

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Filosofijos institutas

Bartė Kuolytė

Filosofijos studijų programa

Magistro darbas

**Psichikos sutrikimo samprata šiuolaikinėje psichiatrijos
filosofijoje: biomedicinos ir biopolitikos sankirtos**

Darbo vadovas: Marius Povilas Šaulauskas

Vilnius
2023

Turinys

Ivadas	3
1. Psichikos sutrikimo apibrėžimas ir DSM kritika	5
1.1. Antirealizmas. Psichikos liga kaip metafora	6
1.2. Psichikos sutrikimas kaip žalą kelianti būklė	9
1.3. Psichikos sutrikimas kaip žalinga disfunkcija	10
1.4. DSM ir biologinės paradigmos krizė.....	13
2. Subjektyvistinė prieiga. Prototipiškai suprantamas psichikos sutrikimas.....	14
2.1. Metafizinis ekumenizmas kaip atsakas antirealizmui	14
2.2. Bazinės psichologinės gebos ir prototipiškai suprantamas psichikos sutrikimas	15
2.3. Prototipiškai suprantamo psichikos sutrikimo sampratos kritika	17
3. Precizinė psichiatrija. Psichikos sutrikimas kaip smegenų sutrikimas	19
3.1. Psichikos sutrikimas kaip realiai egzistuojantis socialinis konstruktas	22
3.2. Tyrimų srities kriterijus (RDoC): biologinės paradigmos atnaujinimas	25
3.3. Tyrimų srities kriterijaus kritika	27
4. Biomedicinos ir biopolitikos sankirtos	28
4.1. Subjektyvios patirties argumentas.....	28
4.2. Žodinio raporto argumentas	32
4.3. Redukcionizmo argumentas.....	35
4.4. Klaidinančios retorikos argumentas.....	38
4.5. Biopolitika ir depresyvioji ontologija. Psichiatrijos ir filosofijos santykis.....	40
Išvados	44
Literatūra	45

Santrauka

Biomedicininės psichiatrijos paradigmos krizės akivaizdoje išsiskiria dvi galimos ateities psichiatrijos kryptys, paremtos skirtingomis psichikos sutrikimo sampratomis. Subjektyvistinė arba fenomenologinė prieiga pabrėžia psichikos sutrikimo subjektyvios patirties dėmenį ir teigia, kad psichiatrija negali tapatintis su neurologija dėl jos objekto išskirtinumo. Precizinės psichiatrijos prieiga laikosi biomedicininės psichikos sutrikimo kaip smegenų sutrikimo sampratos ir siekia psichiatrijos ir neurologijos disciplinų integracijos. Darbe keliamas klausimas, ar galima paneigti psichikos sutrikimų kaip smegenų sutrikimų sampratos teisingumą ir pagrįsti precizinės psichiatrijos kaip ateities psichiatrijos paradigmos negalimumą. Pasitelkiant Elselijn Kingma socialinio konstruktyvizmo sampratą, fenomenalios ir psichologinės sąmonės skirtį, darbe parodoma, kad ginčas dėl psichikos sutrikimo sampratos vyksta ne ontologiniame, bet politiniame lygmenyje ir jį laimi precizinė psichiatrija.

In the face of the crisis in the biomedical psychiatric paradigm, two possible future directions for psychiatry are emerging, based on different conceptions of mental disorder. The subjectivist or phenomenological approach emphasises the subjective experience of mental disorder and argues that psychiatry cannot be identified with neurology because of the uniqueness of its subject matter. The precision psychiatry approach adheres to the biomedical concept of mental disorder as a disorder of the brain and seeks to integrate the disciplines of psychiatry and neurology. This paper deals with the question whether the validity of the concept of mental disorders as brain disorders can be refuted and whether precision psychiatry as a future paradigm of psychiatry cannot be justified. Using Elselijn Kingma's notion of social constructivism and the distinction between phenomenal and psychological consciousness, this paper shows that the dispute over the concept of mental disorder is not on an ontological level, but on a political level, and that precision psychiatry is winning it.

Ivadas

Viena pagrindinių kontroversijų šiuolaikinėje psichiatrijos filosofijoje vyksta dėl gamtos mokslų žinių ir metodų pritaikymo psichiatrijoje galimybių. Mokslo pažangos dėka medicinoje buvo pereita nuo deskriptyvių prie etiologinių diagnostinių kategorijų. Psichiatrijoje toks progresas neįvyko – joje vis dar taikomos deskriptyvios, simptomais paremtos, diagnostinės kategorijos. Buvo tikimasi, kad naujos psichikos sutrikimų diagnostinės klasifikacijos (2013 m. – DSM-5, 2018 m. – ICD 11) pristatys biomarkerius, neurobiologinius ar genetinius faktorius, leidžiančius nustatyti moksliskai pagrįstas psichikos ligų diagnozes ir įtvirtinti biomedicininės psichiatrijos postulata, kad psichikos sutrikimai yra smegenų sutrikimai. Klasifikacijoms nepateisinus lūkesčių, pradėta kalbėti

apie discipliną ištikusią paradigmos krizę. Jos akivaizdoje išsiskiria dvi galimos ateities psichiatrijos kryptys, paremtos skirtingomis psichikos sutrikimo sampratomis.

Subjektyvistinė arba fenomenologinė prieiga pabrėžia psichikos sutrikimo subjektyvios patirties dėmenį ir teigia, kad psichiatrija negali tapatintis su neurologija dėl jos objekto išskirtinumo. Precizinės psichiatrijos prieiga laikosi biomedicininės psichikos sutrikimo kaip smegenų sutrikimo sampratos ir siekia psichiatrijos ir neurologijos disciplinų integracijos. Darbe keliamas klausimas, ar galima paneigti psichikos sutrikimų kaip smegenų sutrikimų sampratos teisingumą ir pagrįsti precizinės psichiatrijos kaip ateities psichiatrijos paradigmos negalimumą. Ginama tezė, kad ginčas dėl psichikos sutrikimo sampratos vyksta ne ontologiniame, bet politiniame lygmenyje, susikirtus skirtingų disciplinų – psichiatrijos, psichologijos, sociologijos, socialinio darbo ir filosofijos – interesams.

Darbe lyginamos subjektyvistinė George'o Grahamo ir precizinė Erico Kandelio psichikos sutrikimo sampratos ir jų gebėjimas pagrįsti psichiatrijos objekto realumą. Remiantis Elselijn Kingma socialinio konstruktyvizmo samprata bei fenomenalios ir psichologinės sąmonės skirtimi, parodoma kaip subjektyvistinės prieigos argumentai (subjektyvios patirties, žodinio raporto, redukcionizmo) prieš precizinę psichiatriją yra nepagrįsti, nes nukreipti prieš neegzistuojančią biologinę prieigą ir nepaaiškina, kodėl psichiatrijos ir neurologijos integracija yra negalima. Vienintelė pagrįsta kritika yra dėl klaidinančios retorikos, kurią naudoja dalis precizinės psichiatrijos atstovų siekdami gauti finansavimą tyrimams ir jais įgytų žinių taikymui psichiatrijos praktikoje. Santūresnės precizinės psichiatrijos pavyzdys – Erico Kandelio nuostata tyrinėti sąmonę pradedant nuo paprastesnės versijos, susitelkiant ties tiksliais išsprendžiamomis problemomis ir vengiant spekuliacijų sferos. Kandelio apibūdintas ateities naujas humanizmas, grįstas žiniomis apie mūsų biologinį individualumą gali būti suprantamas kaip grėsmė remiantis Foucault biopolitikos samprata. Žinios apie smegenų-sąmonės funkcionavimą gali būti panaudotos ne tik smegenų funkcinų sutrikimų gydymui, bet ir žmonių kontrolei. Darbo naujumas – išskiriami pagrindiniai argumentai prieš precizinę psichiatriją ir parodomas jų nepagrįstumas.

Lietuvoje apie biologinę ir biopsichosocialinę paradigmas psichiatrijoje yra rašiusi Giedrė Baltrušaitytė (2003), nagrinėdama psichikos ligos sampratą biologinėje paradigmoje ir jos veikiamą paternalistinį, kontroliuojantį psichiatrų santykį su pacientais. Įvairias psichikos sveikatos koncepcijas biologinės psichiatrijos kontekste analizavo Algirdas Dembinskas (2002). Apie biopsichosocialinės paradigmos įvedimą į Tarptautinę ligų klasifikaciją rašė Gediminas Raila, Vylius Leonavičius, Ingrida Naujokaitė ir Leonas Valius (2013). Moralės ir psichiatrijos sankirtas interpretuojant B grupės asmenybės sutrikimus nagrinėjo Daniel Rogoža-Žuklys ir Aistė Bartkienė (2022).

Pirmoje darbo dalyje parodoma, kaip oficialūs psichikos sutrikimų apibrėžimai nesugebėjo atsakyti į antipsichiatrinę kritiką ir pagrįsti DSM diagnozių realumo. Antroje dalyje nagrinėjamas alternatyvus subjektyvistinis George'o Grahamo psichikos sutrikimo apibrėžimas ir parodoma, kad skirtis tarp psichikos ir neurologinio sutrikimo nėra pagrįsta ir realizmą su pragmatizmu derinanti pozicija yra per silpna biomedicininės psichiatrijos paradigmai. Trečioje dalyje precizinę psichiatriją atstovaujanti Erico Kandelio psichikos sutrikimo samprata paaiškinama kaip realizmą ir socialinį konstruktyvizmą derinanti pozicija, kuri atsako į antipsichiatrinę kritiką. Ketvirtoje dalyje analizuojami pagrindiniai subjektyvistinės prieigos argumentai prieš precizinę psichiatriją. Remiantis fenomenalios ir psichologinės sąmonės skirtimi, atliktų biologinių sąmonės tyrimų pavyzdžiais, parodoma, kad šie argumentai nepagrindžia psichiatrijos ir neurologijos integracijos negalimumo. Remiantis Foucault biopolitikos samprata parodoma precizinės psichiatrijos žinių taikymo žmonių kontrolei grėsmė.

1. Psichikos sutrikimo apibrėžimas ir DSM kritika

7-ajame dešimtmetyje kilę prieš homoseksualumo gydymą nukreipti protestai bei Thomo Szaszo ir kitų antipsichiatrijos atstovų kritika privertė psichiatrus gintis ir pagrįsti jų disciplinos kaip medicinos mokslo statusą. Reikėjo pateikti Szaszo argumentus paneigiančią psichikos ligos sąvokos analizę. Tai lėmė pirmojo formalaus psichikos sutrikimo pasirodymą 1980 m. Amerikos psichiatrų asociacijos (APA) „Psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovo“ trečiajame leidime. DSM-III buvo kuriamas remiantis teoriniu principu, pagal kurį klasifikacija, diagnostika ir gydymas turi būti atsieti nuo bet kokios vienos teorinės psichikos sutrikimų koncepcijos. Nors psichiatrijoje, kitaip nei likusioje medicinoje, nėra objektyvių tyrimų ligai diagnozuoti ir psichikos sutrikimai yra klasifikuojami remiantis deskripcijomis, APA siekė psichiatrijoje įtvirtinti biologinį modelį, pagal kurį psichikos ligos yra laikomos smegenų ligomis. Šis modelis remiasi prielaida, kad ligas sukeliančios priežastys ir biomarkeriai psichiatrijoje dar nėra nustatyti tik dėl smegenų sandaros sudėtingumo ir nepakankamai pažangios technikos.

Oficialus psichikos ligos apibrėžimas iš esmės nesikeičia nuo trečiojo DSM leidimo (1980). Visuose leidimuose, prie pateikiant apibrėžimą, akcentuojama, kad joks apibrėžimas adekvačiai nenužymi psichikos sutrikimo ribų. Nesant aiškių biologinių markerių ar kliniškai naudingų daugelio psichikos sutrikimų stiprumo matavimo būdų, neįmanoma visiškai aiškiai atskirti diagnostiniuose kriterijuose nurodytų patologinių simptomų raiškos nuo normalių atvejų, todėl sutrikimų slenksčius įtvirtino bendru diagnostikos kriterijumi, kuris reikalauja „kliniškai reikšmingo sielvarto arba negalios pasireiškimo“ socialinėje, profesinėje, ar kitoje svarbioje veikloje. Šis bendras diagnostikos kriterijus naudojamas nustatant paciento gydymo poreikį. Pats psichikos sutrikimas yra apibrėžiamas kaip „sindromas, charakterizuotas kliniškai reikšmingo pažeidimo individo kognicijoje, emocijų reguliavime

ar elgesyje, atspindintis disfunkciją psichologiniuose, biologiniuose ar vystymosi procesuose, kurie grindžia psichinį funkcionavimą“ (APA: 2013, 20). Taip pat pabrėžiama, kad antisocialinis elgesys ir konfliktai tarp individo ir visuomenės nėra psichikos sutrikimai, „nebent deviacija arba konfliktas kyla iš individualios disfunkcijos“ (ten pat). Nors šie psichikos sutrikimui diagnozuoti reikalingi elementai jau yra gana abstraktūs, po apibrėžimo seka dar labiau psichiatrijos praktikos taikymo sferą išplečianti pastaba: psichikos sutrikimo diagnozė nėra ekvivalentiška gydymo poreikiui, todėl net jei individų simptomai pilnai neatitinka psichikos sutrikimo kriterijų, bet jie demonstruoja aiškų gydymo ar globos poreikį, jiems neturėtų būti ribojama prieiga prie tinkamos globos (ten pat). DSM apibrėžimai nesugebėjo pateikti aiškaus kriterijaus, kuriuo remiantis būklė yra priskirtina psichikos sutrikimui. Tai viena priežasčių, kodėl šiuolaikinėje psichiatrijoje reikėtų atsisakyti DSM klasifikacijos. Į Szaszo kritiką geriausiai atsako precizinės psichiatrijos prieiga, bet pirmiausia reikia atmesti DSM ir subjektyvistinės prieigos bandymus.

1.1. Antirealizmas. Psichikos liga kaip metafora

Antipsichiatrijos judėjimo pradininkas JAV psichiatras Thomas Szasz knygoje „The Myth of Mental Illness“ (1960) kritikavo psichiatrijos diskursą teigdamas, kad psichikos ligos terminas yra vartojamas kaip somatinės ligos metafora ir yra taikomas visuomenės moralės, kultūros normas pažeidžiančioms elgesio formoms įvardinti ir pašalinti. Antipsichiatrijos judėjimas, kurio lyderiai Europoje buvo Michelis Foucault, R. D. Laingas ir Franco Basaglia, laikosi socialinio konstruktyvizmo pozicijos psichikos sutrikimų atžvilgiu ir teigia, kad psichiatrinės diagnozės yra socialiniai konstruktai, sietini ne su medicinos mokslu, bet su politine galia. Szaszas siekė atskleisti psichiatrijos biologinį redukcionizmą ir atmesti viltį, kad nenormalias elgsenas galima paaiškinti kaip nenormalių smegenų produktus (Szasz: 2007, 30). Galima išskirti tris pagrindinius Szaszo poziciją grindžiančius argumentus.

Szaszas psichikos ligą vadina metafora arba mitu, nes reiškiniai iš vienos kategorijos (gyvenimo problemų) buvo perkelti į kitą (ligų) kategoriją neturint jokio mokslinio pagrindo – tik politinius, ekonominius ir socialinius interesus. Szaszas siekė ne paneigti problemų, kurios įvardijamos kaip diagnozių simptomai, egzistavimą, bet grąžinti jas į kasdienybės sferą. Šios problemos turėtų būti sprendžiamos ne prievartinės intervencijos būdu, o taip, kaip pats asmuo pageidauja, jei to pageidauja. Szaszas neatmetė psichiatrinio gydymo galimybes, bet siekė panaikinti psichiatrijos kaip medicinos mokslo statusą. Pagal jį, kreipimasis į psichiatrus turėtų būti tik viena iš galimybių spręsti savo problemas – tokia pati, kaip kreipimasis pagalbos į artimuosius, šamanus, bažnyčią ar banką.

Pagrįsdamas tezę, kad psichikos liga yra metafora, Szaszas pirmiausia nurodė šios sąvokos loginį prieštarumą. Liga, pagal klasikinį, medicininį-patologinį apibrėžimą, yra fizinė ir galima nurodyti jos būtinas priežastis. Psichika nėra jokia materialinė, galima empiriškai tirti, kūno dalis. Iš to seka, kad

psichika negali sirgti. Taigi psichikos liga yra logiškai neįmanoma. Nurodydamas į modernios medicinos ištakas, Szaszas reikalavo vadovautis klasikiniu moksliniu ligos apibrėžimu. Mokslinės ligų klasifikacijos pradžia siejama su vokiečių patologu Rudolfu Virchowu (1821–1902), kurio pasiūlytas ligos kaip ląstelių, audinių ar organų funkcijų arba struktūros sutrikimo apibrėžimas tapo klasikinės, fiziko-chemija paremtos nozologijos pagrindu. Patologai lygindavo nuo ligų mirusių žmonių organus su sveikais, dėl kitų priežasčių mirusių žmonių organais, ir jų aprašytos diagnozės buvo laikomos teisingais ligų pavadinimais. Patologų kuriama nozologija buvo objektyvi, nes jie dirbo tik su lavonais, neužsiėmė gydymo praktika. Po Antrojo pasaulinio karo išsivysčius medicinos technologijoms ir sveikatos rūpybos paslaugų sektoriui, nozologijoje dėmesys buvo nukreiptas nuo lavonų prie gyvų pacientų diagnozavimo. Szaszui tai žymėjo perėjimą „nuo paciento kūno prie politinio kūno“ (Szasz: 2017, 21). Pasak jo, tai yra vienas iš plintančio medicinos politizavimo simptomų, pervadinto „sveikatos priežiūros teikimu“ (ten pat).

Lygindamas šiuolaikinę ir klasikinę ligos sampratą, Szaszas išskyrė du ligos standartus: virchovinį (pažeidimo) ir psichopatologinį (dekretinį). „Virchovinis standartas yra fiksuotas biologiniais-fizikiniais kriterijais, apribojantis medicinos sistemą, neleidžiantis jai arbitraliai plėsti savo ribas, taigi savo galią. Nei gydytojai, nei pacientai, nei politikai, nei jokia kita interesų grupė negali sukurti ligos manipuliudama kalba. *Naujos ligos negali būti išrastos; jos turi būti atrastos*. Priešingai, psichopatologinis ligos standartas yra lankstus, leidžiantis medicinos ir politikos autoritetams bei populiariajai nuomonei apibrėžti, ad hoc, kas turi, ir kas neturi būti laikoma liga; tai daroma prikabinant diagnostines etiketes nepageidaujamoms elgsenoms“ (Szasz: 2007, 45).

Šiuolaikinė psichiatrija vadovaujasi psichopatologine ligos samprata, todėl jai nereikalingi biologiniai-fizikiniai kriterijai psichiatrinėms diagnozėms įrodyti. Pagal Szaszą, diagnozės yra klaidingai prilyginamos ligoms manipuliuojant kalba ir tyčia ignoruojant faktą, kad ligos terminą vartojame dviem reikšmėmis, kurias privalome skirti. Jis teigė, kad ligos sąvoka turi būti vartojama pirmąja reikšme – kaip „vertybiškai neutralus mokslinis terminas, skirtas apibūdinti ir paaiškinti materialaus pasaulio aspektus“, o ne antrąja reikšme – kaip „vertybiškai įkrautas etinis terminas, skirtas nustatyti, atleisti, pasmerkti ir pagrįsti (nematerialias) žmogaus aspiracijas, įstatymus ir papročius“ (Szasz: 2017, 43).

Argumentas, kad psichikos liga yra logiškai prieštaringa sąvoka, todėl ir empiriškai neįmanoma, pasirodė nepakankamas psichiatrijos kaip medicinos mokslo statusui paneigti. Šiuolaikinė psichiatrija grindžiama prielaida, kad psichikos ligos iš tiesų yra smegenų ligos, tik dar nerasti objektyvūs, empiriniai to įrodymai. Taigi antruoju argumentu Szaszas neigia šios prielaidos teisingumą, remdamasis istoriniu kontekstu. Psichiatrijos disciplinos pradžioje, XIX a. psichiatrai neturėjo jokio atskiro nepatologinio ligos standarto, save laikė neuropsichiatrais ir priskyrė diagnozes tam tikroms elgsenoms

(pvz. masturbacijai, homoseksualumui), teigdami atradę naujas smegenų ligas. Pasak Szaszo, jie nieko neatrado, o tiesiog „medikalizavo žmogaus problemas, tradiciškai suvoktas religiniais terminais, transformuodami nuodėmes ir nusikaltimus – tokius kaip savęs-žudymą, smurtavimą prieš save ir piktnaudžiavimą substancijomis – į ligas“ (Szasz: 2007, 46). Požiūrį, kad beprotybė yra kūniška liga, Szaszas atsekė iki XVII a. medicinos profesoriaus Hermano Boerhaave'o (1668–1738), ieškojusio pažeidimų mirusių bepročiais laikytų žmonių smegenyse. Pasak Szaszo, šis požiūris yra nieko bendra su mokslu neturintis postulatų, išreiškiantis tik „apšvietos“ sukilimą prieš religinius gamtos aiškinimus“ (Szasz: 2007, 47). Psichiatrijos metaforų vaidmenį šiuolaikinėje „terapeutinėje visuomenėje“ jis prilygino religijos metaforų vaidmeniui teologinėse visuomenėse: „Religija, be kitų dalykų, yra institucionalizuotas gyvenimo baigtinumo neigimas; taigi individai, norintys atmesti mirties realybę, gali teologizuoti gyvenimą ir patikėti jos valdymą klerikiniais profesionalams. Panašiai psichiatrija, be kitų dalykų, yra institucionalizuotas tragiškos gyvenimo prigimties neigimas; taigi individai, norintys atmesti laisvos valios ir atsakomybės tikrovę gali medikalizuoti gyvenimą ir patikėti jo valdymą sveikatos profesionalams“ (Szasz: 2007, 29). Net jei pamatinė psichiatrijos prielaida, kad psichikos ligos yra smegenų ligos, būtų patvirtinta tyrimais, tai neatmestų Szaszo argumentų. Jo požiūriu, jei psichikos liga įrodoma esanti centrinės nervų sistemos liga, tai jau yra ne sąmonės, o smegenų liga, ir ne psichiatrijos, o neurologijos, neurochirurgijos ir kitų medicinos disciplinų, gydančių pažeistus kūnus, sritis. Kita vertus, „jei psichikos ligos yra nepageidaujama elgesį apibrėžiantys terminai, tuomet tai yra ne ligos, bet elgsenos“ (Szasz: 2007, 28).

Trečias ir svarbiausias Szaszo argumentas, kodėl psichikos liga yra metafora, ir kodėl medicinoje turėtų būti laikomasi aiškaus ir griežto, fiziko-cheminio ligos apibrėžimo, yra iš abstraktaus psichiatrijos objekto apibrėžimo kylanti demarkacijos problema: kur yra riba tarp normalaus ir patologinio elgesio? Szaszas pabrėžė, kad gamtos mokslai remiasi dėsniais, kuriems įtakos nedaro jokie žmonių motyvai ar troškimai. Fizikoje tais pačiais dėsniais aiškinama, kodėl lėktuvai skrenda ir dūžta; chemijoje tais pačiais dėsniais aiškinamas tiek gydantis, tiek toksinis vaistų poveikis; tais pačiais dėsniais biologijoje aiškinamas sveikų ir vėžinių ląstelių veikimas; medicinoje tos pačios teorijos taikomos tiek normaliam, tiek nenormaliam kūno funkcionavimui suprasti (Szasz: 2007, 12). Tik psichiatrijoje, pasak Szaszo yra kitaip: psichiškai sveikų ir psichiškai nesveikų asmenų funkcionavimą aiškiname remdamiesi skirtingais principais. Psichiškai sveikas, racionalus asmuo, laikomas aktyviu, sprendimus priimančiu agentu, o psichiškai nesveikas, „iracionalus“ asmuo, laikomas pasyviu kūnu, kurio elgesį lemia jį veikiantys žalingi biologiniai, cheminiai ir fiziniai procesai, t. y. psichikos ligos (ten pat). Pasak Szaszo, psichiatrija remiasi nepagrįsta prielaida, kad egzistuoja neuroanatominiai ir neurofiziologiniai skirtumai tarp sveikos ir nesveikos psichikos asmenų, kurie lemia, ar asmenys yra racionalūs, t. y. pilnai atsakingi už savo veiksmus. Jo manymu, nėra objektyvaus būdo nustatyti tokie skirčiai tarp racionalaus ir

iracionalaus, psichiškai sveiko ir nesveiko. Psichiatrijoje manoma, kad veiksmo pateisinimas prilygsta parodymui, kad žmogus turėjo racionalių priežasčių savo poelgiui. Tačiau, kaip teigia Szaszas, jei žmogaus veiksmo priežastis yra iracionali (pavyzdžiui, jam liepė balsai), tai nereiškia, kad poelgis buvo ne žmogaus pasirinkimas, o jį veikusios psichikos ligos rezultatas – tai tiesiog reiškia, kad jo priežastys buvo klaidingos, „beprotiškos“. Tai nėra įrodymas, kad žmogaus poelgį sukėlė jo buvimas bepročiu – tai yra postulatas (Szasz: 2007, 15). Szaszo teigimu, visų žmogaus veiksmų priskyrimas pasirinkimui geriau paaiškina žmogaus elgesį, nei „tam tikrų (nepriimtinių) veiksmų priskyrimas psichikos ligai, neegzistuojančiai ligai“ (Szasz: 2007, 13). Nepaisant „iracionalaus“ elgesio, asmuo pats pasirenka tai, ką jis daro, nes jo veiksmai, kaip ir visų žmonių, yra valdomi troškimų ir motyvų. Psichiatrijoje remiamasi ta pačia prielaida kaip ir auginant vaikus, reabilituojant nusikaltėlius, ir civilizuojant primityvius žmones – tai yra prielaida, kad tam tikrų žmonių elgesio priežastys yra „nebrandžios arba klaidingos ir turi būti „pataisytos“, kad įgalintų juos džiaugtis „tikra laisve“ (Szasz: 2007, 17). Santykis tarp psichiatro ir paciento yra santykis tarp dominuojančio ir paklūstančio, taigi „psichikos ligos idėja atlieka panašias funkcijas: ji paaiškina pavaldaus asmens (blogą) elgesį, atleidžia jį nuo kaltės, ir pateisina jam primestą psichiatrų kontrolę“ (Szasz: 2007, 17). Nesant aiškaus psichiatrijos objekto apibrėžimo, taigi skirties tarp normalaus ir patologinio elgesio, iš bet ko ir bet kada gali būti atimta veikimo laisvė.

Szaszo tezė, kad psichiatrijos diagnozės yra išvestos ne iš patologijų, bet iš politinių ir socialinių interesų, remiasi tariamu psichikos ligos sąvokos loginiu prieštaravimu, būtinybe psichiatrinės diagnozės grįsti klasikiniu fiziko-cheminiu diagnozės modeliu, sąmoningu dviejų skirtingų ligos termino reikšmių painiojimu ir diagnozių sulyginimu su ligomis bei niekaip mediciniškai nepagrįstu psichiškai sveikų ir psichiškai nesveikų asmenų funkcionavimo aiškinimu remiantis skirtingais principais.

1.2. Psichikos sutrikimas kaip žalą kelianti būklė

DSM-III pateikto apibrėžimo autorius Robertas Spitzeris siekė nustatyti aiškų kriterijų, kuris daugumai psichiatrų būtų priimtinas kaip pagrindas, kuriuo remiantis būtų galima pateisinti bet kurio psichikos sutrikimo įtraukimą į klasifikaciją (Aucouturier & Demazeux: 2014, 87). Spitzeris išskyrė du pagrindinius psichikos sutrikimo nustatymo kriterijus: (a) būklė turi „reguliariai sukelti subjektyvų sielvartą“; arba (b) būklė turi „reguliariai būti siejama su koku nors bendru socialinio efektyvumo ar funkcionavimo pablogėjimu“ (APA: 1980).

Spitzeris psichikos sutrikimą laikė tik medicininio sutrikimo poaibiu. Jo pateiktas medicininio sutrikimo apibrėžimas apima tokius kriterijus: būklės sukeltas negatyvius pasekmes, numanomą arba nustatytą organizmo disfunkciją ir suprantamą raginimą imtis veiksmų (Spitzer & Endicott: 1978, 15).

Toks medicininio sutrikimo apibrėžimas būtų pritaikomas tradiciniams psichikos sutrikimams (pvz. šizofrenijai, depresijai), o somatiniams ir psichikos sutrikimams, kurie reikalauja papildomo pagrindimo, pritaikytina ta pati „žalos“ sąvoka (Spitzer & Endicott: 1978, 18).

XX a. vyravo Boorse'o ligos modelis, pagal kurį liga suprantama kaip disfunkcija – natūralių funkcijų pakitimas, mažinantis gyvenimo trukmę ir/arba reprodukcijos galimybes. Toks apibrėžimas remiasi prielaida, kad žmogaus optimalus funkcionavimas arba normalūs gebėjimai yra mums žinomi kaip objektyvūs faktai, kuriais remiantis galime taip pat objektyviai nustatyti, kas yra negalia ar disfunkcija (Telles-Correla et al.: 2018, 1). Oponuodamas Boorse'o ligos modeliui, Spitzeris psichikos sutrikimo kriterijumi pasiūlė laikyti ne disfunkciją, bet žalą (sielvartą arba negalią). Pagal Spitzerio sampratą, būklę kaip sutrikimą apibrėžia ne jos etiologija, bet jos pasekmės (ten pat). Žalos kriterijus buvo pasiūlytas kaip universaliausias, mažiausiai paveiktas vyraujančių visuomenės vertybių.

Spitzerio apibrėžimas sulaukė įvairios kritikos: jis per platus, nes kiekvieną žmogišką problemą verčia liga, jei tik ši kelia žalą ir riboja asmens funkcionavimą; jis ateoretinis, o medicininis apibrėžimas turėtų būti pateikiamas evoliucijos arba biologijos rėmuose; jis nenaudingas, nes liga yra tai, ką tam tikrame laikmetyje gydytojai vadino liga (Spitzer & Endicott: 1978, 23).

Spitzerio pasiūlytas psichikos sutrikimo apibrėžimas, pagal kurį pagrindinis būklės priskyrimo psichikos sutrikimui kriterijus yra žala, naudotas „Psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovo“ trečiame ir ketvirtame leidimuose. Tačiau DSM-5 (2013) Spitzerio apibrėžimas buvo pakeistas nauju, Jerome'o Wakefieldo konceptualia psichikos sutrikimo analize paremtu apibrėžimu, kuris iš dalies grąžino Boorse'o ligos modelį į psichiatriją.

1.3. Psichikos sutrikimas kaip žalinga disfunkcija

Jerome'as Wakefieldas kritikavo Spitzerio psichikos sutrikimo apibrėžimą dėl nepavykusio bandymo operacionalizuoti idėją, kad sutrikimas yra disfunkcija, nes tai daugeliu atvejų nepadedą atskirti psichikos sutrikimo nuo normalios būklės (Wakefield: 1992, 236–243). Jo manymu, Spitzerio nurodyti kriterijai yra dviprasmiai ir pertekliniai, o juos pakeisti galima dviem esminiais psichikos sutrikimo bruožais – disfunkcija ir jos žalingomis pasekmėmis (Wakefield: 1993, 164). Pateikdamas psichikos sutrikimo kaip žalingos disfunkcijos apibrėžimą, Wakefieldas siekė suderinti mokslinį realizmą psichikos sutrikimų atžvilgiu su Szaszo teiginiais apie psichiatrinių diagnozių priklausomybę nuo vertybinių nuostatų: „<...> sutrikimas reiškia žalingą disfunkciją, kur disfunkcijos yra vidinių mechanizmų nepasisekimas (failure) atlikti natūraliai atrinktas funkcijas. <...> Pagal žalingo sutrikimo analizę, sutrikimo priskyrimas reikalauja tiek mokslinio vertinimo, kad egzistuoja toks vidinių

mechanizmų funkcijos nepasisekimas, tiek vertybinėmis nuostatomis paremtu vertinimo, kad šis nepasisekimas asmeniui kelia žalą” (Wakefield: 1992, 374).

Teigdamas, kad psichikos sutrikimas yra žalinga disfunkcija, Wakefieldas iš dalies grįžta prie Spitzerio atmesto Boorse'o ligos modelio. Jis remiasi evoliucijos teorija teigdamas, kad egzistuoja evoliucijos eigoje atrinktos natūralios funkcijos, organizmui padedančios išgyventi. Jei galime objektyviai kalbėti apie funkcijas, taip pat galime kalbėti ir apie jų sutrikimus – disfunkcijas. Tačiau Wakefieldas pabrėžia, kad diagnozuojant sutrikimą neužtenka objektyvios disfunkcijos buvimo. Sutrikimas diagnozuotinas tik tuo atveju, jei asmens patiriama disfunkcija kelia jam žalą, kuri pasireiškia sielvartu ir negebėjimu atlikti savo kasdienių darbų dėl psichomotorinio atsilikimo. Žalingos disfunkcijos modelis yra konceptualinis esencializmas, nes objektyvios disfunkcijos buvimas kartu su žala konstituoja aristotelinę konceptualinę esmę – aiškią ir intuityviai patikimą sutrikimo sąvokos artikuliaciją (Zachar: 2014, 83).

Daugiausiai kritikos Wakefieldo apibrėžimas sulaukė dėl disfunkcijos sampratos. Pagal evoliucijos teoriją, natūralios psichologinės funkcijos nėra galimi stebėti faktai. Biologijoje ir paleontologijoje nėra jokių empirinių įrodymų apie žmogaus smegenų evoliuciją ir tuo labiau apie atrankos spaudimus, atsakingus už konkrečių psichologinių gebėjimų evoliuciją (Richardson: 2007 per Zachar: 2014, 84). Taigi prielaida, kad psichologinės funkcijos ir jų disfunkcijos yra natūralios rūšys, yra nepagrįsta.

Wakefieldo apibrėžimas kritikuojamas ne tik dėl ydingos disfunkcijos analizės, bet ir istoriniu pagrindu. Žalingos disfunkcijos analizė neatitinka psichikos sutrikimo supratimo nesenoje Amerikos psichiatrijos istorijoje: visiškai nėra akivaizdu, „kad psichiatrai būtų turėję aiškią intuiciją, jog psichikos sutrikimo sąvoka numato konkrečią psichinės disfunkcijos sąvoką” (Aucouturier, Demazeux: 2018, 91).

Wakefieldo psichikos sutrikimo samprata remiasi ir naujausio DSM-5 pateikiama psichikos sutrikimo apibrėžimas. Rengiant penktąjį leidimą buvo tikimasi, kad naujos psichikos sutrikimų diagnostinės klasifikacijos pagaliau pagrįs postulata, kad psichikos ligos yra somatinės ligos, t. y. kad bus nurodyti biomarkeriai, neurobiologiniai ar genetiniai faktoriai, leidžiantys objektyviai diagnozuoti psichikos ligas. Tačiau to padaryti nepavyko. DSM-5 kūrėjų grupės vadovas Davidas Kupferis, paskelbė viešą pareiškimą: „Ateityje mes tikimės galėsią nustatyti sutrikimus naudojantis biologiniais ir genetiniais markeriais, kurie duos tikslias diagnozes, kurias bus galima pristatyti su visišku patikimumu ir validumu. Tačiau šis pažadas, kurio tikėjomės nuo 1970-ųjų, išlieka nuviliančiai tolimas. Kelis dešimtmečius sakome pacientams, kad laukiame biomarkerių. Mes vis dar laukiame“ (Kupfer: 2013).

Tuo tarpu terminas „psichikos liga“ buvo pakeistas „psichikos sutrikimu“. ICD-10, DSM-IV ir DSM-5 naudoja sutrikimo sąvoką kaip laikiną sprendimą, kuris vėliau turi būti pakeistas galutine

nozologine sąvoka. Terminas „liga“ šiuo metu yra vengiamas, nes nėra žinoma, kurie sutrikimai išsivystys į tikrus ligos vienetus, kurie turės būti konceptualiai perdėlioti, o kurie visai išnyks (Hucklenbroich: 2017, 78).

„Psichikos sutrikimas yra sindromas, charakterizuojamas klinicine prasme reikšmingo sutrikdymo individo kognicijoje, emocijų reguliavime ar elgesyje, kuris atspindi disfunkciją psichologiniuose, biologiniuose ar raidos procesuose, grindžiančiuose psichinį funkcionavimą. Psichikos sutrikimai dažniausiai yra siejami su reikšmingu sielvartu ar negalia” (APA: 2013, 20).

DSM-5, kaip ir ankstesniuose leidimuose, psichikos sutrikimas yra tapatinamas ne su etiologija, bet su simptomais. Psichikos sutrikimas nustatomas ne randant būklės patologines priežastis, ją sukeliančius mechanizmus, bet remiantis paciento elgesio stebėjimu ir jo žodiniu raportu. Kitaip nei Spitzerio apibrėžime, pagrindiniu kriterijumi, būtina sąlyga diagnozuojant psichikos sutrikimą tampa disfunkcija. Tuo tarpu žalos reikalavimas jau nebėra būtinas. Psichikos sutrikimas turi tik „įprastai” būti siejamas su reikšmingu sielvartu ar negalia. Konkreti būklė gali būti laikoma psichikos sutrikimu, net jei ji ir nėra žalinga.

DSM-5 psichikos sutrikimo apibrėžimas kritikuojamas, nes jame nurodytas disfunkcijos kriterijus yra nepritaikomas konkreitiems psichikos sutrikimams, jų simptomams. Taip yra dėl dviejų priežasčių: disfunkcijos terminas nėra nei paaiškintas, nei operacionalizuotas ir simptomuose negalime išskaityti disfunkcijos (Amoretti, Lalumera: 2019, 92). Nepaaiškintas ir neoperacionalizuotas disfunkcijos reikalavimas, kuris yra sistematiškai pažeidinėjamas konkrečių psichikos sutrikimų diagnostinių kriterijų, yra nurodomas kaip loginė klaida (Amoretti & Lalumera: 2019, 96). Siūloma arba atsisakyti disfunkcijos reikalavimo, arba terminą paaiškinti ir operacionalizuoti jį, įtraukiant aiškų, jį atitiktį galintį kriterijų.

DSM-5 psichikos sutrikimo apibrėžimas taip pat kritikuojamas dėl žalos kaip būtinos sąlygos atsisakymo. Psichologinės disfunkcijos kriterijus priklauso nuo mažiau universalių vertybių nei žalos kriterijus (kiekviena visuomenė mirtį, skausmą, negalią ir malonumo praradimą laiko žala) (Telles-Correia et. al.: 2018, 5). Neaiški disfunkcijos sąvoka kelia grėsmę, kad vyraujančios vertybės, o ne mokslo žinios lems, kas bus laikoma psichologinėmis disfunkcijomis (ten pat).

APA pastangos pateikti bendrą psichiatrijos objekto apibrėžimą, kuris išsaugotų mokslinį realizmą psichikos sutrikimų atžvilgiu, nepasiteisino. Iš vienos pusės, nenurodytas aiškus kriterijus, pagal kurį būklė būtų priskirtina psichikos sutrikimui, palieka vietos abejonėms dėl psichinių diagnozių realumo. Iš kitos pusės, nepakankamai dėmesio skiriant psichikos sutrikimų etiologijai, svyruoja psichiatrijos kaip medicinos mokslo statusas ir pasitikėjimas biologinio modelio pritaikomumu.

1.4. DSM ir biologinės paradigmos krizė

Vykstant penktajai DSM revizijai tikėtasi, kad bent daliai psichikos sutrikimų bus nustatyti biomarkeriai. Tačiau 2013 m. pasirodęs DSM-5 išlaikė psichologinį sutrikimų aiškinimą, jie vis dar nustatomi remiantis galimais stebėti simptomais ir paciento žodiniu raportu apie išgyvenamas patirtis. Tokio deskriptyvaus sutrikimų nustatymo priežastis įvardyta pačiame DSM-5: nei vienam psichikos sutrikimui nėra jokių laboratorinių testų, rentgeno nuotraukų ar kitų biologinių markerių (Ross: 2013, 195). Naujausios diagnostinės sistemos revizijos planai taip pat sužadino didesnės koherencijos viltis, bet rezultatas buvo padidėję konfliktai ir sumaištis (Nesse: 2019, 15). Nors DSM-5 rengėjai svarstė apie paradigmos pokytį, lemiamą balsą turėję JAV psichiatrų asociacijos nariai tokio tikslo nekėlė (Zachar, Kendler: 2017, 50).

Thomo Kuhno įvestas terminas „pasitikėjimo krizė“ žymi suvokimą, kad mokslinė paradigma žlunga. Veikale „Mokslinės revoliucijos struktūra“ (1962) Kuhnas aprašo, kaip mokslas gali nutolti nuo objektyvių įrodymų paieškų ir kaip jo sukurti modeliai tampa pripažįstami „normaliu mokslu“, nors jie nėra pagrįsti įrodymais. Tokiais modeliais remdamiesi mokslininkai atlieka tyrimus ir kuria jiems neprieštaraujančias teorijas. Paradigmą ištinka krizė, kai ji nebegali logiškai paaiškinti reiškinio, o pagreitį krizė įgauna išaugus naujai, mažiau su tradicija susijusiai mokslininkų kartai. Tada galima tikėtis paradigmos pokyčio.

Nuo DSM-5 pasirodymo vis daugiau kalbama apie biologinės paradigmos krizę (Sorias: 2012, Zachar, Kendler: 2017). Yra teigiančių, kad psichiatrijos sritis iš esmės negali tilpti Kuhno apibrėžto mokslo idealo rėmuose, nes psichiatrija apima skirtingas paradigmas. Kitaip nei dauguma mokslų, kuriuose tyrimai užsiima problemų sprendimu vienoje paradigmoje, psichiatrijoje bet koks tyrimas reikalauja paradigmos integracijos (Telles-Correia: 2018). Krizės akivaizdoje siūlomi du keliai: arba atmesti esamą klasifikaciją ir kurti naują modelį (Insel, Hamm, Schultz, McHugh), arba toliau remtis DSM kategorijomis ir ieškoti simptomų klasterius pagrindžiančių biomarkerių (Graham, Kendler). Pasak Nesse's, „Visi sutinka, kad būtinos naujos priegijos. Tačiau pagrindiniai siūlymai kol kas buvo tik toliau peržiūrėti diagnostines kategorijas ir ieškoti biomarkerių joms pagrįsti“ (Nesse: 2019, 25).

Biologinės paradigmos šalininkai dešimtmečius vykdytų tyrimų neigiamus rezultatus linkę aiškinti tuo, kad buvo nepakankamai ieškota reikiamose vietose. Vietoj molekulių ir smegenų sričių siūloma susitelkti ties smegenų neuronų grandinėmis („brain circuits“), atmesti DSM ir eiti tiesiai prie smegenų (Rose, 2015: 96). Kita pozicija biologinės paradigmos krizės akivaizdoje prieštarauja psichiatrijos ir neurologijos integracijai bei pabrėžia subjektyvaus patyrimo problemą. Tai yra fenomenologinis arba subjektyvistinis požiūris, kad psichikos sutrikimus reikia tyrinėti atsižvelgiant į asmenų subjektyvios patirties, socialinius, psichologinius, kultūrinius aspektus (McHugh, Kendler,

Zahavi, Rose, Lieblich). Ši pozicija priima psichiatrijos filosofinį paveldą ir discipliną laiko gamtos, socialinių ir humanitarinių mokslų amalgama. Ją atstovauja George'o Grahamo psichikos sutrikimo samprata.

2. Subjektyvistinė prieiga. Prototipiškai suprantamas psichikos sutrikimas

Filosofas George'as Grahamas DSM psichikos sutrikimo apibrėžimui pasiūlė alternatyvą, kuri galėtų būti atsakas antirealistų metafiziniam ir moraliniam skepticizmui (Graham: 2013). Grahamo teigimu, rimtos psichikos sutrikimo teorijos konstravimui reikalingas sąmonės filosofijos išmanymas, ypač intencionalumo, sąmonės, asmens tapatybės, sąmonės-kūno problemos ir racionalumo problemų supratimas (Graham 2013: XIII). Kita vertus, „jokia sklandi ir rimta sąmonės filosofija negali būti sukonstruota neatsižvelgiant į psichikos ligos temą ir žmogaus pažeidžiamumą prieš psichikos sutrikimą“ (ten pat). Tačiau, pagal Grahama, psichiatrijos teorija gali išvengti metafizinio įsipareigojimo fizikalizmui arba dualizmui ir sąmonės-kūno problemą traktuoti pragmatiškai. Jo teigimu, antirealizmas psichikos sutrikimo atžvilgiu sietinas su fizikalizmu arba materializmu – pozicija, pagal kurią neegzistuoja jokia nemateriali substancija ar savybės. Fizikalizmas yra priešinga pozicija dualizmui, kuris pripažįsta dviejų tipų – materialių ir nematerialių – substancijų arba savybių egzistavimą. Fizikalistai, pasak Grahamo, psichikos sutrikimų atžvilgiu remiasi psichonervine tapatumo teorija, mentalines būsenas tapatinančia su nervinėmis būsenomis, sąmonę – su smegenimis (Graham 2013: 78). Grahamas analizuoja tokį metafizinį skepticizmą, kuris atmeta dualizmą ir fizikalizmo poziciją tapatina su teiginiu, kad psichikos sutrikimai, griežtai kalbant, nėra realūs, neegzistuoja (ten pat). Metafiziniam skeptikui, elgesio aiškinimas sąmonės būsenomis (įsitikinimais, troškimais ir kt.) nėra mokslinis ir turėtų būti pakeistas aiškinimu remiantis neurologiniais mechanizmais, t. y. kalbėjimas apie sąmonę turėtų būti pakeistas kalbėjimu apie smegenis, nes sąmonė ir yra smegenys. Pagal Grahamo išskleistą metafizinio skepticizmo argumentaciją, joks sutrikimas neturėtų būti laikomas psichikos sutrikimu, nes psichikos veikla yra tapati smegenų veiklai. Taigi galima kalbėti tik apie smegenų sutrikimus, nes psichikos sutrikimo sąvoka nenurodo į jokią realiai egzistuojantį objektą. Tokią metafizinio skepticizmo poziciją galima priskirti Szaszui. Realistai psichikos sutrikimų atžvilgiu nebūtinai turi būti dualistai (Graham, 2013: 84), t. y. psichikos sutrikimus laikyti atskira kategorija nuo somatinių ligų, nebūtinai reikia priimti nepriklausomą nematerialių substancijų arba savybių egzistavimą.

2.1. Metafizinis ekumenizmas kaip atsakas antirealizmui

Grahamas siūlo pragmatinį sprendimą, kaip išvengti įsipareigojimo fizikalizmui arba dualizmui ir juos suderinti. Sąmonės-kūno metafizikai suprasti jis pateikia metafizinio agnosticizmo arba ekumenizmo strategiją (Graham: 2013, 90). Ji remiasi prielaida, kad „mūsų gebėjimas suprasti psichikos

sutrikimą tiesiogiai neturi nieko bendra su dualizmo teisingumu ar klaidingumu ir fizikalizmo teisingumas nėra grėsmė, jei fiziniai dalykai gali būti pagrindas kauzaliai efektyviam intencionaliam turiniui“ (Graham: 2013, 93). Metafizinio ekumenizmo prielaidą dėl mentalinio kauzalumo Grahamas perima iš Dretskes (1988): mentalinis kauzalumas veikia fiziniame pasaulyje tiek, kiek yra efektyvus intencionalus turinys ir jei intencionalus turinys yra paremiamas fizinių būsenų ar procesų (ten pat). Grahamas teigia, kad, nors realizmas psichikos sutrikimų atžvilgiu nereikalauja priimti dualizmo pozicijos, reikia pripažinti mentalinę kauzaciją, t. y. kad asmens turimas intencionalus turinys (mintys, įsitikinimai, troškimai) veikia jo elgesį, ir turime galėti aiškinti elgesį psichologiniais terminais, net jei psichikos sutrikimai turi fizinį pagrindą (Graham: 2013, 103). Fizikiniai terminai nėra tinkami intencionalaus turinio poveikiui elgesiui apibūdinti, nes minčių turinys yra iš esmės privatus, prieinamas ir įvertinamas tik iš pirmo asmens pozicijos. Tai nėra kažkas, ką būtų galima lokalizuoti, matuoti ar skaidyti. Norėdamas išlaikyti skirtį tarp psichikos ir somatinių sutrikimų, Grahamas teigia, kad tokia skirtis yra suprastina ne kaip dichotomija, bet kaip „kontrastinė pora“, jei mentaliniai reiškiniai laikomi tam tikra fizikalumo rūšimi (Graham: 2013, 86). Psichologinių, mentalinių terminų vartojimas tiesiog yra tinkamiausi ir vieninteliai terminai, siekiant suprasti tam tikras žmogaus elgesio (įskaitant psichikos sutrikimus) formas ar bruožus (ten pat). Tam pripažinti nebūtina įsipareigoti kokiam nors metafizikai. Taip pat ir psichikos sutrikimus galėtume laikyti realiai egzistuojančiais vien todėl, kad tai padeda paaiškinti tam tikras žmonių elgesio formas.

Tačiau pragmatinis požiūris netenkina moralinių skeptikų, tokių kaip Szaszas, kurie psichikos sutrikimus laiko normatyviai ir moraliai problemiškais. Tokia pozicija yra grindžiama prielaida, kad kitaip nei somatinių ligų klasifikavimas ir diagnozavimas, kuris remiasi grynai mokslinėmis arba biologinėmis normomis, psichikos sutrikimų nustatymas yra paremtas socialinėmis arba moralinėmis normomis, priklausančiomis nuo vyraujančių vertybių. Tokiu būdu visuomenėje patologizuojamas nepageidaujamas elgesys ir gyvenimo problemos. Prieš moralinį skepticizmą Grahamas pasiūlo alternatyvų DSM psichikos sutrikimo apibrėžimą ir „kultūriškai neutralų arba socialiai nešališką standartą arba normą psichikos sutrikimui“ (Graham: 2013, 175).

2.2. Bazinės psichologinės gebos ir prototipiškai suprantamas psichikos sutrikimas

DSM pateikiamas apibrėžimas yra abstraktus ir nepateikiantis standarto, pagal kurį būtų galima nustatyti, kada būklę reikėtų laikyti psichikos sutrikimu, t. y. „klinicine prasme reikšmingu sutrikdymu individo kognicijoje, emocijų reguliavime ar elgesyje, kuris atspindi disfunkciją psichologiniuose, biologiniuose ar raidos procesuose, grindžiančiuose psichinį funkcionavimą“ (APA: 2013, 20)“. Grahamas atmeta normatyvizmą ir teigia, kad psichikos sutrikimo priskyrimas yra nuoroda ne šiaip į kentėjimą ar kažką, kas yra nepriimtina konkrečiame socialiniame pasaulyje (Graham: 2013, 12–13),

bet į tai, kas yra nepageidaujama ir žalinga bet kokiame kultūrinės aplinkos kontekste (Graham: 2013, 121). Grahamo pozicija yra atmetanti normatyvizmą, bet kartu ir neigianti, kad psichikos sutrikimai yra natūrali rūšis, t. y. kad galėtume apibrėžti jiems būtinas ir pakankamas sąlygas. Jo pasiūlyta psichikos sutrikimo samprata yra intencionaliai abstrakti: negalime griežtai nustatyti, kada tvarka virsta netvarka, kada normalus funkcionavimas virsta sutrikimu. Nors nėra griežtų ribų tarp normalios ir sutrikusios psichikos, „tam, kad būtų pripažįstamas sutrikimas, būklė arba pažeidimas turi atitikti tam tikrus standartus arba normas (Graham: 2013, 13).

DSM psichikos sutrikimo apibrėžimas taip pat nenurodo aiškesnės skirties tarp somatinių ir psichikos sutrikimų, paliekant galimybę, kad bus nustatyta etiologija, atrasti biomarkeriai ir psichikos sutrikimus bus galima redukuoti į neurologinius. Grahamas siekia išlaikyti nedichotominę skirtį ir teigia, kad psichikos sutrikimų redukavimas į cheminius disbalansus ir nervinius sutrikimus yra klaidingas žingsnis: kitaip nei neurologinis sutrikimas, kuris gali būti visiškai paaiškinamas „mechanistiniais“ terminais, psichikos sutrikimas apima sąveiką tarp „neracionalių jėgų“ ir racionalių faktorių. Todėl, tinkama prieiga turi atsižvelgti ir į sukompromituotą racionalumą, ir į nervinius mechanizmus (Graham 2013: 139–140).

Grahamas psichikos sutrikimo sampratą susieja su racionalaus funkcionavimo standartais, sąrašu bazinių psichologinių gebų, kurių pažeidimas yra žalingas asmeniui. Šios gebos apima: kūnišką ir erdvinę savilokaciją; istorinę ir laikinę savilokaciją; bendrą savęs ir pasaulio suvokimą; komunikaciją, rūpestį, įsipareigojimą bei emocinį įsitraukimą; atsakomybę už save; galimybių atpažinimą ir veikimą atitinkamai (Graham: 2013, 157–159). Būklė yra priskirtina psichikos sutrikimui, jei sutrinka nors viena iš bazinių psichologinių gebų, be kurios asmeniui sunku gyventi. Pagal Grahamo pasiūlytą psichikos sutrikimo sampratą, asmuo laikomas turinčiu sutrikusį racionalumą bazinių psichologinių gebų atžvilgiu. Tai nėra neracionalumas, bet netobulas racionalumas.

Bazinių psichologinių gebų sąrašą Grahamas sudarė pasinaudodamas Johno Rawlso teisingumo teorijoje (1971) pateiktu „sutampančio sutarimo“ argumentu, kuris sudaro sąlygas demokratinėje visuomenėje vienu metu egzistuoti skirtingoms filosofinėms, moralinėms koncepcijoms, nustatant situacijas, kuriose skirtingi principai gali sudaryti stabilius darinius. Laisvai visuomenei neprimetant jokios metafizinės doktrinos ar vienos moralės koncepcijos, įmanomas teisingumas kaip nešališkumas, tampantis visų politinių susitarimų tarp piliečių pagrindu. Neįsipareigodamas jokiai metafizinei pozicijai, Grahamas taip pat kelia klausimą, dėl ko bendru sutarimu mes remiamės racionalumu kaip gebėjimu pasirinkti efektyviausias priemones tikslui pasiekti. Rawlso mintinis eksperimentas siūlo įsivaizduoti pradinę racionalumo poziciją už „nežinojimo šydo“, kur niekas iš visuomenės sutartį sudarančių narių neturi jokios specifinės informacijos apie savo padėtį ir turi priimti tam tikrus teisingumo principus, įvertindami pasekmes, kurios ištiktų bet kurį narį šiems principams galiojant.

Rawlsas rėmėsi prielaida, kad pradinėje racionalumo pozicijoje nariai siektų užtikrinti vienodą pirminių gėrybių paskirstymą. Tokios gėrybės nebūtų susietos su jokia konkrečia gero gyvenimo idėja, bet jos sudarytų sąlygas geram gyvenimui pagal bet kokią koncepciją ir būtų naudingos kiekvienam nariui, todėl liberaliose visuomenėse siektinas tokių gėrybių vienodas paskirstymas. Rawlsas taip pat sudarė sąrašą tokių pirminių gėrybių, kurios kaip neutralūs ištekliai yra reikalingi asmeniui priimant sprendimus dėl bet kokių gėrybių. Atitinkamai, Grahamo pateiktas bazinių psichologinių gėrybių sąrašas yra suprastinas kaip „bendros gebos arba kompetencijos, kurias mes ir kiti asmenys vertiname ir kurios mums yra reikalingos” (Graham: 2013, 157). Šis sąrašas grindžia Grahamo pasiūlytą prototipinį apibrėžimą, pagal kurį psichikos sutrikimas yra

„(i) (neracionalumo-neįgalumo tezė) asmens vieno ar daugiau pamatinių mentalinių gebėjimų ar bazinių psichologinių gebų neįgalumas, negalėjimas ar sutrikimas racionalioje ir protą atliepiančioje (reason-responsive) operacijoje ar vykdyme, kuris (ii) (žalos tezė) sukelia žalingus ar potencialiai žalingus simptomus/pasekmes asmeniui (ir galbūt kitiems). Taip pat: sutrikimo negalia turi ir specialų bendrą arba tiesioginį šaltinį, betarpišką kilmę ar polinkio sąlygų rinkinį. Ji yra (iii) (mišraus šaltinio tezė) sukelta intencionalios, psichologinės ar mentalinės veiklos, iš vienos pusės, ir neracionalių nervinių priežasčių ar mechanizmų, iš kitos pusės, mišinio; (iv) (tam tikro racionalumo išsaugojimo tezė) ir šių dviejų jėgų persidengimas arba kombinacija psichikos sutrikimą prisodrina jam savita atkirta „logika” arba sukompromituotu loginiu pagrindu (Graham: 2013, 164–165).

Kitai tariant, pagal Grahamo apibrėžimą, psichikos sutrikimas yra negebėjimas racionaliai naudotis viena ar daugiau bazinių psichologinių gebų, kurį sukelia mentalinių ir nervinių priežasčių mišinys ir kurio pasekmės kelia žalą individui. Trys nurodyti dėmenys drauge paremia ketvirtąjį: psichikos sutrikimo atveju išsaugomas tam tikras racionalumas, t. y. veikia tam tikra savita „logika“.

2. 3. Prototipiškai suprantamo psichikos sutrikimo sampratos kritika

Daugiausia kritikos Grahamo pasiūlytas psichikos apibrėžimas sulaukia dėl mišraus šaltinio tezės (iii) ir racionalumo-neįgalumo tezės (i). Pirma, abejojama tokio psichikos sutrikimo apibrėžimo naudingumu, nes jis nepasiūlo išbaigto aiškinamojo instrumento ir negeba atsakyti į svarbius klausimus, pavyzdžiui, kaip atskirti, ar intencionalistinės ir neurologinės jėgos tik dalyvauja sutrikime, ar jį sukelia, ir kur yra demarkacijos riba tarp psichikos ir neurologinio sutrikimo (Varga: 2017, 6). Mišraus šaltinio tezė, reikalaujanti, kad psichikos sutrikimo kauzacija priklausytų tiek nuo intencionalių, tiek nuo neurologinių jėgų yra vargiai patenkinama, nes nėra kriterijaus nervinei priežasčiai nustatyti. Tarkime, sutrikimo atveju stebima tam tikros smegenų zonos aktyvacija galėtų reikšti ne priežastingumą, bet koreliaciją. Nerviniai ir elgesio simptomai gali būti ne sutrikimo sukėlėjai, bet iš jo kylantys. Jei sutrikimas geriausiai apibūdinamas intencionalių jėgų terminais, o nerviniai simptomai tik dalyvauja

sutrikime jį sustiprindami, tai viso proceso nervinius elementus laikyti būklę sukeliančiomis priežastimis būtų perdėta ir nervinę kauzaciją reikėtų pripažinti visur esančia, universalia (ten pat). Stingant nervinių elementų, kuriems būtų galima priskirti tiesioginę kauzaciją, tektų priimti, kad sutrikimas neatitinka mišraus šaltinio reikalavimo. DSM klasifikacijoje yra daugybė sutrikimų, kurių atveju negalima nurodyti relevantiškų neurologinių jėgų tiesioginio priežastinio vaidmens, tačiau jie vis tiek laikytini psichikos sutrikimais. Taip pat galima priešinga situacija, kai yra aiškios tiesioginės neurologinės sutrikimo priežastys, o psichologiniai ir elgesio simptomai tik dalyvauja stiprindami sutrikimą. Tokiais atvejais sutrikimą reikėtų klasifikuoti ne kaip psichikos, bet kaip neurologinį sutrikimą. Tokia išvada kelia susirūpinimą dėl demarkacijos tarp neurologinių ir psichiatrinių sutrikimų prasmingumo (ten pat).

Racionalumo-neįgalumo tezė (i) kritikuojama dėl tariamo bazinių psichologinių gebų universalumo. Pagal Rawlso „nežinojimo šydo“ mintinį eksperimentą, bazinės psichologinės gebos pasirenkamos nešališkai ir jos yra tai, ko reikia kiekvienam racionaliam asmeniui norint pakankamai gerai gyventi. Rawlso pirminių gėrybių sąrašė nurodyta savasties sąvoka buvo kritikuojama kaip šališka, suformuota vertybių, kurios atspindi tam tikrus Vakarų politinio liberalizmo standartus ir, tikėtina, netinkanti ne-individualistinių kultūrų nariams, kur veikti pagal kolektyvinę orientaciją gali būti svarbiau už individualistinius interesus. Analogiškai gali būti suabejota ir Grahamo bazinių psichologinių gebų sąrašo universalumu (ten pat). Varga pateikia pavyzdį su kūniškos ir erdvinės savilokacijos bei kalbėtojo ir klausytojo gebomis. Grahamo sąrašas yra paremtas prielaida, kad pakankamai geram gyvenimui reikalingos juslės, pavyzdžiui klausia, ir kiekvienas už nežinojimo šydo esantis asmuo norėtų jas turėti. Tuomet, teigia Varga, galima daryti prielaidą, kad standartinė klausos percepcija gali būti laikoma pirmine natūralia gėrybe – kažkuo, kas yra naudinga kiekvienam, nepaisant asmeninių tikslų ir nuostatų (ten pat). Bet tokia prielaida būtų klaidinga ir tai įrodo kurčiųjų bendruomenės reakcija į naujų implantų prieinamumą, kurie atstato normalų garso suvokimą, pakeisdami pažeistus klausos nervus. Didelė dalis šios grupės asmenų išreiškė rezervuotą požiūrį, teigdami, kad būti kurčiu nereiškia būti neįgalium: „kurtieji yra vizualiai orientuotos specifinės subkultūros ir lingvistinės bendruomenės nariai” (ten pat). Kurčiųjų kultūros judėjimo nariams kurtumas nėra negalia, kuri trukdytų gyventi pakankamai gerą gyvenimą, bet greičiau esminis dėmuo specifinės gero gyvenimo sampratos, kur daugiau reikšmės teikiama kitomis juslėmis gaunami informacijai. Šis pavyzdys verčia kvestionuoti bazinių psichologinių gebų neutralumą, nes jos ne visada sutampa su konkrečiomis gero gyvenimo sampratomis.

Bazinės gėrybės kritikuojamos ne tik dėl jų nevisuotinumų, bet ir nurodant, kad gali būti psichikos sutrikimų, kurie neįtraukia žalingo tokių gebų pažeidimo. Kaip tokio sutrikimo pavyzdį Varga pateikia silpną neurokognityvinį sutrikimą, kuris apima kognityvinių funkcijų (atminties, dėmesio, socialinės kognicijos, kalbos) silpnėjimą, bet ne pažeidimus ir kuris netrukdo kasdieniam

funkcionavimui. Galima sutikti, kad yra specifinis pablogėjimas, kuris didina žalos arba laisvės praradimo tikimybę, bet vis tiek atmesti teiginį, kad pažeidimas yra susijęs su viena iš bazinių psichologinių gebų (Varga: 2017, 6–7).

Kritikuojama ir pati Grahamo subjektyvistinė prieiga aiškinant psichikos sutrikimus. Grahamo postuluojamą psichiatrijos ir sąmonės filosofijos susietumą kritikai interpretuoja kaip siekį pateikti filosofinį psychopatologijos aiškinimą vietoj neurologinio ir, apsvarstyti psichikos sutrikimų prigimtį bei pasekmes iš aristotelinės perspektyvos tiek, kiek psichikos sutrikimai yra kliūtys siekiant gero gyvenimo (Jovanovski: 2014, 230). Toks psichikos sutrikimo aiškinimas „ne tik netiesiogiai ragina mažinti mūsų pasitikėjimą vaistais, bet taip pat nukreipia mūsų supratimą apie psichikos sutrikimus nuo su smegenimis susijusios problemos prie etikos ir subjektyvių vertinimų klausimo” (ten pat). Grahamas siekia mentalinėms jėgoms priskirti kuo didesnę kauzacinę įtaką ir pasisako už psichoterapinį gydymą vietoj medikamentinio. Jovanovskio teigimu, tai prieštarauja nuostatai, kurią galima pateikti kaip tam tikrą psichikos sveikatos teoremą: psichikos sutrikimai yra sėkmingiau gydomi psichiatriniais metodais nei psichoterapiniais (Jovanovski: 2014, 238). Galima įtarti, kad filosofai psichiatrijos objekto problematiką yra linkę sieti su etinėmis, fenomenologinėmis problemomis, o neurologinius psichikos sutrikimų aiškinimus automatiškai kritikuoti kaip redukcionistinius dėl paprasčiausio neuromokslų ir medicinos sričių neišmanymo.

Grahamo pasiūlytas psichikos sutrikimo aiškinimas nepaneigia normatyvumo ir nepateikia aiškesnio kriterijaus, pagal kurį psichikos sutrikimus būtų galima skirti nuo neurologinių. Teigiama, kad mentalinis dėmuo yra neredukuotinas į neurologinį, nes mentaliniai arba psichologiniai terminai yra vieninteliai tinkantys aiškinti psichikos sutrikimus. Priimta metafizinio agnosticizmo arba ekumenizmo pozicija palieka tik pragmatinius argumentus, ginančius psichikos sutrikimų realumą: psichikos sutrikimai yra realūs, nes jie geriausiai mums padeda suprasti tam tikras elgesio formas. Realizmą su pragmatizmu derinanti pozicija yra per silpna biomedicinei psichiatrijos paradigmai pagrįsti, nes neparemia jos teiginio, kad psichikos sutrikimai yra smegenų sutrikimai.

3. Precizinė psichiatrija. Psichikos sutrikimas kaip smegenų sutrikimas

Subjektyvistiniam požiūriui oponuoja precizinės psichiatrijos šalininkai. Paradigmos krizės akivaizdoje jie siūlo atsisakyti ne postulato, kad psichikos sutrikimai yra smegenų sutrikimai, bet atsisakyti DSM kategorijų. Siūloma remtis kognityvinės psichologijos ir neuromokslų tyrimais ir vietoj DSM diagnozių pradėti nuo psichologinių konstrukčių, tikintis, kad psichologinių funkcijų supratimas ves prie klinikinių problemų, disfunkcijų supratimo. Ši prieiga, siekianti precizinės medicinos modelį pritaikyti psichiatrijoje (Insel, Fernandes, Kandel), yra pristatoma kaip „paradigminis posūkis”, fundamentalus sąvokų ir praktikų pokytis psichiatrijoje, paremtas naujomis technologijomis ir duomenų

agregacija iš įvairialypių pacientų vertinimų (nuo psichopatologijos, aplinkos poveikio, pirmo asmens duomenų iki neurobiologijos, smegenų vizualizavimo, genetikos ir kt.), kurie padės psichikos sutrikimus suprasti kaip smegenų funkcionavimo sutrikimus (Fernandes et al.: 2017). Posūkį į precizinę psichiatriją paskatino „suvokimas, kad universalus, visiems tinkantis (one-size-fits-all) modelis nėra tinkamas klinikinei priežiūrai, nes žmonės yra skirtingi įvairiais aspektais, kurių neapčiuopia plačios diagnostinės kategorijos” (Stiefel et al. 2019).

Skirtumą tarp subjektyvistinio ir precizinės psichiatrijos požiūrių į psichikos sutrikimo prigimtį galima suprasti palyginus Grahamo ir Erico Kandelio pozicijas. Grahamas brėžia skirtį tarp psichikos sutrikimų ir somatinių ligų, atskirdamas psichiatriją nuo neurologijos ir teigdamas jos susietumą su sąmonės filosofija. Kandelis, priešingai, siekia sulieti psichiatriją ir neurologiją į bendrą klinikinę discipliną ir psichikos sutrikimus tapatina su smegenų sutrikimais. Pagal Kandelį, šiuolaikiniai psichiatrai „sąmonę supranta kaip smegenų atliekamų funkcijų seriją, o psichikos sutrikimus – tiek psichiatrinis, tiek priklausomybių – kaip smegenų sutrikimus“ (Kandel: 2018, 21–22). Smegenų sutrikimai atsiranda, kai kažkokia dalis smegenų grandinės – neuronų ir sinapsių tinklo – yra pernelyg aktyvi, neaktyvi arba negebanti efektyviai komunikuoti. Disfunkcija gali kilti dėl sužeidimo, pokyčių sinapsių jungtyse arba dėl klaidingų smegenų jungčių vystymosi metu. Psichikos sutrikimai, priklausomai nuo to, kurią smegenų sritį jie paveikia, keičia mūsų patyrimą – emocijas, kogniciją, atmintį, socialines sąveikas, kūrybiškumą, pasirinkimo laisvę, judėjimą ir, dažniausiai, visų šių mūsų prigimties aspektų kombinaciją (Kandel: 2018, 251–252).

Šiuolaikinėje psichiatrijoje psichikos sutrikimų kaip smegenų sutrikimų sampratą, pagal Kandelį, įtvirtino pažanga genetikoje, smegenų vizualizavime ir gyvūnų modeliuose (ten pat). Pirma, buvo nustatyta paveldimumo įtaka tokiems psichikos sutrikimams kaip šizofrenija ir bipolinis sutrikimas. Tai patvirtina, kad šie sutrikimai yra biologinės kilmės. Antra, smegenų vizualizavimo technologijos atskleidė, kad įvairūs psichikos sutrikimai apima atskiras sistemas smegenyse. Tai sudarė sąlygas nustatyti tam tikras smegenų zonas, kurios sergant depresija funkcionuoja nenormaliai. Smegenų vizualizavimas taip pat sudarė sąlygas stebėti vaistų ir psichoterapijos poveikį smegenims. Trečia, manipuluojant gyvūnų genais buvo išvystyti gyvūnų ligos modeliai, padėję atskleisti, kaip genų ir aplinkos tarpusavio sąveika gali sutrikdyti smegenų vystymosi raidą, mokymąsi ir elgesį. Šie modeliai naudingi ne tik tyrinėjant tokias gyvūnams ir žmonėms bendras būsenas kaip išmokta baimė ar nerimas, bet ir tyrinėjant depresiją ir šizofreniją: į pelių smegenis įterpiami modifikuoti genai, kurie turi įtakos šių sutrikimų atsiradimui žmogui.

Genetikos ir neuromokslų pažanga paremia naujosios sąmonės biologijos prielaidas, kurioms pradžia davė Darvino knygos „Žmogaus ir gyvūnų emocijų raiška“ idėja: žmonių morfologiniai bruožai išsivystė iš paprastesnių jų pirmtakų (evoliucijos teorija išdėstyta knygoje „Rūšių atsiradimas“), taip pat

išsirutuliojo ir protiniai/psichiniai procesai. Taigi psichika nėra kažkokia nemateriali substancija, ją galima paaiškinti fizikiniais terminais (Kandel: 2018, 4). Remiantis evoliucijos teorija, gyvūnų tyrimai sudaro sąlygas netiesiogiai pažinti žmonių smegenis ir psichiką: žmonių smegenys yra pernelyg sudėtingos, bet baziniame lygmenyje žmonių ir gyvūnų psichinių procesų aspektai yra bendri. Vis dėlto nuo gyvūnų mus skiria savivoka, kuri dažniausiai yra paveikiama esant psichikos sutrikimui. Kandelis pripažįsta, kad klausimas, kaip painios smegenų ląstelių sąveikos sukelia sąmonę, savivoką, išlieka didžiausia paslaptimi neuromoksluose (Kandel: 2018, 5).

Kandelis postuluoja, kad bilijonų neuronų tarpusavio sąveikos, užkoduotų signalų siuntimas per sinapses sukelia sąmonę, savivoką, individualų pasaulio patyrimą, nors vis dar nėra būdų iširti, kaip tai vyksta (ten pat). Kompleksinis neuronų jungčių tinklas keičia patirtis, įgalina mus mokytis, prisitaikyti prie pokyčių aplinkoje ir kartu išlieka nepaprastai pastovi, suteikia mums tapatybės jausmą. Bet „jungtys tarp neuronų taip pat gali būti pakeičiamos sužeidimo ar ligos; dar daugiau, kai kurios jungtys gali nesusiformuoti normaliai vystymosi metu, ar net išvis nesusiformuoti. Tokie atvejai veda į smegenų sutrikimus“ (ten pat).

Klausimą, kaip sąmonė kyla iš smegenų materijos Kandelis siūlo kelti kitaip: kas nutinka mūsų savasčiai (sense of self), kai smegenys nefunkcionuoja tinkamai, kai jos yra stabdomos traumos arba ligos? (Kandel: 2018, 7) Ši prieiga numato, kad yra „normalus“ elgsenų rinkinys tiek individui, tiek bendras žmonėms. Dalijanti linija, skirianti „normalų“ ir „nenormalų“, istorijos eigoje buvo nubrėžta skirtingose vietose skirtingų visuomenių. Žmonės turintys mentalinių skirtumų kartais būdavo „apdovanoti“ arba „šventi“, bet dažniau jie būdavo traktuojami kaip „antisocialūs“ ir „apsėsti“ bei patirdavo siaubingą žiaurumą ir stigmatizavimą. Moderni psichiatrija siekia apibūdinti ir katalogizuoti psichikos sutrikimus, bet įvairių elgsenų migracija per liniją, skiriančią normalų nuo sutrikusio yra testamentas faktui, kad riba yra neaiški ir kintama (Kandel: 2018, 7–8).

Biomedicininės psichiatrijos paradigmos kritikai dažnai nurodo, kad neturint žinių apie normalų smegenų veikimą, nėra būdo moksliskai nustatyti, koks veikimas yra nenormalus. „<...> dabartinis smegenų mokslas vis dar mažai tesupranta daugybės – iš tiesų, daugumos, – kasdienių mentalinių veiklų biologinius pagrindus. Šiuo atveju, kaip dabartinė psichiatrija gali tikėtis brandaus supratimo apie tai, kaip šios veiklos sutrinka – ir kaip jos galėtų būti sutvarkytos?“ (Harrington: 2019, 276). Bet kokios būsenos priskyrimas normaliai arba sutrikusiai jau yra vertybinėmis nuostatomis paremtas vertinimas, taigi nesuderinamas su natūralizmu psichikos sutrikimų atžvilgiu. Tuo tarpu Kandelis nemano, kad norint tyrinėti smegenų sutrikimus būtina iš anksto turėti supratimą apie normalų smegenų veikimą. Priešingai, reikšmingu psichiatrijos indėliu jis laiko tai, kad sutrikusių smegenų procesų tyrimai, žinios apie juos yra esminiai norint pagerinti žinias apie normalų smegenų veikimą. „Plačiąja prasme, kaip

kompiuterio sudedamosios dalys atskleidžia savo tikrąsias funkcijas, kai jos sugenda, taip smegenų nervinės grandys tampa dramatiškai aiškios, kai jos nesugeba teisingai funkcionuoti (Kandel: 2018, 8)”.

Kandelis teigia, kad demarkacinė linija, skirianti normalų nuo nenormalaus yra neaiški, kintama ir priklausoma nuo socioistorinių faktorių. Ar tai nėra natūralizmui priešinga normatyvistinė pozicija? Ar teiginys, kad psichikos sutrikimų supratimas yra veikiamas vyraujančių vertybinių nuostatų, visuomenės normų, nereiškia, kad psichikos sutrikimai realiai neegzistuoja? Kitaip tariant, ar Kandelio teiginys, kad psichikos sutrikimai yra smegenų sutrikimai, kuriuos galima nustatyti neurobiologiniais tyrimais, yra suderinamas su teiginiu, kad tai, ką laikome sutrikimu, yra kintama ir priklauso nuo mūsų vertybių? Kandelis šio teiginio niekaip neišplečia, pateikia jį kaip savaime suprantamą. Šią poziciją galima paaiškinti remiantis Elselijn Kingma socialinio konstruktyvizmo samprata.

3.1. Psichikos sutrikimas kaip realiai egzistuojantis socialinis konstruktas

Analizuodama normatyvizmo ir natūralizmo ginčą dėl ligos ir sveikatos sąvokų, Kingma pasiūlė, kad šias pozicijas suderinti ir ginčą išspręsti gali socialinio konstruktyvizmo prieiga. Toks požiūris prieštarauja įprastam socialinio konstruktyvizmo kaip tam tikros normatyvizmo versijos, taigi prieštaraujančios natūralizmui, supratimui.

Apibrėždama socialinį konstruktyvizmą, Kingma remiasi Iano Hackingo (1991) samprata. Bendras socialinio konstruktyvizmo apibrėžimas skamba taip: „jei x yra socialiai sukonstruotas, tai x bent iš dalies yra socialinių procesų produktas; jei procesai būtų buvę kitokie, tai x būtų kitoks, todėl x nėra neišvengiamas. Teigti, kad kažkas yra socialinis konstruktas dažniausiai reiškia pasisakyti prieš kažką. Tas „kažkas“ yra požiūris, kad x yra neišvengiamas arba kad x yra determinuotas arba nustatytas gamtos struktūros” (Kingma: 2012, 44). Kaip pavyzdį Kingma pateikia lyčių vaidmenis. Egzistuoja požiūris, kad lyčių vaidmenys yra ne kontingentinis žmonių veiklos rezultatas, bet rezultatas žmogaus biologijos arba Dievo valios rezultatas ir todėl jie neišvengiami: jei žmonių veikla būtų buvusi kitokia, žmogaus biologija ir/ar Dievo valia būtų ta pati, taigi ir lyčių vaidmenys būtų tokie patys. Socialinis konstruktyvizmas lyčių vaidmenų atžvilgiu teigtų, kad šie vaidmenys yra kontingentinių socialinių procesų rezultatas ir kad skirtingi procesų rezultatas būtų buvęs skirtingi lyčių vaidmenys.

Kingma remiasi Hackingo (1991) įžvalga, kad reikia skirti du socialinio konstruktyvizmo subjektų tipus: idėjas ir objektus. Pavyzdžiui, galime skirti „rasės“ kaip objekto – tai yra žmonių grupės, turinčios bendrus (biologinius) ypatumus, tokius kaip odos spalva ir kilmė – ir „rasės“ kaip idėjos, tai yra tam tikros fizinės charakteristikos naudojimo praktikos skirstant žmones į grupes ir tokios klasifikacijos naudojimas įvairiais tikslais. Rasės idėja – tai idėja, kad žmonių rūšiavimas į grupes pagal, pavyzdžiui, odos spalvą, yra reikšminga klasifikavimo priemonė. Socialinis konstruktyvizmas yra ne

apie rasės *objektą*, bet apie rasės *idėją*: „socialinis konstruktyvizmas teigia, kad *rasinių charakteristikų* naudojimas (odos spalva, kilmė, genetinė variacija) kaip žmonių klasifikavimo priemonė priklauso nuo (intencionalios) žmonių veiklos. Nors šios rasinės charakteristikos, biologiniai skirtumai gali būti neišvengiami, bet mūsų pasirinkimas juos naudoti žymint *pagrindinius* skirtumus tarp žmonių nėra privalomas. Grupavimas pagal šiuos žymenis yra žmonių veikla, socioistorinis procesas, ir *idėja* „rasė“ yra jos rezultatas. Ši idėja nebuvo neišvengiama“ (Kingma: 2012, 44–45).

Socialinio konstruktyvizmo supratimui svarbi Hackingo pasiūlyta „kilpos“ („looping“) sąvoka (Hacking: 1995). Kilpos procesas reiškia, kad idėjos, sąvokos ir klasifikacijos turi ne tik išorinį, bet ir vidinį poveikį, t. y. jos turi įtakos ne tik kitiems objektams ir kitoms idėjoms, bet ir mūsų mąstymui, savivokai. Pavyzdžiui, „socialinės lyties“ *idėja* paveikė *objektą* – tai, kas yra vyras ir moteris. Tai reiškia, kad *objektai* „moterys“ ir „vyrų“ taip pat yra tam tikru būdu socialiai sukonstruoti: vyrai ir moterys yra sukonstruoti kaip *tam tikros rūšies asmenys* (ten pat).

Kingma siūlo, kad socialinis konstruktyvizmas yra suderinamas su natūralizmu ir normatyvizmu ir tam pademonstruoti pasitelkia sveikatą ir ligą, suvokiamas kaip socialinius konstruktus, t. y. priimant, kad sąvokos „sveikata“ ir „liga“, nėra neišvengiamos arba padiktuotos pasaulio struktūros, bet yra kontingentinis mūsų veiksmų, pasirinkimų rezultatas ir yra įterptos į kitų sąvokų ir socialinių struktūrų, praktikų ir požiūrių matricą. Kingma įrodinėja, kad tokia pozicija dera su natūralizmu ir normatyvizmu, jei priimame stipriąsias šių pozicijų savybes ir atmetame silpnąsias.

Socialinis konstruktyvizmas yra suderinamas su natūralistine ligos kaip disfunkcijos samprata, nors ir nesuderinamas su natūralistiniu teiginiu, kad liga ir sveikata yra vertybinių nuostatų nepaveiktos sąvokos. Kitaip tariant, realiai egzistuoja simptomų tinklai, bet jų priskyrimas ligai yra kontingentinis mūsų veiksmų, pasirinkimų rezultatas. Pavyzdžiui, Boorse'o ligos samprata gali būti natūralistinė, t. y. nepaveikta vertybinių nuostatų, bet tai nereiškia, kad pati ligos sąvoka nėra socialinės kilmės, atspindinti normas ir vertybes.

„Pirma, reikėtų priimti normatyvistų teiginį, kad liga ir sveikata yra vertybinių nuostatų paveiktos sąvokos, bet tai nesuteikia priežasties atmeti natūralizmą ir priimti normatyvistinę poziciją, t. y. redukuojantį požiūrį, kuris sveikatą ir ligą apibrėžia vertybių terminais. Antra, normatyvistai pateikė svarbių įžvalgų apie ligą ir sveikatą, pavyzdžiui įžvalgą, kad būklės priskyrimas ligai implikuoja gydymo poreikį, bei įžvalgą, kad ligos yra svarbios mums kaip grupė, nes mes jų nemėgstame.

Pirmasis teiginys yra susijęs su socialiniu konstruktyvizmu tuo, kad klasifikacija gali kilti arba atspindėti socialinius ir vertybinius motyvus, bet vis tiek gali būti apibūdinta natūralistiniais, vertybinių nuostatų nepaveiktais arba empiriniais terminais. Taigi argumentas, kad klasifikacija yra socialinė arba

vertinamoji savo kilme, arba atspindinti vertybes ar socialines normas, nesuteikia svarios priežasties atmesti natūralistinę ir/arba normatyvistinę poziciją.

Antrasis teiginys yra glaudžiai susijęs su kitu konstruktyvizmo elementu – sąvokų socialiniu įterptumu. Remiantis konstruktyvizmu, sąvokos yra dalis socialinių praktikų, institucijų, idėjų ir lūkesčių matricos; vystosi kartu su matrica ir kaip jos dalis; ir sąveikauja per šią matricą daugybe sudėtingų ir kartais neatsekamų būdų. Socialinis konstruktyvizmas siūlo, kad sveikatos ir ligos aspektai, kuriuos normatyvistai nuosekliausiai ir sėkmingiausiai pabrėžė ir kuriuos turėtume priimti, tokie kaip jų santykis su vertybe, gydymu ir medicinos raida, yra matrica, o liga ir sveikata yra jos dalis. Šios sąvokos neišsirutuliojo izoliacijoje, bet kartu su medicinos raida, medicinos mokslu ir socialines sveikatos rūpybos organizacija. Taigi socialinis konstruktyvizmas gali paaiškinti normatyvistinių įžvalgų patrauklumą.

Normatyvistai šias įžvalgas laiko reduktyvaus ligos apibrėžimo įrodymu. Tačiau socialinis konstruktyvizmas paneigia tokius reduktyvius apibrėžimus: ligos ir sveikatos sąvokų įterptumas paremia teiginį, kad mūsų vertybės, nuostatos, socialiniai procesai ir institucijos turi įtakos mūsų vartojamoms sąvokoms, t. y., kaip suprantame ligą ir sveikatą, bet jis taip pat paremia teiginį, kad šios sąvokos savo ruožtu veikia mūsų vertybes, nuostatas, socialinius procesus ir institucijas. Tokie kilpos efektai neparemia reduktyvaus normatyvistinio ligos ir sveikatos apibrėžimo vertybių terminais ir *vice versa*. Taigi socialinis konstruktyvizmas suteikia normatyvistinių įžvalgų paaiškinimą ne pasiūlant sveikatos ir ligos supratimą, bet pateikiant platesnį supratimą, kaip vystosi sąvokos ir visuomenė” (Kingma: 2012, 52).

Socialinį konstruktyvizmą reikėtų skirti nuo normatyvizmo, nes pirmasis pasiūlo vertingą būdą ligos ir sveikatos sąvokų bei socialinių ir vertybinių motyvų santykį suprasti ne kaip redukcijos, bet kaip įterptumo santykį. Konstruktyvizmą ir normatyvizmą sieja bendras teiginys, kad ligos ir sveikumo sąvokos yra įtakotos vertybinių nuostatų. Tačiau konstruktyvizmas neįsipareigoja tolesniam normatyvizmo teiginiui, kad sveikata ir liga turėtų būti ir apibrėžiamos *vertybiniais* terminais. Kitaip tariant, „normatyvistai yra įsipareigoję tam tikrai ligos sampratai, o konstruktyvistai apsiriboja teiginiu, kad bet kokios ligos ir sveikumo sampratos nėra neišvengiamos, bet yra „kontingentinis socioistorinių procesų rezultatas ir tuo pačiu jų atspindys” (Kingma: 2012, 54).

Teiginys, kad psichikos sutrikimas yra smegenų sutrikimas, nereiškia, kad psichikos sutrikimas yra natūrali rūšis, apibrėžiama per būtinas ir pakankamas sąlygas ir niekaip neveikiama vertybinių nuostatų. Biomedicininė psichikos sutrikimo samprata gali apimti realizmo poziciją dėl simptomų tinklo egzistavimo, t. y. kad egzistuoja kauzalinių mechanizmų tarpusavyje susieti simptomai, kuriuos sukelia išorinės arba vidinės jėgos (t. y. psichikos sutrikimus gali sukelti ir trauminės patirtys, ir pažeidimai

organizme) ir socialinio konstruktyvizmo poziciją dėl simptomų tinklų klasifikavimo kaip psichikos sutrikimų, t. y., galima sau neprieštaraujanti pozicija, kuri simptomų tinklus laiko realiai egzistuojančiais, bet skirtį tarp pataloginių ir nepatologinių simptomų tinklų laiko socialiai sukonstruota.

Toks psichikos sutrikimo aiškinimas gali būti atsakas biomedicininės psichiatrijos paradigmos kritikams ir užbaigti normatyvizmo-natūralizmo ginčą dėl psichiatrijos objekto. Toks supratimas nėra nei naujas, nei netikėtas, greičiau savaime aiškus daugumai biomedicininės psichiatrijos atstovų. Tačiau kyla klausimas, kodėl psichiatrijos disciplina turi nuolat įrodinėti savo kaip medicinos mokslo statusą ir jos objekto realų egzistavimą, jei toks pat normatyvizmo-natūralizmo ginčas vyksta dėl ligos ir sveikatos sąvokų, taigi apima visą medicinos sferą? Problema kyla ne ontologiniame, bet politiniame lygmenyje. Nepasitenkinimas kyla, nes susikerta skirtingų disciplinų – psichiatrijos, psichologijos, sociologijos, socialinio darbo ir filosofijos – interesai.

3.2. Tyrimų srities kriterijus (RDoC): biologinės paradigmos atnaujinimas

Precizinės psichiatrijos šalininkai atsisako DSM diagnozių. Vietoj jų, 2013 m. JAV Nacionalinio psichikos sveikatos institutas (NIMH), vadovaujamas Thomo Inselo, pasiūlė Tyrimų srities kriterijų (Research Domain Criteria) – naują diagnostavimo standartą. Jo tikslas yra nustatyti smegenų mechanizmus, kurie paaiškintų psichikos sutrikimų priežastis ir įgalintų prognozuoti reakciją į gydymą ir jo pasekmes (Insel et al.: 2010; Casey et al.: 2013). RDoC iniciatyva jos rengėjų yra pristatoma kaip NIMH pastanga skatinti tarpdisciplininio psichopatologijos mokslo, kuris susideda iš dimensinių konstruktyvų, integruojančių psichologijos ir biologijos elementus, ypatingai genetiką ir neuromokslą, raidą. Kaip darbinę hipotezę RDoC priėmė, kad psichikos sutrikimų priežastis yra sutrikusios smegenų nervinės grandinės ir kad tinkama diagnostavimo ir gydymo prieiga turi nustatyti šias grandines bei atrasti, kaip jas keisti, siekiant geriausių gydymo rezultatų (Schultz: 2018, 610). RDoC iniciatyva nėra klasifikacijos sistema tradicine prasme, bet tyrimo tikslais siekiama sukurti tokią klasifikacijos sistemą, kuri būtų paremta „galimo stebėti elgesio ir neurobiologinių matavimų dimensijomis“ (Kozak: 2016, 288).

2013 m. Thomas Inselas paskelbė, kad NIMH daugiau nefinansuos projektų, tyrinėjančių DSM diagnozes. Vietoj DSM kategorijų, RDoC gaires atitinkantys tyrimai turės naudoti iš kognityvinių ir elgesio neuromokslų išvestus konstruktyvus, kurių, tikimasi, bet dar neįrodyta, etiologiją būtų lengviau atsekti nei DSM kategorijų (Cuthbert, Kozak: 2013). Tokie tyrimai turėtų susieti neurologinius konstruktyvus su neurokognityviniais koreliatais ir galiausiai – su psichikos negaliomis. Šiuos neurobiologinius konstruktyvus Inselas apibūdina kaip „smegenų grandines“ (Insel: 2013), kurios yra kuriamos RDoC matricos esmė. „Psichikos „sistemas“, tokios kaip „stipri grėsmė“ ar „atlygis“, yra išdėstytos matricos eilutėse ir persidengia su stulpeliuose išdėstytais „analizės vienetais“. Šie „analizės

vienetai” yra genai, molekulės, ląstelės, grandinės, fiziologija, elgesys, pirmo asmens raportai ir paradigmos (neurokognityviniai testai). Matricos langeliai turėtų kategorizuoti ir pagreitinti naujus tyrimus” (Lieblich et al.: 2015, 49).

Nepavykusius bandymus pagrįsti pamatinę biomedicininės psichiatrijos prielaidą apie psichikos ir smegenų sutrikimų tapatumą ir nustatyti jų etiologiją, RDoC rengėjai aiškina tuo, kad DSM kategorijos yra tik hipotetiniai konstruktai, kurie nepagrįstai buvo reifikuoti kaip realiai egzistuojančios ligos (Kozak: 2016, 287). Taigi psichiatrijoje nepavyko padaryti pažangos aiškinant psichikos sutrikimus, nes daugelis bandymų suprasti psichikos negalavimo biologiją buvo klaidingai nukreipti į netikrus diagnostinius esinius. RDoC iniciatyva skatina vykdyti mokslinius tyrimus, kaip išeities tašką pasitelkiant psichologinius konstruktus, o ne diagnozes, ir susiejant funkcinius sutrikimus su klinikinėmis problemomis (Hamm: 2017, 169). Manoma, kad tyrinėjant psichologines funkcijas (pvz. atmintį, mokymąsi, emocijas), bus galima paaiškinti ir psichikos sutrikimus. Perėjimas nuo tradicinių diagnostinių kategorijų prie siauresnių psichologinių ir biologinių konstrukto turėtų sudaryti sąlygas kurti objektyvią, moksliskai pagrįstą, visiškai depolitizuotą klasifikacijos sistemą. Nauja psichikos sutrikimų tyrimų strategija, jos šalininkų teigimu, išvengia redukcionizmo ir siūlo tarpdisciplinišką prieigą, nes pasisako už psichologijos ir biologijos integraciją psichikos tyrimuose (Hamm: 2017, 167).

Skirtingai nuo DSM, RDoC iniciatyva vietoj diagnostinių kategorijų taiko dimensinį modelį, kuris padeda išvengti kritikos dėl klasifikacijos sistemos arbitralumo brėžiant skirtį tarp normalios ir sutrikusios psichikos. RDoC nustatė penkias sferas, atspindinčias smegenų sritis, kurių funkcionavimas gali būti sutrikęs skirtingu laipsniu skirtinguose psichikos sutrikimuose. Tradiciniame, iš kategorijų sudarytame psichiatriniam modelyje, atskirų klinikinių esinių diagnozė yra paremta prielaida, kad egzistuoja kokybinis skirtumas tarp normalios ir nenormalios būsenos. Įkvėpti įvairių tyrimų rezultatų, rodančių, kad psichikos sutrikimai yra geriau reprezentuojami dimensiniame modelyje, jo šalininkai teigė, kad medikai laikosi diagnostinių kategorijų, remdamiesi greičiau tradicija ir nuomone, nei moksliniais įrodymais (Clark: 2005, Livesley: 2012; cit. iš Zachar, Kendler: 2017: 51). RDoC atsisako pastangų rasti biomarkerius arbitraliai nustatytoms diagnostinėms kategorijoms. Vietoj to, siekiama išplėtoti tarpinius, psichologinius ir biologinius elementus integruojančius konstruktus, kurie gali padėti paaiškinti biopsichologines kliniškes problemas.

Reikšmingas skirtumas tarp RDoC ir DSM yra subjektyviam patyrimui skiriama reikšmė. Vietoj to, kad remtųsi elgesio stebėjimu ir pirmo asmens raportais apie išgyvenamas patirtis, RDoC įsipareigoja psichikos sutrikimų nustatymui rasti neurocheminius ir kitus markerius. Siekiant padidinti genetikos ir neuromokslo indėlį į psichiatriją, RDoC iniciatyva biologinius matavimus laiko tokiais pat svarbiais psichikos funkcionavimo tyrimams, kaip ir elgesio stebėjimo ir pirmo asmens raporto duomenis. Toks požiūris į konstrukto formulavimą reiškia, kad bet kokios konkrečios dimensijos matavimai – ar

fiziologinės, ar elgesio, ar verbalinės – neturi jokio a priori teorinio precedento kitų dimensijų atžvilgiu apibrėžiant ar matuojant konstrukta. Visos matavimų klasės yra potencialiai reikšmingos analizuojant konstrukto vaidmenį ir jų funkcionavimą (Kozak: 2016, 292).

Ši RDoC pozicija dar labiau atskiria biologinį modelį nuo subjektyvistinės tradicijos, kuri subjektyvią patirtį ir elgesį laiko pirminiais siekiant suprasti asmens psichinę būklę. Subjektyvistinėje tradicijoje, pavyzdžiui, užtektų stebėti asmens elgesį ir įsiklausyti į jo žodžius, kad suprastum jį jaučiant baimę. RDoC šie duomenys būtų nepakankami: reikėtų atlikti įvairius biologinius matavimus ir jų reikšmę vertinant būtų lygi pirmo asmens duomenims. Kitaip tariant, RDoC žymi radikalų posūkį nuo fenomenologinio modelio link neurologija ir neurobiologija grįstos psichiatrijos, siekiant nustatyti grindžiančią psichikos sutrikimo priežastį. Remiantis prielaida, kad psichikos sutrikimai yra sutrikusių smegenų mechanizmų pasekmė, juos nustatyti ir paaiškinti siekiama tyrinėjant smegenis, o ne klausantis paciento.

3.3. Tyrimų srities kriterijaus kritika

Nors RDoC yra pristatomas kaip neredukcionistinis, biologiją ir psichologiją integruojantis projektas, jis neišvengia kritikos. Pirmia, RDoC kritikuojamas dėl nesugebėjimo reflektuoti savo ontologinių prielaidų. RDoC „išlieka tariamai pozityvistiniu projektu tiek, kiek paciento subjektyvi patirtis yra suobjektinama ir, kodifikuojant ją kaip simptomą, padaroma bendrine arba suvaržoma detalizuotų klausimynų ir subordinuojama elgesio matavimams. Jis yra tik tariamai pozityvistinis, nes, nepaisant empirinių tyrimo būdų, disciplinos pamatinis akmuo iš tiesų yra metafizinis, paremtas ontologiniais teiginiais, kad tam tikri mąstymo ir elgesio šablonai reprezentuoja esinius, vadinamus „psichikos ligomis“ (Lieblich et al.: 2015, 770).

Antra, RDoC siekis neuromokslą padaryti psichiatrijos pagrindu yra kritikuojamas kaip redukcionistinis, nesiekiantis platesnio psichikos sutrikimų paaiškinimo. Projektas yra paremtas teiginiu, kad smegenų grandinės yra pamatiniai sąmonės vienetai, o tai užkerta kelią kitoms filosofinėms pozicijoms (Lieblich et al.: 2015, 771). Siekis ieškoti psichikos sutrikimų priežasčių smegenų grandinėse nežada fenomenologinio šių sutrikimų supratimo, t. y. supratimo apie disfunkciją smegenų grandinėse RDoC nesiekia sugrąžinti į pacientų patirties supratimą, paaiškinti jiems, kaip sutrikimas kilo jų patirties kontekste (ten pat). Susitelkimas tik į biologijos ir psichologijos integravimą yra redukcionistinis, nes atmeta kitas disciplinas, kurios siūlo kitas perspektyvas ir priežastingumo modelius.

Trečia, RDoC kritikuojamas dėl neatlikto konceptualinio darbo. RDoC nedetalizuoja, kas yra klinikiniai reiškiniai, kuriuos mokslininkai turėtų tyrinėti, tik pažymi, kad jie turi būti „siauresni, nei dauguma tradicinių diagnostinių konceptų“ (Kozak: 2016, 288). Taip pat nėra apibrėžtas esminis RDoC

konceptas – „smegenų grandinė”. Pažymima, kad „projektui progresuojant, bus reikalingas labiau tenkinantis „grandinės” apibrėžimas (ten pat). Tam, kad tyrimai turėtų gerą konceptualinį pagrindą, būtina aiškiai apibrėžti konceptus. Tik tokiu būdu galime kelti teisingus klausimus ir kurti geriausią metodologiją, skirtą į juos atsakyti. Taigi tyrimų grupės šioje srityje turėtų įtraukti ne tik neuromokslininkus, bet ir tyrėjus, kurie yra susipažinę su klinikinėmis ir konceptualinėmis problemomis, kad rezultatai būtų naudingesni (Telles-Correia: 2018, 801).

Galiausiai, buvęs NIMH vadovas, RDoC kūrėjas Thomas Inselas 2017 m. interviu pripažino, kad biomarkerių paieškos nedavė naudos psichiatrijos praktikai: „NIMH praleidau 13 metų, stumdamas psichikos sutrikimų neuromokslą ir genetiką, ir kai pasižiūriu atgal, suprantu, kad, nors pavyko pasirūpinti, jog būtų išleista daugybė tikrai šaunių, šaunių mokslininkų straipsnių už gana didelę kainą – manau, 20 milijonų dolerių, – nemanau, kad pasistūmėjome į priekį siekiant sumažinti savižudybių, hospitalizacijų skaičių, pagerinti dešimčių milijonų žmonių, sergančių psichikos ligomis, gijimą” (Insel: 2017).

4. Biomedicinos ir biopolitikos sankirtos

RDoC yra tik viena iš galimų precizinės psichiatrijos atstovų pasiūlytų gairių. Precizinė psichiatrija siekia įgyvendinti tai, ko nepavyko pasiekti remiantis DSM diagnozėmis. Ši prieiga taip pat integruoja geriausias biologinės, biopsichosocialinės ir pliuralistinės paradigmos savybes, siekiant visapusiško psichikos sutrikimų supratimo. Tačiau dėl smegenų sutrikimo sampratos ir dėl susitelkimo į neurobiologinio sutrikimų pagrindo paiešką precizinei psichiatrijai yra skiriama ta pati kritika kaip ir biologinei paradigmai, pridedant argumentus, kodėl precizinės medicinos modelis nėra tinkamas psichiatrijai. Ištikus paradigmos krizei svarstomi du keliai – toliau laikytis DSM klasifikacijos, tapatinti sutrikimus su simptomų rinkiniais ir remtis pirmo asmens duomenimis bei elgesio stebėjimu arba atsisakyti nepagrįstos klasifikacijos ir siekti psichiatrijos ir neurologijos integracijos per klinikinius neuromokslus, tikintis nustatyti smegenų funkcijų sutrikimų priežastis. Teigi, kad precizinė psichiatrija yra geriausia esama prieiga psichikos sutrikimų supratimui ir gydymui. Šios prieigos tinkamumą grindžiu tuo, kad galima atmesti pagrindinius jos kritikų argumentus paliekant tik vieną – klaidinančio diskurso – nesunkiai pataisomą parodant, kad precizinėje psichiatrijoje egzistuoja ir kitoks, realesnes jos galimybes pateikiantis požiūris.

4.1. Subjektyvios patirties argumentas

Subjektyvistinės prieigos šalininkai pasisako prieš psichiatrijos ir neurologijos integraciją, nes psichiatrijos objekto subjektyvios patirties dėmuo išskiria ją iš kitų medicinos disciplinų. Psichiatras Kennethas Kendleris disciplinos išskirtinumu ir problema laiko tai, kad ji remiasi pacientų žodiniiais

raportais apie jų subjektyvias patirtis: „Mūsų, kaip medicinos disciplinos, pagrindinis tikslas yra žmonių kančios, kylančios iš disfunkcinių pakitimų tam tikrose pirmo asmens, subjektyvios patirties sferose, tokiose kaip nuotaika, jauslinis suvokimas ir kognicija, palengvinimas. Mūsų nozologinės konstrukcijos didžiąja dalimi yra sudarytos iš pirmo asmens patirčių aprašymų (pvz. liūdnos nuotaikos, haliucinacijų ar iracionalių baimių). Klinikinis psichiatrijos darbas nuolatos iš mūsų reikalauja vertinti ir interpretuoti mūsų pacientų pirmo asmens raportus. Daugelis mūsų gydomų simptomų gali būti įvertinti tik klausiant pacientų apie jų subjektyvias patirtis“ (Kendler: 2005, 433).

Neuromokslininkas Jonathanas Roiseris teigia, kad psichiatrijos ir neuromokslo nepavyksta sugretinti, nes psichiatrijoje susiduriama su sąmonės „hard“ problema: „Atotrūkis tarp modernių neuromokslo tyrimų ir psichikos sveikatos praktikos iš dalies atspindi neišspręstą sąmonės „hard“ problemą: kaip smegenys generuoja patyrimą?.. Geras mokslas (įskaitant medicinos mokslą) reikalauja patikimų matavimų ir neuromokslas užsiima tuo, ką galima objektyviai išmatuoti smegenų lygmenyje. <...> Priešingai, klinikinė psichikos sveikatos problemų charakteristika <...> yra paremta simptomais, kurių dauguma egzistuoja tik subjektyviai” (Roiser, 2015: 284–285).

Atsakant į argumentus, kodėl psichikos sutrikimų supratimui neužtenka į neurologiją orientuotos psichiatrijos, pirmiausia reikia pabrėžti skirtį tarp psichiatrijos ir sąmonės filosofijos. Sąmonės „hard“ problema psichiatrijai nėra reikšminga.

Davidas Chalmersas sąmonės filosofijoje naujai iškėlė sąmonės-kūno problemą ją padalindamas į „easy“ ir „hard“ sąmonės problemas. Dvi problemos atitinka Chalmerso pasiūlytą konceptualią skirtį tarp fenomenalios sąmonės ir psichologinės sąmonės. Psichologinė sąmonės samprata apima kauzalius procesus, kurie dalyvauja sukeliant ir reguliuojant elgesį (jauslinio suvokimo vertinimus, nevalingus ir valingus veiksmus, kalbos aktus). Fenomenali sąmonės samprata apima subjektyvią patirties kokybę. Ją apibūdinamas Chalmersas remiasi Thomo Nagelo (1974), Franko Jacksono (1982) kritika fizikalizmui, esą jis nesugeba paaiškinti patyrimą lydinčios subjektyvios kokybės, kitaip vadinamos *qualia*. Jusliškai suvokiant, mąstant smegenyse pasireiškia įvairūs kauzaliniai procesai. Tačiau šie procesai dažnai yra lydimi pirmo asmens fenomenalaus jausmo, sąmoningumo, išreiškiančio „kaip kažkas yra subjektui“ (Nagel: 1974). Fenomenali sąmonė nepasiduoda psichologijoje įprastam funkciniam aiškinimui. Fizikalistinės teorijos nesugeba paaiškinti sąmonės fenomeno fizikinėmis sąvokomis, todėl Chalmersas renkasi dualistinę poziciją, pagal kurią sąmonė (fenomenų pasaulis) yra ontologiškai skirtinga nuo kūno (fizinio pasaulio) ir juos sieja psichofiziniai dėsniai, pagal kuriuos fenomenalios savybės kyla iš fizinių savybių (Chalmers: 1996, 87). Skirtis tarp fizinio ir fenomenalaus įvardijama ir kaip skirtis tarp trečio ir pirmo asmens duomenų (Chalmers: 2004).

Trečio asmens duomenys yra informacija, kurią gali rinkti tikslieji ir gamtos mokslai, atlikdami elgsenos ir nervų sistemos reiškinių stebėjimus, tyrimus, skaičiavimus. Pirmo asmens duomenis sudaro

subjektyvūs fenomenai, prieinami tik iš pirmo asmens perspektyvos taip, kaip jie yra subjektui. Tačiau lieka atviras klausimas, ar egzistuoja subjektyvų patyrimą lydinti kokybė, *qualia*. Sąmonės „hard“ problema yra pirmo asmens duomenų paaiškinimas, o „easy“ sąmonės problema – trečio asmens duomenų paaiškinimas.

Filosofas Hane Maung teigia, kad psichiatrijos diskurse sąmonės-kūno problema yra neteisingai suprantama, nes nedaroma konceptuali skirtis tarp dviejų sąmonės aspektų. „Hard“ problema neturi rūpėti psichiatrams, nes ji neturi įtakos psichikos sutrikimų ar terapeutinių intervencijų raidą grindžiančių kauzalinių procesų supratimui” (Maung: 2018, 60). Psichiatrijai svarbu paaiškinti tik trečio asmens duomenis arba psichologinę sąmonę, t. y. tai, kas susiję su elgesio priežastimis, o ne fenomenalią sąmonę arba *qualia*, kuri neturi priežastinio ryšio su fiziniu pasauliu. Maungas laikosi epifenomenalizmo *qualia* atžvilgiu, t. y. pažiūros, kad tam tikros subjektyvios patyrimo kokybės neturi jokios įtakos fiziniam pasauliui ir yra suprastinos kaip šalutinis smegenyse vykstančių procesų produktas (ten pat). Taigi *qualia* neturi jokios įtakos mūsų elgesiui ir todėl nėra susijusi su psichiatrija, kuri užsiima sutrikusio elgesio aiškinimu.

Kodėl yra teigiama, kad subjektyvus patyrimas yra iššūkis psichiatrijai? Maungo nuomone, to priežastis yra fenomenalios ir psichologinės sąmonės koncepcijų suliejimas, kuris kelia sumaištį dėl sąmonės-kūno problemos psichiatrijoje (Maung: 2018, 60). Fenomenali ir psichologinė sąmonės sampratos dažnai yra suliejamos, nes įprastai jos pasireiškia kartu (Chalmers: 1996, 17, cit. iš Maung, 2018: 60). Pavyzdžiui, psichologinė skausmo būseną, kuri kyla iš kūno sužeidimo ir sukelia vengimo reakcijas, dažniausiai yra lydimas fenomenalaus skausmo pojūčio. „Skausmas” gali reikšti tam tikrą psichologinę būklę, kuri įprastai kyla iš realaus arba potencialaus kūno sužeidimo, sukeliančio vengimo reakcijas, žodinius raportus, tokius kaip „man skauda”, padidėjusią simpatinės nervų sistemos veiklą ir t.t. Tačiau „skausmas” taip pat gali reikšti fenomenalią kokybę, kuri lydi psichologinę būseną. Nors jos ir linkusios pasireikšti kartu, svarbu suprasti, kad egzistuoja konceptuali skirtis. Psichologinę sąmonės sampratą taikome, kai domimės elgesio kauzacija ir paaiškinimu, o fenomenalią sąmonės sampratą taikome, kai domimės subjektyvia patyrimo kokybe (Maung: 2018, 62). Maungas įrodinėja, kad kalbėdamas apie pacientų subjektyvių patirčių supratimo problemą, Kendleris klaidingai sulieja šias dvi koncepcijas (ten pat).

Kendleris teigia, kad psichiatrijos diagnozės didžiąja dalimi yra sudarytos iš pirmo asmens patirčių aprašymų ir kaip pavyzdžius nurodo liūdną nuotaiką, haliucinacijas ir iracionalias baimes (Kendler: 2005, 433). Maungas sutinka, kad nuotaika „turi fenomenalų aspektą“ (Maung: 2018, 63), bet kognicija esanti psichologinė sąvoka, nurodanti į informacijos apdorojimo procesus, kurie sukelia elgesį. Jo nuomone, Kendleris sulieja psichologinę ir fenomenalią sampratas į vieną, teigdamas, kad pirmo asmens fenomenas pasaulyje veikia priežastiniais ryšiais (Kendler: 2005, 434). Kendleris pamini pažeminimo vaidmenį psichikos sutrikimo etiologijoje, bet kartu teigia, kad „pažeminimas ir netektis

yra klasikinės, subjektyvios pirmo asmens patirtys” (Kendler: 2005, 436). Pasak Maungo, Kendleris painioja dvi „pažeminimo” termino reikšmes: „pažeminimas”, kaip ir „skausmas”, gali reikšti subjektyvią patirtį su tam tikra fenomenalia kokybe, bet ji taip pat gali reikšti psichologinę būseną, charakterizuojamą jos kauzalinio vaidmens įvairiai paveikiant elgesį, atsakant į tam tikras socialines situacijas. Nors šios reikšmės linkusios pasireikšti kartu, bent konceptualiai jas galima atskirti. Viena gali charakterizuoti kauzalinę mentalinio proceso rolę, be reikalo prikelti su ja susijusią fenomenalią savybę ir *vice versa*” (Maung: 2018, 63).

Nors Maungas pripažįsta, kad nuotaika turi fenomenalų aspektą, bet įrodinėja, kad ir čia reikia taikyti konceptualią psichologinės ir fenomenalios sąmonės skirtį: „Toks simptomo aprašymas, kaip „depresyvi nuotaika” iš tiesų gali būti siejamas su fenomenalia kokybe, kuri yra patiriama subjektyviai, bet jis taip pat žymi psichologinę būseną, kuri sukelia ašaringumą, bjaurėjimąsi veikla ir žodinių raportą „jaučiuosi prislėgtas”. Psichologinė būklė yra *explanandum*, kai siekiama charakterizuoti depresyvią nuotaiką biologiniais terminais, nes psichologinė būseną yra kauzaliai atsakinga už stebimo elgesio sukėlimą ir reikšmingą žodinių raportą. Taigi asmens raportuojamų simptomų atitaikymas pamatuojamiems procesams nerviniame lygmenyje iš tiesų yra „easy” problema. Tai yra užduotis nustatyti, kokie nerviniai mechanizmai grindžia psichologines būsenas, kurios atlieka priežastinį vaidmenį kylant reikšmingiems elgsenos sindromams. Siekiant šio tikslo nėra būtina atsakyti į metafizinį klausimą, kodėl nerviniai mechanizmai yra lydimi fenomenalių kokybių” (Maung: 2013, 66). Pagal šią poziciją, norint teisingai suprasti „hard“ problemą, būtina kiekvienu atveju atsižvelgti į konceptualinę psichologinės ir fenomenalios sąmonės skirtį. Tai, kas priskiriama fenomenaliai sąmonei, neturi priežastinių ryšių su fiziniu pasauliu, todėl nėra iššūkis psichiatrijai.

Sąmonės „easy“ problema yra bendra filosofijai ir psichiatrijai. Precizinė psichiatrija tapo pamanoma, atsiradus biologiniams sąmonės tyrimų būdams. Iki Bernardo Baarso, sąmonės klausimą dauguma griežtų eksperimentinės psichologijos šalininkų laikė tabu, nes manyta, kad šios problemos negalima tyrinėti moksliskai (Kandel: 2018, 236). Baarso atstovaujama globalios neuroninės darbinės erdvės teorija teigia, kad sąmonė apima anksčiau nesąmoninga buvusios informacijos plačiai sklindančią transliaciją po smegenų žievę. Pagal šią teoriją, darbinę erdvę sudaro sistema nervinių grandinių, besidriekiančių nuo smegenų kamieno iki talamo ir nuo jo iki smegenų žievės. Ši teorija sintezavo sąmoningo juslinio patyrimo psichologiją ir smegenų mokslą apie nervinių signalų transliavimą. Psichologinis modelis buvo išplėstas į biologinį ir taip pavyko nustatyti, kad sąmoningą būseną patiriame, kai paskirstytas nervinių grandinių rinkinys parenka tam tikrą informacijos kiekį, jį sustiprina ir ima transliuoti į smegenų žievę. Baarso ir Dehaene'o atradimai rodo, kad esama dviejų būdų mąstyti apie dalykus: nesąmoningas, apimantis juslinį suvokimą, ir sąmoningas, apimantis suvoktos informacijos transliavimą (Kandel: 2018, 236–237).

Neseniai tyrimais buvo patvirtinta Williamo James'o teorija, kad ne tik smegenys komunikuoja su kūnu, bet ir kūnas komunikuoja su smegenimis. Buvo parodyta, kad sąmoningas emocijų patyrimas įvyksta po kūno fiziologinio atsako. Taip pat nustatyta, kad smegenys veikia net ir negaudamos sensorinių stimulų arba juos blokuodamos ir vietoj to žaisdama su jos sugeneruotomis idėjomis, t. y., smegenys nepriima naujų sensorinių stimulų, kai esame susikaupę ties savo mintimis. Tai reiškia, kad smegenys nėra tik mašina, gaunanti sensorinę įvestį ir generuojanti išvestį kaip atsaką, bet geba generuoti idėjas, mintis be išorinio stimulo (ten pat). Nors nėra žinoma, kaip smegenyse kyla sąmonė, kaip smegenys koduoja sąmonės turinį, ir pirmo asmens duomenys lieka neprieinami, tačiau psichiatrija jau gali remtis nauja sąmonės biologija aiškindama smegenų veiklą ir jų sutrikimus bei parinkdama tinkamiausius gydymo būdus.

4.2. Žodinio raporto argumentas

Precizinė psichiatrija kritikuojama dėl neįsiklausymo į pacientą, pirmo asmens duomenų nuvertinimo (Kozak: 2016, 292). Pavyzdžiui, RDoC biologinius matavimus laiko tokiais pat svarbiais psichikos funkcionavimo tyrimams, kaip ir elgesio stebėjimo ir pirmo asmens raporto duomenis. Siekiant nustatyti smegenų sutrikimo priežastis neužtenka klausytis ir stebėti pacientą: reikia nustatyti veikiančius nervinius mechanizmus. Kognityvinės psichologijos ir neuromokslų metodais atliekamuose sąmonės tyrimuose pirmo asmens duomenys nėra patikimi ir gali iškreipti eksperimentų rezultatus, todėl siekiama taikyti matavimus, kuriems pirmo asmens duomenų nereikėtų.

Iki šiol nėra būdo patikimai atskirti sąmoningą būklę nuo nesąmoningos, nesama visuotinai priimtų sąmonės koreliatų (Cobb: 2021, 353). Susiduriama su problema, kaip patikimai matuoti sąmoningą veiklą, kad matavimų neiškreiptų nerelevantiški eksperimento aspektai (tokie kaip kalbėjimas arba mygtuko nuspaudimas). Siekiama taikyti matavimus, kuriems nereikėtų pirmo asmens duomenų, eksperimento dalyvio pranešimo apie jo sąmonės turinį. Smegenų bangų tyrimo metodas elektroencefalografija (EEG) ir funkcinio magnetinio rezonanso tomografija (fMRI) „negali mums tiesiogiai pasakyti, ką daro neuronai, tad geriausiu atveju tai bus nervinių sąmonės koreliatų koreliatas. Tai patenkintų medikus, bet ne filosofus“ (ten pat). Neurologinį sąmonės pagrindą tikimasi nustatyti patobulėjus smegenų tyrimų technikai.

Nors materialistinių sąmonės teorijų dar nepavyko pagrįsti, bet alternatyvus dualistinis požiūris neuromoksluose nėra populiarus, nes tariamai nematerialiai substancijai empiriniai tyrimai nėra pritaikomi. „Chalmersas yra vienas iš šiuolaikinių filosofų, kurie laikosi nematerialistinių sąmonės aiškinimų, teigdamas, kad sąmonė nepaklūsta visatos fizikiniams dėsniams ir kad nauji fizikos dėsniai bus būtini norint ją suprasti. Tokia galimybė negali būti logiškai atmetama, bet šiuo metu nėra jokios priežasties remti šį požiūrį, išskyrus frustraciją dėl dabartinio sutrikimo ir kažko naujo troškimo. Tam,

kad mokslininkai apleistų materialistinę prieigą, kuri mus taip toli nuvedė, ir kuri suteikia mums eksperimentinius įrankius tyrinėti sąmonę, mums reikėtų daug stipresnės motyvacijos, pvz. nepaaiškinamų eksperimentų rezultatų, kurie prieštarautų darbinei materialistinei hipotezei. Tokių duomenų nėra“ (Cobb: 2021, 359–360).

Tam, kad būtų galima spręsti sąmonės „easy“ problemą ir susieti asmens psichologinę būseną su nerviniais mechanizmais, reikia turėti patikimus tiek trečio, tiek pirmo asmens duomenis, t. y. reikia žinoti, ko ieškoti smegenyse. Dauguma psichiatrijos diagnozių apima simptomus, susijusius su subjektyviomis patirtimis, kurie nustatomi remiantis paciento žodžiais apie savo psichologinę būseną. Aprašydamas sąmonės mokslo projektą, t. y. kaip turėtų būti nustatyti fenomenalų ir fizinį pasaulį jungiantys dėsniai, Chalmersas pabrėžė vieną būtiną prielaidą: norint nustatyti koreliaciją tarp pirmo ir trečio asmens duomenų, reikia turėti patikimus pirmo asmens duomenis. „Jei yra pozityvi priežastis manyti, kad subjekto raportas gali būti nepatikimas, tuomet tyrėjas suspenduos savąjį raporto vertinimą. Bet nesant tokios priežasties, tyrėjai laikys subjekto raportą apie sąmoningą patirtį gera priežastimi manyti, kad subjektas turi tokią sąmoningą patirtį, apie kurią jis raportuoja“ (Chalmers: 2004, 14). Deja, psichiatrijoje kiekvieno žodinio raporto atveju yra pagrindo juo nepasitikėti, taigi atsisakyti jį vertinti. Tokiam nepasitikėjimui pateikiu keturias priežastis.

Pirma, paciento psichologinė būklė gali kliudyti jam išreikšti tai, ką jis patiria. Psichiatrijoje tai gali būti dažnas atvejis, kai kreipiamasi su labai neįprastomis patirtimis ar esant tokiai būklei, kai sunku komunikuoti ir suvokti aplinką.

Antra, nepasitikėti surenkamais pirmo asmens duomenimis psichiatrijoje verčia galima gautos psichiatrijos diagnozės teikiama nauda. Pacientas gali sąmoningai pateikti klaidinančią informaciją apie savo būseną, norėdamas gauti atleidimą nuo bausmės už įvykdytą nusikaltimą, sveikatos draudimo išmokas, socialinę paramą, receptų psichotropiniams vaistams, nemokamą gyvenamąją vietą psichiatrijos ligoninėje, akademinės atostogas, dėmesio ir kt. Diagnozuodami psichikos sutrikimus psichiatrai turi atlikti būtinas procedūras analizuodami socialinius, kultūrinius, psichologinius, biografinius ir kitus faktorius, bet jau pačiame DSM nurodyta, kad gydymas turi būti teikiamas, net jei asmens būklė neatitinka visų diagnozei reikalingų simptomų, tačiau asmeniui yra reikalinga. Situaciją iliustruoja translyčių atvejis: asmenys, norėję lyties keitimo operacijos, anksčiau buvo linkę būti diagnozuojami kaip turintys „lyties disforijos“ sutrikimą, jei tik tokia diagnozė jiems galėjo suteikti šios operacijos galimybę (Church: 2004, 509). Tačiau translyčių asmenų grupėms pasipriešinus „lyties disforijos“ kaip sutrikimo traktavimui, teigiant, kad jų būklė turėtų būti suvokiama kaip normali žmogaus variacija, ši nuostata naujajame DSM-5 leidime buvo pakeista. Galima ir priešinga priežastis pateikti klaidinantį žodinį raportą: nenoras būti diagnozuotam bijant medikalizacijos, su psichikos sutrikimais siejamos stigmos, grėsmės prarasti darbą, santykius ir pan.

Trečia, net jei pacientas geba sąmoningai ir sąžiningai nusakyti savo psichologinę būseną, ji gali būti tokia neįprasta, kad psichiatras nesugebės jos įvertinti ir interpretuoti, nes pats nėra to patyręs. Kaip pavyzdį galima pateikti psichiatrų pastangas suprasti šizofrenijos biologiją ir jos keliamas patirtis. Šeštajame dešimtmetyje psichiatru Johnui Raymondui Smythies'ui kilo mintis sukelti laikiną šizofreniją sveikiems žmonėms pasitelkiant meskaliną. Psichiatras Humphry Osmondas sutiko išbandyti meskalino poveikį tikėdamasis, kad pora valandų galės „matyti bepročio akimis, girdėti jo ausimis ir justi jo oda“ (Osmond, Smythies: 1952, cit. iš Harrington: 2019, 171). Ši patirtis pakeitė Osmondo požiūrį į jo pacientus: jis suprato, kad šizofrenikai, kalbėdami apie matomą verdantį dangų, keistus padarus, žiūrinčius į juos iš veidrodžio ir jaučiamą supančią grėsmę, ne kliepi, ne kalba nesąmones, bet iš tiesų apibūdina pasaulį, kaip jis jiems objektyviai reiškiasi. Osmondas teigė, kad meskalinas, kaip ir LSD, atkuria pagrindinius ūmios šizofrenijos simptomus (ten pat).

Ketvirta, žodinis raportas gali būti nesąmoningai formuluojamas diagnostikos simptomais, nes žmonių supratimui apie savo subjektyvias būsenas ir jų artikuliacijai įtaką daro visuomenėje vyraujantis diskursas. „Jei drovumas gali būti medikalizuotas ir paverstas į socialinio nerimo sutrikimą arba išsiblaškytas į dėmesio trūkumo hiperaktyvumo sutrikimą, taip yra todėl, kad gyvename visuomenėje, kurioje tokie sutrikimai ir jų paaiškinimai skamba įtikinamai. <...> Kai biomedicinos teoretinio aparato kalba ima dominuoti mūsų socialinėse institucijose, nuo diagnostikos vadovų ir kompensavimo kodų, iki reklamų televizijoje ir visuomenės sąmoningumo kampanijų, pagrįsta tikėtis, kad jie taip pat turės įtakos, kaip mes apibūdiname savo psichinius gyvenimus“ (Church: 2004, 432). To pavyzdys – sėkminga socialinio nerimo reklamos kampanija, kurią primena Anne Harrington (2019), tyrinédama sutrikimo istoriją. 1999 m. farmacijos kompanija „SmithKline Beecham“ iš JAV maisto ir vaistų administracijos (FDA) gavo leidimą vaistui „Paxil“ prekiauti ne tik kaip antidepresantu, bet ir kaip vaistui nuo mažai žinomo sutrikimo, DSM klasifikacijoje pavadintu „socialine fobija“ arba „socialinio nerimo sutrikimu“. Norédama parduoti vaistus, farmacijos kompanija pirmiausia turėjo parduoti psichikos sutrikimą. Buvo sukurta reklamos kampanija „Įsivaizduok, kad esi alergiškas žmonėms“ („Imagine Being Allergic to People“). Viena iš kampanijos dalių buvo pacientų palaikymo grupės sukūrimas, pavadintos „Socialinio nerimo sutrikimo koalicija“. Reklamos kampanijos pasekmė – virš bilijono socialinio nerimo sutrikimo paminėjimų žiniasklaidoje, kur beveik visais atvejais „Paxil“ buvo paminėtas kaip vienintelis patvirtintas vaistas sutrikimui gydyti. Praėjus septyniems mėnesiams nuo vaisto paleidimo į rinką, „Paxil“ tapo vienu labiausiai atpažįstamų receptinių vaistų JAV (Harrington: 2019, 255). Kuriamas diskursas paveikia ne tik paciento žodinį raportą, bet ir psichiatro vertinimą.

Jeigu esama stipraus pagrindo nepasitikėti paciento pasakojimu apie jo subjektyvias patirtis ir nėra jokios kitos priegios prie pirmo asmens duomenų, tai rėmimasis vien elgesio stebėjimu ir raportuojamais simptomais gali lemti klaidingas psichiatrijos diagnozes ir netgi neegzistuojančių psichikos sutrikimų įtraukimą į klasifikaciją, kaip ne kartą nutiko psichiatrijos istorijoje (pvz. isterija,

daugybės asmenybės sutrikimas). Norint psichiatrijos klasifikacijai ir diagnostikai suteikti mokslinį pagrindą, reikėtų nustatyti psichikos sutrikimų etiologiją, rasti simptomų priežastis, tačiau susiduriama su problema suderinti pirmo ir trečio asmens duomenis.

Precizinės psichiatrijos kritika dėl pirmo asmens duomenų nuvertinimo nėra pagrįsta. Jie nėra nuvertinti, bet vienodai svarbiais norint suprasti psichikos sutrikimo priežastys yra laikomi ir biologiniai matavimai. Precizinės psichiatrijos pasitelkti metodai įgalina pacientus atlikti kaip niekada aktyvų vaidmenį jų psichikos sveikatos priežiūroje. Galimybė suprasti, kokie nerviniai mechanizmai sukelia sutrikimą ir kaip galima patiems stebėti ir prognozuoti jo eigą, pacientams suteiktą daugiau galios nei vien atidus psichiatro įsiklausymas: „Istoriškai sudėtingų dilemų, turinčių pasekmių gyventojų gerovei, sprendimą priimdavo nedidelė sveikatos priežiūros ekspertų grupė. Tai gali pasikeisti taikant precizinės psichiatrijos metodus. Didieji duomenys ir mašininio mokymosi metodai gali suteikti galimybių naudoti kitus duomenų šaltinius, pavyzdžiui, jutiklius nuolatiniame duomenų srauto rinkimui ir analizei. Tarp jų – vis daugiau tinklinių nešiojamųjų prietaisų, namuose esančių jutiklių ir net plačiai prieinamų išmaniųjų telefonų, kurie kartu su naujais mažo pralaidumo, artimo lauko tinklų kūrimo sprendimais leidžia nuolat nuotoliniu būdu automatizuotai stebėti pacientus. Tai padės geriau nustatyti paciento būklės pokyčius“ (Passos et al.: 2022, 24).

Svarbu aiškiai skirti psichiatrijoje atliekamus tyrimus nuo gydymo metodų. Būtent neurobiologiniai tyrimai padėjo nustatyti teigiamą terapijos poveikį, jos sukeltus pakitimus nervinėse grandinėse. Siekis nustatyti, kas vyksta smegenyse esant sutrikimui, padėjo psichiatrams suprasti pacientų žodžiais perteikiamas subjektyvias patirtis: eksperimentuojant su meskalinu pavyko atkurti ūmios šizofrenijos simptomus ir taip buvo įsitikinta, kad šizofrenija sergančių pacientų apibūdinamos patirtys nėra klaidės, bet jų smegenų generuojama tikrovė.

4.3. Redukcionizmo argumentas

Precizinės psichiatrijos požiūris į psichikos sutrikimą kaip į smegenų funkcionavimo sutrikimą yra kritikuojamas dėl redukcionizmo. „Žmonės <...> negali būti redukuoti į smegenis, nesvarbu, ar jos sutrikusios, ar ne. Žmonės yra iš esmės konstituoti biografijos ir ši biografija, kaip žmogiška patirtis, taip pat yra įkūnyta ir sociali: ji yra kūne ir aplinkoje tiek pat, kiek ji yra sąmonėje“ (Stiefel et al.: 2019, 842). Taip pat „aukštesnio lygmens reiškinių, tokių kaip subjektyvi patirtis ir psichikos sutrikimai, gali niekada nepavykti redukuoti į žemesnio lygmens mokslinius terminus (Graham: 2013, 87). Teigiama, kad „siekis ieškoti psichikos sutrikimų priežasčių smegenų grandinėse nežada fenomenologinio šių sutrikimų supratimo (Lieblich et al., 2015: 771). Susitelkimas tik į biologijos ir psichologijos integravimą yra redukcionistinis, nes atmeta kitas disciplinas, kurios siūlo kitas perspektyvas ir priežastingumo modelius.

Atsakant į redukcionizmo argumentą, pirmiausia pabrėžtinas precizinės psichiatrijos skirtumas nuo grynai biologinio modelio (toks, kaip jį pristato kritikai, praktikoje greičiausiai net neegzistuoja). Precizinė psichiatrija siekia biologinės, biopsichosocialinės ir pliuralistinės paradigmu integracijos. Biopsichosocialinis modelis, postuluojujantis biologinių, psichologinių ir socialinių faktorių integraciją į bendrą ir aiškų etiologinį naratyvą, yra šiandienos psichikos sveikatos praktikų “konvencinė išmintis” (Schultz: 2018, 607). Tačiau biopsichosocialinio modelio nauda praktikoje yra abejotina, nes nėra žinoma kaip trys skirtingi dėmenys sąveikauja, koks ryšys tarp sąmonės ir smegenų. Ši paradigma yra tokia eklektinė, kad būtų sunku ją pagrįsti arba paneigti. Tai, kad psichiatrijos praktikoje tebevyrauja siauresnis psichikos sutrikimų supratimas lėmė ir pragmatiniai sumetimai: „Sudėtingos psichikos sutrikimų realijos yra ignoruojamos, kad tilptų į vieną ar kitą schemą. Mokslininkų grupės pasisako už integraciją, bet komitetai, skiriantys finansavimą ir kadencijas remia tik tuos projektus, kurie telpa į siauras disciplinas” (Nesse: 2019, 8).

Biopsichosocialinė paradigma remiasi prielaida, kad neįmanoma suprasti psichikos sutrikimų darant dirbtinę skirtį tarp smegenų ir jų formavimuisi įtaką darančios aplinkos, tarp asmens ir jo gyvenamojo pasaulio. Teigiama, kad norint suprasti psichikos sutrikimų kilmę ir juos gydyti, būtina orientuotis ne tik į ligą, biologiją, bet į pacientą ir jį veikiančius kultūrinius, socialinius, psichologinius faktorius. Tai yra tarpinė pozicija tarp požiūrio, kad psichikos sutrikimai yra smegenų sutrikimai ir todėl neverta gilintis į kontekstą bei paciento istoriją, ir požiūrio, kad psichikos sutrikimai kyla iš sąmonės konfliktų, įtakotų ankstyvojo gyvenimo patirčių, todėl reikia aiškintis paciento prisiminimus ir su jais susijusį elgesį, kartais neatsižvelgiant į medicininius tyrimus ir gyvenimo kontekstą. Ši paradigma siūlo psichikos sutrikimo priežasčių ieškoti daugelio skirtingų faktorių sąveikoje ir atitinkamai taikyti įvairius gydymo būdus. Biomedicininio modelio kritika netaikytina precizinės psichiatrijos prieigai, kuri siekia nustatyti tinkamiausią gydymą kiekvienu individualiu atveju, atsižvelgiant į paciento fiziologiją, aplinką, gyvenimo būdą, genetiką ir individualias preferencijas. Tai yra integratyvi prieiga, centrinę nervų sistemą tyrinėjanti viso organizmo, sąveikaujančio su išoriniu pasauliu, kontekste.

Antra, kritika precizinei psichiatrijai dėl „žmogaus redukavimo į smegenis”, ignoruojant, kad smegenys yra kūne, o kūnas – aplinkoje, būtų pagrįsta tik tuo atveju, jei precizinė psichiatrija remtųsi komputacine smegenų metafora. Nėra sutariama dėl šios metaforos stiprumo, bet šiuolaikiniuose neuromoksluose ji išlieka dominuojanti (Cobb: 2021, 377). Jos atstovai (Marcus, Dennett) neuromokslų tikslu laiko smegenų apgražos inžineriją. Mintinis kompiuterio veiklos iššifravimo eksperimentas, analizuojant jo sudedamąsias dalis ir šių dalių tarpusavio sąveikas yra laikomas principu, kuriuo remiantis reikėtų tyrinėti ir smegenis.

Nors smegenys, kaip ir kompiuteriai, apdoroja informaciją ir reprezentuoja pasaulį, bet jos iš esmės skiriasi nuo dirbtinių sistemų savo struktūra ir prigimtimi: „Iš vienos pusės, smegenys yra

sudarytos iš neuronų ir kitų ląstelių, tarpusavyje sąveikaujančių tinkluose, kurių veiklai įtakos turi ne tik sinapsinis veikimas, bet ir kiti faktoriai, tokie kaip neuromodulatoriai. Iš kitos pusės, akivaizdu, kad smegenų funkcija – bet kurio gyvūno – apima kompleksinius dinامينius modelius neuronų veiklos populiacijos lygmenyje. Iššūkis rasti jungtį tarp šių analizės lygmenų išliks iki amžiaus galo“ (Cobb: 2021, 380). Kompiuterio-smegenų metaforos neatitinkantys faktoriai, tokie kaip smegenų funkcionavime dalyvaujantys neuromodulatoriai ir neurohormonai, dažnai tiesiog neįtraukiami į tyrimus (ten pat). Teorijos, bandančios aiškinti smegenų funkcionavimą per jų struktūrą (pvz. konektomo teorija) taip pat gali būti kritikuojamos dėl redukcionizmo ir neatsižvelgimo į esminius skirtumus tarp natūralių ir dirbtinių sistemų. Pavyzdžiui, pagal šias teorijas konstruojamuose tyrimų modeliuose neatsispindi faktas, kad smegenys yra kūne, o kūnas yra aplinkoje ir abu jie turi įtakos smegenų funkcionavimui (ten pat). Tyrinėjant smegenis izoliuotai, pašalinami esminiai dėmenys, išorinis pasaulis arba įvesties duomenys, todėl negalima tikėti adekvataus smegenų veiklos supratimo.

Vis dėlto daugelis mokslininkų laikosi integratyvios prieigos smegenų atžvilgiu ir centrinę nervų sistemą tyrinėja viso organizmo, sąveikaujančio su išoriniu pasauliu, kontekste. Tyrinėjant smegenis jų anatominiame, fiziologiniame ir evoliuciniame kontekste, gauname adekvatesnę supratimą apie kūne vykstančias sąveikas, sukeliančias elgesį ir sąmonę.

Trečia, atsakant į argumentą, kad subjektyvios patirties, psichikos sutrikimų gali nepavykti redukuoti į žemesnio lygmens mokslinius terminus, galima teigti, kad būtent siauri neurobiologiniai tyrimai padėjo suprasti subjektyvios patirties reikšmę psichikos sutrikimams. Psichikos sutrikimų aiškinimas vien kauzaliniais ryšiais nereiškia, kad „atmetama prasminių ir intencionalių santykių su pasauliu reikšmė“ (Matthews: 2013). Priešingai, pagrindžiama tokių santykių įtaka. Kaip teigia, Kandelis, šiuolaikinė biomedicininė psichiatrija tam tikra prasme įgyvendina nebaigtą Freudą projektą: Freudas teigė kad psichikos ligos yra įgyjamos per patirtį (dažnai trauminę patirtį vaikystėje) ir lokalizuojasi smegenyse. Kandelis pažymi, kad šiuolaikiniai sąmonės ir jos sutrikimų tyrimai pagrindžia idėją, kad sąmonė nėra atskira, vieninga smegenų funkcija, bet yra „skirtingos sąmonės būsenos skirtinguose kontekstuose. Dar daugiau, kaip ankstesni mokslininkai atrado ir Sigmundas Freudas pabrėžė, mūsų sąmoningos percepcijos, mintys ir veiksmai yra *informuoti sąmoningų mentalinių procesų*“ (Kandel: 2018, 6). Kandelio atlikti neurobiologiniai tyrimai taip pat atskleidė, jog mokymasis – patirtis – keičia neuronų jungtis smegenyse. Smegenų vizualizavimas parodė, kad tiek medikamentinis gydymas, tiek psichoterapija paveikia smegenų funkcijas, sukurdamas smegenyse fizinius pokyčius (Kandel: 2018, 29). Taigi psichikos sutrikimų tapatinimas su smegenų sutrikimais ne tik neatmeta terapinio gydymo metodų, bet ir pagrindžia jų efektyvumą tam tikrais atvejais.

4.4. Klaidinančios retorikos argumentas

Precizinė psichiatrija kritikuojama nepagrįstai apsiskelbusia revoliucine ir kaip dominuojantis diskursas pasiglemžusi finansavimą iš kitų sričių. „Ekonomika įsiveržė į medicinos sritį, ir psichiatrija neišvengs šio spaudimo. Didėjanti konkurencija sveikatos priežiūros sistemose, įskaitant klinikiškus ir mokslinius išteklius, gali turėti tam tikrų "sveikų" pasekmių. Tačiau kai konkurencija yra nesąžininga dėl šališkų (dominuojančių) diskursų, tai gali turėti rimtų pasekmių mūsų pacientams. Šiame kontekste ypač didelį nerimą kelia teiginys, kad tiksloji psichiatrija „žada pakeisti psichiatrijos kraštovaizdį“ (Fernandes et al.: 2017). Atrodo, kad „žadėti“ čia yra raktinis žodis; tačiau autorių tikslas yra ne pabrėžti būsimos naudos neapibrėžtumą, o pabrėžti precizinės psichiatrijos transformacinę galią, kaip minėjo Fernandes ir kt. (2017), mums reikia kurti naujus ir geresnius farmakologinius ir nefarmakologinius gydymo būdus, todėl psichiatrijos srityje dirbančios skirtingos disciplinos neturėtų aršiai konkuruoti dėl išteklių“ (Stiefel et al: 2019, 843).

Mokslo istorikė Anne Harrington knygoje „Mind Fixers: Psychiatry's Troubled Search for the Biology of Mental Illness“ (2019) teigia, kad psichiatrijos biologinės revoliucijos naujoji karta daro klaidą pasiskelbdama „naujais visko ekspertais“ ir siekia parodyti, „kokiais būdais psichiatrai pasinaudojo savo nauja biologine tapatybe, kad nustumtų psichologus ir socialinius darbuotojus, siekiančius profesinių privilegijų, tokių kaip teisė išrašyti vaistus“ (Harrington: 2019, xvii). Harrington įsivaizduojama nauja psichiatrija turėtų siekti „peržengti nusistovėjusius redukcionistinius įpročius ir įsipareigoti nuolatiniam dialogui su akademiniais socialiniais ir net humanitariniais mokslų pasauliu. Tokio dialogo tikslas būtų intelektualiai kruopštus: užtikrinti, kad, net išlaikydama fokusą ties biologiniais procesais ir liga, siekdama suprasti smegenų funkcionavimą, sutrikusį ar ne, ji būtų jautri kultūrai ir kontekstui“ (Harrington: 2019, 275–276).

Atsakant į kritiką dėl klaidinančios retorikos – žadėjimo to, ko galbūt artimiausioje ateityje nepavyks iššęsti – galima paprasčiausiai konstatuoti, kad finansavimo žaidimo taisyklės nustatė ne precizinė psichiatrija. Kitų sričių atstovai kritikuoja, nes jie šį žaidimą pralaimi. Iš tiesų precizinei psichiatrijai reikalingos žymiai didesnės lėšos, kad gautos žinios būtų pritaikytos praktikoje: „Nors jau atlikta daugybė tyrimų, kuriuose sudėtingiems psichiatrijos klausimams spręsti buvo pasitelktas mašininis mokymasis ir didieji duomenys, žinių perkėlimas į klinikinę praktiką vis dar nėra pakankamai išplėtotas. Iš tiesų, šie nauji pasiekimai pareikalaus pertvarkyti įvairių gydytojų darbą. Tam, kad precizinė psichiatrija būtų įgalinta klinikinėje praktikoje, turi būti pašalintos tokios kliūtys kaip nestacionarus duomenų pasiskirstymas, vieningos informacijos trūkumas, finansavimo, interpretavimo ir reprezentatyvumo trūkumas“ (Passos et al.: 2022, 22).

Rimtesnis atsakas į kritiką – parodymas, kad precizinėje psichiatrijoje esama ir santūrios retorikos, kuri atspindi pasirinktą mokslinę prieigą. Greitos pažangos ir didelių atradimų iš precizinės psichiatrijos nereikėtų tikėtis, nes, pagal Kandelių, ji remiasi Francis Cricko pasiūlyta prieiga, kaip mokliškai tyrinėti sąmonę pradedant nuo paprastesnės versijos, susitelkiant ties tiksliais išsprendžiamomis problemomis ir vengiant spekuliacijų sferos.

Knygoje „The Idea of the Brain“ Matthew Cobb kritikuoja paskutinio dešimtmečio teorinį darbą neuromokslų srityje dėl palinkimo į spekuliacijų sferą ir siekio apibrėžti daugelį sąmonės aspektų vietoj bandymo paaiškinti nors vieną atsekamą jos aspektą (Cobb: 2021, 362). Jis siūlo grįžti prie neuromokslininko Francis Cricko idėjos ieškoti neuroninių sąmonės koreliaty, įžvalgų, kaip tyrinėti sąmonę mokliškai, susitelkiant ties išsprendžiamomis problemomis. Neturint tinkamų žinių, Crickas nekėlė stiprios sąmonės hipotezės, bet užsiėmė regos sistemos tyrimais, analizuodamas, kaip smegenys fokusuojasi ties skirtingais elementais regėjimo lauke ir kaip ši funkcija atsispindi neuronų veikloje. Jis pasiūlė paradigmą dėmesio ir sąmonės tyrimams, teigdamas, kad reikia pradėti nuo paprastesnės versijos, t. y. selektyvaus dėmesio. Ši Cricko prieiga neapima stiprios hipotezės apie sąmonės veikimą, bet teigia esant koreliaciją tarp fiziologijos ir proto. Tai „netenkina filosofų, kurie nurodo, kad Cricko išeigos taškas ir darbinė hipotezė – kad sąmonė kažkoku būdu yra tapati neuronų veiklai – nėra nuosekli ieškant koreliacijų; galų gale, koreliacija nėra tapatumas. Bet tai ir pabrėžia skirtumą tarp filosofo ir mokslininko prieigų. Crickui, supratimas kaip ir kodėl mes patiriame pasaulį taip, kaip patiriame, nebuvo tai, ko jis iš karto galėtų imtis, tuo tarpu iš principo buvo įmanoma nustatyti koreliaciją tarp neuronų veiklos ir būdravimo būklės. Mokslas yra apie tai, kas yra įgyvendinama, apie eksperimentus, kuriais greičiau galima patikrinti hipotezes, nei būtinai nustatyti logiškai tvirtas gaires, galinčias pasipriešinti visiems potencialiems kontrargumentams, ko norėtų filosofai” (Cobb: 2021, 350).

Neturint tinkamų įrankių žmogaus smegenų tyrimams, jų supratimui pamatus galima padėti plėtojant analitines technikas ir teoretines gaires mažiau sudėtingų organizmų, kaip antai musės, mąstymui tyrinėti. „Konceptuali pažanga greičiausiai rasis iš paprastesnių sistemų (nei žmogaus smegenys) tyrimų. Tai neimplikuoja, kad visi smegenų ir jų funkcijų tyrimai turi būti redukcionistiniai, bet greičiau, kad ten, kur esama tarprūšinių struktūrinių ir funkcinių panašumų ar net tapatumų yra lengviau išvystyti metodologines ir analitines technikas paprastesnėse sistemose. Ši prieiga buvo pritaikyta „Human Genome Project“, kuris prasidėjo nuo paprastų organizmų – bakterijų, kirmėlių ir musių – genomų išgavimo ir analizės, prieš pritaikant šias pamokas žmonėms (Cobb: 2021, 386).

Neuromoksluose kylanti įtampa tarp siekio konstruoti visa apimančias teorijas ir siekio remtis tik patikimais empiriniais tyrimais grįstomis žiniomis atsispindi ir psichiatrijoje. Biomedicininės psichiatrijos paradigmą kritikuoja manantys, kad tyrinėjant ir gydant psichikos sutrikimus turi būti vienu metu atsižvelgiama į biologinius, psichologinius, socialinius, kultūrinius ir kitus aspektus, kurie visi gali

turėti įtakos sutrikimo atsiradimui. Susitelkimas ties psichikos sutrikimų neurobiologiniu pagrindu, etiologijos paieškos, siekis išvengti pirmo asmens duomenų tyrimuose keliamo netikslumo yra laikomas redukcionistiniu požiūriu. Tačiau tokią prieigą galima suprasti kaip vienintelę įmanoma mokslinę prieigą siekiant kaupti patikimas žinias, t. y. tirti tai, kas šiuo metu prieinama gamtamoksliniais metodais ir metodologiniais sumetimais remtis prielaida apie smegenų ir sąmonės tapatumą. Tai nereiškia, kad biomedicininėje psichiatrijoje nematomas bendresnis vaizdas ar atmetami visi nebiologiniai psichikos sutrikimus lemiantys faktoriai. Greičiau reikėtų kalbėti apie skirtingas mokslo ir filosofijos prieigas.

4.5. Biopolitika ir depresyvioji ontologija. Psichiatrijos ir filosofijos santykis

Precizinė psichiatrija remiasi prielaida, kad dėka pažangos sąmonės biologijoje neurologija ir psichiatrija susilies į bendrą klinikinę discipliną, kuri susitelks ties personalizuotu gydymu. „Platesne prasme, biologiniai sąmonės tyrimai yra daugiau nei mokslinis tyrimas žadantis išplėsti mūsų supratimą apie smegenis ir sukurti naujas terapijas žmonėms, turintiems smegenų sutrikimų. Pažanga sąmonės biologijoje siūlo galimybę naujo humanizmo, kuris sulietų gamtos pasauliu užsiimančius mokslus ir žmogiškosios patirties reikšme užsiimančiais humanitarinius mokslus. Šis naujas mokslinis humanizmas, didele dalimi paremtas biologinėmis įžvalgomis apie smegenų funkcionavimo skirtumus, fundamentaliai pakeis tai, kaip mes suvokiame save ir vienas kitą. Savivokos dėka, kiekvienas iš mūsų jau jaučiasi unikalus, bet mes turėsime biologinį mūsų individualumo patvirtinimą“ (Kandel: 2018, 6).

Žiniomis apie mūsų biologinį individualumą paremtas naujas humanizmas gali skambėti viltingai arba kelti siaubą: tai priklauso nuo požiūrio į psichiatrijos institucijos disponuojamą galią. Foucault idėjų šalininkai čia galėtų priminti biogalią, „mechanizmų rinkinį, kuriuo žmonių rūšies baziniai biologiniai bruožai tapo politinės strategijos, bendros galios strategijos objektu“ (Foucault: 1977/1978, 1). Pagal vieną iš Foucault pasiūlytų biogalios sampratų, žmogaus sąmonei tapus tyrimų objektu, sužinojus, kaip sąmonė yra sukonstruota, šios naujos žinios gali pradėti mus nepastebimai valdyti – skatinti tam tikrą mūsų mąstymą ir elgesį, siekti mus homogenizuoti. Tapę tyrimų objektais, esame paverčiami vyrauti siekiančio diskurso subjektais.

Foucault tyrinėjo sociopolitinės galios formas, kurios veikdamos per įvairias institucijas siekia išskelti ir išlaikyti dominuojančios diskurso idėjas, atimdama galimybes iš tam tikrų žmonių grupių ir žinojimo formų. Foucault išplėtojo biopolitikos sąvoką, apibrėždamas ją kaip tai, kas gyvybę ir gyvybinius mechanizmus perkelia į detalių išskaičiavimų erdvę, o žinojimą-galią paverčia žmogaus gyvenimą transformuojančiu veiksmu (Foucault, cit. iš Lemke: 2011, 170). Pagal Thomą Lemke, Foucault skyrė dvi plotmes, tokio galios panaudojimo gyvybės atžvilgiu: individualaus kūno discipliną ir socialinį visuomeninio kūno reguliavimą. „Pasak Foucault, biopolitika žymi lūžį modernybėje: pačiame politinės sanklodos centre atsiranda gyvybė, gyvenimas. Šioje teorinėje perspektyvoje galima

įžvelgti artimą sąsają tarp kapitalistinės visuomenės kūrimosi ir biopolitikos gimimo: tai, kad visuomenė gali kontroliuoti individus, buvo pasiekta ne tik dėl sąmoningumo ar ideologijos, bet ir dėl kūno, per kūną. Biopolitika, biologiskumas, kūniškumas, kapitalistinei visuomenei buvo svarbesni nei kiti dalykai“ (Lemke: 2011, 167). Foucault biopolitikos sampratą Lemke sieja su pasipriešinimu pastangoms politiką redukuoti į biologiją (ten pat).

Paskaitoje „The Birth of Biopolitics“ biopolitikos susiformavimą ir biogalios panaudojimą Foucault sieja su valdymo pasikeitimu, konkrečiai su neoliberalizmu. Neoliberalizmas suprantamas kaip valdymo režimas, siekiantis sumažinti valdžią (pavyzdžiui sumažinant parlamentarų skaičių) tuo pat metu didinant kūnų kontrolę arba produktyvumą. Kontrolės mažinimas čia reiškia tokį kontrolės tobulinimą, kad ji veiktų nepastebimai. Kaip panoptikone, žmonės net neturi būti stebimi, kad elgtųsi pagal nustatytą tvarką, nes veikia įvairūs galios mechanizmai, formuojantys ir kontroliuojantys žmones, nejučiomis priimančius nustatytą tvarką.

Neoliberalizme tariamai sumažinta kontrolė kartu sukelia įsivaizdavimą, kad esama tokių socialinių sąveikų, tokių kūniškų sąveikų su pasauliu, kurios yra natūralios, valdžios nedeterminuotos. Pagal Foucault, tokiu būdu iškilo norma, nes ji buvo siejama su tam tikra tikrove, kurioje neveikia prievarta arba kontrolė. Ši natūralumo iliuzija sudarė sąlygas įvesti tokią kontrolės formą, kuri veikė ne tik individualius kūnus, bet visus kūnus. Tai buvo įmanoma dėl jų santykio su dirbtine norma gyvenimo atžvilgiu ir atžvilgiu kūnų, kokie jie turėtų būti. Kai gydytojai pradėjo skrosti lavonus, kad suprastų jų veikimą, atsirado naujas tiesos režimas, nurodantis, kaip atrodo sveikas kūnas, sveikata. Biogalia pasireiškia kaip tam tikros kūnų logikos pratęsimas, žinojimas apie kūnus, stiprinant jiems taikomą normą. Pagal Foucault, anksčiau kūnai buvo tiriami individualiai, atsižvelgiant į jų anatomiją. Tačiau pratęsus kūnų logiką į platesnį socialinį lauką, žmonės pradėti vertinti ne pagal jų pačių anatomiją, bet pagal jų nukrypimą nuo sveikatai taikomos normos. Foucault požiūriu, medicinos institucijos yra iš esmės “išskiriančio” pobūdžio ir bet koks bandymas praplėsti jos sferą visada reikš, kad tam tikra žmonių grupė bus ar tiesiogiai išskirta arba toliau patologizuojama, nes ji nesilaiko normos, kurią ši institucija siekia palaikyti.

Markas Fisheris, kaip ir Foucault, dominuojantį medicinos diskursą aiškino kaip vyraujančios ideologijos atspindį. Jo įvesta „kapitalistinio realizmo“ sąvoka referuoja į įsitikinimą, kad kapitalizmas yra vienintelė perspektyvi ekonominė sistema (Fisher: 2009). Kapitalizmas tapo tiek natūralizuotas, kad jis nebėra suvokiamas kaip specifinis socialinių santykių, politinės ir ekonominės organizacijos būdas, bet virto tiesiog nebereflektuojamu fonu, atmosfera, ideologiniu lauku. Panašiai biologinė paradigma psichiatrijoje yra laikoma vienintele galinčia veikti, nors ji remiasi nepagrįstomis ontologinėmis prielaidomis. Fisheris kalbėjo apie kapitalistiniam realizmui būdingą depresyviąją ontologiją, blokuojančią politinę ir kultūrinę vaizduotę.

„Dabartinė valdančioji ontologija atmeta bet kokią prielaidą, kad psichikos sutrikimų priežastys galėtų būti socialinės. Psichikos sutrikimų biochemizacija, žinoma, yra tiesiogiai proporcinga jų depolitizacijai. Psichikos sutrikimo laikymas individualia biochemine problema neša kalnus naudos kapitalizmui. Pirma, jis palaiko Kapitalo kursą atomistinės individualizacijos link (sergi, nes tavo smegenų chemija sutrikusi). Antra, jis sukuria be galo pelningą rinką, kurioje tarptautinės farmacijos bendrovės gali prakišinėti savo preparatus (tave pagydyt mūsų selektyvieji serotonino reabsorbcijos inhibitoriai (SSRI). Akivaizdu, kad visi psichikos sutrikimai *reiškiasi* kaip neurologinės problemos, bet tai nieko nepasako apie jų *priežastis*. Jei, pvz., tiesa, kad depresija – tai maža serotonino koncentracija, vis tiek vis dar trūksta paaiškinimo, kodėl serotonino koncentracija per maža būtent vienu, o ne kitų asmenų smegenyse. Tam reikia socialinio ir politinio paaiškinimo; o jei kairė nori mesti iššūkį kapitalistiniam realizmui, jai reikia skubiai repolitizuoti psichikos sutrikimus“ (Fisher: 2009, 35). Taigi depresyvioji ontologija yra labai naudinga kapitalizmui, nes yra nukreipiamas dėmesys nuo socioekonominių ir politinių faktorių individui daromos įtakos.

Thomas Jovanovskis (2014) pažymi, kad 7–8 deš. antipsichiatrijos judėjimui priskiriamų filosofų išdėstyta svari kritika supurtė psichiatrijos discipliną ir ji pasuko tebesitęsiančio savęs tobulinimo keliu (Jovanovski: 2014, 225). To pasekmė – didelių valstybės remiamų psichiatrijos ligoninių deinstitutionalizacija 7-ojo dešimtmečio pabaigoje, šiandien daug mažesnis nesavanoriško uždarymo į psichikos ligų gydymo įstaigas atvejų skaičius; netipinių arba antrosios kartos antipsichotinių vaistų, sukeliančių silpnesnius šalutinius poveikius, sukūrimas ir neurovaizdavimo instrumentų, kurie atskleidžia neurotransmiterių daromą įtaką smegenų procesams, išradimas. „Psichiatrija parodė, kad ji išsivystė į mokslą, turintį sąžinę“ (ten pat).

Pasak Jovanovskio, nors šių revizijų nepakako, kad antipsichiatrijos judėjimas būtų numalšintas, bet jos prisidėjo prie judėjimo lyderių marginalizavimo ir didelės dalies jų įtakos išsklaidymo. Jo teigimu, nuo 9-ojo dešimtmečio vidurio, antipsichiatrija nesugebėjo sužavėti nieko anapus dviejų sferų, kuriose ji visada sulaukia palaikymo, t. y. psichikos sveikatos vartotojų/išgyvenusiųjų judėjimo, kuriam dažniausiai vadovauja buvę pacientai, pasijutę diagnozių ir gydymo nužmoginti, ir Scientologijos bažnyčia (ten pat). Tačiau antipsichiatrija atsirado kaip akademinis frontas ir XX a. pabaigoje ėmė daugėti psichiatrijoje įvykusiais pasikeitimais nesužavėtų autorių, kurie restruktūrizavo antipsichiatrijos klausimus bei perspektyvas ir suteikė naujos tyrimų srities – psichiatrijos filosofijos – pavadinimą. „<...> neturėtų stebinti ir tai, kaip greitai šis naujas mokslas įsitvirtino kaip esminė sąmonės filosofijos sekcija, nes akademinis klimatas, o didele dalimi ir kultūrinis klimatas, būtinas greitam jo pripažinimui, jau buvo parengtas postmodernizmo, atmetusio totalizuojančius modelius ir pasisakiusio už semiotinę analizę“ (Jovanovski: 2014, 225–226).

Kaip nurodo Jovanovskis, viena iš psichiatrijos filosofijos temų yra šių disciplinų santykis ir dažnai yra teigiamas jų susietumas ir abipusė nauda (ten pat). Priešingai nei Jaspersas ar Grahamas,

kurie pabrėžė sąmonės filosofijos reikalingumą psichiatrijai, Jovanovskis teigia, kad santykis yra greičiau vienpusis: nors filosofija iš principo gali paaikškinti psichiatrijos „moralines ir metafizines kategorijas“ konceptualiai papildančiu būdu, taip paaštrindama psichiatrijos analizę ir taikymą, bet praktikoje filosofija iš psichiatrijos gali gauti daug daugiau nei psichiatrija kada nors galėtų gauti iš filosofijos (Jovanovski: 2014, 226). Pavyzdžiui, psichiatrija gali padėti filosofijai praplėsti supratimą apie protą, iracionalumą ir žmogaus prigimtį. Jovanovskis pašiepia filosofų siekį netiesiogiai pateisinti bandymus įtvirtinti filosofiją kaip autoritetą, į kurią psichiatrija turėtų kreiptis dėl kylančių etikos klausimų. Neabejotina, kad liga, sveikata, negalia yra moralinės ir metafizinės kategorijos, o racionalumas, savastis, autonomija – ypatingos filosofinės sąvokos. Tačiau šios ir kitos susijusios temos seniausiai yra psichodinaminės ir egzistencinės psichiatrijos teorinių ir terapeutinių gairių sudedamosios dalys.

Jovanovskis taip pat atsako į šiuolaikinės psichiatrijos filosofijos iš naujo keliamus antipsichiatrijos argumentus, kurie dalies autorių vis dar yra laikomi relevantiškais. Pavyzdžiui, klausimai apie vertybinių nuostatų įtaką gydant psichikos ligas, apie psichiatrijai galbūt nepagrįstai suteiktą teisinę galią ir galimai psichiatrų skirtingą nei gydytojų profesiją, nes skiriasi pacientų būklės vertinimo būdai (kitaip nei somatinės ligos, kurių diagnozė remiasi empiriniais, struktūriniais-funkciniais įrodymais, psichikos sutrikimų diagnozei įtaką daro etiniai, religiniai ir filosofiniai klausimai). Jovanovskis atmeta Szaszo ir juo sekančių psichiatrijos filosofų teiginį, kad asmeninių ir kultūrinių normų bei vertybių veikiami psichiatrų atliekami vertinimai ir gydymas turi būti laikomi šališkais ir todėl silpnais moksliniu ir ontologiniu požiūriu.

Remiantis realizmą ir socialinį konstruktyvizmą derinančia psichikos sutrikimo samprata, psichiatrija neprivalo įrodinėti savo kaip medicinos mokslo statuso bandydama atsakyti į normatyvistinius prieš ją nukreiptus argumentus. Psichiatrija tiria realiai egzistuojančius simptomų tinklus ir siekia nustatyti tikslų neurobiologinį jų pagrindą. Už psichikos sutrikimų slypinčių kauzaliųjų mechanizmų atradimas gali padėti geriau suprasti skirtingus elgesio modelius ir juos keisti arba gydyti esant poreikiui. Taigi užtenka susitelkti ties tiksliais išsprendžiamomis problemomis. Pasirinkimas tam tikrus elgesio modelius klasifikuoti kaip psichikos sutrikimus yra socioistorinis procesas, kaip ir bet kokios kitos klasifikacijos sudarymas. Psichikos sutrikimo, normalumo, patologijos sąvokos priklauso socialinių praktikų, institucijų, idėjų ir lūkesčių matricai ir vystosi kartu su ja ir kaip jos dalis. Taigi šios sąvokos neišsirutuliojo izoliacijoje, bet kartu su medicinos bei kitų susijusių mokslų raida. Galiausiai, visa suvokiama tikrovė yra konstruojama smegenyse vykstančių procesų. Taip pat pažymėtina, kad psichiatrijos kritikų ir psichiatrų vertinimai yra veikiami skirtingų vertybinių nuostatų. Szaszo ir Foucault šalininkai gali radikaliai priešintis bet kokioms tiesioginės ar netiesioginės kontrolės formoms, nes jie remiasi asmens laisvės vertybe. Tuo tarpu psichiatrijos praktikoje pagrindinė vertybė gali būti

kančios nebuvimas ir ji gali turėti įtakos pasirinkimui traktuoti įvairias kančios formas kaip sutrikimą arba ligą, net ir nežinant aiškaus neurobiologinio jų pagrindo.

Išvados

1. Antipsichiatrinė Szaszo pozicija remiasi klasikiniu, fiziko-cheminiu diagnozės modeliu, kurio psichikos liga negali atitikti, jei nėra nustatyta jos neurobiologinė priežastis. Jei tokia priežastis nustatoma, tai psichikos liga yra smegenų liga – neurologijos objektas. Šiuolaikinėje medicinoje yra pripažįstamos skirtingos ligos sampratos ir vertybinių nuostatų įtaka būklę klasifikuojant kaip ligą ar sutrikimą. Spitzerio ir Wakefieldo psichikos sutrikimo apibrėžimai kaip žalą keliančios būklės arba kaip žalingos disfunkcijos nesugebėjo pagrįsti DSM klasifikacijos, suderinti realizmą ir socialinį konstruktyvizmą psichikos sutrikimų atžvilgiu. Iš vienos pusės, nenurodytas aiškus kriterijus, pagal kurį būklė būtų priskirtina psichikos sutrikimui, palieka vietos abejonėms dėl diagnozių realumo. Iš kitos pusės, nepakankamai dėmesio skiriant psichikos sutrikimų etiologijai, svyruoja psichiatrijos kaip medicinos mokslo statusas ir pasitikėjimas biomedicininio modelio pritaikomumu.

2. Subjektyvistinę prieigą atstovaujantis Grahamo psichikos sutrikimo apibrėžimas nepaneigia normatyvumo ir nepateikia aiškesnio kriterijaus, pagal kurį psichikos sutrikimus būtų galima skirti nuo neurologinių. Priimta metafizinio agnosticizmo arba ekumenizmo pozicija palieka tik pragmatinius argumentus, ginančius psichikos sutrikimų realumą: psichikos sutrikimai yra realūs, nes jie geriausiai mums padeda suprasti tam tikras elgesio formas; mentalinis dėmuo yra neredukuotinas į neurologinį, nes mentaliniai arba psichologiniai terminai yra vieninteliai tinkantys aiškinti psichikos sutrikimus. Realizmą su pragmatizmu derinanti pozicija yra per silpna biomedicininės psichiatrijos paradigmai, kuri teigia, kad psichikos sutrikimai yra smegenų sutrikimai ir sieka nustatyti jų neurobiologinį pagrindą.

3. Subjektyvistinei prieigai oponuojanti precizinė psichiatrija laikosi biomedicininio psichikos sutrikimo kaip smegenų funkcinio sutrikimo apibrėžimo ir atsisako DSM kategorijų kaip hipotetinių konstrukto, nepagrįstai laikytų realiai egzistuojančiomis ligomis. Ši psichikos sutrikimo samprata atsako į Szaszo kritiką, nes derina realizmą su socialiniu konstruktyvizmu. Precizinės psichiatrijos kaip mokslo statusą pagrindžia atliekami smegenų funkcionavimo tyrimai bei psichiatrijos ir neurologijos integracijos siekis: remiantis kognityvinių ir neuromokslų tyrimais neurologinius konstruktus susieti su neurokognityviniais koreliatais ir galiausiai su psichikos negaliomis.

4. Subjektyvistinės prieigos atstovų argumentai prieš biomedicininę ir precizinę psichiatriją – subjektyvios patirties, žodinio raporto ir redukcionizmo – yra nepagrįsti, nes nukreipti prieš

praktikoje neegzistuojančią biologinę prieigą ir nepaaiškina, kodėl psichiatrijos ir neurologijos integracija yra negalima. Vienintelė pagrįsta kritika yra dėl klaidinančios retorikos, kurią naudoja dalis precizinės psichiatrijos atstovų siekdami gauti finansavimą tyrimams ir jais įgytų žinių taikymui psichiatrijos praktikoje. Taigi ginčas dėl psichikos sutrikimo sampratos vyksta ne ontologiniame, bet politiniame lygmenyje. Santūresnės precizinės psichiatrijos pavyzdys – Erico Kandelio nuostata tyrinėti sąmonę pradedant nuo paprastesnės versijos, susitelkiant ties tiksliais išsprendžiamomis problemomis ir vengiant spekuliacijų sferos. Kandelio apibūdintas ateities naujas humanizmas, grįstas žiniomis apie mūsų biologinį individualumą gali būti suprantamas kaip grėsmė remiantis Foucault biopolitikos samprata. Žinios apie smegenų-sąmonės funkcionavimą gali būti panaudotos ne tik jų funkcinų sutrikimų gydymui, bet ir žmonių kontrolei.

Literatūra

1. American Psychiatric Association (APA). 1980. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
2. American Psychiatric Association (APA). 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
3. Amoretti, M. C., Lalumera, E. 2019. A Potential Tension in DSM-5: The General Definition of Mental Disorder versus Some Specific Diagnostic Criteria. *Journal of Medicine and Philosophy* 44, p. 85–108. Prieiga:
<<https://doi.org/10.1093/jmp/jhy001>> [žiūrėta 2023 05 30]
4. Aucouturier, V., Demazeux, S. 2014. The Concept of Mental Disorder. Ed. Carel, H., Cooper, R. *Health, Illness and Disease*. Abingdon: Routledge, p. 77–93. Prieiga:
<<https://doi.org/10.4324/9781315729084>> [žiūrėta 2023 05 30]
5. Chalmers, D. 2013. How can we construct a science of Consciousness. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1303, no. 1 (2013), p. 25–35. Prieiga:
<<https://doi.org/10.1111/nyas.12166>> [žiūrėta 2023 05 30]
6. Chalmers, D. 1996. *The conscious mind: In search of a fundamental theory*. New York: Oxford University Press.
7. Church, J. 2004. Social Constructionist Models: Making Order out of Disorder – On the Social Constructionism of Madness. In *The Philosophy of Psychiatry. A companion*. Ed. Jennifer Radden. Oxford: Oxford University Press, p. 497–511.

8. Cobb, M. 2020. *The Idea of the Brain: The Past and Future of Neuroscience*. New York: Basic Books.
9. Fernandes, Williams, L. M., Steiner, J., Leboyer, M., Carvalho, A. F., & Berk, M. 2017. The new field of 'precision psychiatry'. *BMC Medicine*, 15(1), p. 80–80. Prieiga: <<https://doi.org/10.1186/s12916-017-0849-x>> [žiūrēta 2023 05 30]
10. Fisher, M. 2009. *Capitalist Realism: Is There No Alternative?* Winchester: Zero Books.
11. Foucault, M., Ed. Senellart, M. 2008. *The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège de France, 1978-1979*. New York: Palgrave MacMillan.
12. Foucault, M., Ed. Senellart, M. 2007. *Security, Territory, Population: Lectures at the Collège de France, 1977–78*. London: Palgrave Macmillan.
13. Graham, G. 2013. *The disordered mind: An introduction to philosophy of mind and mental illness*. 3rd ed. New York: Routledge.
14. Hamm, A. 2017. Psychopathology Research in the Spirit of the Research Domain Criteria (RDoC). *Initiative 225.3* (2017), p. 167–69. Prieiga: <<http://dx.doi.org/10.1027/2151-2604/a000296>> [žiūrēta 2023 05 30]
15. Harrington A. 2019. *Mind Fixers: Psychiatry's Troubled Search for the Biology of Mental Illness*. New York: W.W. Norton & Company.
16. Hucklenbroich, P. 2017. Disease entities and the borderline between health and disease: Where is the place of gradations? *Vagueness in Psychiatry*, Ed. Keil, G., Keuck, L. Oxford: Oxford University Press, p. 75–92.
17. Insel, T. 2014. The NIMH research domain criteria (RDoC) project: Precision medicine for psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 171, p. 395–397. Prieiga: <<https://doi/full/10.1176/appi.ajp.2014.14020138>> [žiūrēta 2023 05 30]
18. Insel, T. 2014. The NIMH Research Domain Criteria (RDoC) Project: Precision medicine for psychiatry. *The American Journal of Psychiatry*, 171(4), p. 395–397. Prieiga: <<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14020138>> [žiūrēta 2023 05 30]
19. Jovanovski, T. 2014. Review of "The Disordered Mind: An Introduction to the Philosophy of Mind and Mental Illness". *Essays in Philosophy*, 15(1), p. 223–242. Prieiga: <<https://doi.org/10.7710/1526-0569.1504>> [žiūrēta 2023 05 30]
20. Kandel, E. 2018. *The Disordered Mind: What Unusual Brains Tell Us About Ourselves*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
21. Kendler, K., 2005. Toward a philosophical structure for psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 162, p. 433–440. Prieiga:

- <<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.433>> [žiūrēta 2023 05 30]
22. Kingma, E. 2012. Health and disease: social constructivism as a combination of naturalism and normativism. Carel, & Cooper, R. 2014. *Health, Illness and Disease*. Taylor & Francis Group, p. 37–56. Prieiga:
<<https://doi.org/10.4324/9781315729084>> [žiūrēta 2023 05 30]
23. Kozak, M., Cuthbert, B. 2016. The NIMH Research Domain Criteria Initiative: Background, Issues, and Pragmatics. *Psychophysiology*, 53(3), p. 286–297. Prieiga:
<<https://doi.org/10.1111/psyp.12518>> [žiūrēta 2023 05 30]
24. Kuhn, T. 1962. *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
25. Kupfer, D. Statement by David Kupfer, MD: chair of DSM-5 task force discusses future of mental health research. 3 May 2013. Prieiga:
<<https://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2013/05/Statement-from-dsm-chair-david-kupfer-md.pdf>> [žiūrēta 2023 05 30]
26. Bröckling, Krasmann, S., Lemke, T. 2011. Beyond Foucault: From Biopolitics to the Government of Life. *Governmentality*, p. 173–192. Prieiga:
<<https://doi.org/10.4324/9780203846476>> [žiūrēta 2023 05 30]
27. Lieblich SM, Castle DJ, Everall IP. 2015. RDoC: We should look before we leap. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 49(9), p. 770–771. Prieiga:
<<https://doi.org/10.1177/0004867415592956>> [žiūrēta 2023 05 30]
28. Maung, H. 2018. Dualism and Its Place in a Philosophical Structure for Psychiatry. *Medicine, Health Care and Philosophy* 22, no. 1 (2019), p. 59–69. Prieiga:
<<https://doi.org/10.1007/s11019-018-9841-2>> [žiūrēta 2023 05 30]
29. Nagel, T. 1974. What is it like to be a bat? *Philosophical Review* 83, p. 435–450. Prieiga:
<<https://doi.org/10.2307/2183914>> [žiūrēta 2023 05 30]
30. Nesse, R. 2019. *Good Reasons for Bad Feelings: Insights from the Frontier of Evolutionary Psychiatry*. New York: Dutton Books.
31. Passos IC, Ballester P, Rabelo-da-Ponte FD, Kapczinski F. Precision Psychiatry: The Future Is Now. *Can J Psychiatry*. 2022 Jan; 67(1), p. 21–25. Prieiga:
<<https://doi.org/10.1177/0706743721998044>> [žiūrēta 2023 05 30]
32. Roiser, J. 2015. What has neuroscience ever done for us? *The Psychologist*, 28(4), p. 284–287.
33. Ross, C. A. 2013. Biology and Genetics in DSM-5. *Ethical Human Psychology and Psychiatry: An International Journal of Critical Inquiry*, 15(3), p. 195–198. Prieiga:
<<https://doi.org/10.1891/1559-4343.15.3.195>> [žiūrēta 2023 05 30]

34. Schultz, W. 2018. Neuroessentialism: Theoretical and Clinical Considerations. *Journal of Humanistic Psychology*, 58(6), p. 607–639. Prieiga:
<<https://doi.org/10.1177/0022167815617296>> [žiūrēta 2023 05 30]
35. Sorias, S. 2012. Is the neo-Kraepelinian paradigm in a phase of crisis? *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(2), p. 117–29. Prieiga:
<<https://doi.org/10.5080/u6868>> [žiūrēta 2023 05 30]
36. Stiefel, F., Conus, P., Bourquin, C., Precision psychiatry: Promises made—Promises to be kept? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(9), p. 841–843. Prieiga:
<<https://doi.org/10.1177/0004867419849482>> [žiūrēta 2023 05 30]
37. Spitzer, RL, Endicott, I., 1978. Medical and mental disorder: proposed definition and criteria. Ed. Spitzer, RL, Klein, DF. *Critical Issues in Psychiatric Diagnosis*. New York, NY: Raven Press, p. 15–40. Prieiga:
<<https://doi.org/10.1017/S0033291700019553>> [žiūrēta 2023 05 30]
38. Szasz, T. 1974. *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York: Harper and Row.
39. Szasz, T. 2007. *The Medicalization of Everyday Life*. Syracuse: Syracuse University Press.
40. Telles-Correia. 2018. The mind-brain gap and the neuroscience-psychiatry gap. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 24(4), p. 797–802. Prieiga:
<<https://doi.org/10.1111/jep.12891>> [žiūrēta 2023 05 30]
41. Telles-Correia, D., Saraiva, S., Gonçalves, J. 2018. Mental Disorder-The Need for an Accurate Definition. *Frontiers in psychiatry*, 9, 64. Prieiga:
<<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00064>> [žiūrēta 2023 05 30]
42. Varga, S. 2017. Mental disorder between naturalism and normativism. *Philosophy Compass*, 12(6), e12422–n/a. Prieiga:
<<https://doi.org/10.1111/phc3.12422>> [žiūrēta 2023 05 30]
43. Wakefield, J. C. 1992. Disorder as harmful dysfunction: A conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychological Review* 99(2), p. 232–247. Prieiga:
<<https://doi.org/10.1037/0033-295X.99.2.232>> [žiūrēta 2023 05 30]

44. Wakefield, J. 1993. Limits of Operationalization: A Critique of Spitzer and Endicott's (1978) Proposed Operational Criteria for Mental Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(1), p.160–172. Prieiga:
<<https://doi.org/10.1037/0021-843X.102.1.160>> [žiūrēta 2023 05 30]
45. Zachar, P., Kendler, K. 2017. The Philosophy of Nosology (DSM vs RDoC). *Annu Rev Clin Psychol*. 2017 May 8;13, p. 49–71. Prieiga:
<<https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000296>> [žiūrēta 2023 05 30]
46. Zachar, P. 2014. Beyond natural kinds: Toward a "relevant" "scientific" taxonomy in psychiatry. Ed. Kincaid, H. & Sullivan, J. A. *Philosophical psychopathology. Classifying psychopathology: Mental kinds and natural kinds*. Cambridge MA: MIT Press, p. 75–104 Prieiga:
<<https://doi.org/10.7551/mitpress/8942.003.0006>> žiūrēta 2023 05 30]