

ЭПИСТЕМОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ БИОЭТИКИ

Ставится задача определения логико-методологических оснований биоэтики, для решения которой автор выясняет специфику медицинского знания, а также особенности биомедицины. В заключение делается вывод, что эпистемологические особенности медицины, обусловленные разрывом «двух культур» в медицине, с одной стороны, и двойственным характером медицинского знания (как номотетической и идеографической науки), с другой стороны, актуализируют в биоэтике индивидуальность пациента в различных своих проявлениях. Представлены результаты выполнения проектов РГНФ № 15–03–00598, РФФИ № 14–06–00440.

Ключевые слова: биоэтика, уликовая парадигма, биомедицина, медицинская космология, индивидуальность.

Любая дисциплина, претендующая на звание академической, заботится о своих эпистемологических основаниях, тем более, если речь идет о дисциплине, которая относится к этике и, следовательно, опирается на философскую методологию. В данной статье ставится задача выяснения логико-методологических оснований биоэтики, отражающих ее внимание к индивидуальности, необходимость защиты которой становится особенно актуальной в связи с развитием биомедицинских технологий [1–6].

Специфика биоэтических проблем во многом определяется эпистемологическими особенностями самой медицины. Во-первых, медицина может рассматриваться и как искусство, и как наука; во-вторых, медицина, как любая наука, сама обладает специфическими чертами. Это приводит к различному, даже противоречивому, пониманию ее целей, задач, методов, отношения к пациенту и многое другое.

Карло Гинзбург (историк культуры, профессор Болонского и Калифорнийского университетов) в своей работе «Приметы. Уликовая парадигма и ее корни» [7] показал, как к концу XIX в. в области гуманитарных наук бесшумно возникла некая эпистемологическая модель (парадигма), которой до сих пор, как он считает, не уделялось достаточного внимания, хотя она широко применялась и применяется на практике. Уликовая парадигма опирается на медицинскую эпистемологию: восхождение от незначительных данных к сложной реальности, не доступной прямому эмпирическому наблюдению. К. Гинзбург фиксирует ее основополагающую склонность делать заключения от следствия к причине. Поэтому он и определяет ее как «уликовую» парадигму (семейотическую), обращенную к прошлому, настоящему и будущему (включающую диагностику и прогностику). Исходным моментом здесь является позиция, ориентированная на анализ индивидуальных случаев, поддающихся реконструкции только через посред-

ство следов, симптомов, улик. Таким образом осуществляется исследование во многих гуманитарных дисциплинах, и прежде всего в истории.

Указание на то, что одним из главных моментов в методологии исторического познания является именно изучение следов, не является новым. Но нам важна та аналогия, которую проводит Гинзбург между историей и медициной.

«Это особенно очевидно в случае гиппократовской медицины, которая определила собственные методы в ходе рефлексии над центральным понятием симптома (*semeion*). Только с крайним вниманием наблюдая и с предельным тщанием регистрируя все симптомы, утверждали гиппократики, можно разработать точные „истории“ отдельных болезней: сама по себе болезнь недосягаема для врача. ... Уже в V в. до н. э. начали проявляться нападки на надежность медицины как науки: полемике этой суждено было продлиться вплоть до наших дней» [7].

За два с половиной тысячелетия термины полемики изменились в соответствии с трансформацией понятий «строгость» и «научность». Решающим рубежом здесь стало возникновение новой научной парадигмы, опиравшейся на галилеевскую физику, но оказавшейся долговечнее этой последней. «Уликовые» дисциплины (медицина, история и др.) совсем не соответствуют критериям научности, выводимым из данной парадигмы. «В самом деле, речь идет о дисциплинах, в основе своей оперирующих качествами, а не количествами; имеющих своим объектом индивидуальные случаи, ситуации и документы *именно как явления индивидуальные* и именно поэтому приходящих к результатам, несущим неустранимый элемент алеаторности¹. ... Совершенно иной характер имела галилеевская наука, девизом которой могла бы стать формула схоластов *individuum est ineffabile*: о том, что индивидуально, говорить нельзя...» [7].

Несмотря на все достигнутые в последующие годы успехи, методы медицины ощущались как не-

¹ Алеаторность (от лат. *alea* – игральная кость) – порожденность случаем, случайность, неопределенность.

надежные, результаты – как сомнительные. В качестве яркого свидетельства подобных настроений Карло Гинзбург приводит работу Кабаниса «Надежность медицины», опубликованную в конце XVIII в. «Ненадежность» медицины связывалась по преимуществу с двумя обстоятельствами. Во-первых, недостаточно было свести отдельные болезни в некий всеобъемлющий каталог: у каждого индивида болезнь приобретала разные признаки. Во-вторых, познание болезни оставалось косвенным, уликовым: живое тело пациента было по определению недосыгаемо. Конечно, можно было рассечь труп: но как перейти от трупа, уже затронутого смертью, к характеристикам живого индивида?

Начиная с XIX столетия теория и практика господствующей западной медицины стали основываться на биомедицинской модели. На первый взгляд, кажется, что медицина наконец-то приобрела тот статус научности, которого ей так недоставало в прошлом. Но, с другой стороны, начиная с 60-х гг. XX в. было выдвинуто множество разнообразных претензий к биомедицине, среди которых наиболее существенные указывают на потерю медициной своего основного подхода к пациенту. Бернард Лоун, врач-кардиолог, лауреат Нобелевской премии, назвал это настоящим кризисом профессии: «Исцеление подменили лечением, уход – бесстрастным выполнением обязанностей, а умение слушать – технологическими процедурами. Врач больше не занимается личностью больного, а лишь „ремонтирует“ отдельные, неправильно работающие части биологической системы» [8, с. 11]. Он подчеркивает, что врачу важно «понять уникальность каждого пациента и научиться вырабатывать индивидуальный подход к лечению» [8, с. 11]. То же отмечает и Ю. Хабермас: «...правильно понятая клиническая точка зрения индивидуализирует» [9, с. 85].

Американский врач Джером Группман в книге «Как думают доктора» также подчеркивает – главной врачебной эпистемологической особенностью является то, что врач имеет дело с уникальным случаем. Анализируя опыт детского кардиолога Д. Лока, его ошибки и успехи в постановке диагноза, в проведении операций маленьким пациентам с уникальными, специфическими особенностями, он пишет: «Специалисты часто демонстрируют уверенность в своих знаниях и умениях. Они учились столь долго, что слишком легко начинают полагаться на полученные обширные знания, не обращая внимания на то, что каждому человеку присущи свои особенности, даже в анатомии» [10, с. 164].

Сверхспециализация, технологизация современной медицины, непреодолимый разрыв между

непрофессиональным и медицинским дискурсом углубили пропасть между исключительно индивидуальным опытом болезни и безлично-анонимной медицинской теорией. Несмотря на комплексный подход к медицинскому знанию, отдельные индивидуальные элементы, вносящие в это знание ценный вклад, в целом не сбалансированы и остаются отделенными друг от друга. В результате пациент чаще всего рассматривается фрагментарно: или как очень сложный ряд технических элементов, или с дополнительным, но полностью отдельным «человеческим» компонентом.

Во взаимоотношениях врача и пациента произошли кардинальные изменения, характеризующиеся переориентацией деятельности врача с гиппократовского индивидуального подхода на социально ориентированный подход, который в своем крайнем выражении превращает отношения «врач-пациент» в клиентские (обезличенные) отношения [11, р. 182]. Курт Шмидт (Германия), критикуя организацию здравоохранения по рыночному образцу, особо подчеркивал, что «индивидуальный человек представляет собой нечто большее, чем это может быть выражено в экономических терминах» [11, р. 182], что здоровье и болезнь вообще не могут иметь характера рыночных товаров. Здоровье является практической основой такой фундаментальной ценности, как ценность жизни. Невозможно отклонить болезнь, как потребитель отклоняет товары. Пациент не знает, когда и почему он заболевает, не знает, какого рода его болезнь и, как правило, не способен определить, какой тип медицинского обслуживания ему необходим, в какое время и до какой степени он должен прибегнуть к этому обслуживанию. Встать на позицию «клиента», который может свободно выбирать услуги, отклонять или откладывать их на время, для пациента весьма затруднительно (а в некоторых ситуациях и невозможно). К этому надо добавить также психоэмоциональные особенности больного человека: он находится в состоянии неуверенности, страха, слабости, зависимости и потребности в защите.

Социально ориентированный подход к пациенту, преобладающий в современной медицине, нередко ведет к тому, что пациент как личность, как целостность теряется, обезличивается.

Сегодня медицина немыслима без медицинских технологий и медицинской техники. Все чаще врач имеет дело не с больным самим по себе, а с той информацией, которая получена о нем на основании различных исследований, проведенных при помощи техники, на основании результатов лабораторных анализов и т. п. Особо следует отметить, что, как правило, сам лечащий врач, ставящий окончательный диагноз и назначающий лечение, больше не делает лабораторные анализы. С другой сторо-

ны, чем сложнее медицинская техника, тем выше квалификация медицинского специалиста, но, подчеркнем, его специализация становится все более узкой. Все это также способствует обезличиванию отношений «врач – пациент».

Господствующая в настоящее время биомедицинская модель медицины ориентируется на идеалы и нормы естественных и технических наук. Однако следует подчеркнуть, что и сегодня медицина не может быть рассмотрена только как наука, в частности только как биомедицина. Далеко не все медицинское знание является рациональным и далеко не вся деятельность врача может быть технологизирована. Это демонстрирует в первую очередь специфика медицинского знания, черты которого выделены нами на основе концепции неокантианцев Баденской школы В. Виндельбанда и Г. Риккерта, а также на основе концепции «медицинской космологии» современного исследователя Д. Гривса (Великобритания).

В. Виндельбанд проводит деление наук на основе формального характера познавательных целей наук, т. е. на основе метода познания. Одни науки отыскивают общие законы, другие – отдельные исторические факты. Отсюда возникают различные типы мышления. Первый тип мышления Виндельбанд назвал номотетическим – законополагающим, второй – идиографическим, т. е. описывающим особенное. Отсюда и деление наук было им проведено соответственно на два вида: «Одни из них – суть науки о законах, другие – науки о событиях» [12, с. 319–320].

Вслед за Виндельбандом Г. Риккерт различает науки по их методам исследования, а именно: познание общих черт явления, которые повторяются, образуют естествознание; познание же частных особенностей явлений, которые неповторимы, образуют историю. В первом случае – это метод естествознания, и называется он генерализирующим, во втором – это метод истории, и называется он индивидуализирующим. На этой основе Риккерт проводит различие между науками о природе и науками о культуре [13]. При этом надо отметить, что данное деление наук углубляет проведенное еще В. Дильтеем разделение наук на «науки о природе» и «науки о духе» [14]. В основе классификации В. Дильтея лежало разграничение по предмету, В. Виндельбанд и Г. Риккерт проводят такое деление по методу, видя специфику наук о культуре не только в индивидуализации, но также в отнесении к ценностям. Термин «ценности» впоследствии становится ключевым в философии культуры. В современной медицине в условиях морального, культурного плюрализма понятие «ценности» также становится очень важным. Несовпадение ценностей врача и пациента стало, наверное, одним

из существенных моментов, приведших к появлению в биоэтике принципа уважения автономии пациента, так как в духе традиционного патернализма стало невозможно врачу брать на себя право определять, в чем состоит благо пациента.

Таким образом, если следовать классификации В. Виндельбанда и Г. Риккерта, то медицина обладает по праву признаками и номотетической и идиографической науки.

Учитывая данную особенность медицины и опираясь на Д. Гривса, мы выделили следующие черты современной медицины [15]:

1. Медицинское знание содержит значительную часть элементов неопределенности, неуверенности (диагностические гипотезы и прогноз носят вероятный характер).

2. Медицинское знание не является принадлежностью закрытого узкого круга профессионалов, к нему имеют доступ пациенты, специалисты немедицинских профессий и общество в целом.

3. Медицинское знание представляет собой комбинацию научно-технического (или объективного) и гуманитарного (или субъективного) компонентов, соединенных человеческим измерением; если техническое знание традиционно понимается как знание, объясняющее причины, и относится преимущественно к генерализирующим (номотетическим) наукам, то гуманитарное знание в противоположность ему имеет дело с индивидуальным, для него большое значение имеют личностные и социальные моменты, и относится преимущественно к идиографическим наукам. Именно биоэтика сегодня проблематизирует дуалистическую интерпретацию того, что Д. Гривсом было названо «универсальным» и «экзистенциальным» знанием в медицине, а также ставит задачу пересмотра допустимых медицинских методов исследования и необходимость преодоления разрыва «двух культур» (медицины как искусства и медицины как науки), что позволит «повернуть» медицину к пациенту как личности и индивидуальности.

Пути преодоления разрыва «двух культур» в медицине следует искать в создании новых образов медицины. Для этого Д. Гривс предлагает вообще отказаться от термина «медицинская парадигма» из-за его ограниченности, так как отражает представление только о научной медицине, и заменить его термином «медицинская космология» [15]. Он считает, что «парадигма» – термин слишком ограниченный, и обосновывает необходимость новой медицинской космологии, а не просто изменение парадигмы. Выражение «медицинская космология» используется довольно редко, чаще употребляются в отношении медицины термин «парадигма». Томас Кун, который популяризировал слово

«парадигма», явно ограничил его научными идеями. Выражение «медицинская парадигма», возможно, тогда получило всеобщее распространение, потому что ортодоксальное представление о медицине было преимущественно представлением о научной медицине, а выражение «медицинская космология» продолжает сохранять первоначальное более широкое значение и более широкие ассоциации.

У древних греков слово «космология» означало не теорию Вселенной, а «логику устройства чего бы то ни было устроенного, любого „микрокосмоса“: истинно-сущего, добро-порядочного, добротного-слаженного (красивого), добро-качественного. Так, можно было бы говорить о медицинской *космологии*, началом которой будет образ единственного, равного самому себе здоровья, а болезни будут бесконечным многообразием более или менее точно определенных (по разным показателям) мер отклонения от него. Например, согласно Алкмеону из Кротона, близкому пифагорейцам современнику Гераклита и Парменида, „здоровье – соразмерная смесь [элементарных] качеств (σύμμετρον τῶν ποικίλων κρῆσιν)“... Соответственно болезнь определяется мерой нарушения этой *симметрии*» [16, с. 168].

Д. Гривс, уточняя значение термина «космология», выделяет три важных различия в содержании понятий «космология» и «парадигма».

1. Космология предполагает включение в область медицины морали и культурных вопросов наравне с научно-техническими вопросами.

2. Космология должна использоваться, чтобы охватить и теорию, и практику, тогда как парадигма используется преимущественно относительно теории.

3. Кун описал историческую замену одной доминирующей парадигмы на другую в терминах «изменений парадигмы» («научной революции»), которые обычно осуществляются относительно быстро (часто в течение нескольких лет), тогда как доминирующая космология изменяется намного более медленно, на протяжении десятилетий или даже столетий [15, р. 82].

Нельзя не согласиться с точкой зрения Д. Гривса в том, что космология позволяет включить в область медицины мораль и культурные вопросы наравне с научно-техническими. Это позволит устранить недостаточный учет индивидуального в современной медицинской теории и практике. Он отмечает следующие наиболее существенные претензии к биомедицине:

1. В центре ее интереса – болезнь (disease) как онтологическое понятие, а не здоровье и болезнь (illness) как понятия, имеющие также экзистенциальное измерение².

2. Приоритет отдан острому заболеванию, а не хроническому (с нашей точки зрения, оно более индивидуализировано, так как в большей степени подход к хроническому больному основан на его «биографических», индивидуальных особенностях, а острый больной в большей мере рассматривается как типичное проявление данной болезни).

3. Неадекватное понимание границ медицины и медицинского обслуживания, особенно в отношении психических заболеваний (эта претензия была доведена до крайности в антипсихиатрическом движении), но также имеет место для любого другого заболевания.

4. Нечувствительность к пациенту, отсутствие внимания к нему как к личности.

5. Отказ биомедицины признавать и включать политические, социальные, и культурные измерения.

6. Неспособность биомедицинской науки и техники охватить и постичь такие экзистенциальные моменты, как страдание и исцеление.

7. Постоянно увеличивающиеся расходы на медицинское обслуживание вместе с повышающимся уровнем неудовлетворенности услугами (явление, которое еще называют «добивающийся большего успеха, но чувствующий себя хуже»).

Новая медицинская космология, считает Д. Гривс, должна стать альтернативой биомедицине, а не просто дополнением к существующей парадигме; хотя сегодня еще рано говорить о создании медицинской космологии, это будет длительный процесс, но некоторые ее моменты уже сегодня можно определить.

Центральная проблема, которой не отдает должное научная парадигма медицины – это разделение технологических и нетехнологических компонентов медицины. Она имеет значение для всех аспектов медицины, но особенно важна в определении структуры медицинского знания, в понимании роли пациента и организации медицинской практики. В каждом случае основная проблема касается фрагментации и разделения биологического и гуманитарного. Следует подчеркнуть, что именно поэтому на практике затруднено осуществление комплексного подхода к медицинскому знанию, что проявляется в несбалансированности отдельных индивидуальных элементов и их отделенности

² Есть отличие болезни как биологической патологии от болезни как социального опыта наличия заболевания. В английском языке существуют два слова для обозначения болезни, заболевания – disease и illness. Первое обозначает болезнь как патологию, второе имеет дополнительное значение – страдание и отражает социальный опыт наличия болезни, который всегда индивидуален.

друг от друга. Организация практики и услуг также очень специализирована и дифференцирована. В результате неизбежно возникают трудности и негативные последствия для управления лечением пациентов.

Так как все эти проблемы взаимосвязаны, то новый подход должен создать всестороннюю концепцию, объединяющую теорию и практику. Д. Гривс отмечает, что форма медицинского знания должна заново переосмыслиться и не просто один набор знаний должен замениться другим, а необходимо провести переконфигурацию (reconfiguration) медицинского знания.

В медицине «наилучшие результаты достигаются в том случае, когда наука и искусство исцеления применяются совместно, когда тело и дух врачуются одновременно» [7, с. 13]. *Исцеление*, которое всегда направлено на восстановление целостности человека, является одним из основных способов решения центральной проблемы,

так как выходит за границы характерного для западной медицины разделения «техническое (технологическое) / гуманитарное», за рамки научного рационализма, учитывает индивидуальность, границы которой вследствие развития биомедицинских технологий оказались «размыты», а ее сущность неопределенной.

Таким образом, нацеленность на индивидуальное следует из эпистемологических особенностей медицины, однако в биомедицине, ориентированной на сциентистские, в первую очередь естественнонаучные идеалы и нормы, формируется отношение к пациенту как к обезличенному объекту. В связи с этим именно эпистемологические особенности медицины, обусловленные разрывом «двух культур» в ней, с одной стороны, и двойственным характером медицинского знания (как номотетической и идиографической науки), с другой стороны, актуализируют в биоэтике индивидуальность пациента в различных своих проявлениях.

Список литературы

1. Мещерякова Т. В. *Философские основания моделей биоэтики*. Томск: Изд-во ТГПУ, 2014. 160 с.
2. Мещерякова Т. В., Герасимова О. В. Смена поколений, или Проблема формирования ценностного сознания будущего врача // *Вестн. Томского гос. пед. ун-та (TSPU Bulletin)*. 2013. Вып. 11 (139). С. 179–187.
3. Горбулёва М. С., Мелик-Гайказян И. В., Мещерякова Т. В. *Меч и скальпель*. Томск: Изд-во ТГПУ, 2013. 260 с.
4. Мелик-Гайказян И. В. Методы-тип: проявленная биоэтикой брэнность интеллектуальных традиций // *Идеи и идеалы*. 2013. Т. 1. № 1. С. 49–63.
5. Мелик-Гайказян И. В. Семиотическая диагностика: способ измерения эгоизма власти // *Вестн. Томского гос. пед. ун-та (TSPU Bulletin)*. 2013. Вып. 9 (137). С. 255–261.
6. Мелик-Гайказян И. В. Метафоры биоэтики как предчувствия гуманитарной революции // *Вестн. Томского гос. ун-та. Философия. Социология. Политология*. 2014. № 4 (28). С. 178–186.
7. Гинзбург К. Приметы. Уликовая парадигма и ее корни // *Новое литературное обозрение*. № 8 (1994). С. 27–61. URL: <http://detective.gumer.info/txt/ginsburg.doc> (дата обращения: 12.01.2015).
8. Лоун Б. *Утерянное искусство врачевания* / пер. с англ. Е. Незлобиной. М.: КРОН-ПРЕСС, 1998. 367 с.
9. Хабермас Ю. *Будущее человеческой природы* / пер. с нем. М.: Изд-во «Весь Мир», 2002. 144 с.
10. Группэн Дж. *Как думают доктора?* / пер. С. Г. Чернецова. М.: Эксмо, 2008. 320 с.
11. Schmidt K. W. Lost in Translation – Bridging Gaps through Procedural Norms: Comments on the Papers of Capaldi and Tao // *Global Bioethics: The Collapse of Consensus*. Edited by H. Tristram Engelhardt, Jr. Rice University, Houston, 2006. Pp. 180–208.
12. Виндельбанд В. *Прелюдии. Философские статьи и речи*. СПб.: Жуковский, 1904. 374 с.
13. Риккерт Г. *Науки о природе и науки о культуре*. М.: Республика, 1998. С. 44–128.
14. Дильтей В. *Введение в науки о духе. Опыт построения основ для изучения общества и истории* // *Зарубежная эстетика и теория литературы. XIX–XX вв.* М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987. С. 108–135.
15. Greaves D. Reflections on a new medical cosmology // *Journal of Medical Ethics*. 2002. Vol. 28. Pp. 81–85.
16. Ахутин А. В. *Античные начала философии*. СПб.: Наука, 2007. 784 с.

Мещерякова Т. В., кандидат философских наук, доцент, старший научный сотрудник.

Томский государственный педагогический университет.

Ул. Киевская, 60, Томск, Россия, 634061.

Сибирский государственный медицинский университет.

Московский тр-т, 2, Томск, Россия, 634050.

E-mail: mes-tamara@yandex.ru

Материал поступил в редакцию 19.03.2015.

T. V. Meshcheryakova

EPISTEMOLOGICAL FOUNDATIONS OF BIOETHICS

In the article specifics of medical knowledge are clarified and logical-methodological foundations of individuality problematics in bioethics are proved. The article represents the results of conducting RFH project № 15–03–00598 and RFBR project № 14–06–00440.

In the article the problem of logic-methodological foundations of bioethics definition is posed. To solve it the author clarifies specifics of medicinal knowledge. First of all, medicine can be treated both as an art and as a science. The second, medicine has some specific features as any other science. Historian of culture Carlo Ginzburg ranks medicine among the so called “clue” disciplines. Such disciplines address individual cases that may be reconstructed via traces and symptoms only. Thus allows to fulfill integral attitude to patient but do not add to medicine scientific character. The situation changes while bioethical model is strengthening in Western medicine deepening the gap between exclusively individual experience of disease and impersonal-anonymous medical theory.

Specifics of medicinal knowledge are based on David Greaves conception. At first, medicinal knowledge contains considerable part of uncertainty elements (diagnostic hypothesis and prognosis are of plausible nature), secondly, medicinal knowledge does not belong to closed restricted circle of professionals, finally, that knowledge is a combination of technological (or objective) and humanitarian (or subjective) components.

It is bioethics that pose a problem of dualistic interpretation of “all-purpose” and “existential” medicinal knowledge today as well as issue the challenge to overcome a gap between “two cultures” (medicine as an art and medicine as a science). That will allow to “turn” medicine to a patient as a personality and individuality. It is mentioned that conception of “medicinal cosmology” (D. Greaves) allows to include morality and cultural questions in medicinal area together with technological which make possible to increase taking individual into consideration in modern medicinal theory and practice.

In conclusion author summarizes epistemological features of medicine caused by gap between “two cultures” in medicine and dual nature of medicinal knowledge (as nomothetic and ideographic science) and actualizes patients' individuality (in its different manifestations) in bioethics.

Key words: *bioethics, clue paradigm, biomedicine, medical cosmology, individuality.*

References

1. Meshcheryakova T. V. *Filosofskie osnovaniya modeley bioetiki* [Philosophical Foundations of Bioethics' Models]. Tomsk, TGPU Publ., 2014, 160 p. (in Russian).
2. Meshcheryakova T. V., Gerasimova O. V. *Smena pokoleniy, ili problema formirovaniya tsennostnogo soznaniya budushchego vracha* [The change of generations or the problem of shaping the awareness value of future doctor]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta – TSPU Bulletin*, 2013, no. 11 (139), pp. 179–187 (in Russian).
3. Gorbuleva M. S., Melik-Gaykazyan I. V., Meshcheryakova T. V. *Mech i skal'pel'* [Sword and scalpel: Scientific Monograph]. Tomsk, TGPU Publ., 2013. 260 p. (in Russian).
4. Melik-Gaykazyan I. V. *Memory-turn: proyavlenaya bioetikoy brennost' intellektual'nykh traditsiy* [Memory turn: manifested by bioethics the frailty of intellectual traditions]. *Idei i idealy – Ideas and Ideals*, 2013, vol. 1, no. 1 (15), pp. 49–63 (in Russian).
5. Melik-Gaykazyan I. V. *Semioticheskaya diagnostika: sposob izmereniya egoizma vlasti* [Semiotic diagnostics: Method of measuring the Selfishness of Power]. *Vestnik tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta – TSPU Bulletin*, 2013, no. 9 (137), pp. 255–261 (in Russian).
6. Melik-Gaykazyan I. V. *Metafori bioetiki kak predchuvstviya gumanitarnoy revolyutsii* [Metaphors of bioethics as premonition of humanities revolution]. *Vestnik tomskogo gosudarstvennogo universiteta – TSU Bulletin*, 2014, no. 4, pp. 178–186 (in Russian).
7. Ginzburg K. *Primety. Ulikovaya paradigma i ee korni* [Omens. Clue paradigm and its roots]. *Novoye Literaturnoye Obozreniye – New Literary Review*, no. 8 (1994), pp. 27–61. URL: <http://detective.gumer.info/txt/ginzburg.doc> (accessed 12 January 2015) (in Russian).
8. Lown B., M. D. *The Lost Art Of Healing*. Ballantine, New York, 1999. (Russ. ed.: *Uteryannoye iskusstvo vrachevaniya*. Per. s angl. E. Nezhobina. Moscow, Kron-Press Publ., 1998. 367 p.)
9. Habermas J. *Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik?* Suhrkamp, 2001 (Russ. ed.: *Budushcheye chelovecheskoj Prirody*. Per. s nem. M. Kharkova. Moscow, Ves' Mir Publ., 2002. 144 p.)
10. Groopman J., M. D. *How Doctors Think*. Houghton Mifflin Company, Boston-New York, 2007 (Russ. ed.: *Kak dumajut doktora? Pochemy vrachi oshibayutsa i kak patsient mozhet spasti sebya, zadavaya im pravil'nye voprosy*. Per. s angl. S. Chernetsova. Moscow, Eksmo Publ., 2008. 320 p.)
11. Schmidt K. W. *Lost in translation – bridging gaps through procedural norms: Comments on the papers of Capaldi and Tao*. *Global Bioethics: The Collapse of Consensus*. Edited by H. Tristram Engelhardt, Jr. Rice University, Houston, 2006. Pp. 180–208.
12. Windelband W. *Präludien. Aufsätze und Reden zur Einleitung in die Philosophie* (Russ. ed.: *Preludii. Filosofskie stat'i i rechi*. Saint-Petersburg, Zhukovskiy Publ., 1904. 374 p.)
13. Rickert H. *Kulturwissenschaft und Naturwissenschaft*. University of Michigan Library, Ann Arbor, 1910 (Russ. ed.: *Nauki o prirode i nauki o kul'ture*. Moscow, Respublika Publ., 1998. Pp. 44–128.)

14. Dilthey W. Einleitung in die Geisteswissenschaften: Versuch einer Grundlegung für das Studium der Gesellschaft und ihrer Geschichte (Russ. ed.: Vvedeniye v nauki o dukhe. Opyt postroeniya osnov dla izucheniya obschestva i istorii. *Zarubezhnaya estetika i teoriya literatury. XIX–XX vv.* Moscow, Moscow University Publ., 1987. P. 108–135.)
15. Greaves D. Reflections on a new medical cosmology. *Journal of Medical Ethics*, 2002, vol. 28, pp. 81–85.
16. Akhutin A. V. *Antichnye nachala filosofii* [Antique sources of philosophy]. Saint-Petersburg, Nauka Publ., 2007. 784 p.

Tomsk State Pedagogical University.

Ul. Kievskaya, 60, Tomsk, Russia, 634061.

Siberian State Medical University.

Moskovsky tr., 2, Tomsk, Russia, 634050.

E-mail: mes-tamara@yandex.ru