

16. Papagiannis A. Thessaloniki: University Studio Press, 2003.
17. Pânișoară I.O. Comunicarea eficientă. Iași: Editura Polirom, 2004.
18. Teutsch C. Patient-doctor communication. În: Med Clin North Am., 2003, 87, p. 1115–1145.
19. Țânțu M. M., Domnariu C. D. Comunicarea în procesul de îngrijire. In: JMB, 2015, (2), p. 30–33.
20. Vâlceanu C. Comunicarea în asistența medicală. In: Healthcare Communication, 2016, 1(30), p. 11–16.
21. Vuković M., Gvozdrenović B.S., Stamatović-Gajić B., Ilić M., Gajić T. Development and evaluation of the nurse quality of communication with patient questionnaire. In: Srpski Arhiv za Celokupno Lekarstvo, 2010, 138(1-2), p.79–84.
22. Тёле Р. Психиатрия с элементами психотерапии. Мн.: Интерпрессервис, 2002.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ И БИОЭТИЧЕСКИЕ И АСПЕКТЫ АДДИКТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

Татьяна Мишаткина, канд. филос. наук, профессор
Сергей Мельнов, докт. биол. наук, профессор
 Международный государственный экологический институт
 им. А.Д. Сахарова, Белорусского государственного университета,
 Минск, Беларусь
 mtv_2013@ tut.by

GENETIC AND BIOETHICAL ASPECTS OF ADDICTIVE STATES

We consider negative parameters of anthropogenic impact on increases in the levels of mutagenicity and the possibility of preserving pathological genotypes that ensure the preservation of alleles responsible for abnormal conditions (propensity to drug, alcohol, and other addictions). We analyse the manifestation and moral-and-social consequences of drug and alcohol addiction, presenting the fundamental bioethical principles of relationships and interaction with people suffering from drug addiction.

Развитие современного индустриального общества существенно меняет воздействие средовых факторов на популяцию *Homo sapiens* как биологического вида, что не может не отразиться на селективной ценности формирующихся генотипов. В настоящее время именно антропогенное воздействие существенно способствует нарастанию уровня мутагенности. Кроме того, успехи современной медицины, снижение детской смертности, ведут к сохранению в популяции патологических аллелей, что также

способствует нарастанию общего генетического груза. Антропо-генизация окружающей среды, ее адаптация для комфортного существования человека резко снижает селективную роль ведущих факторов естественного отбора, которые ранее определяли направления морфологических изменений и широту пределов нормы реакции по адаптационно критическим признакам, лежащим в основе адаптивной микроэволюции. Казалось бы, чем мозаичнее территория, тем напряженнее в ней жизнь, тем больше факторов приходится учитывать. Она отбирает особей с большей пластичностью поведения, поисковой активностью, способностью к многовариантному поведению. Чем выше гетерогенность среды, т.е. чем она контрастнее и мозаичнее, тем плотнее пространственно-временные характеристики среды и тем интенсивнее отбор.

В то же время существование человека в современных рафинированных условиях, лишенных вызовов прошлого, открывают возможности сохранения патологических генотипов, обеспечивающих сохранение аллелей, ответственных за аномальные состояния, в частности, такие как склонности к наркомании, алкоголизму и другим аддикциям, которые в естественных условиях вызывали бы их элиминацию и обеспечили бы генетическую санацию вида. В современных условиях эффективность адаптивной микроэволюции резко снижается и сохраняется возможность для широкого распространения патологических аллелей.

Это в полной мере относится к такому злу, как наркомания и алкоголизм. Их широкое распространение отнюдь не способствует ранней элиминации особей-носителей и их генов-предикторов, а их репродуктивные возможности, сохраняясь, обеспечивают увеличение числа особей-носителей. Кроме того, благодаря развитию современной медицины, инновационным репродуктивным технологиям, естественный отбор перестает работать, что обеспечивает сохранение в ряду поколений неблагоприятных состояний. Под вопросом оказывается сама основа индивидуальных характеристик человека, которая составляет его конституцию в широком смысле — генетическом, морфологическом, функциональном, психофизиологическом и психическом. Под генетически заданной конституцией понимают совокупность наследственной информации, которая определяет стабильные и специфические особенности реактивности организма на внешние воздействия, темпы его роста и развития, характер процессов жизнедеятельности. Внешним выражением генетической конституции человека является своеобразие его фенотипа.

Учитывая изложенное выше, можно констатировать, что

сегодня мы разрушаем генетическую конституцию человека и создаем условия для сохранения генетического потенциала различных патологических состояний, включая разнообразные формы аддикций – от алкоголизма и наркомании до лудомании. А их практическое нарастание в современном обществе уже не вызывает сомнений. К сожалению, о природе этих состояний нам известно крайне мало, хотя изучение индивидуальных вариаций импульсивного поведения и аддиктивных состояний, как неспособности человека контролировать возникающие импульсы и побуждения, проводится уже более полувека. Высоко импульсивное поведение не только является симптомом ряда психиатрических состояний, но и оказывается тесно связанным с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ (наркотики, алкоголь), а также игровой зависимостью. Для наркологии ключевым компонентом понимания закономерностей развития не только наркотической, но и любой другой зависимости выступает выявление основных факторов риска данного феномена.

Наркотическая зависимость – это хроническое рецидивирующее психическое расстройство, характеризующееся навязчивым стремлением к приему наркотических веществ, несмотря на негативные последствия для здоровья человека и общества. Наркомания развивается и хронизируется за счет прохождения четырех стадий: случайное употребление, рекреационное употребление, регулярное употребление и непосредственно сама наркотическая зависимость. При этом воздействие вызывающих привыкание веществ чаще всего начинается в подростковом возрасте. Наркомания – это серьезная проблема общественного здравоохранения, приводящая к чрезмерной заболеваемости и смертности и значительному экономическому бремени. Например, в США широкое распространение опиоидов в 1980-2008 гг. привело к большему числу смертей, чем автомобильные аварии.

На тяжелых стадиях наркотической зависимости люди, страдающие от нее, склонны производить переоценку ценностей, тем самым меняя для себя значимость базовых социальных ценностей и отдавая приоритет психотропным веществам в ущерб социальному и семейному взаимодействиям. Вместе с тем многие люди, употребляющие вещества, вызывающие зависимость, не становятся при этом зависимыми, а распространенность зависимости имеет тенденцию снижаться по мере взросления/старения людей.

Значительную часть населения затрагивают нарушения, связанные с употреблением алкоголя. Алкоголизм – это сложное заболевание мозга, характеризующееся 3 различными стадиями цикла

зависимости, которые проявляются как нейрорадаптивные изменения в мозге. Прежде всего, во многих культурах и группах пациентов с диагностированным злоупотреблением алкоголем и/или зависимостью в 2–3 раза чаще возникают тревожные расстройства по сравнению с популяцией в целом. Наличие диагностированной, не ослабляющейся тревожности и/или депрессивного расстройства достоверно предсказывает начальный этап развития алкоголизма. Люди, страдающие от злоупотребления алкоголем, чаще, чем трезвенники, страдают и от неврологических заболеваний, гастрита, рака, цирроза печени. Злоупотребление алкоголем порождает и такие распространенные социальные последствия, как ограничение возможностей получения образования и трудоустройства, ухудшение финансового состояния, чувство вины или раскаяние в отношении этой привычки. Социальное, экономическое и индивидуальное бремя, которое несет алкоголизм и сопутствующий ему ущерб, подчеркивают необходимость глубокого понимания причин развития и патофизиологии этой зависимости.

Сегодня генетическая природа указанных зависимостей не вызывает сомнения. По сути дела, все аддикции — это хронические полигенные мультифакториальные заболевания головного мозга. При этом, по разным источникам, генетический и средовой вклад в формирование этих состояний варьирует в широких пределах, однако игнорировать ни одну, ни другую компоненту нельзя. По мнению д.м.н. А. Кибитова, руководителя лаборатории молекулярной генетики Национального научного центра наркологии Минздрава РФ, до 15% людей имеют генетическую предрасположенность к наркомании, алкоголизму и игромании, причем эта предрасположенность имеет полигенную природу — в ее формирование может быть вовлечено от 40 до 60 генов, хотя сейчас внимание исследователей сосредоточено примерно только на 20 из них.

Современная наркология, занимающаяся диагностикой, лечением и профилактикой этих зависимостей, рассматривает их не как каприз, распущенность, слабоволие, а как заболевания, проявляющиеся в пристрастии к постоянному приему в возрастающих количествах наркотических средств и веществ вследствие стойкой психической и физической зависимости от них с развитием абстиненции при прекращении их приема. Их особенность в том, что они порождают у больных множество морально-социальных проблем, связанных с деградацией личности: утрачивается способность нормального общения с коллегами по работе, нарушаются взаимоотношения в семье, теряется квалификация, совершаются правонарушения, влекущие судимость, утрату работы, безделье.

ность, неумение распоряжаться своим временем, финансами и т.д. В результате общественным мнением и даже частью медиков большие алкоголизмом и наркоманией рассматриваются как люди аморальные, безвольные, распущенные и неизлечимые, при этом наследственная компонента уходит на второй план.

Моральной проблемой становится «этический нигилизм» по отношению к этим больным, которым, как правило, отказывают в праве быть субъектами этических отношений. Один из самых спорных биоэтических вопросов здесь – это право человека с зависимостью оставаться самим собой (наркоманом, алкоголиком) или необходимость в его обязательном лечении. Эта проблема носит не только индивидуально-личностный характер (права человека), но и выплескивается на уровень общественных отношений, где решается по-разному. Так, например, в Нидерландах отношение к приему наркотиков очень спокойное: если человек нуждается в них, то почему надо чинить ему препятствия и бороться с этим?

Другая важная биоэтическая проблема – это отношение к этим людям в обществе. В нашем обществе этика коммуникативного общения крайне авторитарна и нетерпима: мы ждем от Другого поведения, адекватного моему, и если этот Другой не соответствует моим ожиданиям (например, предпочитает флаг с другой символикой), я не принимаю его. Тем более, если речь идет о резко отклоняющемся поведении, о склонности к наркомании, алкоголизму, игромании и другим аддикциям. Именно в общении и отношении с этими людьми чаще всего проявляются такие недопустимые нормы как стигматизация и дискриминация. Стигматизация – навешивание ярлыков – иногда на всю жизнь ставит на человеке клеймо наркомана или алкоголика, от которого ему бывает не отмыться и которое портит жизнь не только ему, но и его семье, его детям. На основе стигматизации происходит дискриминация – ущемление человека в его правах. Его не берут на работу, не дают ему возможности войти в нормальные социальные отношения. С другой стороны, а где мера терпимости, с которой мы должны относиться к наркоманам, алкоголикам, людям, проигрывающим последние деньги, на которые надо кормить детей? Не приведет ли терпимость и толерантность к безнаказанности и вседозволенности?

Но если в системе общественных отношений это – дискуссионная, не однозначная биоэтическая проблема, то в работе медперсонала с этой категорией пациентов толерантность, безусловно, должна быть однозначной этической нормой. Негативное отношение препятствует продуктивной работе с этими людьми, отражается на их поведении: такие пациенты часто склонны «выпадать» из

лечебного процесса, их болезнь дает рецидивы. Отсюда делается вывод, что все люди, злоупотребляющие алкоголем или наркотиками, имеют плохой прогноз в плане выздоровления, что, в свою очередь, препятствует развитию системы адекватной помощи им. Кроме этого основными «барьерами» в работе персонала с наркологическими пациентами являются:

- отсутствие у специалистов достаточных знаний о наследственной природе и генетической предрасположенности к таким состояниям, что ставит этих пациентов в один ряд с пациентами с любой наследственной патологией;
- пессимизм – убеждение, что лечение людей, страдающих зависимостью – дело безнадежное;
- морализаторство – стремление воспитывать пациентов, внушая им, что потребление психотропных веществ – порок, их прием – постыдный акт, а люди, употребляющие их – безнравственны;
- проявление стереотипов пренебрежения, когда считается, что злоупотребление алкоголем, психотропными веществами, лудомания свойственны каким-то определенным (низшим) слоям населения в большей степени, чем другим;
- непонимание и отрицание того факта, что алкогольные и другие аддиктивные состояния – это болезнь, нуждающаяся в лечении.

При этом обычно игнорируется тот факт, что большинство других болезней (за исключением сугубо наследственных или врожденных) также являются в значительной мере результатом поведения человека, будь то его неосторожность или рискованность, легкомыслие или сознательный отказ следовать рекомендациям о здоровом образе жизни.

В современной наркологии как специфической отрасли психиатрии особенно актуально требование воспринимать больного как личность, обладающую индивидуальностью и достоинством. Пациенты, страдающие наркоманией или алкоголизмом, переживают дезорганизацию своей социальной жизни, вызываемую болезнью, более остро, чем даже нарушения функций организма. Поэтому современные принципы лечения больных алкоголизмом и наркоманией в значительной степени должны быть ориентированы на мобилизацию и активацию резервов самого больного, в первую очередь, на морально-психологические возможности его личности. Обычно больные данного профиля не осознают всей тяжести своей болезни, стараются исключить себя из лечебного процесса, целиком полагаясь на действия медицинского персо-

нала. В связи с этим возрастают требования к персоналу наркологических учреждений, который должен научиться преодолеть предубеждения по отношению к этим больным и самой болезни и последовательно проводить реабилитационные мероприятия, несмотря даже на сопротивление со стороны больных. Основной этической установкой в наркологии должна быть идея, что человек, злоупотребляющий психотропными веществами, такой же человек, как все, обладающий человеческим достоинством, только попавший в беду. Он готов откликнуться даже на небольшие, но правильно организованные психотерапевтические воздействия, особенно на ранней стадии болезненного пристрастия, что может привести к положительным результатам. Поэтому тактичное вмешательство близких и друзей, ранняя диагностика, доброжелательное консультирование и выяснение обстоятельств, по которым у некоторых людей развивается зависимость, будут повышать эффективность помощи людям, страдающим различными аддикциями. Отношения, которые обеспечивают такому больному чувство собственного достоинства и самоуважения, которые гарантируют ему личную защищенность и конфиденциальность, способствуют его включению в процесс лечения, рожают оптимистические ожидания на будущее.

CAREVA PROVOCĂRI BIOETICE ALE SISTEMULUI DE SĂNĂTATE ÎN PANDEMIA COVID-19

Ludmila Rubanovici, dr. în filos., lect. univ.

Daniela Rusnac, asist. univ.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Chișinău, Republica Moldova

ludmila.rubanovici@usmf.md

daniela.rusnac@usmf.md

SOME BIOETHICAL CHALLENGES OF THE HEALTH SYSTEM IN THE COVID-19 PANDEMIC

The COVID-19 pandemic revealed the existence of ethical and bioethical dilemmas related to the public health system and society and demonstrated that public health policies must be constantly analyzed and modified to rationalize medical resources, to promote equality between people and medical institutions, equity in the distribution of risks and benefits in the society, and the promotion of solidarity and respect for the person.

Pandemia COVID-19 a pus la grea încercare sistemele de sănătate publică din majoritatea țărilor lumii, chiar și cele considerate mai dezvoltate. În sistemul medico-sanitar din întreg mapamondul se constată existența unor curențe grave de resurse umane, resurse medicale și materiale necesare pentru a face față situației. Se observă, de asemenea, o deficiență axiologică și o lipsă a culturii bio-medicale în sistemul de sănătate, ridicând o serie de provocări etice și bioetice, or valorile morale și cultura bioetică reprezintă repere indispensabile și eficiente ale sferei medicale de azi [1; 2]. Indicii culturii bioetice și axiologiei medicale sunt determinați de principiile morale de bază ale bioeticii, deoarece prin prisma acestora are loc formarea modalităților responsabile de gândire și comportament profesional.

În circumstanțele stării de urgență, în sistemul de sănătate trebuie să existe permanent un echilibru între datoria de îngrijire centrată pe pacient și îndatoririle axate pe întreaga societate pentru a promova egalitatea între persoane și echitatea în distribuirea riscurilor și beneficiilor în societate, iar lucrul acesta poate fi stipulat doar în politicile de sănătate publică. De regulă, un sistem de sănătate trebuie să asigure atât beneficiarii de servicii medicale, cât și furnizorii de îngrijiri medicale cu resurse în mod echitabil. Politicile de sănătate au menirea pe timp de pandemie să raționalizeze resursele medicale, iar acestea diferă în funcție de instituție, sistem de sănătate și legislație. Acolo unde există politici de sănătate, majoritatea sunt de acord cu faptul că fiecare pacient trebuie să beneficieze de tratament și de servicii medicale de calitate.

Situația pandemică din lume scoate la iveală existența unor dileme etice și bioetice legate de sistemul de sănătate și societate, inclusiv cum să se definească beneficiile, cum să se distribuie resursele medicale echitabil, respectul pentru posibilitatea de a decide, de autodominare, dreptul la viața privată sau libertate în reflectarea morală, cum să se gestioneze consimțământul informat și nevoile speciale ale pacienților pediatrici, cum să se implice comunitățile în cazul vârstnicilor, pacienților cu dezaabilități, persoanelor care trăiesc cu afecțiuni cronice și cum se pot atenua preocupările legate de discriminare și efectele inechităților structurale și sociale. Chiar dacă OMS coordonează eforturile în mai multe regiuni și departamente pentru a sprijini implementarea de către țări a acțiunilor vizate pentru reorganizarea și menținerea accesului la servicii de sănătate esențiale sigure și de înaltă calitate [3] sunt necesare măsuri pentru a sprijini clinicienii în tranziția de la îngrijirea medicală centrată pe pacient sau familia acestuia la o îngrijire centrată pe sănătatea publică.

Creșterea numărului de infecții de COVID-19 a declanșat discuții internaționale despre etica triajului [4], alocarea resurselor limitate și