

VILNIAUS UNIVERSITETAS  
MEDICINOS FAKULTETAS  
SVEIKATOS MOKSLŲ INSTITUTAS  
SVEIKATOS ETIKOS, TEISĖS IR ISTORIJOS CENTRAS

Daniel ROGOŽA

ASMENYBĖS SUTRIKIMAI:  
MEDICINOS IR MORALĖS SANKIRTA

PERSONALITY DISORDERS:  
THE OVERLAP BETWEEN  
THE MEDICAL AND THE MORAL

BAIGIAMASIS DARBAS  
MEDICINA, 14 GRUPĖ

Darbo vadovė: asist. dr. Aistė Bartkienė

Centro vadovas: prof. dr. Eugenijus Gefenas

Vilnius, 2022

## SANTRAUKA

Kai kuriuos asmens mąstymo, emocijų ir elgesio ypatumus medicinoje yra įprasta laikyti liguistais. Šie giliai įsišakniję, kasdienę veiklą apsunkinantys asmenybės bruožai ligų klasifikatoriuose įvardijami „asmenybės sutrikimų“ sąvoka. Tačiau dalis šių liguistais laikomų bruožų, regis, tenusako moraliai blogą elgesį: atgailos ar empatijos stoka, neadekvatų pyktį, melagingumą, įsipareigojimų nevykdymą, aroganciją ar seksualiai provokuojantį elgesį. Būtent tokių diagnostinių kriterijų esama vadinamuosiuose B grupės asmenybės sutrikimuose. Taigi, darbe keliamas klausimas, koku būdu toks amoralus elgesys gali būti laikomas *ir* medicinine problema. Mažą to, ši problema taip pat veda prie klausimo, ar turintys tokių liguistų asmenybės bruožų gali būti laikomi atsakingais už savo amoralų elgesį. Šiame darbe bus apsvarstomi trys galimi požiūriai į šią problematiką. Pirmasis iš jų – „moralizuojantis“ – teigia, kad tokių sutrikimų turintieji yra veikiau moraliai atsakingi ir kaltintini, o ne liguisti. „Medikalizuojantieji“, priešingai, šiuos asmenis laiko liguistais, bet verčiau neatsakingais ir nekaltintiniais. Galiausiai, trečiojo, mišriojo požiūrio šalininkai siūlo šių sutrikimų turinčiuosius laikyti liguistais ir atsakingais, tuo pačiu jų nekaltinant. Įvertinus kiekvieną iš šių požiūrių, šiame darbe teigiama, kad B grupės asmenybės sutrikimus geriausia suprasti pastaruoju būdu – kaip moralei ir medicinai *bendrą* problemą. Šios išvados pagrindimas yra trejopas. Pirma, parodoma, kad liga negali būti suprantama kaip išskirtinai mokslinė sąvoka – mat tai, ką laikome liga, visuomet atsirems ir į tam tikrą vertybinį ar moralinį sprendimą. Antra, pagrindžiama, kodėl B grupės asmenybės sutrikimų gydymui svarbios ne tik medicininės priemonės, bet ir atsakomybės samprata, skatinanti asmens keitimąsi. Galiausiai, pasitelkiant vieną iš normatyviosios etikos teorijų – dorybių etiką – teigiama, kad medicina negali būti suprantama kaip *vien* mokslinė disciplina. Argumentuojama, kad psichikos sveikata, moralė ir visuomenės gerovė yra neišvengiamai susiję. Tokiu būdu, šiame darbe parodoma, kaip gali būti išsprendžiama medicininio gydymo, moralinio pokyčio ir atsakomybės suderinamumo problema.

**Raktažodžiai:** B grupės asmenybės sutrikimai; moralė; medikalizacija; atsakomybė be kaltinimo; dorybių etika.

## SUMMARY

In medicine, some personality traits, involving specific patterns of thought, feeling, and behavior, are considered to be pathological. Personality types, characteristic of such pervasive and maladaptive traits, are known under the term “personality disorders.” However, these pathological traits seem to largely describe morally bad behavior: a lack of remorse or empathy, inappropriate anger, deceptiveness, failure to fulfill obligations, arrogance, and, among other things, acting in a sexually provocative way. These particular traits are considered diagnostic of so-called Cluster B personality disorders. Hence, the question arises as to how such amoral behavior could be framed *also* as a medical problem. Moreover, it is not immediately clear whether persons with these disorders could be held responsible for their immoral actions. Three different views on these matters are explored in this paper. According to the “moralization” account, persons with Cluster B personality disorders should be conceived not as treatable patients but rather as morally and legally responsible subjects. The “medicalization” account, on the contrary, tends to view these disorders as genuine medical problems, not as a matter of accountability or blame. Lastly, the mixed account, while refusing to blame mentally ill people, regards these personality disorders as a question of both personal responsibility and medical concern. Having examined these diverging views, it is argued for the latter of the approaches, thereby suggesting that Cluster B personality disorders are best understood as *both* a moral and medical problem. The rationale for such a conclusion is threefold. First, it is shown that “disease” (as well as “illness” and “disorder”) is an inherently value-laden concept. Next, it is argued that alongside medical means, there is a need for the recovery-conducive notion of responsibility in the treatment of Cluster B personality disorders. Finally, by drawing on one of the normative ethical theories – virtue ethics – it is claimed that medicine is no less a moral endeavor than a scientific one. It is maintained that mental health, morality, and social welfare are closely intertwined. Thus, the paper demonstrates how the problem of compatibility between medical treatment, moral change, and responsibility could be resolved.

**Keywords:** Cluster B personality disorders; morality; medicalization; responsibility without blame; virtue ethics.

## TURINYS

1. Įvadas .....	4
2. Ankstesni tyrimai .....	6
3. Ligos sampratos problematika ir pagrindinės sąvokos .....	7
4. Psichiatrijos ir moralės ribos (pagal Sadlerį) .....	12
5. Moralizavimo požiūris: bAS yra <i>visų pirma</i> moralinė problema (Charlandas) .....	14
6. Medikalizavimo požiūris: bAS yra <i>visų pirma</i> medicininė problema .....	20
7. Mišrusis požiūris: bAS yra <i> tiek </i> moralinė, <i> tiek </i> medicininė problema .....	24
8. Išvados ir perspektyvos .....	32
Literatūra .....	34
Priedai .....	43

## 1. ĮVADAS

**Tyrimo aktualumas ir naujumas.** Pastarųjų amžių mokslinė ir technologinė pažanga padėjo rasti atsakymus į visą eilę *empirinių* medicininių klausimų – stebėjimų ir eksperimentų pagalba pavyko išspręsti daugelį ilgai žmoniją kamavusių sveikatos problemų. Tad, atrodytų, šiuo metu turėtų būti kaip niekad aišku, kas slypi po pagrindinio medicinos objekto – ligos<sup>1</sup> – sąvoka. Tačiau sulig skeptinės psichiatrijos<sup>2</sup> pradžia 1960-aisiais ir svarstymais pašalinti homoseksualumą iš Psichikos sutrikimų diagnostinio ir statistinio vadovo (angl. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, toliau – DSM) 1970-ųjų pradžioje, įsiplieskė iki šiol neregėto masto diskusijos dėl to, kas yra laikytina liga (1). Šie įvykiai tapo akstinu klestėti medicinos filosofijai, tiriančiai sąvokines (pvz., dėl ligos apibrėžimo), etines ir kitas *neempirines* problemas (2). Neatsargūs bandymai socialines ir moralines problemas perkonstruoti kaip medicinines – kaip atsitiko homoseksualumo, drapetomanijos<sup>3</sup> ar vangiosios eigos šizofrenijos<sup>4</sup> atvejais – skatino abejoti, ar liga apskritai gali būti suprantama kaip *neutrali*, nuo sociokultūrinio konteksto nepriklausoma sąvoka. Kas liečia šiuolaikinius ligų klasifikatorius, savo socialiniu normatyvumu<sup>5</sup> dėmesį ypač atkreipia asmenybės sutrikimų (toliau – AS) diagnostiniai kriterijai. Tokie AS apibūdinimai kaip „atgailos stoka“, „melagingumas“, „kitų asmenų teisių nepaisymas“ ar „nederamas seksualiai gundantis ar provokuojantis elgesys“ (3) tuo pat metu, regis, laikomos ir moralinėmis, ir medicininėmis, psichiatrinėmis kategorijomis. Kiek man žinoma, iki šiol buvo tik pavienių bandymų literatūrą apžvelgti šiuo aspektu – klausiant, ar toks dvilypis, medicininis–moralinis AS pobūdis yra išties įmanomas. Šis klausimas įvairiais aspektais paliečiamas Zacharo ir Potter (4, 5), Banickio (6, 7), Alvarez-Segura ir kitų (8) darbuose. Visgi, kol kas nebuvo nuodugniau tyrinėta, kaip požiūris į AS keičiasi priklausomai nuo skirtingų *ligos sampratų*. Šį aspektą bus siekiama įvertinti šiame darbe. Tokiu būdu, naujai paliečiama ir laisvos valios, atsakomybės ir mokslinio determinizmo suderinamumo problema.

**Tyrimo problema.** Istorškai psichiatrų kompetencijai atiteko tik trys žmogaus psichikos sritys: emocijos, valia ir pažinimas (9–11). Morale, tuo tarpu, (bent iki XX a. pabaigos) buvo įprasta laikyti kaip iš esmės, kokybiškai kitokią psichikos dalį, kurios „sutrikimus“ turėtų spręsti bažnyčia ir teisė (10). Tačiau toks pasidalinimas psichikos sritimis visuomet kėlė iššūkių – moralinės nuostatos neretai tapdavo ir ligų apibrėžimų dalimi (12). Krikščioniškos moralės įtaką galima įžvelgti net ir šiuolaikiniuose ligų klasifikatoriuose. Kas liečia AS, yra teigiančių (4,

---

<sup>1</sup> Sąvokų „liga“ (angl. *disease, illness*) ir „sutrikimas“ (angl. *disorder*) turinys šiame darbe sutampa ir nusako liguistais laikomus reiškinius. Toks sprendimas plačiau aptariamas prieduose (žr. I išnašą **Prieduose**).

<sup>2</sup> Kitaip sakant – antipsichiatrijos. Jos šalininkai teigia, kad visi ar didžioji dalis psichikos sutrikimų  *nėra* ligos. Skeptinės psichiatrijos (angl. *sceptical psychiatry*) sąvoką kaip tinkamesnę pasiūlė Schramme'as (117).

<sup>3</sup> Kontroversiška XIX a. diagnozė, liguistai laikiusi vergovėje esančių asmenų troškimą pabėgti.

<sup>4</sup> Rus. *вялотекущая шизофрения*. Ši sovietų psichiatrijos išskiriama šizofrenijos forma tarnavo kaip susidorojimo su politiniais disidentais įrankis. Simptomatika galėjo apimti introspektyvumą, konfliktus su tėvais, vadinamuosius „reformų klie-desius“ ar „kovą už tiesą“ (118, 119).

<sup>5</sup> Kitaip sakant – atspindi tam tikras visuomenės nustatytas normas.

13, 14), kad šių sutrikimų diagnostiniuose kriterijuose atsispindi kai kurios iš septynių mirtinų nuodėmių. Pavyzdžiui, gobšumas (obsesinio–kompulsinio tipo AS, pasireiškiantis pinigų šykštėjimu ar taupymu), rūstumas (su pykčio valdymu susiję AS kriterijai) ar puikybė ir pavydas (narcisistinio tipo AS).<sup>6</sup> Į šiuos ir kitus AS žvelgiant atidžiau, matyti, kad riba tarp medicinos ir moralės vis dėlto nėra vienareikšmė. Taigi, kyla klausimas: koku būdu AS būdingas amoralus elgesys gali būti laikomas ne tik moraline, bet ir medicinine problema?

**Tyrimo objektas.** Pagrindinis šio tyrimo dėmesys bus sutelktas į vadinamuosius B grupės asmenybės sutrikimus (toliau – bAS), skirstomus į asocialaus, ribinio, histrioninio ir narcisistinio tipo (žr. **3. Ligos sampratos problematika ir pagrindinės sąvokos**). DSM taip pat išskiriamos ir kitos AS grupės: A grupė (toliau – aAS), skirstoma į paranoiško, šizoidinio ir šizotipinio tipo AS, ir C grupė (toliau – cAS), skirstoma į vengiančiojo, priklausomo ir obsesinio–kompulsinio tipo AS. Kalbant apie medicinos ir moralės sankirtą – kuomet tai, kas liguista, tuo pat metu yra ir moraliai problemiška – būtent bAS išsiskiria savo *amoralumu*. AS diagnostinių kategorijų skirtumai tarp 3-ojo ir vėliau pasirodžiusių DSM leidimų, įskaitant ir šiuo metu galiojanti 5-ąjį leidimą, šiam darbui svarbiu aspektu nėra esminiai. Svarbu pažymėti ir tai, kad Tarptautinės ligų klasifikacijos (angl. *International Classification of Diseases*, toliau – ICD) 10-ajame leidime esantys nagrinėsimų AS atitikmenys šiam darbui aktuali aspektu taip pat ženkliai nesiskiria. Galiausiai, svarbu pažymėti ir tai, kad psichopatija – asocialaus tipo AS artima, bet visgi ne tapati sąvoka – šiame darbe nagrinėjama nebus.

**Tyrimo tikslas ir uždaviniai.** Šiuo darbu bus siekiama įvertinti, ar bAS gali tuo pat metu būti laikomi tiek moraline, tiek medicinine problema. Išskiriami trys uždaviniai šiam tikslui pasiekti:

1. Apžvelgus ligos (ir psichikos sutrikimo) apibrėžimo problematiką, bus siekiama
  - 1.1. nustatyti, kokia ligos samprata remiamasi, kai teigiama, kad (a) bAS yra *visų pirma* moralinė problema, (b) bAS yra *visų pirma* medicininė problema ir (c) bAS yra *tiek* moralinė, *tiek* medicininė problema;
2. Aptarus skirtingus požiūrius į tai, ar amoralus elgesys gali būti laikomas medicinine problema, bus siekiama
  - 2.1. įvertinti kiekvieno iš šių požiūrių privalumus ir trūkumus konkrečiai bAS atveju;
  - 2.2. įvertinti, kaip priklausomai nuo kiekvieno iš šių požiūrių pasikeičia (a) asmenų su bAS atsakomybė už amoralų elgesį ir (b) asmenų su bAS gydymo galimybės.

**Tyrimo metodas.** Šiame darbe iškeltų tikslų bus siekiama pasitelkiant naratyvinę literatūros apžvalgą ir lyginamąją analizę. Literatūros buvo ieškoma *Google Scholar*, *PubMed* duomenų bazėse ir Lietuvos akademinėje elektroninėje bibliotekoje eLABa. Literatūros paieška buvo atliekama su šiais raktažodžių deriniais (naudojant šių raktažodžių vedinius, vienaskaitos ir daugiskaitos formas, skirtingus linksnius): „personality disorder and morality“, „personality disorder and ethics“, „personality disorder and vice“, „personality disorder and virtue“, „personality disorder and religion“, „personality disorder and philosophy“, „asmenybės sutrikimas ir moralė“,

---

<sup>6</sup> Psichikos sutrikimai vadinami iš DSM 4-ojo ir 5-ojo leidimų.

„asmenybės sutrikimas ir etika“, „asmenybės sutrikimas ir yda“, „asmenybės sutrikimas ir dorybė“, „asmenybės sutrikimas ir religija“, „asmenybės sutrikimas ir filosofija“. Atrinkti tik viso teksto straipsniai, atitinkantys nagrinėjamą temą. Be to, peržiūrėta knygų serija *International Perspectives in Philosophy and Psychiatry* ir šaltiniai, cituojami darbui reikšminguose tekstuose. Iš viso, atrinkta 30 su šio darbo tema glaudžiai susijusių publikacijų, tačiau probleminių klausimų analizei bus pasitelkiama ir kita, papildoma literatūra.

**Tyrimo struktūra.** Visų pirma, glaustai apžvelgsiu šio darbo tema atliktus tyrimus Lietuvoje ir užsienyje (žr. **2. Ankstesni tyrimai**). Šio darbo probleminių klausimų analizę pradėsiu nuo ligos sampratos problematikos ir esminių vartojamų sąvokų aptarimo (žr. **3. Ligos sampratos problematika ir pagrindinės sąvokos**). Šis žingsnis yra būtinas, mat pakloja pamatus tolesnei analizei – supažindina su esminėmis sąvokomis ir leidžia šį darbą suprasti bendresniame ligos sampratos problematikos kontekste. Kas liečia medicinos ir moralės sankirtą, daugiausia bus remiamasi Sadlerio (9–11, 13, 15) darbais, kuriuose, be visa kita, aptariami ir skirtingi psichiatrijos–moralės ribas nusakantys požiūriai (žr. **4. Psichiatrijos ir moralės ribos**). Toks dėmesys, skiriamas Sadlerio darbams, gali pasirodyti neproporcingai didelis. Vis dėlto, tai yra geriausi ir išsamiausi man žinomi akademiniai tekstai, tyrinėjantys ribas tarp psichiatrijos ir moralės. Atraminį šio darbo analizės tašką sudarys Charlando (16–18) darbai (žr. **5. Moralizavimo požiūris**), paskatinę palyginti neseniai prasidėjusią akademinę diskusiją dėl medicininio ir moralinio bAS pobūdžio (žr. **6. Medikalizavimo požiūris** ir **7. Mišrusis požiūris**). Kai kurie šio darbo aspektai kiek plačiau aptariami romėniškais skaičiais žymimose išnašose (žr. **Priedai**), tačiau norint suprasti pagrindinį šio darbo tekstą šios pastabos nėra būtinos.

**Ginamasis teiginys.** Šiame darbe teigiama, kad bAS neturėtų būti suprantami kaip *vien* moralinė arba *vien* medicininė problema. Mano požiūriu, bAS būtų geriausia suprasti kaip šioms abiem sritims *bendrą* problemą.

## 2. ANKSTESNI TYRIMAI

Sprendžiant iš publikuotos akademinės literatūros, filosofinė problematika psichiatrijoje Lietuvos mokslininkų beveik visiškai nebuvo tyrinėta. Esama vadovėlinės ir edukacinio pobūdžio medžiagos (19–24), glaustai aptariančios psichiatrinių diagnozių keliamas etines problemas, ir pavienių magistro darbų (25–30), psichiatrinių diagnozių (pvz., valgymo sutrikimų, depresijos) problematiką paliečiančių sociologiniu ar etiniu aspektu. Mokslinių publikacijų ar daktaro disertacijų panašia tematika esama tik keletas. Pavyzdžiui, Baltrušaitytė (31–33), remdamasi įvairiomis sociologinėmis teorijomis, savo darbuose atskleidžia natūralistinės psichikos sutrikimo sampratos (žr. **3. Ligos sampratos problematika ir pagrindinės sąvokos**) trūkumus. Tuo tarpu, Voreno (34, 35) darbuose parodoma, koku būdu psichikos sutrikimo diagnozė sovietinėje psichiatrijoje buvo pasitelkiama kaip priespaudos priemonė. Visgi, nuodugnesnių tiriamųjų psichiatrijos filosofijos darbų Lietuvoje nesama.

bAS būdingo amoralaus elgesio medikalizavimo problematika iki šiol tyrinėta tik užsienio mokslininkų. AS samprata yra problemiška daugeliu atžvilgių (36, 37), tačiau labiausiai kontroversiškas iš tyrinėtų klausimų yra susijęs su tuo, ar asmenybės sutrikimus apibūdinantis amoralus ir nusikalstamas elgesys gali būti suprantamas kaip gydytinas reiškinys (4, 5, 16–18, 38–48). Vis dėlto, kiek man žinoma, kol kas nėra bandyta šios diskusijos susisteminti pagal Sadlerio (10) pasiūlytus moralizavimo, medikalizavimo ir mišrųjų požiūrius (žr. **4. Psichiatrijos ir moralės ribos**). Lygiai taip pat, nėra nuodugniau tyrinėta, kokia ligos samprata vadovaujama, kuomet argumentuojama už arba prieš bAS laikymą liga.

### 3. LIGOS SAMPRATOS PROBLEMATIKA IR PAGRINDINĖS SĄVOKOS

Medicinos filosofijoje įprasta skirti dvi pagrindines mąstymo apie ligą stovyklas: vadinamuosius **natūralistus** (arba scientistus) ir **normatyvistus** (arba konstruktyvistus) (49). Nors šios dvi skėtinės sąvokos apjungia daugelį labai niuansuotų požiūrių, galima apytikriai išskirti pačius bendriausius šių stovyklų teiginius. Natūralistai ligas tapatina visų pirma su biologine disfunkcija, teigdami, kad ligos yra natūraliai gamtoje aptinkami reiškiniai, kuriuos – lygiai taip pat, kaip ir chemijoje ar fizikoje – galima nustatyti mokslo įrankiais. Kitaip tariant, ligos yra laikomos universaliais reiškiniais, kuriuos galima objektyviai nustatyti kaip nukrypimus nuo biologinei rūšiai būdingos normos. Viena įtakingiausių natūralistinių ligos sampratų – Boorse'o biostatistinė teorija (50) – teigia, kad liga yra nukrypimas nuo normalaus, tam tikrai biologinei rūšiai statistiškai tipiško funkcionavimo. Anot Boorse'o (50), tokį normalų funkcionavimą, t. y. sveikatą, reikėtų suprasti kaip rūšiai tipiškų požymių, padedančių jos individams išlikti ir daugintis, visumą. Šių anatominių, fiziologinių ar psichologinių požymių nukrypimus reikėtų vertinti tam tikros grupės (amžiaus, lyties, rasės ar pan.) normos atžvilgiu. Tokia grupė vadinama referentine. Pavyzdžiui, juodaodės moters kūno masės indeksą reikėtų vertinti lyginant su kitų tos pačios rasės ir panašaus amžiaus moterų rodikliais.

Vienas reikšmingiausių šio požiūrio trūkumų yra susijęs su jo, regis, neišvengiamu vertybiniu komponentu.<sup>7</sup> Yra teigiančių, kad tiek sveikatos tikslo (užtikrinti išgyvenamumą ir reprodukciją), tiek referentinės grupės parinkimas yra normatyvinis ir *vien tik* moksliskai neįmanomas pagrįsti (1). Dar kitaip tariant – visuomet išplauksiantis iš tam tikros vertybinės (o ne vien mokslo padiktuotos, objektyvios) pozicijos (pvz., „išgyventi ir daugintis yra *siektina, gerai*“). Šitokia biostatistinės teorijos kritika išplaukia iš normatyvistinio požiūrio: anot jo šalininkų, liga yra socialinio ir kultūrinio momento konstruktas, atspindintis nepageidaujamą laikomą, neigiamai vertinamą (angl. *disvalued*) patirtį ar elgesį. Tai, kas nepageidautina, priklauso nuo daugelio asmeninių, socialinių ir kultūrinių aplinkybių, tad ir liga negali būti laikoma visai nekintančiu, universaliu reiškiniumi. Tokiu būdu, liga (lygiai kaip

---

<sup>7</sup> Su ta pačia problema susiduria ir kiti, šiame darbe neaptariami natūralistiniai ligos aiškinimai – pavyzdžiui, kaip evoliucinės ar mechanistinės disfunkcijos (120).



ir sveikata) tampa iš esmės normatyvine sąvoka, įtvirtinančia visuomenėje ar siaurame akademiniam rate nusistovėjusią to, kas laikytina normaliu ar nenormaliu, skirtį. Kitaip tariant, nors ir gali susidaryti įspūdis, kad medicina, pasitelkdama gamtos mokslų įrankius, atsako į klausimą „kas yra liga?“ (implikuojant ligos objektyvumą), iš tikrųjų vis kitaip teatsakoma į klausimą „kas turėtų būti laikoma liga?“. Taigi, pasak normatyvistų, neatsakius į pastarąjį klausimą, nustatyti, kas yra liga, paprasčiausiai nėra įmanoma. Ir juolab negalima ligos – kaip tam tikro nepriklausomo nuo sociokultūrinių veiksnių, pastovaus gamtoje aptinkamo vieneto – imti ir *atrasti*. Mat net ir nustačius nenuginčijamą tam tikro elgesio ar patirčių biologines (ar biopsichosocialines) priežastis, sąvoka „disfunkcija“ vis tiek visuomet atspindės tam tikrą neigiamą vertinimą.<sup>8</sup> Žinoma, kad tiek natūralistinė, tiek normatyvistinė ligos teorija (pvz., „liga yra tai, kas ženkliai sumažina asmens gerovę“) gali pasiūlyti objektyvų ligos nustatymo būdą (pvz., pagal objektyvius gerovės kriterijus) (51), tačiau pачios ligos nustatymo gairės visuomet bus visuomenės ir / ar akademikų susitarimo reikalas.

**Psichikos sutrikimo apibrėžimo problematika.** Istoriskai normatyvizmas radosi kartu su psichikos sutrikimų, kaip medicininės kategorijos, kritika. Skeptinę psichiatriją atstovaujantis Szaszas teigė, kad psichikos sutrikimai tėra parankus mitas, arba tiksliau sakant – netikros, metaforinės ligos (52). Toks požiūris paprastai yra laikomas normatyvistiniu psichiatrijos atžvilgiu, nors Szaszo pasiūlytas ligos apibrėžimas – kaip „struktūrinės ar funkcinės ląstelių, audinių, organų ar kūnų anomalijos“<sup>9</sup> (53) – yra griežtai natūralistinis (49). Siūlydamas tokį siaurą ligos apibrėžimą, Szaszas iš esmės redukuoja psichiatriją iki neurologijos. Kendellas – vienas iš Szaszo oponentų – savo ruožtu, siūlė ligą apibrėžti kaip padidėjusio mirtingumo ar sumažėjusio vaisingumo priežastį, kas leistų į ligų sąrašą įtraukti ir bent kai kuriuos psichikos sutrikimus (pvz., šizofreniją, bipolinį sutrikimą, kai kurias priklausomybes nuo psichotropinių medžiagų) (54). Analizuodamas šią diskusiją, Fulfordas (2) atkreipia dėmesį, kad abi pusės, svarstydamos, ar psichikos sutrikimus reikėtų laikyti ligomis, juos lygina su somatinėmis ligomis. Prieidami skirtingas išvadas dėl esminių somatinių ligų savybių, oponuojančios pusės pateikia ir skirtingus somatinių ligų apibrėžimus. Taigi, su šiais apibrėžimais lyginant psichikos sutrikimus, teatsakoma į klausimą, ar psichikos sutrikimai yra, ar nėra *somatinių* ligos. Tačiau, pasak Fulfordo (2), nebūtinai visos ligos yra *tik* somatinės<sup>10</sup>, tad ir bandant nuspręsti, ar tam tikras elgesys ar patirtys laikytini liga, juos reikėtų lyginti su galimai platesne, bendraja (lig šiol diskutuotina) ligos sąvoka. Taigi, tiek somatinės ligos sąvoka, tiek bendroji ligos sąvoka pasirodo esą ne ką mažiau problemiškos nei psichikos sutrikimo samprata. Priešingu atveju, tokių abejonių dėl to, ar psichikos ligos yra (somatinės) ligos, nebūtų kilę.

<sup>8</sup> Tai ypač gerai atsispindi anglų kalboje – *illness, disease, disorder*.

<sup>9</sup> „[S]tructural or functional abnormality of cells, tissues, organs, or bodies [kursyvas originale]“ (12 p.).

<sup>10</sup> Tuo nesiekiami pasakyti, kad psichikos sutrikimai nėra kūno (smegenų) ligos. Verčiau norima pasakyti, kad nebūtinai visos ligos savo etiopatogeneze, išraiška ir gydymu yra tokios, kaip jas suprantame neurologijoje, kardiologijoje ir pan.

**Vertybinės nuostatos.** Galima manyti, kad tai vis dėlto tėra laiko klausimas, kada mokslas sugebės psichikos sutrikimus apibrėžti somatiniais terminais, panaikindamas dirbtinę, laikiną psichikos ir somatikos skirtį. Tačiau kokių būdu vertybiškai neutralus mokslas galėtų nuspręsti, kas yra normalu ir sveika, o kas – nenormalu ir liguista? Anot normatyvistų, kaip ir anksčiau užsiminta, tai vis viena nebūtų įmanoma, mat skirtis tarp to, kas laikytina liga, o kas ne, visuomet išplauks iš tam tikros vertybinės pozicijos. Kitaip sakant – tiek ligos, tiek sveikatos samprata visada atspindės tam tikrą vertinimą, t. y. bus priklausoma nuo vertybių (angl. *value-laden*). „**Vertybes**“ šiame kontekste suprasiu kaip elgesį kreipiančias (angl. *action-guiding*) nuostatas, tam tikrus veiksmus laikinai siektiniais arba vengtiniais (15). Kaip pavyzdį galima pateikti teiginį „skausmas yra blogai“. Šiuo atveju skausmas yra laikomas nepageidautinu, vengtinu dalyku, o pats teiginys tarnauja kaip tam tikras elgesio orientyras (implikuoja normatyvinį teiginį „skausmo *reikėtų* vengti“). Pažymėtina, kad sąvokas „vertybė“ ir „vertybinė nuostata“ šiame darbe vartosiu sinonimiškai. Kalbėdamas apie ligų apibrėžimus, „vertybiniais“ vadinsiu tokius diagnostinius kriterijus, kurie yra neišvengiamai susiję su tam tikromis vertybinėmis nuostatomis.

Somatinėje medicinoje dėl tokių vertybinių nuostatų yra plačiai sutariama (nėra kontroversiška teigti, kad skausmas yra blogai), tad jos paprastai yra laikomos savaime suprantamomis. Visgi, būtų klaidinga teigti, kad tai yra vertybiškai neutralios nuostatos. Nors psichikos sutrikimai, lyginant su somatinėmis ligomis, gali iš tikrųjų atrodyti esą labiau priklausomi nuo vertybių, taip yra tik iš pažiūros. Kaip vėlgi pastebi Fulfordas (55), toks įspūdis susidaro būtent dėl to, kad psichikos sutrikimų apibrėžimuose esančios vertybinės nuostatos (pvz., „sodomozichizmas yra blogai“, „haliucinacijos yra blogai“, „socialinės fobijos yra blogai“) visuomenėje yra vertinamos palyginti įvairiai. Šią tariamai skirtingą vertybinių nuostatų įtaką somatinių ligų ir psichikos sutrikimų apibrėžimams gerai iliustruoja Fulfordo pateikiami „geros braškės“ ir „gero paveiklo“ pavyzdžiai (55). Kadangi paprastai dėl to, kokia braškė yra gera (raudona, saldi, be vikšrų), yra plačiai sutariama, tam tikrą vertinimą atspindintis pasakymas „gera braškė“ įgijo *ir* faktinę reikšmę (t. y. raudona, saldi, be vikšrų). Analogiškai yra ir somatinėje medicinoje: pasakymą „gera fizinė būklė“ įprasta tapatinti su skausmo, karščiavimo, pykinimo, viduriavimo, nuovargio ir pan. nebuvimu; gebėjimu vaikščioti, matyti, girdėti ir pan. Tačiau nesutarimų dėl psichinės sveikatos – panašiai, kaip ir dėl „gero paveiklo“ – esama žymiai daugiau, tad ir pasakymas „gera psichikos būklė“ nėra siejamas su konkrečia ir pastovia faktine reikšme. Lygiai taip pat, dėl to, kas yra somatiškai liguista (kraujavimas, kaulo lūžis ir pan.) abejonių ir kontroversijų kyla palyginti mažiau nei dėl to, kas yra psichiškai liguista (atsiskyrėliškumas, lytinis potraukis vaikams ir pan.).

**Moralinės nuostatos.** Nors ligų apibrėžimuose esama įvairaus pobūdžio (pragmatinių, estetinių ir pan.) vertybių (9), būtent moralinės vertybės sulaukia ypatingo normatyvistų dėmesio. Tokių **moralinių vertybių** aptikti galima kaip tik psichiatrijoje (56). Anot Frankenos (57), moralinėmis laikytinos tos vertybės, kurios kaip gerus arba blogus apibūdina žmogų, žmonių grupes ar tam tikras asmenybės dalis (bruožus, polinkius, emocijas, motyvus, intencijas). Nemoralinėmis tuo tarpu vadinamos tos vertybės, kurios nurodo visus likusius – žmogaus

atžvilgiu gerus arba blogus – dalykus. Pavyzdžiui, patirtis (pvz., skausmą, malonumą, laisvę), fizinius objektus (pvz., vaistus, knygas, cigaretes) ar kitokius reiškinius (pvz., demokratiją, orą). Psichiatrijoje, anot Sadlerio (10) – šalia *nemoralinių* vertybinių sąvokų, kaip antai sveikatos pablogėjimas, distresas<sup>11</sup>, disfunkcija, su(si)žalojimas ar negalia – esama diagnostinių kategorijų, kurių esminiai kriterijai apibūdina amoralų elgesį (angl. *vice-concepts*).<sup>12</sup> Tokių sutrikimų pavyzdžiai, be kita ko, yra asocialaus, narcisistinio, histrioninio ir ribinio tipo AS (žr. poskyrį **Asmenybės sutrikimai**), elgesio sutrikimai, kleptomanija<sup>13</sup>, piromanija<sup>14</sup>, pedofilija ar ekshibicionizmas<sup>15</sup>. Kitaip sakant, esminiai šių sutrikimų diagnostiniai kriterijai yra neatsiejami nuo tam tikros vertinančiosios, moralinės pozicijos (pvz., „atgailos stoka yra blogai“). Būtent dėl to tokie diagnostiniai kriterijai įvardijami kaip „moraliniai“ (angl. *vice-laden*).

**Medicinos, psichikos sveikatos ir medikalizavimo sąvokos.** Galiausiai, būtina trumpai aptarti ir kitas vartosimas sąvokas. Sekant Charlando (18) pavyzdžiu, „**medicina**“ šiame darbe suprantama plačiąja prasme – kaip sritis, nagrinėjanti ir sprendžianti liguistus reiškinius – tokiu būdu įtraukiant ne tik somatinį ir psichiatrinį gydymą, bet ir ligų prevencines programas, klinikinę psichologiją, bent iš dalies – psichoterapiją ir pan. Kas liečia „**psichikos sveikatą**“, negatyviaja prasme („kas nėra psichikos sveikata?“) ją suprasiu paprasčiausiai kaip psichikos sutrikimų nebuvimą. Tačiau pozityviaja prasme („kas yra psichikos sveikata?“) „psichikos sveikatą“ reikėtų suprasti kaip daugiau nei vien tik psichikos sutrikimų neturėjimą. Pozityviaja prasme, psichiškai sveikas asmuo ne tik kad neturėtų psichikos sutrikimų, bet taip pat pasižymėtų gera saviverte, sėkmingu ir pilnaverčiu socialiniu gyvenimu ir pan. Tokiu būdu, „psichikos sveikatą“ galima suprasti kaip tarpinę būseną tarp vos patenkinamos ir visiškos (psichinės) gerovės (58). Kas liečia „**medikalizacijos**“ sąvoką, ją suprasiu Conrado (59) pasiūlyta prasme kaip „procesą, kurio metu *nemedicininės* problemos tampa apibrėžiamos ir traktuojamos kaip *medicininės* problemos, paprastai jas suprantant kaip ligas ar sutrikimus [kursyvas mano]“ (209 p.).

Svarbu pabrėžti ir tai, kad „**medicininė problema**“ šiame darbe nebūtinai reiškia ligą. Tai gali reikšti, pavyzdžiui, įtraukimą į ligų klasifikatorių vadinamojo Z, V ar Q kodo pavidalu. ICD ir DSM šios kategorijos yra numatytos būklėms ar problemoms, kurios *nėra* ligos, bet suteikia reikšmingos informacijos apie asmens sveikatą (pvz., problemos santykiuose ar darbe, fizinių pratimų stoka, netinkama mityba, diskriminacija, persekiojimas, buvusi savižala, tėvų meilės trūkumas vaikystėje ar pan.) (60). Taigi, sakydamas, kad tam tikras reiškinys turėtų būti laikomas „*medicinine problema*“, turiu omenyje tik tiek, kad šios problemos sprendime turėtų dalyvauti

---

<sup>11</sup> Toks stresas, kuris kenkia asmeniui ir jo kasdieniui veiklai.

<sup>12</sup> Amoralium tokį elgesį yra įprasta laikyti bent jau Vakarų kultūroje (121).

<sup>13</sup> Vadinamasis pataloginis vogimas, kuriam „būdingas pasikartojantis nesugebėjimas atsispirti potraukiui vogti daiktus, kurie nėra paimami asmeniniam naudojimui ar siekiant materialines naudos“ (60) (168 p.).

<sup>14</sup> Vadinamasis pataloginis padeginėjimas, kuriam „būdingi daugkartiniai padegimai arba bandymai be aiškaus motyvo padegti kito asmens turtą ar daiktus ir nuolatinis domėjimasis su ugnimi susijusiais dalykai“ (60) (167 p.).

<sup>15</sup> Apibrėžiamas kaip „pasikartojantis ar nuolatinis polinkis apnuoginti genitalijas prieš nepažįstamuosius [...] arba žmones viešose vietose, nekviečiant ir nesiekiant artimesnio kontakto“ (60) (171 p.).

sveikatos priežiūros specialistai, tam pasitelkdami psichoterapines, farmakoterapines, instrumentines ar kitokias medicinines priemones. „Medicininė problema“ yra platesnė sąvoka nei „liga“, kadangi apima ne tik ligas, bet ir įvairius kitus medicininio dėmesio reikalaujančius reiškinius (pvz., nėštumą ar jo nutraukimą, gimdymą, įvairių kūno dalių keitimą ar jų funkcijos atkūrimą, eutanaziją, normalų gedėjimą, savižalą ir pan.).

**Moralės, laisvos valios ir atsakomybės sąvokos.** Šiame darbe nagrinėsimų akademinių tekstų autoriai, kalbėdami apie moralę, laisvą valią ar atsakomybę, dažniausiai nepateikia jokio šių sąvokų apibrėžimo. Savo ruožtu, sąvokas „moralė“ ir „moralinis“ šiame tekste vartosiu ne absoliučiąja, universaliąja prasme, bet kaip liečiančias pačius svarbiausius gerojo elgesio principus, įsigalėjusius tam tikroje visuomenėje tam tikru sociokultūriniu momentu (61). Kartais „moralė“ taip pat suprantama ir kaip savotiška psichikos dalis, atsakinga už *gebėjimą* laikytis šių principų (žr. **Pav 1**).<sup>II</sup> Atsižvelgiant į ypatingai didelę Vakarų kultūros įtaką ligų klasifikatoriams (62), kalbėdamas apie „moralinius“ diagnostinius kriterijus, omenyje turėsiu tokį elgesį, kuris būtų laikomas moraliai geru ar blogu daugumoje vakarietiško visuomenių.<sup>III</sup> Kas liečia sąvoką „nemoralinis“ – nors plačiąja prasme ją galima suprasti kaip visa tai, kas su minėtais elgesio principais nėra susiję tiesiogiai (mokslas, menas, religija ir kt.) – šiame darbe ji bus vartojama siaurąja prasme, kaip sąvokos „mokslinis“ sinonimas.<sup>16</sup>

Be to, nors išnarplioti plačios filosofinės ir mokslinės laisvos valios problematikos („ar laisva valia *apskritai* įmanoma?“) šiame darbe nebus siekiama, remsiuosi prielaida, kad laisvos valios, bent iki tam tikro laipsnio, įprastais atvejais visgi esama. „Laisvą valią“ suprasiu kaip atsakomybės prielaidą. Tiksliau sakant – kaip tokį *gebėjimą kontroliuoti* savo elgesį, kuris leistų asmenį laikyti atsakingu už savo poelgius (63). Kaip „laisvos valios“ priešpriešą galima suprasti **mokslinį determinizmą** – manymą, kad visi reiškiniai, įskaitant ir jausmus, mintis ir poelgius, yra *nulemti* tam tikrų moksliskai nustatomų fizikinių, cheminių ar biologinių procesų.

Kas liečia „atsakomybę“, remiantis Pickard (64, 65) pasiūlyta atsakomybės be kaltinimo (angl. *responsibility without blame*) samprata (žr. **7. Mišrusis požiūris**), atsakingu laikysiu tokį asmenį, kurio elgesys išplaukia iš sąmoningo, savarankiško ir valingo apsisprendimo. Svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad šio darbo kontekste „atsakomybė“ jokių būdu nereiškia, kad asmuo tuo pačiu laikytinas smerktinu ar kaltintinu. Kitaip sakant, „atsakomybė“ nėra tapatinama su „moraline atsakomybe“. Laikydami asmenį atsakingu, *pirma*, sutinkame, kad šis asmuo geba kontroliuoti savo elgesį bent iš dalies. Kitaip tariant – bent iš dalies geba elgtis savarankiškai, valingai ir sąmoningai. *Antra*, sutinkame, kad toks *gebėjimas leidžia* iš pačio asmens tikėtis aktyvių pastangų keistis. Pavyzdžiui, galima būtų tikėtis, kad psichoterapinė ar farmakoterapinė pagalba ilgainiui leistų turintiems BAS savo elgesį vertinti labiau kritiškai ir geriau suprasti savo elgesio priežastis ir pasekmes (sąmoningumas). Tai ilgainiui galėtų įgalinti asmenį matyti alternatyvius elgimosi būdus ir priimti kuo įmanoma geresnį, naudingesnį ir protingesnį sprendimą (savarankiškumas ir valingumas). Tuo tarpu moralinė ar teisinė atsakomybė neretai reiškia dar

---

<sup>16</sup> Toks sprendimas daromas atsižvelgiant į šios sąvokos vartoseną nagrinėjamuose darbuose. Pavyzdžiui, kalbant apie „nemoralinius“ diagnostinius kriterijus, aptariamuose darbuose turima omenyje „mokslines“, „vertybiškai neutralias“ sąvokas.

papildomą, *trečią* žingsnį: asmens atvirą kaltinimą, smerkimą ar baudimą. Medicinoje šio paskutinio žingsnio yra įprasta vengti.

**Asmenybės sutrikimai.** Nuo dabartinių iš esmės nesiskiriantys AS apibrėžimai įsitvirtino psichiatrijoje sulig DSM 3-uoju leidimu 1980 m. (66), nors AS sampratos užuomazgas galime aptikti dar XIX a. (12). „**Asmenybę**“ šiuo atveju galima suprasti kaip tam tikrą unikalią mąstymo, jautimo ir elgimosi visumą, būdingą kiekvienam iš mūsų (67). „**Asmenybės sutrikimai**“, savo ruožtu, psichiatrijoje yra suprantami kaip nusakantys „kraštutinius ar reikšmingus nukrypimus nuo to, kaip vidutinis asmuo esamoje kultūroje suvokia aplinką, mąsto, jaučia ir ypač bendrauja su kitais“ (60) (157–158 p.). Teigiama, kad AS – nors ir diagnozuotini tik suaugusiems – pradeda rasti jau vaikystėje ar paauglystėje (60). Kas liečia AS gydymą, aukšniu standartu šiuo metu yra laikoma psichoterapija (68). Visgi, metaanalizių ir sisteminių apžvalgų (69–74) išvados verčia smarkiai abejoti tiek nemedikamentinių intervencijų, tiek farmakoterapijos efektyvumu gydant AS. Šiuo metu trūksta didelio patikimumo įrodymų, leidžiančių teigti, kad AS gali būti efektyviai pagydomi (69–74). Taigi, šių sutrikimų gydymas paprastai apsiriboja trumpalaikiu simptomatikos (pvz., pykčio, impulsyvumo, nerimo, savižalos) mažinimu, tačiau ilgalaikėje perspektyvoje asmenų su AS gyvenimo kokybė paprastai pagerėja tik neženkliai (68, 75).

Kas liečia bAS, šiai grupei, kaip užsiminta anksčiau, priklauso asocialaus, ribinio, histrioninio ir narcisistinio tipo AS. Reikėtų trumpai aptarti esminius šių sutrikimų bruožus, aprašomus DSM (3). Glaustai tariant, **asocialaus tipo AS** būdingas dažnas moralinių ir teisinių normų nepaisymas, lydimas nesugebėjimo jausti kaltės dėl kitiems padarytos žalos. **Ribinio tipo AS** pasižymi staigiais savęs ar kitų suvokimo pokyčiais (pvz., palyginti staigiai pasikeičia asmens vertybės, tikslai, planai, teigiamas ar neigiamas kitų vertinimas), sunkumais valdyti pyktį, kurti ilgalaikius ir saugius santykius, dažna nuotaikų kaita ir impulsyvumu. Esminiai skiriamieji **histrioninio tipo AS** bruožai – perdėtas patiklumas, familiarumas ir dėmesio poreikis, pasireiškiantis provokuojančiu, seksualiai gundančiu, dramatišku ar teatrališku elgesiu. Galiausiai, **narcisistinio tipo AS** būdinga itin nestabili savivertė, pasireiškianti polinkiu perdėtai vertinti savo pasiekimus ir gabumus (kitaip sakant – grandioziškumu), dideliu žavėjimosi poreikiu ir jautrumu kritikai. Šie požymiai neretai lydimi empatijos stokos.

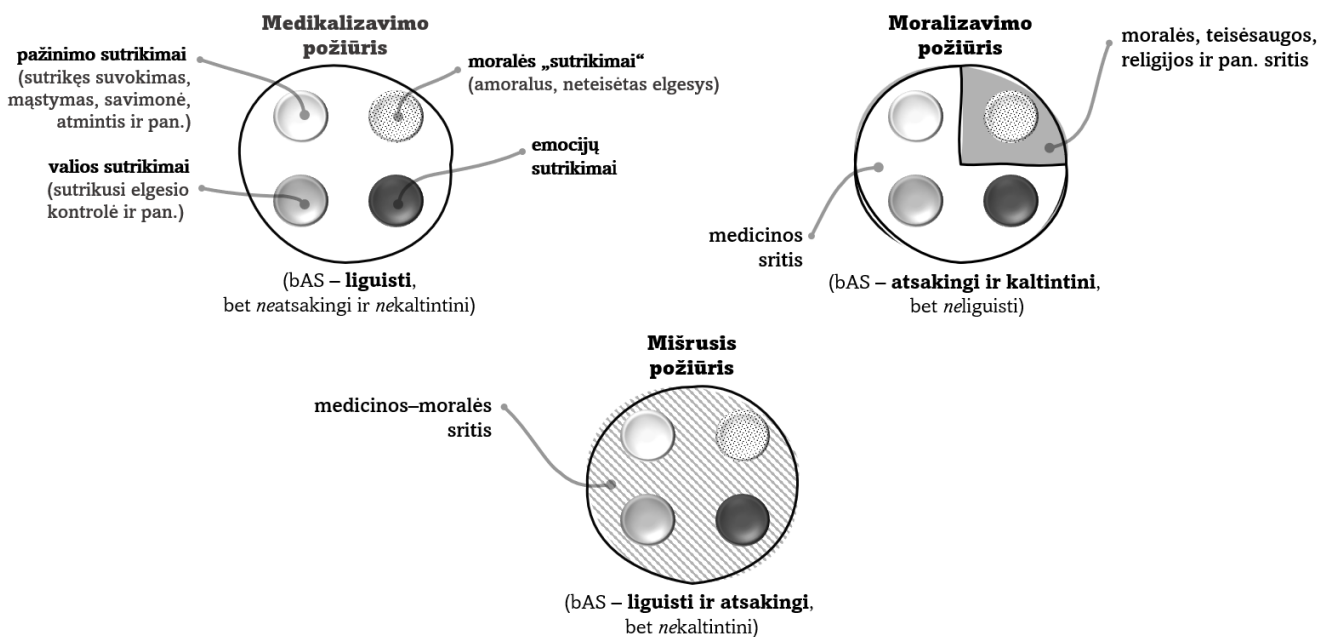
#### 4. PSICHIATRIJOS IR MORALĖS RIBOS (PAGAL SADLERĮ)

Sadleris (10) siūlo išskirti keturis **požiūrius**, apibūdinančius paplitusius būdus mąstyti apie tai, kaip psichikos sutrikimai yra susiję su amoraliu elgesiu (angl. *vice/mental disorder relationship*) (žr. **Pav. 1**). Kiekvienas iš šių požiūrių savaip atsako į klausimą, ar amoralus elgesys *gali būti* laikomas liguistu. Kai kuriuose iš šių požiūrių taip pat bandoma nusakyti mūsų pažinimo galimybes, klausiant, ar amoralų elgesį *galima* pažinti, suprasti ir aiškinti moksliskai. Kadangi šie požiūriai bus pasitelkiami tolesnėje analizėje, juos būtina aptarti plačiau.

**Atsitiktinumo požiūris (angl. *the coincidental account*).** Anot šio požiūrio, amoralus elgesys dažniausiai yra tik atsitiktinai susijęs su psichikos sutrikimais. Pavyzdžiui, depresiją sergantis asmuo gali tuo pat metu užsiimti amoralia veikla, tačiau tarp šių reiškinių paprastai nebus jokio priežastinio ryšio.

**Moralizavimo požiūris (angl. *the moralization account*).** „Moralizuojantieji“ laikosi prielaidos, kad psichikos sutrikimai ir amoralus elgesys yra iš esmės skirtingi reiškiniai. Tiksliau sakant, šio požiūrio šalininkai teigia, kad amoralus elgesys jokių būdu negali būti laikomas ligos simptomu. Tokio elgesio iš *principio* negalima laikyti nukrypimu nuo biologinės normos ir juolab „gydyti“. Šio požiūrio šalininkai tvirtina, kad moralė yra iš esmės, kokybiškai kitokia psichikos dalis, kuria turėtų rūpintis švietimo sistema, teisėsauga, religinės, nevyriausybinių organizacijos ir pan. Kraštutiniu moralizavimo požiūrio pavyzdžiu galima laikyti Szaszo poziciją – manymą, kad *jokie* psichikos sutrikimai neturėtų būti laikomi ligomis (**3. Ligos sampratos problematika ir pagrindinės sąvokos**) (10).

**Medikalizavimo požiūris (angl. *the medicalization account*).** „Medikalizuojantieji“ – priešingai negu moralizavimo požiūrio šalininkai – teigia, kad amoralus elgesys iš esmės nesiskiria nuo kitų psichikos sutrikimų, o moralės „nukrypimai“ ar „sutrikimai“ galėtų būti validžiomis medicininėmis kategorijomis. Tokiu būdu galėtų atsirasti ir naujos medicinos sritys ar intervencijos, pavyzdžiui, nusikaltėlių rehabilitacija, moralinis tobulinimas (angl. *moral enhancement*) ar dorybių inžinerija (angl. *virtue engineering*) (10). Nemažiau svarbu ir tai, kad „medikalizuojantieji“ amoralų elgesį laiko verčiau gydytinu nei užtraukiančiu atsakomybę.



**Pav. 1.** Ar amoralus elgesys gali būti laikomas ne tik moraline, bet ir medicinine problema? Iš dalies remiantis Sadleriu (10), schematiškai vaizduojami trys galimi atsakymai į šį klausimą. bAS – B grupės asmenybės sutrikimai.

**Mišrusis požiūris (angl. *the mixed account*).** Šis požiūris dar gali būti vadinamas **kompatibilistiniu** (angl. *compatibilistic*). Sadlerio (10) teigimu, tai yra labiausiai paplitęs požiūris, turintis tiek moralizavimo, tiek medikalizavimo požiūrio bruožų. Anot šio požiūrio šalininkų, pedofilija, pavyzdžiui, tuo pat metu yra laikoma ir gydytinu psichikos sutrikimu, ir amoraliu, atsakomybę užtraukiančiu elgesiu. Kitas pavyzdys – manymas, kad priklausomybė nuo psichotropinių medžiagų tuo pat metu yra ir liga, ir paties sergančiojo atsakomybė (t. y. asmuo laikomas atsakingu dėl tiesiogiai su liga sietino elgesio – nelegalaus narkotinių medžiagų vartojimo, smurtavimo, kitų teisės aktų pažeidimo apsvaigimo metu) (76). Kai kurie šio požiūrio šalininkai (64, 65) laikosi nuomonės, kad „laikyti atsakingu“ nebūtinai reiškia ir „kaltinti“, o pačią atsakomybę regi kaip palaiptisniui išugdomą gebėjimą. Būtent tai ir leidžia šio požiūrio šalininkams laikytis nuostatos, kad asmenys su tokiais sutrikimais kaip bAS gali būti laikomi *ir* liguistais, *ir* atsakingais.

*Apibendrinant*, reikėtų pastebėti, kad atsitiktinumo požiūrį paprastai papildo vienas iš likusiųjų trijų – moralizavimo, medikalizavimo ar mišrusis požiūris. Būtent šie trys požiūriai – nusakantys medicinos lauko ribas ir galimybę medicinai persikloti su morale – ir bus pasitelkiami tolesnėje analizėje. Visgi, svarbu pažymėti, kad Sadlerio išskirti požiūriai nebūtinai pasireiškia kaip nuoseklios ir aiškiai artikuliuotos pozicijos. Dažnu atveju tai tėra nekvestionuojamos, pačios sau prieštaraujančios mąstymo schemas, intuityviai pasitelkiamos kalbant apie psichiatriją ir moralę (10). Šiame darbe tokias schemas ir jas lydinčius prieštaravimus bus siekiama išryškinti ir apsvarstyti.

## **5. MORALIZAVIMO POŽIŪRIS: bAS YRA VISŲ PIRMA MORALINĖ PROBLEMA (CHARLANDAS)**

Šiame skyriuje bus aptariami Charlando (16–18) darbai, kuriuose siekiama parodyti, kad bAS yra ne medicininė, o verčiau moralinė problema. Nagrinėdamas Charlando argumentus, sieksiu parodyti, kodėl natūralistinė ligos samprata yra sunkiai suderinama su principine „moralizuojančiųjų“ nuostata, kad amoralus elgesys negali būti laikomas liguistu. Charlando bandymas derinti šias dvi pozicijas, mano supratimu, šį prieštarumą gerai atspindi. Visa tai leis prieiti išvadą, kad natūralistinė ligos samprata – ignoruodama neišvengiamą vertybinių nuostatų įtaką tam, ką laikome liguistu – kaip tik sudaro prielaidas pertekliniam medikalizavimui. Galiausiai, aptarsiu ir tai, kodėl moralizavimo požiūrio įsigalėjimas medicinoje veikiausiai neproporcingai susiaurintų pagalbos galimybes asmenims su bAS.

Charlandas nebuvo pirmas, atkreipęs dėmesį į moralinį bAS pobūdį – apie tai būta svarstymų ir kai kuriuose ankstesniuose darbuose (77–79). Tačiau būtent Charlando (16–18) darbai paskatino gana produktyvią akademinę diskusiją dėl to, ar bAS apskritai gali būti laikomi ligomis (4, 5, 38–42, 46, 48, 64, 80–82). Anot paties

Charlando (16–18), bAS yra veikiau moralinės negu medicininės kategorijos. Tokią išvadą Charlandas pagrindžia dviem argumentais: vienas išplaukia iš bAS diagnozavimo, kitas – iš bAS gydymo.

*Visų pirma*, Charlando teigimu, bAS neįmanoma diagnozuoti nesivadovaujant moraliniais kriterijais. Kitaip sakant, sprendžiant iš DSM pateiktų diagnostinių kriterijų, amoralus elgesys yra neišvengiama šių sutrikimų diagnozės dalis. Ši Charlando pastebėjimą gerai iliustruoja žemiau pateikiami asocialaus tipo AS diagnostiniai kriterijai – didžioji jų dauguma (2, 4, 5, 6 ir 7 punktai) yra akivaizdžiai moraliniai:

A. Daugelyje gyvenimo situacijų pasireiškiantis paternas (angl. *pervasive pattern*), pasižymintis kitų asmenų teisių nepaisymu ir pažeidimu. Pasireiškia nuo 15 metų. Būdingi bent 3 žemiau nurodyti požymiai:

1. Teisėto elgesio normų nepaisymas, pasireiškiantis pasikartojančiais neteisėtais veiksmais.
2. Melagingumas, pasireiškiantis pasikartojančiu melavimu, slapyvardžių naudojimu ar kitų apgaudinėjimu siekiant asmeninės naudos ar malonumo.
3. Impulsyvumas ar nesugebėjimas planuoti iš anksto.
4. Irzlumas ir agresyvumas, pasireiškiantys pasikartojančiomis muštynėmis ar užpuolimais.
5. Beatodairiškas savo ar kitų saugumo nepaisymas.
6. Neatsakingumas, nuosekliai pasireiškiantis nesėkmingais bandymais užsiimti pastovia darbine veikla ar vykdyti finansinius įsipareigojimus.
7. Atgailos stoka, pasireiškianti abejingumu dėl vagystės, sužeidimo ar kitokio blogo elgesio kito asmens atžvilgiu arba šių poelgių racionalizavimu.

B. Asmuo yra bent 18 metų. (...) (3) (659 p.).

*Antra*, Charlando teigimu, asmenų su bAS pasveikimas nėra įmanomas be pačio asmens pastangų siekti moralinio pokyčio. Šiuo metu neįmanoma įsivaizduoti tokio sėkmingo nemoralinio gydymo (farmakoterapija ar psichoterapija), kuris bAS galėtų pagydyti vien savaime, t. y. be jokių pačio asmens pastangų keistis. bAS atveju pagijimas visuomet turės reikšti ir moralinį pokytį – liovimąsi nuolatos meluoti, nepagarbiai elgtis kitų asmenų atžvilgiu, elgtis impulsyviai, neatsakingai ar pan. Kaip pavyzdį Charlandas pateikia dialektinę elgesio terapiją – vieną psichoterapijos rūšių, taikomą ribinio tipo AS gydyti. Charlando teigimu, ši intervencija yra efektyvi didžiaia dalimi kaip tik dėl to, kad jos metu asmenys su bAS yra skatinami siekti moralinio pasikeitimo.

Svarbu pastebėti, kad Charlandas (16) laikosi natūralistinės ligos sampratos. Kitaip tariant, ligą Charlandas supranta kaip gryną mokslinę sąvoką – kaip ir bet kokią kitą mokslinį objektą (pvz., uolienas, nukleorūgštis, atomus), kurį tereikia mokėti tinkamai nustatyti. Pasak „natūralistų“, tikrų ligų apibrėžimai turėtų išplaukti iš moksliskai nustatytų biologinių pakitimų, o ne iš nusistovėjusių vertybinių ar moralinių nuostatų. Taigi, mano supratimu, Charlando samprotavimą schematiškai galima būtų pavaizduoti tokiu būdu:

**Prielaida:** „Liga“ tai iš esmės vertybiškai (taigi, ir moraliai) neutrali sąvoka, apibrėžianti moksliskai nustatytą biologinę disfunkciją, pagydomą nemoraliniais būdais.



**Klausimas:** Ar AS yra ligos?

**Argumentas:** Skirtingai nuo aAS ir cAS, esminiai bAS diagnostiniai kriterijai ir gydymas yra moraliniai.

**Atsakymas:** bAS – skirtingai negu aAS ir cAS – nėra ligos.

**Implikacija:** Su bAS apibūdinamu amoraliu elgesiu veikia turėtų dorotis švietimo sistema, teisėsauga, religinės, nevyriausybinės organizacijos ir pan.<sup>IV</sup>

Tačiau Charlandas pripažįsta, kad ateityje, padaugėjęs mokslinių įrodymų, bAS galėtų būti pagrįstai laikomi ligomis. Tai būtų įmanoma tik tuomet, jei bAS galėtume apibrėžti ir nustatyti vadovaujantis *nemoralinėmis* sąvokomis. Gali būti, kad ateityje bus įmanoma nustatyti bAS sukeliančius neurobiologinius pokyčius, kas leistų bAS suprasti kaip, pavyzdžiui, tam tikrą neuromediatorių disfunkciją.

Nepaisant to, Charlandas neatmeta galimybės, kad į ligų apibrėžimus visgi gali tekti įtraukti ir tam tikras moralines sąvokas (18). Bet net ir tokiu atveju ligų diagnostiniai kriterijai privalėtų būti bent jau *didžiąja dalimi* moraliai neutralūs. Tiesa, pats Charlandas nepatikslina, kaip tai galėtų atrodyti praktiškai. Mano supratimu, Charlando mintį galima suprasti tokiu būdu: net jei bAS galėtų būti iš esmės nustatomi instrumentiniais ir laboratoriniais tyrimais, ligos klinikinę išraišką, jos progresavimą, poveikį socialiniam adaptyvumui ar atsaką į gydymą vis tiek tektų vertinti vartojant moralines sąvokas. Pavyzdžiui, gali būti, kad ligos sunkumą vertintume pagal paciento melagingumo, agresyvumo ar atgailos stokos laipsnį ar pobūdį. Galima įsivaizduoti ir gydymui atsparias ar netipiškas bAS formas, kurias galėtume diagnozuoti remiantis ligos klinikine išraiška – pavyzdžiui, jei pacientas elgtųsi amoraliai net ir taikant gydymą.

Be to, Charlandas aiškiai pripažįsta (16), kad psichikos sutrikimuose esama nemažai vertybinių nuostatų (pvz., nors aiškiai žodžiais ir neišreikšta, bet visgi numanoma nuostata, kad nuolatinis noras viešai apsinuoginti yra blogai). Tokių vertybinių nuostatų neabejotinai esama ir aAS ir cAS apibrėžimuose. Pavyzdžiui, šizoidinio tipo AS, be visa ko, apibūdinamas tokiais kriterijais, kaip: „netrokšta turėti artimų santykių, tarp jų ir šeimyninių; tokie santykiai nesuteikia malonumo“, „beveik visuomet renkasi atsiskyreliškus užsiėmimus“, „seksualinės patirtys su kitu asmeniu kelia mažą susidomėjimą, arba nedomina iš viso“, „išskyrus pirmos eilės giminaičius, kitų artimųjų asmenų neturi“ ar „kitų kritikai ar pagyrimams atrodo esąs abejingas“ (3). Mano manymu, stebina tai, kad aAS ir cAS atžvilgiu – nepaisant akivaizdžiai vertybinių jų kriterijų – Charlandas nėra toks skeptiškas. Šiuos sutrikimus Charlandas (17, 18) yra linkęs laikyti tikrosiomis ligomis – aAS ir cAS, šio autoriaus teigimu, yra veikiausiai medicininės problemos, nors jų apibrėžimai natūralistiniu požiūriu ir nėra tobuli.

Šioje vietoje siūlau atkreipti dėmesį į du svarbius nenuoseklumus, kliūvančius atidžiau pažiūrėjus į Charlando samprotavimą. *Pirma*, esama neatitikimo tarp prielaidos ir atsakymo. Nėra iki galo aišku, kodėl aAS ir cAS, skirtingai nuo bAS, yra laikomi ligomis. Tą patį teigia Reimer (39) ir Zacharas (5): juk šių AS diagnozė tėra grindžiama vien socialiai nepageidajamu elgesiu, o jų išgydymas be pačio asmens noro siekti tam tikro socialinio

pokyčio (pvz., siekti artimų santykių, dažnesnio bendravimo su kitais) yra sunkiai įsivaizduojamas (83). Tad turint omenyje natūralistinį Charlando požiūrį, nėra aišku, kodėl aAS ir cAS yra linkstama laikyti tikromis ligomis. Charlandas nenurodo jokių reikšmingų įrodymų dėl aAS ir cAS sukeliančių biologinių priežasčių ar efektyvaus šių sutrikimų gydymo farmakoterapiniais ar kitais nemoraliniais būdais. Taigi, nuosekliau būtų teigti, kad tiek bAS, tiek aAS ir cAS – Reimer (39) žodžiais tariant – yra socialiniai sutrikimai. Mat *visi* šie sutrikimai apima tam tikrus ženklus nukrypimus nuo socialinių (tarp jų ir moralinių) normų.

*Antra*, stebina neniuanuotas Charlando požiūris į tai, ar bAS galėtų būti laikomi medicininėmis problemomis ateityje. Paradoksaliau, tačiau tą patį amoralų elgesį – nederamą seksualiai provokuojančią elgseną, melagingumą ar atgailos stoką – Charlandas (18), regis, pripažįsta laikysiantis medicinine problema, kai tik šį elgesį galėsime apibrėžti mokslinėmis sąvokomis arba gebėsime jį pagydyti farmakoterapiniais, instrumentiniais ar kitokiais nemoraliniais metodais. Suprantama, kad *bet kokie* polinkiai ir elgesys – tiek moraliai geri, tiek blogi – yra sąlygoti tam tikrų potencialiai moksliskai paaiškinamų procesų.<sup>17</sup> Esu linkęs manyti, kad mokslinė ir technologinė pažanga ilgainiui leis aptikti vis didesnę dalį tokių priežastinių procesų ir bent jau iš dalies juos keisti. Galima įsivaizduoti, kad bAS galėtų būti nemoraliai apibrėžti ir gydomi kaip neuromediatorių disfunkcija ar kitoks neurobiocheminis sutrikimas. Tačiau susidaro įspūdis, kad Charlandas nemoralinius ir moralinius reiškinius laiko vienas kitą paneigiančiais reiškiniais. Kitaip tariant – regis, laikomasi prieštaringos nuostatos, kad amoralų elgesį apibrėžus moksliniais terminais, tas pats amoralus elgesys jau *vien* dėl šio techninio žingsnio nebebūtų moralinis.<sup>18</sup> Nors kliniškai vis tiek susidurtume su nederamu pykčiu ar atgailos stoka, vien gebėjimas nustatyti ir pagydyti šio amoralaus elgesio neurobiochemines priežastis esą leistų jį laikyti jau medicinine, o ne moraline problema.

Iš to daryčiau išvadą, kad Charlando samprotavime kertasi dvi prieštaringos prielaidos: (a) natūralistinė prielaida, kad „liga“ yra moksliskai nustatoma biologinė disfunkcija ir (b) principinė<sup>19</sup> prielaida, kad amoralus elgesys negali būti laikomas liguistu. Kitaip tariant, manydamas, kad ligas – kaip ir cheminius elementus – reikia atrasti, Charlandas patenka į spąstus. Regis, buvo tikimasi, jog atradus mokslinį bAS paaiškinimą ir efektyvų farmakoterapinį ar instrumentinį bAS gydymą, būtų atrastos ir nemoralinės ligos. Toks manymas išplaukia iš natūralistinės prielaidos, leidžiančios manyti, kad atradę biologinę bAS priežastį išsyrk atrasime ir disfunkciją. Bet juk biocheminiame lygmenyje – teoriškai – įmanoma paaiškinti bet kokį elgesį, tad ir biologinio pagrindo nustatymas savaime nereiškia, kad elgesys bus disfunkcinis. Potencialiai, neuromediatorių lygmenyje paaiškinamas ir normaliu laikomas elgesys ar patirtys: pavyzdžiui, įsimylėjimas, drąsa, geranoriškumas, kantrybė, empatiškumas ir pan.

---

<sup>17</sup> Žinoma, tai nebūtinai reiškia, kad elgesys tuo pat metu nėra laisvas.

<sup>18</sup> Analogiškai galima būtų sakyti, kad homoseksualumą galėsime laikyti liga tuomet, kai tik nustatysime jo (nemoraliniais būdais pagydomą) neurobiologinę priežastį, leisiančią jį apibrėžti nemoraliniais terminais.

<sup>19</sup> Kitaip sakant – ontologinė. Ontologinės prielaidos atsako į tokius klausimus, kaip „kas iš *tikrųjų* yra amoralus elgesys?“ arba „ar amoralus elgesys yra liga?“. Ontologinės prielaidos skiriasi nuo epistemologinių, bandančių nusakyti mūsų pažinimo galimybes. Epistemologinių klausimų pavyzdžiai – „ar amoralų elgesį galima *pažinti*, *suprasti* moksliskai?“, „kaip geriausia *pažinti*, *tirti*, *suprasti* ar *aiškinti* amoralų elgesį?“.

Tad Charlando siūlomas sprendimas – laikyti bAS ligomis tik tuomet, jei juos apibrėšime biocheminėmis, fiziologinėmis ar panašiomis vertybiškai neutraliomis sąvokomis – iš tiesų nieko nesprenžia. Tokiu būdu „atrasų“ ligų išraiška juk nepasikeistų. Tai būtų tas pats „nederamas, intensyvus pyktis“, „melagingumas“, „nederamas seksualiai gundantis ar provokuojantis elgesys“ ar „neatsakingumas“ (3), kuriuos ir buvo bandoma pašalinti iš ligų klasifikatorių. Mano požiūriu, eiliškumas šiuo atveju veikiausiai yra ne „biologinė disfunkcija → (moksliškai at-rasta) liga“, o verčiau:

(susitarimas dėl to, kas laikytina) **liga** → **biologinė disfunkcija** (t. y. biologinis pagrindas nustatomas siekiant išgydyti tai, kas nepageidautina)

Taigi, kyla klausimas: ar bAS būdingas amoralus elgesys turėtų būti laikomas liga? Skirtingai nuo emocijų, valios ir pažinimo, moralę laikydamas medicininai nepavaldžia psichikos dalimi, Charlandas į šį klausimą atsako neigiamai. Tačiau vadovaudamasis natūralistine ligos samprata, Charlandas nenumato šio požiūrio nesuderinamumo su savo vertybine nuostata, kad amoralus elgesys negali būti laikomas medicinine problema. Kitaip sakant – natūralistinio požiūrio nesuderinamumo su manymu, kad moralė neturėtų būti medikalizuojama.

Pasitelkdamas kiek platesnę, Sadlerio (10) pasiūlytą perspektyvą, esu linkęs manyti, kad šiuo atveju taip pat iškyla mokslinio determinizmo ir laisvos valios suderinamumo problema. Tiksliau sakant, regis, manoma, kad visi mūsų veiksmai, įskaitant ir amoralius, yra nulemti biologinių procesų, tačiau tuo pat metu nenorima atsisakyti minties, kad laisvos valios (tad ir atsakomybės už amoralų elgesį) vis dėlto irgi esama.

Galiausiai, svarbu įvertinti ir tai, kokios pasekmės lauktų asmenų su bAS, jei kraštutinis „moralizuojančiųjų“ požiūris visgi įsitvirtintų psichiatrijoje. Viena vertus – bent jau trumpalaikėje perspektyvoje – šis požiūris iš tikrųjų padėtų išvengti neetiško amoralaus elgesio medikalizavimo. Tačiau vengti amoralaus elgesio medikalizavimo bet kokia kaina, mano supratimu, ne tik kad būtų sunkiai įgyvendinama (žr. **7. Mišrusis požiūris**), bet ir potencialiai žalinga. Mat tai veikiausiai reikštų kategorišką priešinimąsi tikslingam mokslo ir technologijų naudojimui moralinėms problemoms spręsti. Nors šiuo metu iš tikrųjų nėra efektyvaus bAS gydymo, tai nereiškia, jog tokia pagalba negalėtų būti prieinama ateityje. Be to, farmakologinė pagalba bAS nebūtinai turėtų reikšti tik simptomų slopinimą. Derinyje su psichoterapija, farmakologinės ar netgi instrumentinės<sup>20</sup> medicininės priemonės galėtų būti pasitelkiamos gerųjų žmogiškųjų savybių *ugdymui*. Kitaip sakant, šias priemones galima būtų panaudoti kognityvinių gebėjimų gerinimui (pvz., savikontrolės ir mokymosi gerinimui, empatijos stiprinimui), kas, savo ruožtu, įgalintų turinčiuosius bAS įgyti naujų įgūdžių ar polinkių. Žinoma, *vien* šių priemonių veikiausiai neužtektų – reiktų ir tam tikro aktyvaus, sąmoningo asmens įsitraukimo. Kaip pavyzdį, galima būtų pateikti oksitociną. Nustatyta, kad šis hormonas didina empatiškumą, pasitikėjimą, gebėjimą geriau suprasti socialinį kontekstą,

---

<sup>20</sup> Pavyzdžiui, kartojamoji transkranijinė magnetinė stimuliacija (angl. *repetitive transcranial magnetic stimulation*) galėtų padėti sumažinti ribinio tipo AS būdingą impulsyvumą, pyktį, emocinį nestabilumą (122).

skatina paisyti socialinių normų (84, 85). Visgi, 2017 m. atliktas mokslinis tyrimas (86), siekęs nustatyti oksitocino įtaką ksenofobiškoms nuostatomis, parodė, kad *vien* socialinio spaudimo ar *vien* tam tikros oksitocino dozės paskyrimo nepakako, kad labiausiai ksenofobiški asmenys imtų elgtis altruistiškiau. Asmenys, pasižymėję stipriausiomis ksenofobiškomis nuostatomis, žymiai altruistiškiau kitataučių atžvilgiu pradėjo elgtis tik tuomet, kai oksitocino infuzija į nosį buvo derinama kartu su tam tikru socialiniu paskatinimu. Taigi, analogiškų rezultatų galima būtų tikėtis, pavyzdžiui, derinant psichoterapines ir farmakoterapines priemones bAS problemoms spręsti. Toks medicininių priemonių pasitelkimas gerųjų asmens savybių ar polinkių ugdymui tampa itin aktualus bAS suprantant dorybių etikos kontekste, apie kurią bus kalbama vėliau (žr. **7. Mišrusis požiūris**).

Be to, „moralizuojantieji“ ignoruoja ir galimas teigiamas bAS medikalizavimo pasekmes, atsispindėsiančias moraliniame ar teisiniame kontekste. Tuo, žinoma, nenoriu pasakyti, kad bAS diagnozė turėtų atleisti nuo moralinės ar teisinės atsakomybės. Tą numato ir DSM (žr. *Cautionary Statement for the Forensic Use of DSM-5*) (3) – net ir tais atvejais, kai reikšmingas elgesio kontrolės sumažėjimas yra diagnozės dalis, tai nebūtinai reiškia, kad asmuo negali būti pakaltinamas jokiais aplinkybėmis. Verčiau turiu omenyje netiesioginę medikalizavimo naudą. Pavyzdžiui, 2002 m. atlikta sisteminė apžvalga (87) parodė, kad apie 50% kalinimo bausmę atliekančių vyrų turi asocialaus tipo AS, o 65% – bent vieną iš AS diagnozių.<sup>21</sup> Mano supratimu, iš principo vengti psichoterapinės ar medikamentinės pagalbos, ilgainiui leisiančios išvengti moralinių ir teisinių problemų (pvz., didelio agresyvumo) ir ženkliai pagerinti asmenų su bAS gyvenimo kokybę, būtų paprasčiausiai neteisinga. Kokiu būdu moraliniai siekiniai (pvz., geranoriškumas) galėtų būti suderinami su medicinos praktika, plačiau aptarsiu kalbėdamas apie mišrųjį požiūrį (žr. **7. Mišrusis požiūris**).

*Apibendrinant*, norėčiau pabrėžti tris dalykus. *Viena vertus*, Charlandas laikosi principinės nuostatos, kad moralinėms sąvokoms ligų klasifikatoriuose figūruoti nevalia. *Kita vertus*, teigdamas, kad bAS verčiau turėtų būti laikomi moraline, o ne medicinine problema, Charlandas tą daro natūralistinės ligos sampratos rėmuose. Anot Charlando, kol kas trūksta empirinių įrodymų, leidžiančių teigti, kad bAS atsiranda kaip tam tikros moksliskai nustatomos psichopatologijos rezultatas. Paradoksalu, tačiau toks požiūris kaip tik sudaro prielaidas pertekliniam amoralaus elgesio medikalizavimui. Gebėti paaiškinti bAS nemoraliniais terminais tėra laikina *techninė*, o ne principinė kliūtis. Taigi, mano manymu, esminė problema šiuo atveju yra ta, kad ilgalaikėje perspektyvoje „moralizuojančiojo“ ir „natūralisto“ sąjunga yra labai netvari. Tačiau pats Charlandas, regis, šių dviejų pozicijų nesuderinamumo nepastebi. *Galiausiai*, kategoriška „moralizuojančiųjų“ nuostata, kad medicina negali sau kelti tikslo spręsti vertybinių ar moralinių klausimų, mano supratimu, yra klaidinanti ir bAS atveju nebūtinai gelbstinti. Pastarąjį teiginį sieksiu išsamiau pagrįsti sekančiuose dviejuose skyriuose.

---

<sup>21</sup> Svarbu pastebėti, kad į šią apžvalgą buvo įtraukti tik vakarietiškos visuomenės atlikti tyrimai.

## 6. MEDIKALIZAVIMO POŽIŪRIS: bAS YRA VISŲ PIRMA MEDICININĖ PROBLEMA

Šiame skyriuje bAS medikalizavimą apsvarstysiu dviem aspektais – laisvos valios ir atsakomybės aspektu. *Visų pirma*, sieksiu parodyti, kad diskusiją tarp Charlando ir „medikalizuojančiųjų“ galima suprasti kaip iš esmės empirinę – keliamas klausimas, ar bAS amoralus elgesys yra laisvo asmens apsisprendimo, ar visgi nevalingų neurobiocheminių procesų pasekmė. Į šį klausimą bent iš dalies įmanoma atsakyti remiantis mokslinių tyrimų duomenimis. *Antra*, pagrįsiu, kodėl pagrindinė bAS medikalizavimo priežastis yra ne jų neurobiocheminė kilmė, o jų nesuderinamumas su geros visuomenės vizija. *Galiausiai*, apsvarstysiu, ar asmenis su bAS būtų prasminga laikyti atsakingas net ir tuomet, kai jų nelaikytume moraliai ar teisiškai pakaltinamais.

Charlando samprotavimą interpretuojant kiek laisviau, šio autoriaus reikalavimą medicinines kategorijas apibrėžti nemoraliniais terminais galima būtų suprasti ir kitaip. Siūlau Charlando sąlygą performuluoti tokiu būdu: bAS galėtų būti laikomi tikromis ligomis tik tuo atveju, jei turėtume objektyvų biologinį pagrindą manyti, kad šiuos sutrikimus turintiems asmenims yra ženkliai sumažėjęs gebėjimas priimti laisvą sprendimą. Tiksliau sakant – jei turėtume pagrindą manyti, kad šie asmenys patiria itin didelių sunkumų kontroliuojant savo amoralų elgesį. Pavyzdžiui, tokiu pagrindu galėtų būti neurobiocheminiai ypatumai, lemiantys ypatingai didelį polinkį elgtis taip, kaip būdinga bAS – asmuo tokiais atvejais, net ir norėdamas, sunkiai gebėtų (arba visai negebėtų) pasielgti kitaip. Atsižvelgiant į tai, šiais atvejais tokių asmenų negalėtume laikyti įprastais moraliniais subjektais, o tokio elgesio – iš esmės amoraliu. Tai taip pat reikštų, kad toks elgesys negalėtų užtraukti lygiai tokios pat moralinės ar teisinės atsakomybės, kokia būtų teisinga įprastais atvejais, asmeniui galint palyginti laisvai pasirinkti, ar nusižengti moralinėms normoms, ar ne. Taigi, laikantis šio aiškinimo, tokio amoralaus elgesio medikalizavimas ir gydymas, regis, galėtų būti pateisinamas. Sergančiajam tai suteiktų galimybę kiekvienu atveju elgtis palyginti laisvai ir tokiu būdu galimai liautis žalojus save ir kitus.<sup>22</sup> Pavyzdžiui, tai galėtų būti įmanoma didinant savikontrolę farmakoterapiniais būdais. Vis dėlto, kalbant apie dabartines bAS kategorijas, tokio medikalizavimo, „moralizuojančiųjų teigimu“, pateisinti nebūtų galima. Mat kol nesame nustatę aiškios biologinės priežasties, įrodančios tam tikrą laisvos valios „nepakankamumą“ bAS atveju, niekuomet negalime būti tikri, ar nemedikalizuojame įprastų moralinių subjektų, su kurių amoraliais veiksmais medicina dorotis iš tikrųjų neturėtų. Laikantis tokios interpretacijos, esminis klausimas iš tikrųjų yra empirinis – neprieštaraujama, kad amoralus elgesys galėtų būti sutrikęs ir gydytinus, tačiau tam pagrįsti reikėtų svarių mokslinių įrodymų.

Medikalizavimo požiūrio šalininkai (39, 40, 42, 46, 88) yra linkę manyti, kad bAS – nors ir turintys akiivaizdžiai moralinių diagnostinių kriterijų – visgi yra tikros ligos. „Medikalizuojančiųjų“ teigimu, bAS būdingas amoralus elgesys iš tikrųjų tėra sukeliamas *nemoralinių* (emocijų, pažinimo) sutrikimų. Tokį požiūrį bent iš dalies

---

<sup>22</sup> Analogiškai galima būtų kalbėti, pavyzdžiui, apie smegenų naviko sukeliama didelį polinkį į amoralų elgesį: pašalinus tokį naviką, pacientui galėtume „sugrąžinti“ asmenybinius bruožus, vyravusius iki ligos, ir tuo pačiu pašalintume paciento laisvą valią varžantį veiksnį.

pagrindžia ir moksliniai tyrimai. Pavyzdžiui, manoma, kad kai kuriems bAS yra būdinga sutrikusi mentalizacija (89). Kitaip sakant – gebėjimas suprasti savo ir kitų emocijas, mintis, ketinimus ar norus. Toks gebėjimas leidžia asmeniui geriau suprasti savo ir kitų asmenų elgesio motyvus, skatina supratingumą ir refleksiją, padeda išvengti smurto (90, 91). Be to, nustatyta, kad tiek asocialaus, tiek ribinio tipo AS pasižymi impulsų kontrolės sunkumais (92). Impulsyvumą šiuo atveju reikėtų suprasti kaip polinkį į tam tikrus vidinius ar išorinius dirgiklius reaguoti neapgalvotai, gerai neįvertinus tokio elgesio pasekmių (92). Tokiu būdu suprantamas impulsyvumas reiškia ir iki tam tikro lygio sumažėjusią laisvą valią ir atsakomybę – mat sumažėja elgesio kontrolė ir gebėjimas sąmoningai rinktis tarp alternatyvių elgimosi būdų. Galiausiai, „medikalizuojantieji“ mini ir tam tikrus neurobiologinius ypatumus, kuriais galima būtų paaiškinti bAS elgesį (pvz., asocialaus tipo AS atveju stebimi pakitimai priekinėje kaktinėje smegenų žievėje, migdoliniame ir dryžuotajame kūne) (46, 88). Taigi, minėti disfunkciniai ypatumai „medikalizuojantiems“ leidžia priėti dviejų pagrindinių išvadų. *Pirma*, bAS yra medicininės problemos – mat jų amoralus elgesys bent dalinai išplaukia iš ligos, o ne iš laisvo apsisprendimo. *Antra*, asmenys su bAS bent jau iki tam tikro laipsnio turėtų būti atleidžiami nuo atsakomybės. Kitaip tariant, argumentuojama, kad neurobiocheminiai bAS ypatumai lemia tam tikrus sunkiai suvaldomus polinkius, dėl kurių individas ilgai ir patiria distresą. Šie polinkiai į amoralų elgesį ir iš jų sekantis distresas yra ne kas kita, o būtent liga. „Medikalizuojančiųjų“ argumentavimą siūlau schematiškai apibendrinti tokiu būdu:

negebėjimas pasielgti kitaip → distresas → liga

**Kokia yra tikroji bAS medikalizavimo priežastis?** Vis dėlto, kyla klausimas – ar sunkiai suvaldomas polinkis į tam tikrą elgesį *bet kokiomis* sociokultūrinėmis aplinkybės reikštų ir liguistumą? Įsivaizduokime smegenų naviką, kuris sukelia itin didelį polinkį į moraliai geru laikomą elgesį (pvz., mandagumą, drąsą, tvarkymąsi, atjautą, grožinės literatūros skaitymą ar pan.). Ar galima būtų sakyti, kad gebėjimas kontroliuoti savo elgesį šiuo atveju yra sumažėjęs? Regis, kad taip – asmuo tokiais atvejais, net ir norėdamas, sunkiai gebėtų (arba visai negebėtų) pasielgti kitaip. Net ir norėdamas meluoti, neatgailauti ar nepaisyti kitų asmenų teisių, toks asmuo jaustų ypatingai didelį polinkį, arba net norą ar įsipareigojimą sakyti tiesą, atgailauti nusižengus taisyklėms ir elgtis pagarbiai. Tačiau, skirtingai nuo moraliai blogo elgesio bAS atveju, toks moraliai pageidautinas elgesys pačiam asmeniui ilgai distreso nekeltų – tai kaip tik vestų prie kokybiškesnių santykių, leistų išvengti kaltės ir gėdos jausmų, įgalintų sėkmingai dalyvauti visuomeninėje veikloje ir pan. Ar laikytume tokį naviką liga vien dėl to, kad jis sukelia didelį polinkį į moraliai gerą elgesį? Regis, kad ne – toks navikas nebūtų problema nei individualia, nei visuomenine prasme. Šį naviką galėtume laikyti liga dėl to, kad tokia struktūra yra nenormali anatomiškai, ilgai niui galėtų kelti pavojų gyvybinėms funkcijoms ir t. t., tačiau vien naviko sukeliamas didelis polinkis į moraliai pageidautiną elgesį, regis, negali būti laikomas pakankama liguistumo sąlyga. Analogiškai, galima būtų įsivaizduoti tam tikrus neuromediatorių pokyčius, sąlygojančius ypatingai didelį polinkį mąstyti pozityviai, elgtis

geranoriškai ar pan. Taigi, iš to daryčiau išvadą, kad laisvos valios sumažėjimas visgi nėra pakankama liguistumo sąlyga. Nepaisant to, kartais tai yra viena iš būtinų sąlygų, leidžiančių tam tikrą elgesį laikyti liga. Pavyzdžiui, bAS, kleptomanijos, piromanijos ar ekshibicionizmo atvejais nuolatinis didelis polinkis į amoralų elgesį yra būtina diagnozės dalis – pavienių vogimo, kitų nuosavybės padegimo ar viešo apsinuoginimo atvejų nelaikytume liguistais. Tačiau *vien* šio polinkio, kaip ir buvo parodyta, neužtektų, kad reiškinį laikytume liga. Pavyzdžiui, vien didelio polinkio į atjautą ar kitokį moraliai neutralų ar pageidautiną elgesį greičiausiai nelaikytume ligos išraiška.

Šis pavyzdys išryškina ir kitą svarbų aspektą – neišvengiamą ligos sampratos normatyvumą. Įsivaizduokime visuomenę, kurioje „atgailos stoka“, „melagingumas“, „kitų asmenų teisių nepaisymas“ ar „nederamas seksualiai gundantis ar provokuojantis elgesys“ yra suprantami kaip siektini, o ne vengtini bruožai. Analogiškai, galime įsivaizduoti visuomenę, kurioje kleptomanija, piromanija ir ekshibicionizmas yra gal ir neįprasti, bet visgi pageidautini reiškiniai. Ar galima būtų tikėtis, kad net ir tokiu atveju „melagingumas“ ar „nederamas seksualiai gundantis ar provokuojantis elgesys“ lygiai taip pat kenktų individui? Būčiau linkęs tuo smarkiai abejoti. Taigi, sakydami, kad bAS reiktų medicininės pagalbos dėl sumažėjusio gebėjimo kontroliuoti savo elgesį, veikiausiai teturime omenyje ką kitką. Ko gero, iš tikrųjų tenorima pasakyti, kad asmenys su bAS patiria sunkumų priimti tokius sprendimus, kurie būtų suderinami su gyvenimu visuomenėje. Tokių sunkumų sukelia, pavyzdžiui, moralinių ir teisinių normų nepaisymas, negebėjimas pasimokyti iš bausmių ar pagarbiai sugyventi su kitais. Tad, mano požiūriu, eiliškumas šiuo atveju greičiausiai yra toks:

negebėjimas pasielgti kitaip → **nesuderinamumas su gyvenimu visuomenėje** → distresas → liga

Taigi, bAS medikalizavimo būtinumą galėtume bandyti apginti tokiu būdu: bAS būdingi polinkiai į amoralų elgesį negali būti suderinami su geros visuomenės vizija<sup>23</sup> ir būtent dėl to bAS, kleptomanijos ar ekshibicionizmo medikalizavimą galima būtų suprasti kaip labiau humanišką dorojimosi su šiais reiškiniais būdą (plg. kaltinimas, smerkimas, baudimas, laisvės atėmimas ar pan.). Žinoma, toks normatyvistinis požiūris susiduria su savais iššūkiais (žr. **7. Mišrusis požiūris**). Be to, svarbu prisiminti, kad patys „medikalizuojantieji“ laikosi natūralistinės paradigmos („ligos tūno gamtoje nepriklausomai nuo visuomenės lūkesčių – jas tereikia moksliskai at-rasti“) ir vargu ar tokiam normatyvistiniam aiškinimui pritartų.

**Ką „atsakomybė“ reiškia klinikiame kontekste?** Kraštutinis „medikalizuojantis“ požiūris teigtų, kad bAS atleidžia nuo *bet kokios* – moralinės ar teisinės – atsakomybės. Tačiau toks teiginys yra sunkiai įtikimas. Su tokia kraštutine nuostata atvirai nesutinka ir nuosaikesni šio požiūrio šalininkai (39, 46, 88). Visiškas asmenų su bAS atleidimas nuo atsakomybės reikštų ne vien tik humanišką atleidimą nuo bausmės. bAS įtvirtinimas kaip *vien tik* medicininės kategorijos veikiausiai taip pat kėsintųsi į asmenų su bAS – kurių skaičius siekia apie 3% populiacijos (93) – autonomiškumą ir orumą. Mat, kaip pastebi Bjorklund (94), nors atsakomybė ir užtraukia tam tikrą

<sup>23</sup> Į tai, kad psichikos sveikata ir visuomenės gerovės vizija yra glaudžiai susijusios, dėmesį atkreipia Sadleris (15).

naštą, ji taip pat leidžia būti lygiaverčiu moralinės bendruomenės dalyviu. Kitaip sakant – neigdami, kad asmuo atsako už savo veiksmus, jį tam tikra prasme nužmoginame: nebelaikome lygiaverčiu visuomenės nariu, galinčiu racionaliai dalyvauti moralinių, teisinių ar politinių klausimų sprendime. Maža to, tokio asmens patirtys ir elgesys jau tarsi nebelaikomi autentiškais, sietiniais su tikroju „aš“, o verčiau tampa suprantami kaip nevalingas ligos padarinys. Be to, kaip beprasme nuneigiame ir sąmoningo, savarankiško asmens keitimosi galimybę. Visi šie Bjorklund (94) išskirti aspektai skatina nuasmeninanti, paternalistinių požiūrį į asmenį.

Šiuo metu nėra ir empirinio pagrindo, leidžiančio manyti, kad bAS negalima būtų laikyti atsakingais bent iki tam tikro laipsnio. Nors bAS ir sukelia impulsų kontrolės sunkumų (92), tai nereiškia, kad šie asmenys visiškai negali valdyti savo elgesio. Pavyzdžiui, 2007 m. atlikta metaanalizė (95) parodė, kad kognityvinė elgesio terapija gali būti efektyvi keičiant asocialų elgesį, nors jos poveikis ir buvo palyginti nedidelis. Lygiai taip pat, psichoterapija gali būti efektyvi ir keičiant ribinio tipo AS elgesį, ką rodo 2020 m. atliktos metaanalizės duomenys (72). Svarbu turėti omenyje, kad atsakomybė yra viena esminių psichoterapijos prielaidų. Jeigu asmenys su bAS iš tikrųjų negalėtų valdyti savo amoralaus elgesio bent iš dalies, aukščiau minėtų rezultatų veikiausiai nebūtų galima tikėtis.

Tačiau ar „atsakomybės“ sąvoka gali būti prasmingai vartojama medicinoje *nepriklausomai* nuo moralinės ir teisinės atsakomybės sampratos? Norėdami atsakyti į šį klausimą, įsivaizduokime visuomenę, kurioje bAS yra laikomi moraliai ir teisiškai nepakaltinamais. Šie asmenys, kaip ir minėta anksčiau, pasižymi tik iki tam tikro lygio sumažėjusia, o ne visiškai išnykusia amoralaus elgesio kontrole. Vis dėlto, toks elgesio kontrolės sumažėjimas būtų laikomas pakankama nepakaltinamumo sąlyga. Kitaip sakant, bAS būdinga sutrikusi mentalizacija ir impulsų kontrolės sunkumai visiškai atleistų nuo moralinės ir teisinės atsakomybės. Užuoat smerkus ar baudus, tokius asmenis būtų įprasta gydyti. Galima įsivaizduoti, kad toks gydymas būtų atliekamas, pavyzdžiui, nusikaltėlių rehabilitacijos centruose. Kadangi išskyrus teisinę ir moralinę atsakomybę, medikalizavimo požiūris nenumato jokios kitokios atsakomybės sampratos (žr. **Pav. 1**), „atsakomybės“ sąvoka, kalbant apie bAS, paprasčiausiai nebektų prasmės. Užuoat laikius asmenį atsakingu, bAS teliktų suprasti grynai mechanistiškai („neurobiocheminiai procesai *sukelia* bAS“).

Vis dėlto, mano supratimu, asmenis su bAS laikyti atsakingais būtų prasminga net ir tokiu atveju. Tai gali būti prasminga *vien tik* terapiniais sumetimais (63–65). Šiuo atveju galėtų pasitarnauti Pickard (64, 65) pasiūlyta atsakomybės be kaltinimo samprata (žr. **7. Mišrusis požiūris**). Reikėtų priminti, kad ši atsakomybės samprata laikosi dviejų prielaidų: *pirma*, kad asmuo geba kontroliuoti savo elgesį bent iš dalies ir *antra*, kad toks gebėjimas leidžia iš pačio asmens tikėtis aktyvių pastangų keistis. Siekiant geresnių bAS gydymo išiečių, pacientų kaltinimo yra vengiama. Tokiu būdu, medicina, nepriklausomai nuo moralinio ar teisinio konteksto, gali sau kelti tikslą įgalinti asmenį prisiimti kuo įmanoma didesnę atsakomybę už savo paties elgesį. Tai yra įmanoma ugdant asmens sąmoningumą, savarankiškumą ir elgesio kontrolę (žr. **7. Mišrusis požiūris**).



Šioje vietoje taip pat iškyla laisvos valios ir mokslinio determinizmo problematika. Svarbu pabrėžti, kad jau vien tai, kaip mes suprantame laisvą valią, *daro* įtaką mūsų elgesiui. Tą liudija ir moksliniai tyrimai: manydami, kad laisva valia tėra iliuzija, esame mažiau linkę padėti kitiems, dažniau sukčiaujame ir nepadoriai elgiamės, nuvertiname alternatyvų paieškos, savikontrolės pastangas (96). Esu linkęs manyti, kad nuasmeninantis mechanistinis galvojimas apie bAS, užuot šiuos asmenis laikius bent minimaliai atsakingais, gali daryti panašią įtaką. Teužtenka įsivaizduoti du skirtingus psichoterapijos atvejus: pirmuoju įsiteigijama, kad bAS tėra neurobiocheminių mechanizmų išdava („bAS yra *sukeliama* neuromediatorių disfunkcijos, traumuojančių vaikystės patirčių ir pan. – aš čia niekuo dėtas“), antruoju – linkstama prie nuomonės, jog bAS, be visa kita, yra ir laisva valia priimtų sprendimų pasekmė („mano elgesys ir polinkiai yra sąlygojami net tik įvairių nuo manęs nepriklausančių biopsichosocialinių veiksnių, bet ir mano laisvo apsisprendimo – būtent už tą pastarąją dalį ir esu atsakingas“). Sėkmingesnės psichoterapijos greičiausiai būtų galima tikėtis būtent antruoju atveju.

*Apibendrinant*, norėčiau išskirti tris dalykus. *Viena vertus*, „medikalizuojantieji“, mano manymu, pagrįstai atkreipia dėmesį į sumažėjusią asmenų su bAS elgesio kontrolę. Tai leidžia proporcingai sumažinti šių asmenų moralinę ir teisinę atsakomybę. *Kita vertus*, natūralistinis požiūris į ligą, kurio laikosi šio požiūrio šalininkai, neleidžia pamatyti tikrųjų bAS medikalizavimo priežasčių. Į bAS medikalizavimą pažvelgus normatyvistškai, paaiškėja, kad pagrindinės bAS laikymo liga priežastys yra sociokultūrinės, o ne biologinės. *Galų gale*, medikalizavimo požiūris nenumato jokių įrankių, leisiančių asmenį laikyti atsakingu net ir moralinio ar teisinio nepakaltinamumo atvejais. Vis dėlto, tikėtina, kad laikydami bAS atsakingais galėtume tikėtis geresnių gydymo išeičių. Tokio pobūdžio įrankius siūlo mišriojo požiūrio šalininkai, apie kuriuos ir bus kalbama sekančiame skyriuje.

## 7. MIŠRUSIS POŽIŪRIS: bAS YRA *TIEK* MORALINĖ, *TIEK* MEDICININĖ PROBLEMA

Šiame skyriuje sieksiu parodyti, kad išvengti moralinių nuostatų medicinoje greičiausiai nėra įmanoma. *Pirma*, aptarsiu, dėl kokių priežasčių tokį moralinį vertinimą medicinoje vis bandoma nublėpti. *Antra*, sieksiu parodyti, kaip moralinės nuostatos atsispindi pozityvios psichikos sveikatos sampratoje. Tai leis priėti prie *trečio* žingsnio – žmogaus gerovės mokslo. Sieksiu parodyti, kad medicina, suprantama žmogaus gerovės mokslo kontekste, gali būti suprantama *ir* kaip moralinė, *ir* kaip mokslinė sritis. Tokiu būdu prieisiu išvadą, kad bAS yra geriausiai suprantami kaip *tiek* moralinė, *tiek* medicininė problema. *Galiausiai*, aptarsiu pagrindines problemas, su kuriomis susiduria šis požiūris, ir galimus šių problemų sprendimo būdus.

Kalbėti apie vertybes ar moralę mokslu besivadovaujančioje medicinoje ilgainiui tapo blogo tono ženklu (9, 97). Galima būtų išskirti keletą tokią tendenciją paaiškinančių priežasčių (97, 98). *Viena vertus*, norėta kuo labiau atsiriboti nuo psichiatriją kompromitavusių istorinių įvykių, kuomet medicininėmis diagnozėmis buvo

akivaizdžiai piktnaudžiauta, nepagrįstai medikalizuojant socialiai nepriimtina, amoralų elgesį.<sup>24</sup> Kita vertus, vengiant akistatos su daugialype ir sudėtinga psichikos sveikatos tikrove, kurioje medicina ir moralė neišvengiamai persipina, tebuvo dangstomasi moralinio reliatyvizmo pretekstu – medicina, suprask, negalėtų pateikti universalių moralinės–psichinės gerovės gairių. Juolab kad vertybines nuostatas (pvz., „meluoti yra blogai“) buvo įprasta matyti kaip sunkiai suderinamas su terapiniu neutralumu. Kaip pastebi Peteet (97), šiuo atveju techninis neutralumas, leidžiantis kuo įmanoma objektyviau vertinti ir analizuoti paciento būklę, buvo klaidingai tapatinamas su vertybinio ir moralinio neutralumo būtinybe. Visgi, Pearce'o ir Pickard (98) teigimu, neigti, kad medicinoje esama vertybinių ir moralinių nuostatų, yra neetiška. Mat tokios nuostatos yra *neišvengiamos*, o to neigimas tik sudaro prielaidas pertekliniam medikalizavimui. Iš tokios perspektyvos žvelgiant, nei medikalizavimo, nei moralizavimo požiūris – kaip nenuosaikios, kraštutinės pozicijos – nėra pajėgūs pasiūlyti gerų sprendimų. „Medikalizuojantieji“ moralines problemas traktuoja pernelyg techniškai, jas redukuodami iki neurobiologinių procesų ir – kraštutiniu atveju – nepalikdami erdvės atsakomybei. Savo ruožtu, „moralizuojantieji“, nors ir skatina refleksiją, užkerta kelią nepakeičiamam medicinos vaidmeniui ugdant ir stiprinant gerąsias žmogiškąsias savybes įvairių farmakoterapinių, psichoterapinių ar kitų metodų pagalba. Kratyti tokio vaidmens, galinčio reikšmingai sumažinti žmonių kančią ir padėti užtikrinti ne tik jų, bet ir visos visuomenės gerovę, būtų mažų mažiausia neteisinga. Taigi, mišriojo požiūrio šalininkai ieško labiau subalansuotos, medicininės–moralinės, arba kompatibilistinės psichikos sveikatos sampratos.

**Pozityvios psichikos sveikatos samprata.** Svarbu pastebėti, kad „moralus“ ir „psichiškai sveikas“ nėra tapačios sąvokos ir ne visuomet tarpusavyje persikloja.<sup>V</sup> Moraliai geras gyvenimas negarantuoja geros psichikos sveikatos, ir atvirkščiai (99). Lygiai taip pat, tarp moraliai blogo gyvenimo ir psichikos sutrikimų nebūtinai esama priešastingumo. Nepaisant to, esama daugybė psichikos sveikatos ir moralės sąlyčio taškų. Tai ypač gerai matosi pozityviai suprantamos psichikos sveikatos kriterijuose. Šešis tokius Jahodos (100) išskirtus kriterijus galima būtų perfrazuoti kaip savivertę, psichologinę integraciją, asmens autonomiją, saviraišką, įveiką ir realistišką pažinimą (76). Štai savivertė, Martino nuomone (76), glaudžiai siejasi su savigarba – mat sveikas asmuo turėtų save gerbti, pernelyg savęs nenuvertindamas, bet ir nepervertindamas. Kaip šių dviejų kraštutinių pavyzdžių galima būtų pateikti žemą savivertę, ydingą nuolankumą ir prierašumą priklausomo tipo AS atveju ir grandioziškumu, arogancija ir snobiškumu pasireiškiančią nestabilią savivertę narcisistinio tipo AS atveju. Integrali, sėkmingai su stresu besitvarkanti ir nuoseklų, įprasminantį požiūrį į gyvenimą turinti asmenybė, savo ruožtu, intuityviai siejasi su tam tikrų pamatinių elgesio normų paisymu. Elgimosi tam tikrose moralės ribose tikimasi ir iš sveikai

---

<sup>24</sup> Tiesa, esama ir palyginti nesenu piktnaudžiavimo psichiatrija pavyzdžių kai kuriose posovietinėse valstybėse. Europos Parlamento Žmogaus teisių pakomitečio (angl. *the European Parliament's Subcommittee on Human Rights*) prašymu atliktame tyrime, Vorenas, be visa kita, mini atvejus Rusijoje ir Ukrainoje, kai politiniams tikslams buvo pasitelkiama asmenybės sutrikimo diagnozė (123). Pavyzdžiui, už antikremliškų protestus teistos feminisčių pankroko grupės *Pussy Riot* narės Rusijos psichiatrų buvo įvardintos kaip turinčios asmenybės sutrikimų ir keliančios pavojų visuomenei (123).

autonomiško<sup>25</sup> asmens – pavyzdžiui, tikimasi, kad asmuo nesielgs savidestruktyviais būdais (pvz., vengs savižalos, perdėto prieraišumo, smurto). Lygiai taip pat sudėtinga įsivaizduoti visuomeninių normų nepaisančią sveiką saviraišką. Aukščiausia Maslow poreikių piramidės pakopa – savirealizacija – negali būti suprantama kaip vien savanaudiškų siekių įgyvendinimas, bet yra sietina su savęs įprasminimu tam tikrame socialiniame kontekste – santykiuose, darbe ar visuomeninėje veikloje (76). Mintis, kad psichinė gerovė galėtų būti suderinama, pavyzdžiui, su tironišku ar despotišku elgesiu, greičiausiai neretam atrodytų kontrintuityvi. Sėkminga įveika, tuo tarpu – Jahodos (100) apibrėžta kaip iš esmės normalus, adaptyvus funkcionavimas sociume – dažnu atveju persikloja su moraliai pageidautinu elgesiu. Mat moralus elgesys sudaro sąlygas tapti pilnaverčiu visuomenės nariu, tuo pačiu išvengiant distreso, kaltės, gėdos ar saviniekos. Galiausiai, sveikas, realistiškas pažinimas reikalauja tam tikro objektyvios tiesos paisymo, kas liudija apie tam tikrų intelektualinių dorybių (pvz., ištikimybės tiesai, kritiškumo, reflektyvumo ar sąmoningumo) svarbą psichikos sveikatoje (žr. poskyrį **Dorybių etika**) (58). Kaip šiuo atžvilgiu priešingo, ydingo elgesio pavyzdžius galima būtų pateikti iškreiptą pasaulio suvokimą paranoidinio tipo AS<sup>26</sup>, depresijos ir nerimo sutrikimų atvejais, ar iškreiptą savo gebėjimų vertinimą narcisistinio tipo AS atveju. Taigi, svarbu pastebėti, kad pozityviai suprantamos psichikos sveikatos atveju medicinos ir moralės tikslai sutampa nepalyginamai dažniau nei kalbant apie negatyviai suprantamą psichikos sveikatą. Siekti psichinės gerovės yra kur kas platesnis tikslas nei vien tik siekti išvengti psichikos sutrikimų.

**Dorybių etika.** Šioje vietoje būtina plačiau aptarti dorybės ir dorybių etikos sampratas.<sup>27</sup> Dorybių etika yra viena iš trijų pagrindinių normatyviosios etikos teorijų, kurios ištakos sietinos dar su Senovės Graikijos (Aristotelio, Platono) ir Senovės Kinijos (Konfucijaus, Mencijaus) mąstytojais (101). Skirtingai nuo kitų dviejų etinių prieigų – deontologinės, pabrėžiančios tam tikrų taisyklių svarbą, ir utilitaristinės, besiorientuojančios į tam tikrą siektiną rezultatą – centrinę dorybių etikos ašį sudaro **dorybės**, arba **moralinio charakterio** samprata (101). Bendrais bruožais tariant, „dorybę“ galima apibūdinti kaip giliai išsisknijusį, įgytą polinkį ar įprotį daryti tai, kas gera ir teisinga (101,102). Tuo tarpu „moralinį charakterį“ – kurio yra siekiama visą gyvenimą – reikėtų suprasti kaip tokių dorybių visumą. Dorybingas, moralinį charakterį įgijęs asmuo pasirenka elgtis gerai ir teisingai ne tik dėl to, kad, įvertinus visas aplinkybes, taip elgtis būtų protinga. Taip elgiamasi ir dėl to, kad dorybė – kaip stipriai įsitvirtinęs charakterio bruožas – įgalina asmenį tai daryti noriai ar netgi su malonumu (102). Cituojant Anzenbacherį (102), „etinė dorybė įgyjama tada, kai jusliniai polinkiai atitinkamoje praktikos srityje yra *protingai suformuoti*, taip, kad gera daroma *lengvai, mielai ir su džiaugsmu* [kursyvas originale]“ (132 p.). Dar kitaip dorybę galėtume

<sup>25</sup> Žinančio ir gebančio savarankiškai rinktis tai, ko ji ar jis iš tikrųjų nori, kuo ji ar jis iš tikrųjų tiki, ko jai ar jam iš tikrųjų reikia ir pan.

<sup>26</sup> Šis AS pasižymi ypatingai dideliu įtarumu ir nepasitikėjimu kitais asmenimis.

<sup>27</sup> Pasitelkti dorybių etiką diskusijoje dėl bAS liguistumo pirmieji pasiūlė Zacharas ir Potter (4).

įsivaizduoti kaip aukso vidurį tarp dviejų kraštutinumų<sup>28</sup>: savigarbą – kaip aukso vidurį tarp saviniekos ir grandioziškumo, asertyvumą – tarp perdėto nuolankumo ir agresyvumo, savikontrolę – tarp perdėto pareigingumo ir impulsyvumo. „Ydą“ reikėtų suprasti kaip dorybei priešingą sąvoką – kaip giliai išisaknijusį polinkį elgtis sau ir kitiems kenkiančiu būdu. Taigi, pastebėtina, kad dorybių etikoje pirmaeilium moraliniu rūpesčiu tampa klausimas „kaip tapti geru žmogumi?“, glaudžiai susijęs ir su kitu klausimu – „kaip pasiekti gyvenimo gerovę?“ (102).

Peteet (97) teigimu, daugėja mokslinės literatūros, rodančios tokių dorybių, kaip savikontrolė (ir iš jos kildinamas nuolankumas, atsakingumas, ramybė ar dvasinė pusiausvyra), geranoriškumas (atlaidumas, meilė, atjauta), protingumas (drąsa, tvirtabūdiškumas) ir pozityvumas (dėkingumas, viltingumas, autotranscendencija<sup>29</sup>), svarbą psichinei gerovei. Pavyzdžiui, šios dorybės gali būti ypatingai reikšmingos kaip psichoterapijos siekiniai (58). Tad, perfrazuojant Peteet, esminis klausimas šiuo atveju būtų šis – kuo dorybių etika galėtų prisidėti prie mokslu grįstos psichiatrijos?

Kas liečia bAS, galima būtų išskirti bent tris aspektus, kuriais dorybių etikos indėlis galėtų būti reikšmingas. *Visų pirma*, jau vien dorybių etikos ir psichiatrinės perspektyvų sugretinimas, kalbant apie amoralų elgesį, leidžia aiškiau pamatyti, kokiais būdais mūsų gero gyvenimo ir psichikos sveikatos sampratos – ar tai mokslinės, ar intuityvios – tarpusavyje persikloja. Tai, kas psichiškai sveika (pvz., gera savivertė, gebėjimas adaptuotis visuomenėje), neretai persikloja ir su tuo, kas moraliai pageidautina (pvz., savigarba, moralinių normų paisymas) – ir atvirkščiai.

*Antra*, kaip pastebi Hursthouse ir Pettigrove'as (101), dorybių etikos siekinys – laimė (graik. *eudaimonia*) – nėra *vien tik* moralinė sąvoka, neturinti nieko bendra su gamtamoksliniu žmogaus pažinimu. Laimė, arba žmogaus gerovė (angl. *flourishing*), lygiai taip pat gali būti ir mokslinio tyrinėjimo objektu. Pavyzdžiui, Vanderweele'as (103) moralinį charakterį, be visa kita, mato kaip neatsiejamą žmogaus gerovės mokslo, apjungiančio įvairių gamtos ir socialinių mokslų sričių žinias, dalį. Be to, Aristotelio pasiūlyta dorybių ir moralinio charakterio raidos teorija pateikia vertingą ir potencialiai moksliskai pagrįžiamą dorybių ir charakterio formavimosi schemą<sup>30</sup> (104). Piccard (104, 105) teigimu, šis moralinio charakterio formavimosi modelis gali būti sėkmingai pritaikomas bAS gydymui, ypač tarpdisciplininiuose psichikos sveikatos centruose. Juolab kad esama mokslinės literatūros,

---

<sup>28</sup> Svarbu pažymėti, kad dorybė – suprantama kaip aukso vidurys – yra neatsiejama nuo tam tikro *konteksto*. Pavyzdžiui, nors įprastą dieną atvirai reikšti pyktį dėl kiek nepagarbaus artimojo elgesio galėtų būti visiškai tinkama, toks elgesys nebūtinai laikytinas dorybingu, tarkime, šventės metu (4).

<sup>29</sup> Apytikriai tariant – pasiaukojimas tam tikram asmeniui ar veiklai (124).

<sup>30</sup> Pasitelkiant vaikų auginimo pavyzdį, galima būtų išskirti tris tokio formavimosi etapus (104): (a) visų pirma, tėvai rūpinasi, kad dorybingas elgesys vaikui taptų ne tik įpročiu, bet ir keltų malonumą (pvz., vaikas įpranta dalintis, ilgainiui tai susiedamas su maloniu, geru grįžtamuoju ryšiu); (b) vaikas pradeda suprasti, kad dorybingas elgesys yra geras savaime, kas skatina elgtis dorybingai nepriklausomai nuo tėvų, savo paties noru; ir (c) vis labiau bręsdamas, vaikas pradeda reflektuoti dorybių prasmę ir galiausiai suvokia protu, kodėl dorybės yra geras ir siektinas dalykas.

rodančios, kad asmenybės bruožai (taigi, ir dorybės)<sup>31</sup> gyvenimo eigoje gali kisti – tame tarpe ir dėl aktyvių pačio asmens pastangų (106).

*Trečia*, dorybių etika leidžia ne tik išvengti mechanistinio kalbėjimo apie bAS, bet ir geriau suprasti, kokių būdu bAS turintys asmenys vienu metu galėtų būti laikomi *ir* liguistais, *ir* atsakingais už savo amoralų elgesį. Mat ydos veikiausiai bent tam tikrais atvejais įsitvirtina ir dėl daugumos pavienių, sąmoningų ir savanoriškų asmens sprendimų elgtis tam tikru ydingu būdu, ignoruojant prieinamas priemones ydingiems polinkiams užkardyti. Žinoma, įvairūs nepalankūs biopsichosocialiniai veiksniai, prisidėję prie bAS išsivystymo (pvz., vaikystėje patirta seksualinė prievarta ar tėvų nepriežiūra), leidžia atitinkamai sumažinti šios atsakomybės našta.

**Atsakomybė be kaltinimo (angl. *responsibility without blame*).** Asmenys su bAS susiduria su stigmatizuojančiomis<sup>32</sup> nuostatomis ne tik visuomenėje, bet ir tarp sveikatos priežiūros sistemos darbuotojų (107). bAS būdingas nepagarbus elgesys gali natūraliai kelti pasipiktinimą, vedantį prie smerkiančio, atstumiančio požiūrio į šiuos asmenis. Tačiau toks požiūris negelbsti – tikėtina, kad tai tampa kliūtimi ieškoti profesionalios pagalbos ir neigiamai veikia psichikos sveikatą (107, 108). Be to, priešingai negu galėtų atrodyti, dažnu atveju negelbsti ir „humaniškesnė“ smegenų ligos etiketė. Pavyzdžiui, požiūrį į priklausomybę nuo alkoholio kaip į pačio asmens nekontroliuojamą smegenų ligą lydi labai nevienareikšmės pasekmės. Nors toks „medikalizuojantis“ požiūris, reigis, turėtų mažinti psichikos sutrikimų stigmą, tyrimai atskleidžia visą eilę neigiamų šio požiūrio pasekmių: šia neva nevaldoma smegenų liga sergančiuosius linkstama matyti kaip iš esmės kitokius, pavojingus ar nenusipėjamus, o patys sergantieji – ligą imdami suvokti kaip nuo jų pačių niekaip nepriklausančią duotybę – tik dar labiau demotyvuojami (109). Svarbu ir tai, kad toks redukcionistinis požiūris skatina medicinos personalo neįautrumą šių asmenų atžvilgiu – atjausti šiuos esą smegenų ligos valdomus asmenis tampa sudėtingiau (109). Visgi, šie du kraštutinumai – smerkti arba visiškai pateisinti – nėra vienintelės galimos alternatyvos.

Pasak Pickard (64, 65), „kaltinti“ nėra tas pats, kas „laikyti atsakingu“ ir „laikyti kaltu“. Kaltinant, svarbus vaidmuo tenka tam tikram įžeidimo momentui. Tokiu atveju, užuot bandžius racionaliai įvertinti asmens kaltės mastą, nusižengusį asmenį vienaip ar kitaip siekiama nubausti – smerkiant, reiškiant pyktį ar verčiant jaustis blogai kitokiais būdais. Tokį kaltinimą siūloma vadinti **emocionalių kaltinimu** (angl. *affective blame*). Atsakomybei, tuo tarpu, toks įžeidimas nėra būtinas. Kaip jau užsiminta (žr. **3. Ligos sampratos problematika ir pagrindinės sąvokos**), klinikiniame kontekste atsakomybė visų pirma reiškia tai, kad asmuo bent iki tam tikro laipsnio geba kontroliuoti ir *keisti* savo elgesį. Būtent tai ir leidžia iš asmens tikėtis aktyvaus bendradarbiavimo gydymo metu: galima tikėtis, kad pacientas atsizvelgs į tam tikrus gydančiojo personalo patarimus, raginimus ir paisys susitarimų,

<sup>31</sup> Jayawickreme'o ir Fleesono (106, 125) manymu, dorybės gali būti tiriamos ir kaip asmenybės bruožai.

<sup>32</sup> „Stigmatizavimą“ ar „stigmą“ reikėtų suprasti kaip asmenų su bAS diskriminavimą, atstūmimą, demonizavimą ir pan., lydimus su diagnoze siejamų neigiamų nuostatų ar stereotipų.

kas gali lemti kitokį paciento elgesį ateityje.<sup>33</sup> Žinoma, tai nereiškia, jog asmens tuo pačiu negalime laikyti moraliai ar teisiškai kaltu – galime, kol toks kaltinimas nesiekia smerkti ar bausti, o verčiau reiškia tam tikrą numanomą vertinimą ar įsitikinimą. Tokį kaltinimą siūloma vadinti **nešališku kaltinimu** (angl. *detached blame*). Pickard (64, 65) pateikia istorinių asmenybių pavyzdį: juk laikydami tam tikrą XV a. politiką smerktinu ar baustinu visai nematome poreikio jį vienaip ar kitaip įžeisti. Žinoma, artimas bendravimas su bAS turinčiais pacientais reikalauja nepalyginamai daugiau savitvados. Tačiau laikyti asmenį atsakingu ar kaltu – tuo pačiu jo atvirai nekaltinant – nėra vien teorinė galimybė. Anot Pickard (64, 65), atjaučiantis susipažinimas su ankstesnėmis paciento patirtimis leidžia tai įgyvendinti praktiškai: AS nemažąją dalimi randasi dėl vaikystėje matyto panašaus tėvų elgesio, skyrybų, tėvų nepriežiūros ar perteklinės globos, seksualinės prievartos, smurto ar dėl platesnio masto socialinių reiškininių (pvz., karo) (110). Tokiu būdu, užuot smerkus, į asmenis su bAS tampa įmanoma pažvelgti empatiškai, atjaučiančiu žvilgsniu.

**Demokratinės terapinės bendruomenės (angl. *democratic therapeutic communities*).** Pickard pasiūlyta atsakomybės samprata leidžia išvengti vadinamųjų gelbėjimo–kaltinimo spąstų (angl. *the rescue–blame trap*) (111). „Moralizuojantieji“, vengdami psichikos ligos etiketės ir pabrėždami bAS moralinę ir teisinę atsakomybę, veikiausiai būtų linkę į emocionalų asmenų su bAS kaltinimą. „Medikalizuojantieji“ – priešingai – amoralų asmens elgesį priskirtų neurobiocheminiams procesams, paciento nevaldomai ligai, tokiu būdu linkdami suspenduoti pačio asmens atsakomybę ir imdamiesi paternalistinio „gelbėjimo“ medikamentiniu gydymu. Tačiau šalia šių kraštutinumų yra ir trečias būdas: rūpestingai skatinti asmens autonomiškumą. Būtent tokį tikslą sau išsikelia vadinamosios demokratinės terapinės bendruomenės – jau kelis dešimtmečius Jungtinėje Karalystėje tiekama psichosocialinio gydymo paslauga, skirta asmenims su AS (112, 113). Asmenys su AS šiuose terapiniuose centruose neretai yra apgyvendinami, o kitais atvejais – įsipareigoja lankyti nuolatinius bendruomenės susitikimus (114). Nauji nariai į šias bendruomenės paprastai yra renkami balsavimo būdu, o pats gydymas užtrunka apie pusantrų metų ar netgi ilgiau (114). Esminiai šios intervencijos principai – skatinti bendrystės jausmą ir ugdyti atsakomybę už save ir kitus bendruomenės narius: to siekiama kuriant lygiaverčius santykius tarp personalo ir bendruomenės narių, vengiant emocionalaus kaltinimo, skatinant refleksiją ir pasidalijant buitinais ar administraciniais bendruomenės darbais (114, 115). 2017 m. publikuotas atsitiktinių imčių kontroliuojamas tyrimas (angl. *randomized controlled trial*) (115) parodė, kad ši intervencija statistiškai reikšmingai sumažina savižalą, smurtą ir agresyvumą. Mano supratimu, šios bendruomenės – puoselėjančios savikontrolę, pagarbą, geranoriškumą ir pozityvumą – yra puikus pavyzdys to, kaip dorybių etikos pasiūlytos gerųjų įpročių formavimo gairės galėtų būti praktiškai integruojamos į klinikinę praktiką.

---

<sup>33</sup> Svarbu pastebėti, kad „atsakomybės“ sąvoka gali būti pasitelkiama ir emocionaliam kaltinimui (pvz., „tu turi pats prisiimti atsakomybę už savo amoralų elgesį!“) (64). Atsakomybės be kaltinimo sampratoje tokio kaltinimo vengiama.

**Visuomeninė etika (angl. *public ethics*).** Nepaisant visų minėtų privalumų, mišriojo požiūrio šalininkai susiduria ir su tam tikrais rimtais iššūkiais. Pagrindinė šio požiūrio problema yra nuspręsti, *kokios* moralinės nuostatos turėtų būti įtraukiamos į medicinos lauką. Anksčiau (žr. **6. Medikalizavimo požiūris**) poreikį įtraukti bAS į medicinos lauką siūliau suprasti tokiu būdu: bAS būdingi polinkiai į amoralų elgesį yra ypatingai sunkiai suderinami su geros visuomenės vizija ir būtent dėl to – kaip ilgainiui keliantys distresą individui – reikalauja medicininio dėmesio. Regis, anksčiau tokiu „sunkiai suderinamu“, be kita ko, laikytas ir homoseksualumas. Pastebėtina, kad sprendimas išbraukti homoseksualumą iš ligų klasifikatorių nebuvo mokslinių įrodymų klausimas, kaip teigia „natūralistai“ – tai visų pirma reiškė tam tikrą vertybinę poziciją. Mano manymu, schematiškai medikalizavimo procesą galima būtų pavaizduoti tokiu būdu:

su visuomenės gerove nesuderinamas **amoralus elgesys** → **moralinis konfliktas su visuomene** → iš konflikto išplaukiantis individo **distresas** → **medikalizavimas** (kaip neišvengiamas blogis *arba* kaip efektyviausia ir humaniškausia priemonė, ilgainiui įgalinanti asmenį tapti pilnaverčiu visuomenės dalyviu)

Ir vis dėlto – koks elgesys laikytinas nesuderinamu su visuomenės gerove? Dar daugiau – koku būdu psichiatrija galėtų išvengti grėsmės tapti „moralės policininke“, diagnozes pasitelkiančia politiniams ar kitiems neetiškiems tikslams? Kaip vieną iš sprendimų, Sadleris (15) siūlo visuomeninę etiką (angl. *public ethics*). Šio autoriaus teigimu, tai, ką laikome liga ar sveikata, visuomet eis koją kojon su žmogaus gerovės samprata, kuri, savo ruožtu, negali būti suprantama nepriklausomai nuo geros visuomenės ar visuomeninio gėrio vizijos. Tad, Sadlerio manymu, psichikos sutrikimų klasifikavimo, diagnozių kūrimo procese turėtų dalyvauti ir įvairūs visuomenės atstovai, tokiu būdu užtikrinant kuo įmanoma teisingesnį būdą traktuoti vienokį ar kitokį elgesį ar patirtis.

Be to, kyla klausimas, ar išties *visi* bAS nėra suderinami su geros (pvz., liberalios, demokratiškos, žmogaus teisių paisančios) visuomenės vizija. Ar kalbant, tarkime, apie „nederamą seksualiai gundantį ar provokuojantį elgesį“ histrioninio tipo AS atveju, keistis turėtų pats individas, ar visgi – kaip atsitiko homoseksualumo atveju – visuomenės požiūris į individą? Nors DSM pateiktas natūralistinis psichikos sutrikimo apibrėžimas ir nurodo, kad psichikos sutrikimas privalo turėti tam tikrą mokslinį pagrindimą ir negali būti visų pirma individo–sociumo konflikto pasekmė (3), normatyvistinėje paradigmoje tokia išlyga yra labai problemiška (žr. **3. Ligos sampratos problematika ir pagrindinės sąvokos**) – ar ilgalaikis „nederamas seksualiai gundantis ar provokuojantis elgesys“ yra visų pirma pačio individo problema, ar visų pirma visuomenės, bAS turintiems individams nesudaranti sociokultūrinių prielaidų jaustis gerai, problema? Pavyzdžiui, Gould (47) teigimu, histrioninio tipo AS visų pirma yra mizoginiškų, neigiamų nuostatų (stereotipiškai) moteriško elgesio atžvilgiu pasekmė. Panašios abejonės kyla ir dėl ribinio tipo AS – apie 75% turinčiųjų šio „nederamu, intensyviu pykčiu“ pasižyminčio sutrikimo diagnozę yra moterys (4). Tad Potter (4) kelia klausimą – ar gali būti, kad toks netolygus pasiskirstymas tarp

lyčių išplaukia iš skirtingų pykčio reiškimo reikalavimų vyrams ir moterims? Jei taip, kas šiuo atveju turėtų keistis – moterų pykčio išraiškos, ar visuomenės požiūris į moterį?

„**Moralinio blogio**“ testas (angl. *Moral Wrongfulness Test*). Sadleris (15) siūlo dar vieną saugiklį – vadinamąjį „moralinio blogio“ testą, tesusidedantį iš vieno klausimo: „Ar reikšminga dalis šios kultūros žmonių, galvodami apie šiame [diagnostiniame] kriterijuje apibūdintą elgesį ar patirtį, priėtų išvada, kad šis elgesys ar patirtis yra ‚moraliai blogi‘?“<sup>34</sup> Visi psichikos sutrikimai, gavę teigiamą šio testo atsakymą, reikalautų ypatingo atidumo – Sadlerio nuomone, juos ir toliau galėtume laikyti ligomis tik tuomet, jei jų esminę dalį, be kita ko, sudarytų ir neatsiejami nemoraliai blogais laikomi reiškiniai (pvz., skausmas, bloga impulsų kontrolė, nuovargis, įkyrios mintys ir pan.).<sup>VI</sup> Taigi, siūloma išskirti tris galimas psichikos sutrikimų grupes: (a) visiškai nemoraliai blogi reiškiniai (pvz., demencija), (b) didžiąja dalimi nemoraliai blogi reiškiniai (pvz., depresija) ar (c) didžiąja dalimi moraliai blogi reiškiniai, bet su neatsiejamais nemoraliai blogais elementais (pvz., kleptomanija – vogti yra moraliai blogai, bet tai yra glaudžiai susiję su nemoraliai blogais impulsų kontrolės sunkumais). Nors toks normatyvistinis siūlymas yra sveikintinas ir, regis, nurodo teisingą kryptį – vengti beatodairiško ir nepasitikėjimą psichiatrija didinančio amoralaus elgesio medikalizavimo – visgi, mano manymu, ir čia susiduriama su tam tikrais sunkumais. Pavyzdžiui, gali būti, kad kleptomanijos atveju impulsų kontrolė nemoraliai bloga yra laikoma kaip tik dėl moraliai blogo visuomenės požiūrio į vogimą. Jeigu vogti būtų moraliai gerai, veikiausiai ir impulsyvus to darymas individui nebekeltų distreso. Taigi, toks polinkis veikiausiai nebebūtų ir nemoraliai blogas.

*Apibendrinant*, svarbu pastebėti, kad mišriojo požiūrio šalininkai yra skeptiški griežtos medicinos–moralės perskyros atžvilgiu – ką, ko gero, galima būtų laikyti esmine šio požiūrio ypatybe. Tuo pačiu priešinamasi medicinos lauko plėtimui moralinio subjekto sąskaita ir kantriai ieškoma integruojančios paradigmos. Mano požiūriu, būtent ši kompatibilistinė paradigma daugialypės psichikos sveikatos tikrovės poreikius atliepia geriausiai. Svarbu paminėti ir tai, kad kompatibilistai laikosi normatyvistinio požiūrio į ligą. Sutinkama, kad visiškai išvengti moralinių nuostatų psichiatrijoje nėra įmanoma, o bandymai neigti, kad tokių nuostatų esama – pavojingi, nes kaip tik ir sudaro prielaidas neapgalvotam medikalizavimui. Be to, pasitelkdami dorybių etiką ir atsakomybės be kaltinimo sampratą, kompatibilistai leidžia mediciną pamatyti bendresniame žmogaus gerovės mokslo kontekste – kaip moralinį charakterį ir atsakomybę ugdančiąją discipliną. Galiausiai, šio požiūrio šalininkai ieško saugiklių, leisiančių išvengti nepagrįsto amoralaus elgesio medikalizavimo. Tokių saugiklių pavyzdžiai: visuomenės atstovų įtraukimas į diagnozių kūrimo procesą ar orientavimasis į visų pirma nemoraliai blogų reiškinų gydymą. Užsiimdami moralę ir mediciną integruoti bandančia ekvilibristika, kompatibilistai suvokia išsikeliančią sau išties sudėtingą ir ypatingo atsargumo reikalaujantį uždavinį.

---

<sup>34</sup> „Would a substantial portion of people of this culture, when considering the behavior or experience described in this criterion, conclude that the behavior or experience is “morally wrong”?“ (213 p.)



## 8. IŠVADOS IR PERSPEKTYVOS

**Išvados.** Pagrindinė šio darbo išvada yra ta, kad B grupės asmenybės sutrikimai turėtų būti suprantami kaip medicinai ir moralei *bendra* problema. Prie tokios išvados prieita atsakant į probleminius šio darbo klausimus:

1. Kraštutinės pozicijos dėl B grupės asmenybės sutrikimų moralinio ir medicininio pobūdžio įmanomos tik natūralistinėje paradigmoje, teigiančioje, kad liga – vien mokslinė, nuo socialinių ir kultūrinių aplinkybių nepriklausoma sąvoka. Teigiantys, kad B grupės asmenybės sutrikimai yra verčiau moralinė, o ne medicininė problema (kitai – „moralizuojantieji“), tvirtina, kad šiuo metu nėra empirinio pagrindo šiuos sutrikimus laikyti ligomis. Priešingame poliuje esantys – „medikalizuojantieji“ – tikina, kad tokio pagrindo visgi esama, tad ir B grupės asmenybės sutrikimai laikytini ligomis. Abiem šiais atvejais laikomasi natūralistinės ligos sampratos. Savo ruožtu, normatyvistinė paradigma – teigianti, kad ligos yra ne mokslinių atradimų klausimas, o verčiau tam tikros vertybinės pozicijos išraiška – leidžia B grupės asmenybės sutrikimus suprasti *ir* kaip moralinę, *ir* kaip medicininę problemą. Toks požiūris vadinamas mišriu (arba kompatibilistiniu).

2. Kiekvienas iš šių požiūrių į B grupės asmenybės sutrikimus – moralizavimo, medikalizavimo ir mišrusis – turi savų privalumų ir trūkumų. Principinė „moralizuojančiųjų“ nuostata, kad amoralus elgesys negali būti laikomas liguistu, trumpalaikėje perspektyvoje iš tikrųjų gali padėti išvengti perteklinio amoralaus elgesio medikalizavimo. Vis dėlto, šis požiūris ignoruoja savo natūralistinių prielaidų trūkumus. Paradoksalu, tačiau natūralistinis požiūris į ligą ilgainiui kaip tik sudaro sąlygas medikalizuoti amoralų elgesį. Tai tampa įmanoma, kai tik mokslinės ir technologinės galimybės leidžia nustatyti šio elgesio neurobiocheminį pagrindą. Ši problema būdinga ir „medikalizuojantiems“. Šio požiūrio šalininkai pagrįstai atkreipia dėmesį į medicininės pagalbos poreikį, tačiau vien nustatydami biopsichosocialines ligų priežastis nėra pajėgūs numatyti tikrųjų, *vertybinių* B grupės asmenybės sutrikimų medikalizavimo priežasčių. Šiuos sutrikimus laikyti vien tik moksline, gamtos mokslų įrankiais nustatoma problema būtų klaidinga. Maža to, kad apskritai jokia liga negali būti suprantama nepriklausomai nuo vertybinių nuostatų, šių sutrikimų atveju neatsiejamos ir moralinės nuostatos. Galiausiai, tik normatyvistinė paradigma leidžia pamatyti, kad psichikos sveikatos, moralinės individo gerovės ir visuomeninės gerovės laukai yra neišvengiamai susiję. Būtent tai leidžia kompatibilistams matyti B grupės asmenybės sutrikimus kaip šioms sritims *bendrą* problemą. Nepaisant to, šis požiūris susiduria su iššūkiu nustatyti, kokios moralinės problemos turėtų būti gydomos. Kol kas nėra iki galo aišku, kieno ir kaip turėtų būti sprendžiama, kas yra siektina psichinė ir moralinė individo gerovė.

3. Priklausomai nuo požiūrio – moralizavimo, medikalizavimo ar mišriojo – turinčiųjų B grupės asmenybės sutrikimų atsakomybė ir gydymo galimybės reikšmingai pasikeičia. Laikantis moralizavimo požiūrio, šių sutrikimų apibūdinamas amoralus elgesys yra verčiau moralinės ir teisinės atsakomybės klausimas, su kuriuo dorotis turėtų teisėsauga, švietimo sistema, religinės ar nevyriausybinės organizacijos. Tokia „moralizuojančiųjų“ išvada

remiasi prielaida, kad amoralus elgesys šiais atvejais yra sąlygotas laisvo asmens apsisprendimo. Šio požiūrio šalininkai neatsižvelgia į šiems sutrikimams būdingus mentalizacijos ir elgesio kontrolės sunkumus ir nepelnytai ignoruoja medicininės priemonės, galinčias padėti išspręsti šių sutrikimų turinčiųjų problemas. „Medikalizuojantieji“ – priešingai – šiuos sutrikimus mato kaip visų pirma medicininę problemą. Amoralus elgesys, būdingas B grupės asmenybės sutrikimams, šiuo atveju suprantamas kaip veikiau tam tikros gydytinės neurobiocheminės disfunkcijos pasekmė. Tokiu būdu linkstama neproporcingai suspenduoti šių sutrikimų turinčiųjų atsakomybę ir kėsintis į šių asmenų autonomiškumą.

Nesutarimai tarp „moralizuojančiųjų“ ir „medikalizuojančiųjų“ atspindi ir platesnę problematiką – laisvos valios ir mokslinio determinizmo suderinamumo klausimą. Visgi, mišrusis požiūris leidžia šios problematikos išvengti. Kompatibilistai įtikinamai parodo, kad atsakomybės sąvoka išliktų prasminga netgi tuomet, jei B grupės asmenybės sutrikimams būdingas amoralus elgesys ir nebūtų asmens nekontroliuojamų neurobiocheminių procesų padarinys. Šiuos sutrikimus turinčiuosius būtų prasminga laikyti atsakingais taip pat ir tais atvejais, kai jie nebūtų laikomi moraliai ar teisiškai pakaltinamais. Tai tampa įmanoma pasitelkiant atsakomybės be kaltinimo sampratą. Laikydami turinčiuosius B grupės asmenybės sutrikimų atsakingais, bet nekaltintiniais, galime tikėtis geresnių gydymo išeičių ir skatinti pagarbų, nestigmatizuojantį požiūrį į šiuos asmenis. Taigi, kompatibilistai B grupės asmenybės sutrikimų turinčiuosius traktuoja ir kaip autonomiškus subjektus, iki tam tikro laipsnio atsakančius už savo amoralų elgesį, ir kaip medicininio dėmesio reikalaujančius pacientus. Galiausiai, mišrusis požiūris parodo, kad psichiatrijoje, kaip ir dorybių etikoje, siekiama atsakyti į svarbų normatyvinį klausimą – „kaip pasiekti gyvenimo gerovę?“ Būtent dėl to, negalėdama išvengti vertybinių ir moralinių nuostatų, psichiatrija negali būti suprantama kaip vien tik mokslinė disciplina. Mišriajame požiūryje vienu svarbiausių psichiatrijos siekių tampa ir moralinio charakterio ugdymas. Tokiu būdu, mediciną matant bendresniame žmogaus gerovės mokslo kontekste, poreikio B grupės asmenybės sutrikimus matyti kaip vien moralines arba vien medicininės problemas paprasčiausiai nebelieka.

**Perspektyvos.** *Pirma*, nors šiame darbe teigiama, kad B grupės asmenybės sutrikimai yra medicininė problema, tai, ar visus šiuos sutrikimus ir toliau turėtume laikyti *ligomis*, lieka tolesnių diskusijų klausimu. Pavyzdžiui, nuo 2022 m. įsigaliojusiam Tarptautinės ligų klasifikacijos 11-ajame leidime asmenybės sutrikimų tipų (asocialaus, histrioninio ir pan.), kaip atskirų psichikos sutrikimų, nebeliko. Tokį kategorinį asmenybės sutrikimo modelį pakeitė vadinamasis dimensinis modelis. Dimensiniame modelyje asmenybės sveikumas yra suprantamas tam tikrame sveikatos–ligos kontinuume, apimančiame atvejus nuo visiškos normos iki sunkaus asmenybės sutrikimo (116). Į naują ligų klasifikatorių įtraukta ir asmenybinio sunkumo (angl. *personality difficulty*) diagnozė, nusakanti atvejus, kai asmuo neserga psichikos sutrikimu, tačiau gana ilgą laiką patiria emocijų, savęs ir kitų

suvokimo sunkumų. Taigi, būtina apsvarstyti, ar tai, ką šiuo metu laikome B grupės asmenybės sutrikimais, geriausia ir toliau laikyti ligomis, ar visgi kitokio tipo medicininėmis problemomis.

*Antra*, tolesniuose tyrimuose reikėtų kelti klausimą, koku būdu mišriojo požiūrio šalininkų pasiūlymai (moralinio charakterio ugdymas psichoterapijos metu, „moralinio blogio“ testo pasitelkimas ligų klasifikatorių kūrimo procese, visuomeninė etika) galėtų būti įgyvendinami praktiškai. Be to, kas ir koku būdu turėtų spręsti, kas yra individo ir visuomenės gerovė? Kokios yra sociokultūrinės ir politinės mišriojo požiūrio siūlymų įgyvendinimo prielaidos? Prie kokių etinių problemų šio požiūrio idėjos galėtų vesti nedemokratiškose ar daugiakultūre visuomenėse?

*Galiausiai*, moralinio charakterio ugdymas medicinoje paliečia ir transhumanizmo problematiką. Transhumanizmu vadinamas požiūris, teigiantis, kad technologijos turėtų būti aktyviai naudojamos žmogaus ar netgi žmonių rūšies gerinimui. Ką tai galėtų reikšti asmenybės sutrikimų atveju? Kokių etinių, politinių iššūkių tai keltų? Šie ir daugelis kitų susijusių klausimų turėtų tapti tolesnių tyrimų ir diskusijų objektu.

## LITERATŪRA

1. Kingma E. Disease as scientific and as value-laden concept. In: Schramme T, Edwards S, editors. Handbook of the philosophy of medicine. Dordrecht: Springer; 2017. p. 45–63.
2. Fulford KWM. The debate about mental illness. In: Moral theory and medical practice. Cambridge: Cambridge University Press; 1989. p. 3–24.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
4. Zachar P, Potter NN. Personality disorders: moral or medical kinds—or both? *Philos Psychiatry, Psychol.* 2010; 17(2): 101–17.
5. Zachar P, Potter NN. Valid moral appraisals and valid personality disorders. *Philos Psychiatry, Psychol.* 2010; 17(2): 131–42.
6. Banicki K, Banicki K. From personality disorders to the fact-value distinction. *Philos Psychol.* 2018; 32(2): 274–98.
7. Banicki K. Personality disorders and thick concepts. *Philos Psychiatry Psychol.* 2018; 25(3): 209–21.
8. Alvarez-Segura M, Echavarría MF, Vitz PC. A psycho-ethical approach to personality disorders: the role of volitionality. *New Ideas Psychol.* 2017; 47: 49–56.
9. Sadler JZ. Values in psychiatric diagnosis and classification. In: Fulford KWM, Davies M, Gipps RGT, Graham G, Sadler JZ, Stanghellini G, et al., editors. *The Oxford handbook of philosophy and psychiatry.* Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 753–78.

10. Sadler JZ. Conceptual models of normative content in mental disorders. In: Haldipur CV, Knoll IV JL, v.d. Luft E, editors. *Thomas Szasz: an appraisal of his legacy*. Oxford: Oxford University Press; 2019. p. 36–52.
11. Sadler JZ. Conduct disorder as a vice-laden diagnostic concept. In: Perring C, Wells L, editors. *Diagnostic dilemmas in child and adolescent psychiatry: philosophical perspectives*. Oxford: Oxford University Press; 2014. p. 166–81.
12. Berrios GE. *The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
13. Sadler JZ. Vice and mental disorders. In: Fulford KWM, Davies M, Gipps RGT, Graham G, Sadler JZ, Stanghellini G, et al., editors. *The Oxford handbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 451–79.
14. Zachar P. Pathological narcissism and its relationship to empathy and transcendence. *Plur*. 2013; 1(3): 89–105.
15. Sadler JZ. *Values and psychiatric diagnosis*. Oxford: Oxford University Press; 2005.
16. Charland LC. Character: moral treatment and the personality disorders. In: Radden J, editor. *The philosophy of psychiatry: a companion*. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 64–77.
17. Charland LC. Moral nature of the DSM-IV Cluster B personality disorders. *J Pers Disord*. 2006; 20(2): 116–25.
18. Charland LC. Medical or moral kinds? Moving beyond a false dichotomy. *Philos Psychiatry, Psychol*. 2010; 17(2): 119–25.
19. Jakušovaitė I, Luneckaitė Ž. *Medicinos filosofija. Probleminio mokymo(si) knyga: mokomoji knyga*. Kaunas: LSMU Leidybos namai; 2011.
20. Pūras D. Etika ir psichiatrija. 2018. Prieiga per internetą: <http://bioetika.sam.lt/index.php?994789957> (žiūrėta 2022-03-15).
21. Jakušovaitė I. *Medicina ir filosofija*. Kaunas: Kauno medicinos universitetas; 2001.
22. Pūras D, Germanavičius A, Povilaitis R, Dervinytė-Bongarzoni A. *Visuomenės psichikos sveikata. Mokomoji knyga*. Vilnius: Vilniaus universitetas; 2005.
23. Gefenas E. Psichiatrija ir medicinos etika. In: Dembinskas A, editor. *Psichiatrija*. Vilnius: Vaistų žinios; 2003. p. 51–61.
24. Šumskienė E, Mataitytė-Diržienė J. *Nuo mitų prie tikrovės: psichikos sveikatos vaizdavimas žiniasklaidos priemonėse. Metodinė priemonė*. Vilnius: Vilniaus universitetas; 2013.
25. Bagdonavičiūtė G. *Valgymo sutrikimai: patologiško moters kūno ar patloginės kultūros atspindys?*

- [Magistro darbas]. Vytauto Didžiojo universitetas; 2009.
26. Staniulytė L. Ar taikant priverstinį hospitalizavimą ir gydymą Lietuvoje, užtikrinamas psichikos sveikatos sutrikimų turinčių asmenų laisvės neliečiamumas? [Magistro darbas]. Vytauto Didžiojo universitetas; 2015.
  27. Petrulytė L. Gyvenimas kai „nieko nenori“: asmeninis depresijos, kaip ligos, patyrimas. [Magistro darbas]. Vytauto Didžiojo universitetas; 2016.
  28. Strakšys A. Etika ir psichiatrija. [Magistro darbas]. Vilniaus pedagoginis universitetas; 2011.
  29. Markauskienė E. Valgymo sutrikimų turėjusių moterų patirtys kritinio ir feministinio socialinio darbo perspektyvoje. [Magistro darbas]. Vytauto Didžiojo universitetas; 2013.
  30. Češulis M. Žmonių sergančių psichikos ligomis stigmatizavimas ir etiniai aspektai darbo santykių kontekste. [Magistro darbas]. Vilniaus universitetas; 2006.
  31. Baltrušaitytė G. Theorising mental disorder: a sociological approach. *Sociologija*. Mintis ir veiksmas. 2003; 1: 116–32.
  32. Baltrušaitytė G. Psichiatro-paciento sąveika pirminėje psichikos sveikatos priežiūroje: paciento požiūris. [Daktaro disertacija]. Vytauto Didžiojo universitetas; 2006.
  33. Baltrušaitytė G. Psychiatry and the mental patient: an uneasy relationship. *Kultūra ir visuomenė*. 2010; 1(1).
  34. Voren R van. Cold war in psychiatry. Soviet political abuse of psychiatry and the World Psychiatric Association (WPA). [Daktaro disertacija]. Vytautas Magnus University; 2010.
  35. Voren R van. Psychiatry as a tool of repression against dissidents in the USSR. *Darbai ir dienos*. 2011; (55): 29–42.
  36. Zachar P, Krueger RF. Personality disorder and validity: a history of controversy. In: Fulford KWM, Davies M, Gipps RGT, Graham G, Sadler JZ, Stanghellini G, et al., editors. *The Oxford handbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 889–910.
  37. Zachar P. Personality disorder: philosophical problems. In: Schramme T, Edwards S, editors. *Handbook of the philosophy of medicine*. Dordrecht: Springer; 2017. p. 1005–24.
  38. Southworth J. Can morally disvalued traits constitute the symptoms of a mental disorder? *Philos Psychiatry, Psychol*. 2013; 20(3): 221–3.
  39. Reimer M, Day B. Affective dysfunction and the Cluster B personality disorders. *Philos Psychiatry, Psychol*. 2013; 20(3): 225–9.
  40. Reimer M. Moral disorder in the DSM-IV? *Philos Psychiatry, Psychol*. 2013; 20(3): 203–15.
  41. Potter NN. Moral evaluations and the Cluster B personality disorders. *Philos Psychiatry Psychol*. 2013;

- 20(3): 217–9.
42. Horne G. Is borderline personality disorder a moral or clinical condition? Assessing Charland's argument from treatment. *Neuroethics*. 2014; 7(2): 215–26.
  43. Münch R, Walter H, Müller S. Should behavior harmful to others be a sufficient criterion of mental disorders? Conceptual problems of the diagnoses of antisocial personality disorder and pedophilic disorder. *Front Psychiatry*. 2020; (11): 558655.
  44. Kendell RE. The distinction between personality disorder and mental illness. *Br J Psychiatry*. 2002; 180(2): 110–5.
  45. Glen S. Dangerous and severe personality disorder: an ethical concept? *Nurs Philos*. 2005; 6(2): 98–105.
  46. Reimer M. Moral aspects of psychiatric diagnosis: the Cluster B personality disorders. *Neuroethics*. 2010; 3(2): 173–84.
  47. Gould CS. Why the histrionic personality disorder should not be in the DSM: a new taxonomic and moral analysis. *IJFAB Int J Fem Approaches to Bioeth*. 2011; 4(1): 26–40.
  48. Pearce S. Answering the neo-Szaszian critique: are Cluster B personality disorders really so different? *Philos Psychiatry Psychol*. 2011; 18(3): 203–8.
  49. Murphy D. Concepts of disease and health. In: Edward N. Zalta, editor. *The Stanford encyclopedia of philosophy*. 2021. Prieiga per internetą: <https://plato.stanford.edu/archives/spr2021/entries/health-disease/> (žiūrėta 2022-01-15).
  50. Boorse C. Health as a theoretical concept. *Philos Sci*. 1977; 44(4): 542–73.
  51. Lewens T. Health, naturalism, and policy. In: Lewens T, editor. *The biological foundations of bioethics*. Oxford: Oxford University Press; 2015. p. 175–203.
  52. Szasz TS. The myth of mental illness. *Am Psychol*. 1960; 15(2): 113–118.
  53. Szasz TS. *Insanity: the idea and its consequences*. New York: John Wiley & Sons; 1987.
  54. Kendell R. The concept of disease and its implications for psychiatry. *Br J Psychiatry*. 1975; 127(4): 305–15.
  55. Fulford B. Linguistic analysis and values-based practice: one way of getting started with some kinds of philosophical problems at the interface between psychiatry and religion. In: Verhagen PJ, van Praag HM, López-Ibor, J.J. J, Cox JL, Moussaoui D, editors. *Religion and psychiatry: beyond boundaries*. Chichester: John Wiley & Sons; 2010. p. 39–62.
  56. Sadler JZ, Fulford B. Normative warrant in diagnostic criteria: the case of DSM-IV-TR personality disorders. *J Pers Disord*. 2006; 20(2): 170–80.
  57. Frankena WK. *Ethics*. 2nd ed. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1973.

58. Waring DR. The healing virtues: character ethics in psychotherapy. Oxford: Oxford University Press; 2016.
59. Conrad P. Medicalization and social control. *Annu Rev Sociol.* 1992; 18(1): 209–32.
60. Pasauline sveikatos organizacija, Lietuvos psichiatrų asociacijos Leidybos komitetas. TLK-10 psichikos ir elgesio sutrikimai: klinika ir diagnostika. Kaunas: Medicina; 1997.
61. Gert B, Gert J. The definition of morality. In: Zalta EN, editor. The Stanford encyclopedia of philosophy. Fall 2020. Prieiga per internetą: <https://plato.stanford.edu/archives/fall2020/entries/morality-definition/> (žiūrėta 2022-01-07).
62. Murphy D. Description and explanation of the culture-bound syndromes. In: Kendler KS, Parnas J, editors. *Philosophical issues in psychiatry IV: classification of psychiatric illness.* Oxford: Oxford University Press; 2017. p. 152–65.
63. Kozuch B, McKenna M. Free will, moral responsibility, and mental illness. In: Moseley D, Gala G, editors. *Philosophy and psychiatry: problems, intersections and new perspectives.* New York & London: Routledge; 2016. p. 89–113.
64. Pickard H. Responsibility without blame: empathy and the effective treatment of personality disorder. *Philos Psychiatry Psychol.* 2011; 18(3): 209–24.
65. Pickard H. Responsibility without blame: philosophical reflections on clinical practice. In: Fulford KWM, Davies M, Gipps RGT, Graham G, Sadler JZ, Stanghellini G, et al., editors. *The Oxford handbook of philosophy and psychiatry.* Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 1134–52.
66. Livesley WJ. Conceptual issues. In: Livesley JW, Larstone R, editors. *Handbook of personality disorders: theory, research, and treatment.* 2nd ed. New York & London: The Guilford Press; 2018. p. 3–24.
67. Myers DG. *Psichologija.* Vilnius: Poligrafija ir informatika; 2008.
68. Schrift MJ. Personality disorders. *BMJ Best Practice.* 2021. Prieiga per internetą: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/489> (žiūrėta 2022-01-02).
69. Gartlehner G, Crotty K, Kennedy S, Edlund MJ, Ali R, Siddiqui M, et al. Pharmacological treatments for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *CNS Drugs.* 2021; 35(10): 1053–67.
70. Gibbon S, Khalifa NR, Cheung NH-Y, Völlm BA ML. Psychological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020; (9): CD007668.
71. Kirchner SK, Roeh A, Nolden J, Hasan A. Diagnosis and treatment of schizotypal personality disorder: evidence from a systematic review. *NPJ Schizophr.* 2018; 4(1): 1–18.
72. Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Kongerslev MT, Mattivi JT, Jørgensen MS, Faltinsen E,

- Todorovac A, Sales CP, Callesen HE, Lieb K SE. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020; (5): CD012955.
73. Woodbridge J, Townsend M, Reis S, Singh S, Grenyer BFS. Non-response to psychotherapy for borderline personality disorder: a systematic review. *Aust N Z J Psychiatry.* 2021; 1–17.
  74. Khalifa NR, Gibbon S, Völlm BA, Cheung NHY, McCarthy L. Pharmacological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020; 9: CD007667.
  75. Livesley JW, Larstone R, editors. Empirically based treatments: introduction. In: *Handbook of personality disorders: theory, research, and treatment.* 2nd ed. New York & London: The Guilford Press; 2018. p. 481–7.
  76. Martin MW. *From morality to mental health.* Oxford: Oxford University Press; 2006.
  77. Agich GJ. Evaluative judgment and personality disorder. *Philos Perspect Psychiatr diagnostic Classif.* 1994; 233–45.
  78. Elliott C. Character judgments and the personality disorders. In: *The rules of insanity: moral responsibility and the mentally ill.* Albany: State University of New York Press; 1996.
  79. Blackburn R. On moral judgements and personality disorders. *Br J Psychiatry.* 1988; 153(4): 505–12.
  80. Martin MW. Personality disorders and moral responsibility. *Philos Psychiatry, Psychol.* 2010; 17(2): 127–9.
  81. Pickard H. What is personality disorder? *Philos Psychiatry, Psychol.* 2011; 18(3): 181–4.
  82. Zachar P. The clinical nature of personality disorders: answering the neo-Szaszian critique. *Philos Psychiatry, Psychol.* 2011; 18(3): 191–202.
  83. Nelson KJ. Pharmacotherapy for personality disorders. Skodol A, Friedman M, editors. *UpToDate.* 2021. Prieiga per internetą: <https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-personality-disorders> (žiūrėta 2022-02-04).
  84. Froemke RC, Young LJ. Oxytocin, neural plasticity, and social behavior. *Annu Rev Neurosci.* 2021; 44(October): 359–81.
  85. Fröding B. Three enhancement methods. In: *Virtue ethics and human enhancement.* Dordrecht: Springer; 2013. p. 67–82.
  86. Marsh N, Scheele D, Feinstein JS, Gerhardt H, Strang S, Maier W, et al. Oxytocin-enforced norm compliance reduces xenophobic outgroup rejection. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2017; 114(35): 9314–9.
  87. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet.* 2002; 359(9306): 545–50.
  88. Raine A. Antisocial personality as a neurodevelopmental disorder. *Annu Rev Clin Psychol.* 2018;



- 14(January): 259–89.
89. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*. 2010; 9(1): 11–5.
  90. Bateman A, Fonagy P. Comorbid antisocial and borderline personality disorders: mentalization-based treatment. *J Clin Psychol*. 2008; 64(2): 181–94.
  91. Twemlow SW, Fonagy P, Sacco FC, Vernberg E, Malcom JM. Reducing violence and prejudice in a jamaican all age school using attachment and mentalization theory. *Psychoanal Psychol*. 2011; 28(4): 497–511.
  92. Turner D, Sebastian A, Tüscher O. Impulsivity and Cluster B personality disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2017; 19(3).
  93. Winsper C, Bilgin A, Thompson A, Marwaha S, Chanen AM, Singh SP, et al. The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2020; 216(2): 69–78.
  94. Bjorklund P. “There but for the grace of God”: moral responsibility and mental illness. *Nurs Philos*. 2004; 5(3): 188–200.
  95. Armelius BÅ, Andreassen TH. Cognitive-behavioral treatment for antisocial behavior in youth in residential treatment. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; 4.
  96. Nahmias E. Is free will an illusion? Confronting challenges from the modern mind sciences. In: Sinnott-Armstrong W, editor. *Moral psychology, volume 4: freedom and responsibility*. Cambridge: MIT Press; 2014. p. 1–25.
  97. Peteet JR. Introduction. In: Peteet JR, editor. *The virtues in psychiatric practice*. Oxford: Oxford University Press; 2022. p. 1–14.
  98. Pearce S, Pickard H. The moral content of psychiatric treatment. *Br J Psychiatry*. 2009; 195(4): 281–2.
  99. Vanderweele TJ. The science of human flourishing. In: Peteet JR, editor. *The virtues in psychiatric practice*. Oxford: Oxford University Press; 2022. p. 255–72.
  100. Jahoda M. *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books; 1958.
  101. Hursthouse R, Pettigrove G. Virtue Ethics. In: Zalta EN, editor. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. 2016. Prieiga per internetą: <https://plato.stanford.edu/archives/win2018/entries/ethics-virtue/> (žiūrėta 2022-01-26).
  102. Anzenbacher A. *Etikos įvadas*. Vilnius: Aidai; 1998.
  103. Vanderweele TJ. On the promotion of human flourishing. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2017; 114(31): 8148–56.

104. Pickard H. Mental illness is indeed a myth. In: Broome M, Bortolotti L, editors. *Psychiatry as cognitive neuroscience: philosophical perspectives*. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 83–101.
105. Pickard H. What Aristotle can teach us about personality disorder. 2011. Prieiga per internetą: [https://www.hannapickard.com/uploads/3/1/5/5/31550141/aristotle\\_pd.pdf](https://www.hannapickard.com/uploads/3/1/5/5/31550141/aristotle_pd.pdf) (žiūrėta 2022-03-16).
106. Jayawickreme E, William Fleeson. Whole trait theory can explain virtues. In: Sinnott-Armstrong W, editor. *Moral psychology, volume 5: virtue and character*. Cambridge: The MIT Press; 2017. p. 121–30.
107. Sheehan L, Nieweglowski K, Corrigan P. The stigma of personality disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2016; 18(1): 1–7.
108. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Bezborodovs N. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med*. 2015; 45(1): 11–27.
109. Pickard H. Is addiction a brain disease? A plea for agnosticism and heterogeneity. *Psychopharmacology (Berl)*. 2022; 239(4): 993–1007.
110. Paris J. Childhood adversities and personality disorders. In: Livesley JW, Larstone R, editors. *Handbook of personality disorders: theory, research and treatment*. 2nd ed. New York & London: The Guilford Press; 2018. p. 301–8.
111. Pickard H. Responsibility without Blame: Therapy, Philosophy, Law. *Prison Serv J*. 2014; 213: 10–6.
112. Pennine Care NHS Foundation Trust. Democratic therapeutic community (DTC). Prieiga per internetą: <https://www.penninecare.nhs.uk/dtc> (žiūrėta 2022-03-03).
113. Whiteley S. The evolution of the therapeutic community. *Psychiatr Q*. 2004; 75(3): 233–48.
114. Pearce S, Pickard H. How therapeutic communities work: specific factors related to positive outcome. *Int J Soc Psychiatry*. 2012; 59(7): 636–645.
115. Pearce S, Scott L, Attwood G, Saunders K, Dean M, De Ridder R, et al. Democratic therapeutic community treatment for personality disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2017; 210(2): 149–56.
116. Barkauskienė R, Gaudiešiūtė E, Skabeikytė G. Change in the definition of personality disorder in transition to ICD-11: a look from clinical and developmental perspectives. *Psichologija (Vilniaus Univ)*. 2021; 65: 8–21.
117. Schramme T. The legacy of antipsychiatry. In: Schramme T, Thome J, editors. *Philosophy and psychiatry*. Berlin & New York: Walter de Gruyter; 2004. p. 94–119.
118. Reich W. Psychiatric diagnosis as an ethical problem. In: Bloch S, Green SA, editors. *Psychiatric ethics*. Oxford: Oxford University Press; 1981. p. 61–88.
119. Voren R van. Abuse of psychiatry for political purposes in the USSR: a case-study and personal account

- of the efforts to bring them to an end. In: Helmchen H, Sartorius N, editors. *Ethics in psychiatry: European contributions*. Dordrecht: Springer; 2010. p. 489–50.
120. Roe K, Murphy D. Function, dysfunction, and adaptation? In: Adriaens PR, De Block A, editors. *Mala-dapting minds: philosophy, psychiatry, and evolutionary theory*. Oxford: Oxford University Press; 2011. p. 216–37.
121. Sadler JZ. Vice and the diagnostic classification of mental disorders: a philosophical case conference. *Philos Psychiatry, Psychol*. 2008; 15(1): 1–17.
122. Reyes-López J, Ricardo-Garcell J, Armas-Castañeda G, García-Anaya M, Arango-De Montis I, González-Olvera JJ, et al. Clinical improvement in patients with borderline personality disorder after treatment with repetitive transcranial magnetic stimulation: preliminary results. *Rev Bras Psiquiatr*. 2018; 40(1): 97–104.
123. van Voren R. *Psychiatry as a tool for coercion in post-Soviet countries*. Brussels: European Union; 2013.
124. Bagdonas A, Rimkutė E. *Anglų–lietuvių kalbų psichologijos žodynas*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla; 2013.
125. Jayawickreme E, William Fleeson. Does whole trait theory work for the virtues? In: Sinnott-Armstrong W, editor. *Moral psychology, volume 5: virtue and character*. Cambridge: The MIT Press; 2017. p. 75–104.

**PRIEDAI**  
1 PRIEDAS.  
DOKUMENTO IŠNAŠOS

---

<sup>I</sup> Šiame darbe remsiuosi prielaida, kad visi psichikos sutrikimai (angl. *mental disorders*) ar negalavimai (angl. *mental illnesses*) yra ir ligos (angl. *diseases*). Suprantantys ligą natūralistiškai (žr. **3. Ligos sampratos problematika ir pagrindinės sąvokos**) su tokia nuostata, be abejo, nesutiktų. Angliška sąvoka „disease“ paprastai žymi tokius liguistus reiškinius, kurie turi objektyvų biologinį pagrindą. Tuo tarpu „disorder“ ar „illness“ paprastai apibūdina tuos gydytinus reiškinius, kurių biologinės priežastys kol kas nėra žinomos, o jų diagnostika didžiąja dalimi remiasi asmens elgesio ypatumais ir subjektyviomis patirtimis. Visgi, mano supratimu, subjektyvias ar sociokultūrinės sąvokas „disorder“ ar „illness“ nuo objektyvios „disease“ teskiria techninis žingsnis. Tikėtina, kad, esant idealioms mokslinėms ir technologinėms sąlygoms, pastarųjų sąvokų biologinį pagrindą būtų įmanoma nustatyti kone visuomet. Be to, sąvoka „disease“ – kaip ją šiuo metu įprasta suprasti medicinoje – be sąvokų „disorder“ ar „illness“, regis, nebektų prasmės. Mat tam, kad žinotume, kokį objektyvų biologinį pagrindą reiktų laikyti liguistu (t. y. nustatyti „disease“), visų pirma turime priimti tam tikrą vertybinį sprendimą – įvertinti, kas yra blogai (išsiaiškinti, kas laikytina „illness“ ar „disorder“).

<sup>II</sup> Toks psichikos skirstymas į dalis būdingas vadinamajai modulinei psichologijai (angl. *faculty psychology*) [1] ir šiame darbe pasitelkiamas tik dėl techninių priežasčių – siekiant geriau atskleisti skirtumus tarp moralizavimo, medikalizavimo ir mišriojo požiūrių. Neuromokslų ir moralės psichologijos tyrimai [2] rodo, kad tokios smegenų srities, atsakančios išskirtinai už moralinius sprendimus ir elgesį, veikiausiai nėra. Lygiai taip pat, veikiausiai nesama ir konkrečių smegenų sričių, atsakančių už emocijas, valią ar pažinimą [3]. Taigi, panašu, kad visos šios sritys yra glaudžiai susiję. Pavyzdžiui, amoralus elgesys gali būti tam tikrų emocijų valdymo, elgesio kontrolės, mąstymo ar pan. pasekmė.

<sup>III</sup> Kultūriniai skirtumai šiuo atveju yra labai svarbūs. Pavyzdžiui, musulmoniškose visuomenėse amoralium paprastai laikomas bet kokio kiekio alkoholio vartojimas [4]. Įdomu, kad tokį požiūrį lydi gan paplitusi nuomonė, kad net ir palyginti nedidelis alkoholio vartojimas yra liguistas ir turėtų būti gydomas [4].

<sup>IV</sup> Nors Charlandas ir nepritaria Szaszo [5] teiginiui, kad *jokie* psichikos sutrikimai nėra ligos [6], įdomu pastebėti, kad Charlando argumentavimas dėl moralinio bAS pobūdžio primena skeptinės psichiatrijos kritiką. *Pirma*, tiek Charlandas, tiek skeptinės psichiatrijos atstovai ligą supranta natūralistiškai („liga yra biologinė disfunkcija, kurią galima aptikti moksliai“). *Antra*, kritika, išsakoma psichikos sutrikimų atžvilgiu, abiem atvejais atkreipia dėmesį

---

į vertybinį ar moralinį komponentą (pvz., „nederamas pyktis yra blogai“), neatsiejama nuo šių sutrikimų apibrėžimo. Tokia kritika dažnu atveju remiasi prielaida, kad ligos gali ir turi būti nustatomos nepriklausomai nuo vertybinių nuostatų. Mano manymu, tokia prielaida yra klaidinga (žr. **3. Ligos sampratos problematika ir pagrindinės sąvokos**) – tai, ką laikome liga, visuomet išplauks iš tam tikros vertybinės ar moralinės pozicijos („skausmas yra blogai“, „prislėgta nuotaika yra blogai“, „regėjimas, blogesnis už normalų, yra blogai“ ir pan.).

<sup>V</sup> Kaip pastebi Martinas [7], moralės ir psichikos sveikatos nereikėtų painioti šiais atvejais: (a) kai kalbama apie smegenų pažeidimus ar sunkius neurologinius sutrikimus, kurių pats asmuo išties negali kontroliuoti (pvz., demencija); (b) nežymių, moraliai nereikšmingų psichikos sutrikimų atveju (pvz., kai kurios fobijos); (c) pavieniais amoralaus elgesio atvejais, nesant įsišaknijusių, liguistų polinkių ar įpročių (pvz., kai pasitaiko pavienių vairavimo neblaiviam atvejų, bet nėra priklausomybės nuo alkoholio; kai būna pavienių kitų asmenų teisių pažeidimo atvejų, bet nėra asocialaus tipo AS); ir (d) kuomet ypatingai moralus, dorybingas elgesys daro žalą sveikatai (pvz., herojiškumas karo metu, su altruistišku elgesiu sietinas skausmas ar kančia).

<sup>VI</sup> Toks Sadlerio pasiūlymas iš tikrųjų gali priminti Charlando iškeltą sąlygą medicininės kategorijas apibrėžti iš esmės nemoraliniais terminais (žr. **5. Moralizavimo požiūris**). Vis dėlto, būtų sudėtinga įsivaizduoti, koku būdu Sadlerio normatyvistinis požiūris į ligą galėtų būti suderinamas su palyginti dichotomišku („arba-arba“) medicinos ir moralės supratimu. Mediciną ir moralę suprasti kaip beveik niekuomet nepersiklojančias, visiškai viena nuo kitos nepriklausomas sritis būtų įmanoma tik laikantis natūralistinio požiūrio į ligą. Pats Sadleris [8] nuo tokio požiūrio ir nuo jį lydinčių kraštutinių pozicijų aiškiai atsiriboja.

- [1]. Berrios GE. The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
- [2]. Young L, Dungan J. Where in the brain is morality? Everywhere and maybe nowhere. Soc Neurosci. 2012; 7(1): 1–10.
- [3]. Lindquist KA, Barrett LF. A functional architecture of the human brain: emerging insights from the science of emotion. Trends Cogn Sci. 2012; 16(11): 533–40.
- [4]. Michalak L, Trocki K. Alcohol and Islam: an overview. Contemp Drug Probl. 2006; 33(4): 523–62.
- [5]. Szasz TS. The myth of mental illness. Am Psychol. 1960; 15(2): 113–118.
- [6]. Charland LC. Medical or moral kinds? Moving beyond a false dichotomy. Philos Psychiatry, Psychol. 2010; 17(2): 119–25.
- [7]. Martin MW. From morality to mental health. Oxford University Press; 2006.
- [8]. Sadler JZ. Values and psychiatric diagnosis. Oxford: Oxford University Press; 2005.