1) возможность создания идей и целей частной жизни; 2) возможность реализации; 3) возможность рационального принятия решения и действия без принуждения; 4) возможность политического участия и индивидуальной ответственности; 5) возможность информированного согласия. Однако, как отмечают Я. Рэйндторф и П. Кемп, - «автономия остается лишь идеалом из-за структурных ограничений человеческой слабости и зависимости от биологических, материальных и социальных условий, недостатка информации для размышления». [19]

Идея *целостности* связана как с физической, так и психической целостностью индивида, уважением к частной жизни, а также с пониманием сложившейся жизненной ситуации и болезни. «Целостность является наиболее важным принципом создания доверия между врачом и пациентом, так как она требует, чтобы врач выслушивал сообщение пациента о его или её жизни и болезни».[20] С точки зрения критического анализа принципов, предпринятого Х. Сассом (H.M. Sass), термин «целостность» выражает некоторые особенности, которые традиционно рассматриваются в рамках идеи достоинства человеческого существа [21], что ставит под вопрос целесообразность рассмотрения целостности в самостоятельном контексте.

Принцип *уязвимости*, согласно тексту Барселонской Декларации, выражает следующие идеи: (А) конечность и хрупкость жизни всех, обладающих автономией, обосновывает возможность и необходимость всеобщей морали; (Б) уязвимость является предметом морального

принципа, требующего помощи уязвимым группам населения. Уязвимыми являются те, чья автономия, достоинство или неприкосновенность могут быть под угрозой. Рассматривая уязвимость в качестве основы уважения и защиты прав любой жизни, Я. Рейндторфф и П. Кемп подчеркивают её значение в понимании индивидуальной жизни, способной страдать и испытывать боль.

По сути, принципы, предложенные рабочей группой П. Кемпа, исходят из более широкого социального контекста, чем концепция Т. Бичампа и Дж. Чилдресса, ориентированная в основном на нравственную аналитику взаимоотношений между врачом и пациентом. Авторы Барселонской декларации особо подчеркивают их релевантность основным документам ЕС в области защиты прав человека. Не ограничиваясь простым декларированием, они раскрывают содержание, историю формирования принципов в европейской философской и правовой мысли. Б.Г. Юдин подчеркивает: «особенно важно, то, как они преломляются при применении в реальной практике защиты прав, достоинства и целостности человека в связи с прогрессом биологии и медицины».[22]

Вариант «европейского принципализма», предложенный в Барселонской декларации, как и североамериканский подход вызвал критические замечания. Прежде всего, относительно набора принципов. Оппонируя авторам концепции, Х.-М. Сасс (H.-M. Sass), указывает на отсутствие термина «солидарность», который в европейском контексте может выражать проблемы справедливости, а также невнимание к идеям субсидиарности, как средства редукции возможных противоречий и конфликтов, и толерантности, что, по его мнению, скорее способствует поддержке устоявшейся, т.е. американской принципалистской модели.[23]

Второй концепт, претендующий в трактовке М. Хяюрю на роль теоретической опоры в обосновании европейской биоэтики, - *солидарность*, который в европейской интеллектуальной традиции соотносится с представлениями о коммунитарности, добровольности и взаимности. С точки

зрения английского философа, доминирующими в раскрытии рассматриваемого понятия должны быть не либеральные и утилитарные подходы, а идеи персонализма, фиксирующие фундаментальную взаимосвязь индивидов и обществ между собой, разработанные христианскими мыслителями в начале XX века.[24]

Принцип *предосторожности*, к которому также обращается М. Хяурю, первоначально утвердился в экологической этике и политике, а затем вошел в биоэтические дискуссии. В частности, п. 15 Декларации ООН по окружающей среде и развитию (Рио-де-Жанейро, 1992 г.) указывает на необходимость применения принципа принятия мер предосторожности в целях защиты окружающей среды.

Включение предосторожности непосредственно в сферу оказания медицинской помощи и биоэтические дискуссии связано с двумя Директивами ЕС, касающимися генетически модифицированных организмов в 1990 г. В дальнейшем принцип предосторожности стал неотъемлемым аксиологическим императивом дискуссий, в первую очередь, связанных с прогностическим вектором развития современных биомедицинской технологии и практики.

Гуманитарная мысль Западной Европы явилась плодотворной почвой развития биоэтических проблем в русле многообразных философских традиций, прояснения ключевых концептов и расширения теоретического поля биоэтической рефлексии. Американский биоэтик Дж. Аппас (J. Arras) в попытке ответить на вопрос о вкладе философии в появление биоэтики, указывает на необходимость разграничения, по крайней мере, трех сфер: 1) клиническая биоэтика; 2) «общественно ориентированная биоэтика»; 3) академическая биоэтика.[25] Последняя предоставляет исследователям наибольшую свободу в пространстве теоретических изысканий, возможности расширения проблемного поля и привлечения в сферу исследовательского интереса тех областей, которые традиционно не включаются в сферу внимания практически-ориентированных подходов. «Именно в

академической сфере, отношения между философией и биоэтикой, как правило, самые явные и всячески приветствуются, хотя и здесь специалисты по биоэтике обязательно будут реагировать на указанные выше ограничения, если они, в конечном итоге, хотят иметь некоторое влияние на государственную политику».[26]

Несомненно, результат конвергенции биоэтического дискурса и континентальной философии стал плодотворным ресурсом расширения философско-методологического горизонта взаимодействующих сторон. В первую очередь речь идет о таких влиятельных направлениях западно-европейской философской мысли как феноменология и герменевтика.

Развиваясь в Америке, как сфера философии медицины, указывает С. Тумбс (S. Toombs), биоэтика обошла вниманием эвристические возможности приложения феноменологии в области медицинского знания и практики. С его точки зрения, наиболее продуктивно взаимодействие подобного рода проявляется в таких направлениях, как: 1) обеспечение экспликации разграничения между непосредственными переживаниями обыденного мира и научной оценкой этого опыта; 2) раскрытие метода вовлечения в радикальную рефлексию опыта – феноменологическую редукцию или эпоху; 3) интерпретация жизненного мира в контексте медицины и медицинской практики; 4) основные темы феноменологических исследований соотносятся с проблемами, разрабатываемыми в медицине.[27]

Вторым направлением европейской философской мысли, давшим мощный импульс теоретического рассмотрения проблем биоэтики, стала герменевтика. Двигаясь в русле классической философской традиции, изложенной в работах М. Хайдегера, Г. Гадамера и П. Рикера, проponentы подхода С. Дэниэл (Daniel, S), Д. Ледер (Leder D.) и Ф. Свенаэус (Svenaеus, F.) исходят из предпосылки, согласно которой медицину нельзя понимать в узком естественно-научном ключе. Подходы к диагнозу и лечению, а также роль врача в процессе взаимодействия с пациентом должны трансформироваться в соответствии с современными подходами к

информации и эмпирическому опыту. Метафорически, пациент мыслится как текст, интерпретируемый на разных уровнях, типические установки которых в медицине необходимо отрефлексировать.[28] Кроме того, пациент предоставляет доктору большое количество информации, которая редуцируется в стандартный язык диагноза и лечения, оставляя за фокусом внимания историю жизни больного и отношение врача к заболеванию.[29]

Исходным пунктом размышлений Г. Вайдерсховена (G. Widdershoven) является предпосылка, согласно которой герменевтический подход представляет собой наиболее адекватную теоретическую рамку для анализа этической проблематики взаимоотношений между врачом и пациентом. Продуктивный ресурс делиберативной модели в отличие от традиционного патернализма и модели информированного согласия детерминирован вниманием к базовым конституэнтам взаимодействующих сторон – диалогу и обсуждению, которые связываются Гадамером с пониманием как формой открытого взаимодействия. [30]

Однако, теоретическая гетерогенность континентальной традиции детерминирована не только различными направлениями философской мысли, но и историческими обстоятельствами, а также социокультурным контекстом и существующими нормативными позициями.[31] Анализ подобного рода факторов вполне может претендовать на самостоятельное исследование. В самом общем виде можно указать, например, на неприятие в Германии обсуждения опыта эвтаназии или различия в подходах к статусу и профессиональной подготовке специалистов по биоэтике. Что касается взаимосвязи факторов социокультурного порядка с нормами и правилами повседневной врачебной деятельности, то проблема может быть сформулирована следующим образом: Каким образом развивать теоретические основания проблем профессиональной этики, чтобы соединить теоретическую рефлекссию с ежедневной реальностью медицинской практики? Ответить на поставленный вопрос значит не только

рассмотреть специфику биоэтических проблем в новой концептуальной перспективе, но и переосмыслить биоэтику как результат и одновременно предпосылку возможного теоретического синтеза. Одним из примеров подобного подхода является концепция датского философа У. Дженсена (U.J. Jensen). Он выделяет три типа практики, переплетающиеся в современной медицине: 1) ориентированная на болезнь, 2) ситуационно-ориентированная и 3) общественно-ориентированная, позволяющих принять во внимание ресурсы исследования эмпирической реальности медицины.

Таким образом, в обсуждении этико-аксиологических оснований континентальной биоэтики пересекается несколько ключевых аспектов, раскрывающих её как проект, конституируемый единством философских, социо-политических и культурных предпосылок. Прочерчивание смысловых векторов европейской биоэтики особенно актуально с учетом переоценки парадигмальных оснований, фундирующих специфику отечественной традиции. В содержательном теоретическом осмыслении которой уже давно назрела необходимость.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Jonsen, A. The birth of bioethics, Oxford Univ. Press, 1998. P. 389.
2. Henk A.M.J. ten Have, Gordijn, B. Introduction // Bioethics in European Perspective Dordrecht, 2001. P. 4.
3. Ibid.
4. Gillon, R. Biomedical ethics in Europe – a need for the POBS? Journal of Medical Ethics, 1993, 19: 3-4.
5. Riis, P. Medical ethics in Europe Community// Journal of Medical Ethics, 1993,19: 7-12.
6. DuBose, E., Hamel, R., O`Connell, L. A matter of principles? Ferment in U.S. bioethics. Trinity Press International, Valley Forge (Pensylvania), 1994.
7. The Belmont Report. Mode of access: <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html>
8. Gillon R. Principles of health care ethics. John Wiley & Sons, 1994.
9. См. напр.: Bioethics in Cultural Contexts. Reflections on Methods and Finitude. Springer. 2006.
10. Тищенко П.Д. Биоэтика: множественность и мысль. Режим доступа: http://www.intelros.ru/intelros/reiting/reiting_09/material_sofi/5083-bioyotika-mnozhestvennost-i-mysl.html
11. Williams, B. Consequentialism and integrity. // Consequentialism and its critics. Oxford, 1988. P. 20-50.
12. См. подробнее: Киященко Л.П. Опыт философии трансдисциплинарности (казус «биоэтика») // Вопросы философии, 2005. №8. С.105-117.
13. Haug, M. European Values In Bioethics: Why, What, And How To Be Used?// Theoretical Medicine and Bioethics, 2003, Vol. 24, Number 3. P. 201.

12. Gracia D. History of medical ethics // Bioethics in European Perspective. Dordrecht, 2001. P. 47.
13. The Barcelona Declaration on Policy Proposals to the European Commission on Basic Ethical Principles in Bioethics and Biolaw (adopted in November 1998 by Partners in the BIOMED II Project) // Mode of access: http://ec.europa.eu/research/biosociety/pdf/final_rep_95_0207.pdf
14. Kemp, P., Rendtorff J. The Barcelona Declaration Towards an Integrated Approach to Basic Ethical Principles // Synthesis Philosophica, 2/2008. P. 240.
15. Reindtorff J. Basic Principles in Bioethics and Biolaw // Mode of access: <http://www.bu.edu/wcp/Papers/Bioe/BioeRend.htm>
16. Reindtorff J. Basic Principles in Bioethics and Biolaw // Mode of access: <http://www.bu.edu/wcp/Papers/Bioe/BioeRend.htm>
17. Kemp, P., Rendtorff J. The Barcelona Declaration Towards an Integrated Approach to Basic Ethical Principles // Synthesis Philosophica, 2/2008. P. 240.
18. Kemp, P., Rendtorff J. The Barcelona Declaration Towards an Integrated Approach to Basic Ethical Principles // Synthesis Philosophica, 2/2008. P. 241.
19. Sass H-M. Introduction: European Bioethics on a Rocky Road // Journal of Medicine and Philosophy, 2001. Vol. 26, No 3. P. 220
20. Юдин Б.Г. Рецензия: Основные этические принципы европейской биоэтики и биоправа // Вопросы философии, 2003, № 5. С. 183.
21. Sass H-M. European Bioethics on a Rocky Road // Journal of Medicine and Philosophy, 2001. Vol. 26, No 3. P. 221.
22. European values in bioethics: why, what, and how to be used? Theoretical Medicine and Bioethics Theoretical Medicine and Bioethics, 2003, Vol. 24, Number 3. P. 206.
23. Arras J. The Owl and the Caduceus: Does Bioethics Need Philosophy? // The nature and prospect of bioethics: interdisciplinary perspectives. Totowa, Humana Press, 2003. P. 3.
24. Ibid. P. 4-5.
25. Handbook of phenomenology and medicine. Dordrecht, Kluwer Academ Publish, 2001. P. 2-3.
26. Henk A.M.J. ten Have Theoretical models and approaches to ethics // Bioethics in European Perspective. Dordrecht, 2001. P. 74
27. Poirier, S., Brauner, D. Ethics and the daily language of medical discourse. Hastings Center Report, 1988. 18: 5-9.
28. Widdershoven, G.A.M. The physician-patient relationship. A hermeneutic perspective. // Healthy Thoughts. European Perspectives on Health Care Ethics. Leuven-Paris-Sterling-Virginia: Peeters, 2002. p. 70-71.
29. Henk A.M.J. ten Have Theoretical models and approaches to ethics // Bioethics in European Perspective. Dordrecht, 2001. P. 64.