

B grup#s asmenyb#s sutrikim# interpretacijos problema: psichiatrijos ir moral#s sankirta

Rogo#a-#uklys, Daniel; Bartkien#, Aist#

B grup#s asmenyb#s sutrikim# interpretacijos problema: psichiatrijos ir moral#s sankirta

Problemos, vol. 102, 2022

Vilniaus Universitetas, Lituania

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=694573724009>

DOI: <https://doi.org/10.15388/Problemos.2022.102.9>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

B grupės asmenybės sutrikimų interpretacijos problema: psichiatrijos ir moralės sankirta

The Problem of Interpreting Cluster B Personality Disorders:
at the Intersection of Psychiatry and Morality

Daniel Rogoża-Žuklys daniel.rogena@protonmail.com
Oslo universiteto Filosofijos, Lituania

 <https://orcid.org/0000-0003-2651-0861>

Aistė Bartkienė aiste.bartkiene@mf.vu.lt

Vilniaus universiteto Sveikatos etikos, teisės ir istorijos centras, Lituania

 <https://orcid.org/0000-0001-5615-3696>

Problemos, vol. 102, 2022

Vilniaus Universitetas, Lituania

Recepción: 05 Agosto 2022

Aprobación: 26 Septiembre 2022

DOI: <https://doi.org/10.15388/Problemos.2022.102.9>

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=694573724009>

Summary: 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, būdingų vadinamiesiems B grupės asmenybės sutrikimams, didžiąja dalimi nusako nemoralų elgesį: atgailos ar empatijos stoką, neadekvatų pyktį ar melagingumą. Straipsnyje keliamas klausimas, kokių būdu toks nemoralus elgesys gali būti laikomas ne tik moraline, bet ir medicinine problema. Maža to, tai taip pat veda prie klausimo, ar turintys minėtų asmenybės bruožų gali būti laikomi atsakingais už savo nemoralų elgesį. Pasitelkiant dorybių etiką ir atsakomybės be kaltinimo sampratą, straipsnyje parodoma, kaip gali būti sprendžiama medikalizavimo, moralinio charakterio ugdymo ir atsakomybės suderinamumo problema. B grupės asmenybės sutrikimus straipsnyje siūloma suprasti kaip moralei ir medicinai bendrą problemą.

Keywords: B grupės asmenybės sutrikimai, moralė, medikalizacija, atsakomybė be kaltinimo, dorybių etika.

Abstract: 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, some of these pathological traits, diagnostic of so-called Cluster B personality disorders, largely describe immoral behavior. Hence, the question arises as to how such immoral 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. By drawing on virtue ethics and the concept of responsibility without blame, the article demonstrates how the problem of compatibility between medicalization, cultivation of moral character, and responsibility could be resolved. Thereby, it is suggested that Cluster B personality disorders are best understood as *both* a moral and medical problem.

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

Ivadas

Pastarųjų amžių mokslinė ir technologinė pažanga padėjo rasti atsakymus į nemažai empirinių medicininių klausimų, tokiu būdu išsprendžiant

daugelį ilgai žmoniją kamavusių sveikatos problemų. Tad, atrodytų, šiuo metu turėtų būti kaip niekad aišku, kas slypi po vieno pagrindinių medicinos objektų – ligos ¹ – sąvoka. Tačiau neatsargūs bandymai socialines ir moralines problemas perkonstruoti kaip medicininės – kaip atsitiko homoseksualumo ar vangiosios eigos šizofrenijos ² atvejais – skatino abejoti, ar liga apskritai gali būti suprantama kaip *neutrali*, nuo sociokultūrinio konteksto nepriklausoma sąvoka. Mokslui sparčiai žengiant į priekį, vis labiau imta klausti ne ką medicina *galėtų*, bet ką *turėtų* laikyti liguistu ir gydytinu.

Šiame straipsnyje keliamas vienas labiausiai kontroversiškų tokio pobūdžio klausimų – ar liguistu turėtume laikyti ir ypač *nemoralų* elgesį ³, tokiu būdu jį suprasdami kaip psichikos sutrikimo atvejį? Žvelgiant istoriškai, psichiatrijos kompetencijai iš esmės atiteko tik trys žmogaus psichikos sritys: emocijos, valia ir pažinimas. Morale ⁴ ilgą laiką buvo įprasta laikyti kokybiškai kitokia psichikos dalimi, kurios „sutrikimus“ turėtų spręsti bažnyčia ir teisė. Tačiau toks pasidalinimas psichikos sritimis visuomet kėlė iššūkių – moralinės nuostatos ⁵ neretai tapdavo ir ligų apibrėžimų dalimi. Šiame straipsnyje dėmesį sutelksime į vieną geriausiai šią problematiką atskleidžiančių atvejų – vadinamuosius B grupės asmenybės sutrikimus (toliau – bAS). „Asmenybės sutrikimai“ (toliau – AS) suprantami kaip „kraštutini[ai] ar reikšming[i] nukrypim[ai] nuo to, kaip vidutinis asmuo esamoje kultūroje suvokia aplinką, mąsto, jaučia ir ypač bendrauja su kitais“ (PSO-TLK 1997: 157–158). Pavyzdžiui, 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 ⁶. Taigi, tokie bAS apibūdinimai kaip „atgailos stoka“, „melagingumas“, „kitų asmenų teisių nepaisymas“ ar „nederamas seksualiai gundantis ar provokuojantis elgesys“ (APA-DSM 2013: 659–672) tuo pat metu, regis, psichiatrijoje yra laikomi ir moralinėmis, ir medicininėmis kategorijomis.

Šiame tyrime bAS problematiką paliesime dviem aspektais: (a) nemoralaus elgesio medikalizavimo ir (b) atsakomybės už nemoralų ir / ar liguistą elgesį. bAS problematika bus analizuojama iš psichiatrijos filosofijos perspektyvos, susikoncentruojant į būtent šiame diskurse pateikiamus argumentus ir susilaikant nuo platesnės filosofinės interpretacijos. Toks sprendimas leidžia išryškinti psichiatrijos filosofijoje formuluojamų argumentų specifiškumą ir kylančias diskusijas. Straipsnyje sieksime apginti teiginį, kad bAS turėtų būti suprantami kaip tokia medicininė problema ⁷, kurios sprendimas, be kita ko, reikalauja tam tikrų moralinių kompetencijų ir atsakomybės ugdymo. Tai atspindi bendresnę mūsų poziciją, kad psichiatrinis gydymas dažnu atveju negali būti suprantamas kaip moraliniu požiūriu *neutralus*. Prie tokios išvados prieisime pažingsniui. Visų pirma, glaustai aptarsime ligos sampratą problematiką, tokiu būdu parodydami, kad suprasti ligą kaip išskirtinai mokslinę sąvoką būtų klaidinga. Mat tai, ką laikome liga, veikiausiai

visuomet atsirems ir į tam tikrą vertybinę poziciją. Toliau, analizuodami Louis Charlando (2004, 2006) inicijuotą akademinę diskusiją dėl bAS, sieksime parodyti, kad psichikos sveikata, be kita ko, numato ir tam tikrų moralinių normų laikymąsi. Į šią diskusiją siūlome pažvelgti naujai – kaip į ginčą, kylantį iš dviejų skirtingų ontologinių pozicijų dėl to, kas *yra* (ar *gali* būti) liga. Galiausiai, pasitelkdami dorybių etiką ir atsakomybės be kaltinimo sampratą, parodome, koku būdu šis ginčas gali būti išsprendžiamas.

Ligos sampratos problematika

Medicinos filosofijoje įprasta skirti dvi pagrindines mąstymo apie ligą stovyklas: vadinamuosius natūralistus (arba scientistus) ir normatyvistus (arba konstruktyvistus). Nors šios dvi skėtinės sąvokos sujungia 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 gamtamoksliniais įrankiais. Kitaip tariant, ligos yra laikomos universaliais⁸ reiškiniais, kuriuos galima objektyviai nustatyti kaip nukrypimus nuo biologinei rūšiai būdingos normos. Tačiau vienas reikšmingiausių šio požiūrio trūkumų yra susijęs su jo, regis, neišvengiamu vertybiniu⁹ aspektu. Anot normatyvistų, liga (kaip ir sveikata) tėra socialinio ir kultūrinio momento konstruktas, atspindintis nepageidaujamą laikomą, neigiamai vertinamą (angl. *disvalued*) patirtį ar elgesį. Kitaip tariant, nors ir gali susidaryti įspūdis, kad medicina, pasitelkdama gamtos mokslų įrankius, atsako į klausimą „kas *yra* liga?“ (implikuojant ligos objektyvumą), iš tikrųjų teatsakoma į klausimą „kas *turėtų* būti laikoma liga?“. 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 nustatyti tam tikro elgesio ar patirčių biologines (ar biopsichosocialines) priežastis neužtenka. Sąvoka „disfunkcija“ visuomet reikš ir tam tikrą neigiamą vertinimą¹⁰. Kitaip tariant – tiek ligo#s, tiek sveikatos samprata visuomet bus priklausoma nuo vertybių (angl. *value-laden*).

Somatinėje medicinoje (pvz., kardiologijoje, traumatologijoje ar neurologijoje) dėl vertybių sutariama (nėra kontroversiška teigti, kad, pvz., skausmas yra blogai), jos paprastai laikomos savaime suprantamomis. Kaip tik dėl to neretai klaidingai manoma, kad diagnostiniai kriterijai somatinėje medicinoje yra vertybiškai neutralūs. Visgi, nors psichikos sutrikimai, lyginant su somatinėmis ligomis, iš tikrųjų gali atrodyti esą labiau priklausomi nuo vertybių, taip yra tik iš pažiūros. Kaip pastebi Billas (K. W. M.) Fulfordas (2010: 46–47), toks įspūdis susidaro būtent dėl to, kad psichikos sutrikimų apibrėžimuose esančios vertybės (pvz., numanomos nuostatos, kad „sadamazochizmas yra blogai“ ar „socialinės fobijos yra blogai“) visuomenėje yra vertinamos palyginti

įvairiai. Šią tariaimai skirtingą vertybių įtaką somatinių ligų ir psichikos sutrikimų apibrėžimams gerai iliustruoja Richardo M. Hare'o (1963, cit. iš Fulford 2010: 46–47) pateikiami „geros braškės“ ir „gero paveikslo“ pavyzdžiai. Kadangi paprastai dėl to, kokia braškė yra gera (raudona, saldi, nesukirmijusi), yra plačiai sutariama, tam tikrą vertinimą atspindintis pasakymas „gera braškė“ įgijo ir faktinę reikšmę (t. y. raudona, saldi, nesukirmijusi). Analogiškai yra ir somatinėje medicinoje: pasakymą „gera fizinė būklė“ įprasta tapatinti su skausmo, karščiavimo, pykinimo, viduriavimo ir pan. nebuvimu. Tačiau nesutarimų dėl psichinės sveikatos – panašiai kaip ir dėl „gero paveikslo“ – esama žymiai daugiau, tad ir pasakymas „gera psichikos būklė“ nėra siejamas su konkrečia ir pastovia faktine reikšme. Lygiai taip pat tai, kas laikoma somatiškai liguistu (pvz., kraujavimas ar kaulo lūžis), abejonių ir kontroversijų kelia palyginti mažiau nei tai, kas laikoma psichiškai liguistu (pvz., atsiskyrėliškumas ar didelis potraukis padeginėti svetimą turą).

Ar nemoralų elgesį turėtume laikyti medicinine problema?

Kaip jau užsiminta, psichiatrijoje – šalia nemoralinių vertybinių sąvokų, kaip antai sveikatos pablogėjimas, distresas¹¹, disfunkcija, su(si)žalojimas ar negalia – esama taip pat diagnostinių kriterijų, išplaukiančių iš tam tikrų moralinių vertybių (Sadler 2019: 37) (pvz., nors aiškiai žodžiais ir neišreikšta, visgi numanoma nuostata, kad visiška atgailos stoka yra blogai). Anot Williamo K. Frankenos (1973: 62), moralinėmis laikytinos tos vertybės, kurios kaip gerus arba blogus apibūdina žmogų, žmonių grupes ar tam tikras asmenybės dalis (bruožus, polinkius, emocijas, motyvus, intencijas). Būtent tokios moralinės vertybės preziumuojamos nemažoje dalyje bAS diagnostinių kriterijų. Tai ir išprovokuoja pagrindinį šio darbo klausimą: ar tokie nemoralūs elgesio atvejai, kaip „melagingumas, pasireiškiantis pasikartojančiu melavimu, slapyvardžių naudojimu ar kitų apgaudinėjimu, siekiant asmeninės naudos ar malonumo“ ar „irzlumas ir agresyvumas, pasireiškiantys pasikartojančiomis muštynėmis ar užpuolimais“ (APA-DSM 2013: 659), yra *pagrįstai* laikomi medicininėmis problemomis?

„Sveiko proto“ požiūris, regis, sakytų, kad ne. Ko gero, neretas intuityviai teisinga laikytų Charlando (2004, 2006, 2010) poziciją, anot kurios bAS – skirtingai nuo kitų psichikos sutrikimų – iš tikrųjų nėra medicininės problemos ir juolab nėra ligos. Charlando (2010: 121) teigimu, ligų diagnostiniai kriterijai didžiąja dalimi privalo būti vertybiškai neutralūs ir negali būti beveik vien tik moraliniai, kaip kad yra bAS atveju. Anot Charlando (*ibid.*: 121–122), bAS galės būti laikomi ligomis tik tuo atveju, jei šį elgesį gebėsime apibrėžti mokslinėmis sąvokomis (pvz., kaip neuromediatorių disfunkciją) arba tokį elgesį galėsime pagydyti farmakoterapiniais, instrumentiniais ar kitokiais mediciniais būdais. Šiuo metu bAS netenkina nei vienos iš šių sąlygų.

Tokią poziciją, pasitelkdami Sadlerio (2019: 42–46) pasiūlytus koncepcinius modelius¹², toliau vadinsime moralistiniu požiūriu

(angl. *the moralization account*). Moralistinio požiūrio šalininkai laikosi prielaidos, kad psichikos sutrikimai ir nemoralus elgesys yra iš esmės skirtingi reiškiniai (*ibid.*). Tiksliau sakant, moralistai teigia, kad nemoralus elgesys jokių būdu negali būti laikomas ligos simptomu. Tokio elgesio esą iš *principo* negalima laikyti nukrypimu nuo biologinės normos ir juolab „gydyti“. Moralistai tvirtina, kad moralė yra kokybiškai kitokia psichikos dalis, kuria turėtų rūpintis švietimo sistema, teisėsauga, religinės, nevyriausybines organizacijos ir pan. (*ibid.*). Kiek nuosaikesniu pavidalu tokį požiūrį atspindi ir Charlando pozicija dėl bAS. Svarbu atkreipti dėmesį, kad Charlando pozicija, kaip ir įprasta moralistiniame požiūriui, išplaukia iš jau anksčiau aptartos natūralistinės ligos sampratos: liga šiuo atveju yra suprantama kaip grynai mokslinė sąvoka (Charland 2004: 67–71) – kaip ir bet koks kitas mokslinis objektas (pvz., uolienos, nukleorūgštys ar atomai), kurį tereikia mokėti tinkamai atpažinti.

Nesutikti su moralistais šiuo atveju galima dviem būdais: (a) sutikti su natūralistine ligos samprata, tačiau abejoti Charlando argumentais dėl bAS diagnozavimo ir gydymo, (b) kritikuoti patį natūralistinį požiūrį į ligą ir inicijuoti abstraktesnę – filosofinę diskusiją dėl to, kas laikytina liga. Pirmuoju atveju veikiau abejojama *faktine* informacija, kuria remiamasi Charlando argumentuose, tačiau pačios prielaidos dėl to, ką turėtume laikyti liga, nėra kvestionuojamos. Tokia kritika išplaukia iš vadinamojo medikalizavimo požiūrio (angl. *the medicalization account*) (žr. Sadler 2019: 43–44). „Medikalizuojantieji“ – priešingai negu moralistinio požiūrio šalininkai – teigia, kad kraštutiniai nemoralaus elgesio atvejai iš esmės nesiskiria nuo kitų psichikos sutrikimų, tad tokie moraliniai „nukrypimai“ ar „sutrikimai“ turėtų būti laikomi medicininėmis kategorijomis (*ibid.*). Tokiu būdu galėtų atsirasti ir naujos medicinos sritys ar intervencijos, pavyzdžiui, nusikaltėlių rehabilitacija, moralinis tobulinimas (angl. *moral enhancement*) ar dorybių inžinerija (angl. *virtue engineering*) (*ibid.*). Medikalizavimo požiūrio šalininkai (pvz., Reimer 2010, 2013; Reimer, Day 2013; Horne 2014) yra linkę manyti, kad bAS – nors ir turinčius akivaizdžiai moralinių diagnostinių kriterijų – jau *ir dabar* galime pagrįstai laikyti ligomis. Argumentuojama, kad nemoralus elgesys šiais atvejais iš tikrųjų tėra sukeltas tam tikrų nemoralinių sutrikimų, kaip antai impulsyvumo ar sutrikusios mentalizacijos¹³. Be to, „medikalizuojantieji“ (pvz., Reimer 2010; Raine 2018) 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). Taigi, nors bAS kriterijai ir yra moraliniai, juos esą sukelia tam tikra *disfunkcija*, o ne laisvas asmens apsisprendimas. Švietimas ar teisinės priemonės šiuo atveju yra antraeilės arba visai nepriimtinos – užuot kaltinus, smerkus ar baudus, esą žymiai efektyviau ir humaniškiau būtų į šiuos reiškinius žiūrėti mediciniškai ir juos gydyti. Tokį „medikalizuojančiųjų“ argumentavimą („disfunkcija → negebėjimas pasielgti kitaip → distresas → liga“) detaliau apsvarstysime kitame skyriuje.

Tačiau filosofinė problematika labiausiai atsiskleidžia antruoju atveju, kai suabejojame pačią natūralistinę paradigmą, kuria remiantis ir vyksta

diskusija tarp šių dviejų stovyklų atstovų. Svarbu atkreipti dėmesį, kad natūralistine ligos samprata vadovaujasi tiek moralistinio, tiek medikalizavimo požiūrių šalininkai, nors jų išvados dėl bAS ir yra visiškai priešingos. Iš dalies prie skirtingų išvadų prieinama kaip tik dėl to, kad natūralistinis požiūris, regis, neskatina reflektuoti ontologinių prielaidų („nemoralus elgesys (*ne.gali* būti liga“), kuriomis remiamasi galvojant apie moraliai problemiškus atvejus psichiatrijoje. „Medikalizuojantieji“ savo nuostatą, kad nemoralus elgesys *gali* būti liguistas, klaidingai įvardija kaip mokslinį, o ne ontologinį klausimą, siekdami šią savo prielaidą *įrodyti*. Be to, tokia prielaida leidžia nedaryti esminės perskyros tarp moralinių „nukrypimų“ ir kitų psichikos sutrikimų, apimančių emocijas, valią ir pažinimą. Būtent dėl to „medikalizuojantieji“ nemato pagrindo tokius diagnostinius kriterijus, kaip visiška atgailos stoka ar itin dažnas moralinių normų nesilaikymas, laikyti mažiau mediciniais už nenormalius nuotaikos svyravimus ar adekvataus pagrindo neturintį nerimą. Mat esą *abiem* atvejais susiduriama su reikšmingais psichikos funkcionavimo nukrypimais. Išeitų, kad gebėti laikytis moralinių ar teisinių normų lygiai taip pat yra sveikos *psichikos*, sveikam žmogaus funkcionavimui būtinų *psichologinių* resursų klausimas¹⁴. Moralistai, savo ruožtu, laikosi prielaidos, kad moraliai problemiškas elgesys negali būti suprantamas kaip medicininė problema – visiška atgailos stoka ir nuolatos prislėgta nuotaika yra *iš esmės* skirtingi reiškiniai. Nemoralus elgesys yra veikiau *laisvos valios*, atsakomybės ir pakaltinamumo klausimas. Tai paaiškina, kodėl Charlandas siekia iš ligų klasifikatorių pašalinti ne bet kokio pobūdžio vertybes, kaip kad būtų nuoseklu daryti natūralistiniu požiūriu, o vien tik akivaizdžiai moralines vertybes. Kitų normatyvinių AS diagnostinių kriterijų atžvilgiu, kaip nenoro turėti jokių artimų santykių, atsiskyrėliškumo ar mažo susidomėjimo seksualinėmis patirtimis (APA-DSM 2013: 652–653), Charlandas nėra toks skeptiškas – šie kriterijai, nors ir normatyviniai, esą gali būti laikomi ligos simptomais, kol nerasime geresnių būdų apibrėžti juos sukeliančią disfunkciją.

Be to, moralistai nepastebi savo ontologinės prielaidos („nemoralus elgesys *negali* būti liga“) nesuderinamumo su natūralistine ligos samprata. Besivadovaudami natūralistiniu požiūriu į ligą, moralistai tikisi, jog, atradus mokslinį bAS paaiškinimą ir efektyvų farmakoterapinį ar instrumentinį bAS gydymą, būtų atrastos ir vertybiškai neutralios ligos. Bet juk moksliskai potencialiai įmanoma paaiškinti *bet kokią* elgesį. Atsiradus tinkamoms mokslinėms ir technologinėms galimybėms, (neuro)biocheminiame lygmenyje veikiausiai lygiai taip pat galėtume paaiškinti ir keisti bet kokią normaliu laikomą elgesį ar patirtis: įsimylėjimą, ypač didelę drąsą, geranoriškumą, kantrybę, empatiškumą ar pan. Taigi, vien biologinio pagrindo nustatymas neatsakytų į klausimą, kas yra disfunkcija: tam, kad žinotume, kokie žmogaus psichikos ypatumai turėtų būti laikomi liguistais ir gydytiniais, visų pirma turime nuspręsti, kas yra *blogai*. Paradoksalu, tačiau ilgalaikėje perspektyvoje natūralistinis požiūris kaip tik sudaro prielaidas pertekliniam nemoralaus elgesio medikalizavimui – juk gebėti paaiškinti bAS moksliniais terminais tėra laikina *techninė*, o ne principinė kliūtis. Tad ir Charlando iškelta

sąlyga – bAS būdingą nemoralų elgesį paaiškinti vertybiškai neutraliais terminais ar gebėti jį pakeisti naudojant medicininės priemonės – kelio pertekliniam nemoralaus elgesio medikalizavimui ilgalaikėje perspektyvoje vis dėlto neužkirstų.

Taigi, medikalizavimo eiliškumas schemiškai galėtų būti paaiškinamas ne kaip „(moksliškai atrasta) biologinė disfunkcija → liga“, kaip kad teigtų natūralistai, o veikiau taip:

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

Tai reiškia, kad *įrodyti* liguistą tam tikro nemoralaus elgesio kilmę paprasčiausiai nėra įmanoma. Net ir įrodę jo biopsichosocialinius determinantus ir tokį elgesį galėdami keisti pasitelkiant technologijas, galiausiai vis vien atsiremsime į normatyvinį klausimą, ar toks reiškinys tam tikra individualia ar visuomenine prasme yra *blogas*, t. y. gydytinas ar ne.

Ir vis dėlto – galbūt psichiatrijoje būtų įmanoma visiškai atsakyti moralinių vertybių, bet palikti visas kitas, *nemorales*? Regis, kad ne – bent jau tol, kol psichikos sveikatą suprantame kaip psichikos *gerovę*. Tą ypač gerai iliustruoja pozityvios psichikos sveikatos kriterijai ¹⁵. Pozityviaja prasme („kas yra psichikos sveikata?“) psichikos sveikatą reikėtų suprasti kaip daugiau nei vien tik psichikos sutrikimų neturėjimą. Šiuo atveju psichiškai sveikas asmuo ne tik kad neturėtų psichikos sutrikimų, bet taip pat pasižymėtų gera saviverte, sėkmingu ir visaverčiu socialiniu gyvenimu ir pan. Pasak Mike'o W. Martino (2006: 29–38), nors „moralus“ ir „psichiškai sveikas“ nėra tapatos sąvokos ir ne visuomet tarpusavyje persikloja, esama daugybė pozityviai suprantamos psichikos sveikatos ir moralės sąlyčio taškų. Toliau aptarsime keletą Martino pateikiamų pavyzdžių.

Štai savivertė, pavyzdžiui, glaudžiai siejasi su savigarba – mat manytina, kad sveikas asmuo turėtų save gerbti pernelyg savęs nenuvertindamas, bet ir nepervertindamas. 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. Mintis, kad psichinė gerovė galėtų būti suderinama, pavyzdžiui, su tironišku ar despotišku elgesiu, greičiausiai neretam atrodytų kontrintuityvi. Žinoma, moraliai geras gyvenimas negarantuoja geros psichikos sveikatos (ir atvirkščiai), kaip ir tarp moraliai blogo gyvenimo ir psichikos sutrikimų nebūtinai esama priežastinio ryšio. Nepaisant to, atrodo, kad moralinės vertybės neišvengiamai pasirodo psichiatrijos akiratyje.

Taip suprantama psichiatrija, regis, turi nemažai bendra su dorybių etika (Martin 2006: 11–12; Waring 2016: 59–87; Zachar, Potter 2010: 107–110; Pickard 2009: 92–98). Kaip žinome, dorybių etika yra viena iš trijų pagrindinių normatyvinės etikos teorijų, kurioje, skirtingai nuo kitų dviejų etinių prieigų – deontologinės ir utilitaristinės, – centrinę ašį sudaro dorybės ir moralinio charakterio samprata. Bendrais

bruožais tariant, „dorybė“ galima apibūdinti kaip giliai įsišaknijusį, įgytą polinkį ar įprotį daryti tai, kas gera ir teisinga. O „moralinį charakterį“ reikėtų suprasti kaip tokių dorybių visumą, siektiną viso gyvenimo metu. 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. Dar kitaip dorybę galėtume įsivaizduoti kaip aukso vidurį tarp dviejų kraštutinumų (Aristotelis 1990: 90–97): savigarbą – kaip aukso vidurį tarp saviniekos ir megalomanijos, tvirtą būdą – tarp perdėto nuolankumo ir agresyvumo, savikontrolę – tarp perdėto pareigingumo ir impulsyvumo. „Ydą“, savo ruožtu, reikėtų suprasti kaip dorybei priešingą sąvoką – kaip giliai įsišaknijusį polinkį elgtis sau ar kitiems kenkiančiu būdu. Taigi, pirmaeilium moraliniu rūpesčiu dorybių etikoje tampa klausimas „kaip tapti geru žmogumi?“, o tai yra glaudžiai susiję su kitu, lygiai taip pat ir psichiatrijai aktualiu klausimu „kaip pasiekti gyvenimo gerovę?“.

Moralinėmis dorybėmis galėtume vadinti ir tokius psichikos sveikatos siekinius, kaip ramybė, atsakingumas, geranoriškumas, tvirtabūdiškumas, dėkingumas ar viltingumas (Peteet 2022: 11). Be to, psichiatrijoje taip pat siekiama tam tikro objektyvios tiesos paisymo, kas liudija ir apie tam tikrų intelektualinių dorybių (pvz., ištikimybės tiesai, kritiškumo, refleksyvumo ar sąmoningumo) svarbą psichikos sveikatai ¹⁶. Tokiu būdu, mediciną suprantant kaip tam tikrą žmogaus gerovės mokslo dalį, kurioje – šalia mokslinių – neišvengiamai kyla moralinių ir kitų vertybinių klausimų, brėžti griežtos perskyros tarp medicinos ir moralės nebelieka pagrindo. Taigi, vien įrodę, kad bAS diagnostiniai kriterijai yra moraliai problemiški, negalime teigti, jog šie sutrikimai taip pat negali būti laikomi ir medicinine problema.

Visuomenė, psichikos sutrikimai ir atsakomybė be kaltinimo

Grįžkime prie „medikalizuojančiųjų“ teiginio, kad bAS būdingas nemoralus elgesys bent dalinai išplaukia iš ligos, o ne iš laisvo apsisprendimo ¹⁷. Tai reiškia, kad asmenys, turintys bAS, patiria itin didelių sunkumų kontroliuojant savo nemoralų elgesį. Kaip tik toks laisvos valios „nepakankamumas“ esą ir pateisina bAS būdingo nemoralaus elgesio medikalizavimą: sergančiajam gydymas suteiktų galimybę kiekvienu atveju elgtis palyginti laisvai (pvz., didinant savikontrolę farmakoterapiniais būdais) ir tokiu būdu galimai liautis žalojus save ar kitus.

Tokia argumentacija kelia klausimą, ar sunkiai suvaldomas polinkis į tam tikrą elgesį *bet kokiomis* sociokultūrinėmis aplinkybėmis reikštų ir liguistumą. Įsivaizduokime tam tikrus neuromediatorių pokyčius, sukeliančius nenormaliai didelį polinkį į moraliai geru laikomą elgesį (pvz., mandagumą, drąsą ar atjautą). 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 ypač didelį polinkį arba net norą ar įsipareigojimą sakyti tiesą, atgailauti nusizengus taisyklėms ir elgtis pagarbiai. Tačiau, skirtingai nuo moraliai blogo elgesio bAS atveju, toks moraliai pageidautinas elgesys kaip tik vestų prie kokybiškesnių santykių, leistų išvengti kaltės ir gėdos jausmų, įgalintų sėkmingai dalyvauti visuomeninėje veikloje ir pan. Ar tokį neuromediatorių „disbalansą“ laikytume liga vien dėl to, kad jis sukelia itin didelį polinkį į moraliai gerą elgesį? Regis, kad ne – toks „disbalansas“ nebūtų problema nei individualia, nei visuomene prasme.

Analogiškai, galima būtų įsivaizduoti tam tikrus struktūrinius smegenų pokyčius (pvz., naviką ar tam tikros srities atrofiją), sąlygojančius ypač didelį polinkį mąstyti pozityviai, elgtis geranoriškai ar pan. Tokius pokyčius galėtume laikyti liga dėl to, kad jie, pavyzdžiui, yra nenormalūs anatomiškai ar ilgainiui galėtų kelti pavojų gyvybinėms funkcijoms, tačiau *ne* dėl to, kad šie pakitimai pagerina gyvenimo kokybę. Taigi, atrodo, kad laisvos valios sumažėjimas iš tikrųjų negali būti suprantamas kaip *pakankama* liguistumo sąlyga. Žinoma, kartais tai yra viena iš būtinų sąlygų, leidžiančių tam tikrą elgesį laikyti liga. Pavyzdžiui, nuolatinis didelis polinkis į nemoralų elgesį bAS atveju yra būtina diagnozės dalis – pavienių atgailos stygiaus ar melagingumo atvejų nelaikytume liguistais. Tačiau *vien* didelio polinkio (t. y. laisvos valios sumažėjimo), kaip ir buvo parodyta, veikusiai neužtektų, kad reikškinį laikytume liga.

Šie pavyzdžiai dar kartą išryškina ligos sampratos normatyvumą. Sakyti, kad bAS reikėtų medicininės pagalbos dėl sumažėjusio gebėjimo kontroliuoti savo elgesį, būtų netikslu. Asmenys, turintys bAS, patiria sunkumų priimti tokius sprendimus, kurie būtų *suderinami* su sėkmingu gyvenimu visuomenėje, ir būtent dėl to reikalauja medicininio dėmesio. Tokių sunkumų asmenims, turintiems bAS, sukelia, pavyzdžiui, moralinių ir teisinių normų nepaisymas, negebėjimas pasimokyti iš bausmių ar pagarbiai sugyventi su kitais. Tad medikalizavimas šiuo atveju schemiškai galėtų būti paaiškinamas tokia seka:

negebėjimas pasielgti kitaip → nesuderinamumas su visuomene → distresas → liga → disfunkcija

Tokiu būdu, ligą suprantant normatyviškai, galima būtų sakyti, kad bAS būdingi polinkiai į nemoralų elgesį negali būti suderinami su geros visuomenės vizija¹⁸. Kaip tik dėl to bAS medikalizavimą galima būtų suprasti kaip labiau humanišką dorojimosi su šiais reiškiniais būdą (plg. kaltinimas, smerkimas, baudimas ar laisvės atėmimas). Taigi, ligos–sveikatos skirtis šiuo, kaip ir daugeliu kitų, atveju yra reikšminga *etiniu* požiūriu – tai padeda nuspręsti, kaip elgtis su žmogumi būtų teisinga (Lewens 2015: 175–176) (pvz., sprendžiant dėl tinkamumo karo tarnybai, asmens moralinės ar teisinės atsakomybės, skirstant valstybės lėšas).

Galiausiai, svarbu pastebėti ir tai, kad „medikalizuojantieji“ linksta prie neatsargaus minties šuolio – esą tai, jog bAS yra nulemti tam tikrų biologinių procesų, kartu reiškia ir jų *nevalingumą*¹⁹. Šis mechanistinis

požiūris, savo ruožtu, skatina suspenduoti asmenų, turinčių bAS, atsakomybę už jiems būdingą nemoralų elgesį, tokiu būdu kėsinantį į šių asmenų orumą ir autonomiškumą, taip pat skatinant nepatiklumą ir abejingumą jų atžvilgiu (Pickard 2022: 994–995). Maža to, tai demotyvuoja ir pačius asmenis, turinčius bAS, siekti terapinių tikslų (*ibid.*) ir kuria paternalistinį, nuasmeninantį požiūrį į juos. Kaip pastebi Pamela Bjorklund (2004: 194–197), nors atsakomybė ir užtraukia tam tikrą naštą, ji taip pat leidžia būti lygiaverčiu visuomenės dalyviu. Kitaip sakant – neigdami, kad asmuo atsako už savo veiksmus, jo taip pat nebelaikome galinčiu lygiomis teisėmis dalyvauti sprendžiant moralinius, teisinius ar politinius klausimus. Be to, tokio asmens patirtys ir elgesys jau tarsi nebelaikomi autentiškais, sietiniais su tikruoju „aš“, o verčiau tampa suprantami kaip nevalingas ligos padarinys (*ibid.*). Tokiu būdu kaip beprasmę nuneigiamame ir asmens sąmoningo, savarankiško keitimosi galimybę.

Toks „medikalizuojančiųjų“ požiūris atspindi nekvestionuojamą nuostatą, kad asmens negalime laikyti atsakingu už savo liguistą elgesį. „Atsakomybė“ tokiu atveju yra kone tapatinama su „kaltinimu“. Tačiau remiantis Hannos Pickard (2013: 1139–1146) pasiūlyta atsakomybės be kaltinimo (angl. *responsibility without blame*) samprata, „kaltinti“ nėra tas pats, kas „laikyti atsakingu“ ir „laikyti kaltu“. Kaltinant svarbus vaidmuo tenka tam tikram įžeidimo, baudimo momentui: 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*). „Atsakomybė“ visų pirma reiškia tai, jog 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 atsižvelgs į tam tikrus gydančiojo personalo patarimus, raginimus ir paisys susitarimų, kas gali lemti kitokių paciento elgesį ateityje²⁰. O „laikyti kaltu“ – moraliniu ar teisiniu požiūriu – visų pirma reiškia tam tikrą numanomą vertinimą ar įsitikinimą. Tokį kaltinimą siūloma vadinti nešališku kaltinimu (angl. *detached blame*). Smerkimas – kurį paprastai siejame su moraline atsakomybe – šiuo atveju tėra papildomas, nebūtinai ir klinikiame kontekste vengtinai žingsnis.

Emocionalaus kaltinimo, pasak Pickard (*ibid.*: 1147–1148), išvengti padeda susipažinimas su ankstesnėmis asmens patirtimis: bAS nemaža dalimi randasi dėl tėvų nepriežiūros ar perteklinės globos, vaikystėje matyto panašaus tėvų elgesio, seksualinės prievartos ar smurto. Tokiu būdu – gebėdami į asmenis, turinčius bAS, pažvelgti empatišku žvilgsniu, bet ir vengdami paternalizmo – nepapuolame į vadinamuosius gelbėjimo–kaltinimo spąstus (angl. *the rescue.blame trap*) (*ibid.*: 1136–1139). Kitaip sakant, užuot ėmusis medikalizavimo ar moralistinio požiūrio siūlomų kraštutinių, tampa įmanoma rūpestingai skatinti asmens autonomiškumą. Svarbu paminėti, kad tai nėra vien teorinė galimybė: toks principas yra taikomas vadinamosiose terapinėse bendruomenėse (angl. *therapeutic communities*), veikiančiose įvairiose

šalyse jau keletą dešimtmečių²¹. Šiuose asmenų, turinčių AS, psichosocialiniam gydymui skirtuose centruose ne tik kad vengiama minėto emocinalaus kaltinimo, bet ir siekiama kurti lygiaverčius santykius tarp personalo ir bendruomenės narių. Pasidalinant buitinais ir administraciniais darbais, skatinamas bendrumo jausmas ir ugdoma atsakomybė už save ir kitus bendruomenės narius. Tai vienas iš pavyzdžių, kaip, puoselėjant savikontrolę, pagarbą, geranoriškumą ir pozityvumą, į klinikinę praktiką galėtų būti integruojamas ne tik atsakomybės be kaltinimo principas, bet taip pat ir anksčiau aptartos dorybės ir moralinio charakterio sampratos. Tai, savo ruožtu – derinyje su įrodymais grįsta medicina – padėtų kurti labiau įgalinantį ir įtraukų požiūrį į asmenis, turinčius bAS.

Išvados

Šiuo straipsniu siekėme parodyti, kad ginčas dėl B grupės asmenybės sutrikimų nemaža dalimi yra sąlygotas skirtingų ontologinių prielaidų dėl to, ar nemoralus elgesys apskritai *gali* būti liguistas. Jeigu *gali*, moralė laikoma lygiai tokiu pačiu psichopatologijos objektu, kaip ir kitos psichikos sritys, kas esą reiškia ir suspenduotą atsakomybę už nemoralų elgesį. Jei visgi *negali*, papuolama į kitą kraštutinumą, neigiant medicininės pagalbos galimybę ir pabrėžiant paties asmens atsakomybę. Nenuostabu, kad šios dvi kraštutinės pozicijos yra lydimos natūralistinio požiūrio į ligą: manant, kad ligas tereikia atrasti ar *įrodyti*, apsiribojama veikiau technine diskusija dėl įrodymų pagrįstumo ar diagnostinių kriterijų atitikties „psichikos sutrikimo“ apibrėžimui. Minėtos ontologinės prielaidos tokiu būdu lieka tik numanomos.

Šias prielaidas šiame tyrime išryškinome diskusiją dėl B grupės asmenybės sutrikimų suprasdami platesniame ligos sampratos problematikos kontekste. Taip pat parodėme, koku būdu minėtą ginčą galima išspręsti. Argumentavome, kad ligos samprata yra iš esmės normatyvinė, o psichikos sveikata ir gebėjimas laikytis priimtino elgesio principų – neišvengiamai susiję. Taigi, B grupės asmenybės sutrikimus suprantame kaip medicinai ir moralei *bendrą* problemą, reikalaujančią, be visa kita, tam tikrų moralinių ir intelektualinių dorybių ugdymo. Be to, aiškiai atskyrus „atsakomybės“ ir „kaltinimo“ sąvokas, asmenis, turinčius B grupės asmenybės sutrikimų, galime laikyti atsakingais, jų nekaltindami. O tai, savo ruožtu, užtikrina oresnį ir, tikėtina, efektyvesnį terapinį procesą.

Rimtas požiūris į moralinio ugdymo aspektą psichiatrijoje atveria kitą iššūkį: kas ir kaip turėtų spręsti, kas yra individo ir visuomenės gerovė ir *kokie* moraliai problemiški atvejai turėtų būti laikomi gydytiniais? Klausimai, ko#kios yra sociokultūrinės ir politinės moralinio charakterio ugdymo psichiatrijoje prielaidos ir prie kokių etinių problemų tai galėtų vesti nedemokratiškose ar daugiakultūre visuomenėse, reikalauja tolesnių tyrimų.

Literatūra

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, 2013 [APA-DSM]. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Aristotelis, 1990. Nikomacho etika. In: *Rinktiniai raštai*, sudarė Antanas Rybelis. Vilnius: Mintis.
- Bjorklund, P., 2004. “There but for the Grace of God”: Moral Responsibility and Mental Illness. *Nursing Philosophy: an International Journal for Healthcare Professionals* 5 (3): 188–200. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2004.00186.x>
- Charland, L. C., 2004. Character: Moral Treatment and the Personality Disorders. In: *The Philosophy of Psychiatry: a Companion*, ed. J. Radden. Oxford: Oxford University Press, 64–77.
- Charland, L. C., 2006. Moral Nature of the DSM-IV Cluster B Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders* 20 (2): 116–125. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.2.116>
- Charland, L. C., 2010. Medical or Moral Kinds? Moving beyond a False Dichotomy. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 17 (2): 119–125. <https://doi.org/10.1353/ppp.0.0292>
- Frankena, W. K., 1973. *Ethics*. 2nd ed. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Fulford, B. (K. W. M.), 2010. 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: *Religion and Psychiatry: Beyond Boundaries*, eds. P. J. Verhagen et al. Chichester: John Wiley & Sons, 39–62.
- Fulford, K. W. M., 1989. *Moral Theory and Medical Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gert, B., Gert, J., 2020. The Definition of Morality. In: *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, ed. E. N. Zalta. Prieiga per internetą: <https://plato.stanford.edu/archives/fall2020/entries/morality-definition/> [žiūrėta 2022 m. liepos 3 d.].
- Horne, G., 2014. Is Borderline Personality Disorder a Moral or Clinical Condition? Assessing Charland’s Argument from Treatment. *Neuroethics* 7 (2): 215–226. <https://doi.org/10.1007/s12152-013-9199-3>
- Jahoda, M., 1958. *Current Concepts of Positive Mental Health*. New York: Basic Books.
- Kozuch, B., McKenna, M., 2016. Free Will, Moral Responsibility, and Mental Illness. In: *Philosophy and Psychiatry: Problems, Intersections and New Perspectives*, eds. D. Moseley, G. Gala. New York & London: Routledge, 89–113.
- Lewens, T., 2015. Health, Naturalism, and Policy. In: *The Biological Foundations of Bioethics*, ed. T. Lewens. Oxford: Oxford University Press, 175–203.
- Martin, M. W., 2006. *From Morality to Mental Health: Virtue and Vice in a Therapeutic Culture*. Oxford: Oxford University Press.
- Nahmias, E., 2014. Is Free Will an Illusion? Confronting Challenges from the Modern Mind Sciences. In: *Moral Psychology, Volume 4: Free Will And Moral Responsibility*, ed. W. Sinnott-Armstrong. Cambridge: MIT Press, 1–25.

- Pasaulio sveikatos organizacija. *TLK-10 psichikos ir elgesio sutrikimai: klinika ir diagnostika*, 1997 [PSO-TLK]. Kaunas: Medicina.
- Pearce, S., Pickard, H., 2013. How Therapeutic Communities Work: Specific Factors Related to Positive Outcome. *International Journal of Social Psychiatry* 59 (7): 636–645. <https://doi.org/10.1177/0020764012450992>
- Peteet, J. R., 2022. Introduction. In: *The Virtues in Psychiatric Practice*, ed. J. R. Peteet. Oxford: Oxford University Press, 1–14.
- Pickard, H., 2009. Mental Illness is Indeed a Myth. In: *Psychiatry as Cognitive Neuroscience: Philosophical Perspectives*, eds. M. Broome, L. Bortolotti. Oxford: Oxford University Press, 83–101.
- Pickard, H., 2013. Responsibility without Blame: Philosophical Reflections on Clinical Practice. In: *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*, eds. K. W. M. Fulford et al. Oxford: Oxford University Press, 1134–1152.
- Pickard, H., 2022. Is Addiction a Brain Disease? A Plea for Agnosticism and Heterogeneity. *Psychopharmacology* 239 (4): 993–1007. <https://doi.org/10.1007/s00213-021-06013-4>
- Raine, A., 2018. Antisocial Personality as a Neurodevelopmental Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology* 14: 259–289. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084819>
- Reimer, M., 2010. Moral Aspects of Psychiatric Diagnosis: the Cluster B Personality Disorders. *Neuroethics* 3 (2): 173–184. <https://doi.org/10.1007/s12152-010-9068-2>
- Reimer, M., 2013. Moral Disorder in the DSM-IV? *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 20 (3): 203–215. <https://doi.org/10.1353/ppp.2013.0034>
- Reimer, M., Day, B., 2013. Affective Dysfunction and the Cluster B Personality Disorders. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 20 (3): 225–229. <https://doi.org/10.1353/ppp.2013.0042>
- Sadler, J. Z., 2005. *Values and Psychiatric Diagnosis*. Oxford: Oxford University Press.
- Sadler, J. Z., 2019. Conceptual Models of Normative Content in Mental Disorders. In: *Thomas Szasz: an Appraisal of His Legacy*, eds. C. V. Haldipur et al. Oxford: Oxford University Press, 36–52.
- Waring, D. R., 2016. *The Healing Virtues: Character Ethics in Psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Zachar, P., Potter, N. N., 2010. Personality Disorders: Moral or Medical Kinds – or Both? *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 17 (2): 101–117. <https://doi.org/10.1353/ppp.0.0290>

Notes

- 1 Sąvokų „liga“ (angl. *disease, illness*) ir „sutrikimas“ (angl. *disorder*) turinys šiame darbe sutampa ir nusako liguistais laikomus reiškinius.
- 2 Rus. *вялотекущая шизофрения*. Ši sovietų psichiatrijos išskiriama šizofrenijos forma tarnavo kaip susidorojimo su politiniais disidentais įrankis.
- 3 Šiuo atveju turima omenyje tokį nemoralų elgesį, kuris negali būti paaiškinamas smegenų trauma, somatinėmis būklėmis ar medikamentais (pvz., psichoaktyviųjų medžiagų vartojimu). Kontroversijų kyla dėl tokio nemoralaus elgesio, kurį asmuo gali pakankamai gerai kontroliuoti – t. y. tokio elgesio imtis arba nesiimti laisvu sprendimu.

- 3 Šiuo atveju turima omenyje tokį nemoralų elgesį, kuris negali būti paaiškinamas smegenų trauma, somatinėmis būklėmis ar medikamentais (pvz., psichoaktyviųjų medžiagų vartojimu). Kontroversiją kyla dėl tokio nemoralaus elgesio, kurį asmuo gali pakankamai gerai kontroliuoti – t. y. tokio elgesio imtis arba nesiimti laisvu sprendimu.
- 4 Moralę suprantame pagal B. Gertą ir J. Gertą (2020) kaip liečiančią pačius svarbiausius priimtino elgesio principus, įsigalėjusius tam tikroje visuomenėje tam tikru sociokultūriniu momentu. Siekiant geriau atskleisti skirtumus tarp nagrinėsimų požiūrių, kartais „moralė“ taip pat suprantama ir kaip savotiška psichikos dalis, atsakinga už *gebėjimą* laikytis šių principų.
- 5 Sąvokos „moralinės nuostatos“ ir „moralinės vertybės“ toliau vartojamos sinonimiškai.
- 6 Plačiau apie visų tipų BAS žr. APA-DSM 2013: 659–672.
- 7 Svarbu pabrėžti, kad „medicininė problema“ yra platesnė sąvoka nei „liga“, kadangi apima ne tik ligas, bet ir įvairius kitus medicininio dėmesio reikalaujančius reiškinius (pvz., nėštumą, gimdymą, eutanaziją ar savižalą). Šiame straipsnyje nesiikiama atsakyti į klausimą, ar BAS turėtų ir toliau būti suprantami kaip psichikos sutrikimai, ar visgi kaip kitokio pobūdžio medicininė problema – šiuo aspektu liekame agnostiški. Sakydami, kad BAS turėtų būti laikomi „medicinine problema“, turime omenyje tik tiek, kad sprendžiant BAS keliamas problemas turėtų dalyvauti sveikatos priežiūros specialistai.
- 8 Tiksliau sakant, laikomasi prielaidos, kad *esminiai* patologiniai procesai, sąlygojantys ligų atsiradimą, yra tokie patys visose visuomenėse. Priklausomai nuo sociokultūrinių veiksnių skirtis esą gali tik ligos išraiška.
- 9 Vertybes šiame kontekste suprasime kaip elgesį kreipiančias (angl. *action-guiding*) nuostatas, tam tikrus veiksmus laikančias siektiniais arba vengtiniais (Sadler 2005: 8–9). Kaip pavyzdį galima pateikti teiginį „skausmas yra blogai“. Šiuo atveju skausmas yra laikomas nepageidautinu, vengtinu dalyku, o pats teiginys yra kaip tam tikras elgesio orientyras (implikuoja normatyvinį teiginį „skausmo reikėtų vengti“).
- 10 Tai ypač gerai atsispindi anglų kalboje – *illness, disease, disorder*. Nors ir įmanoma pasiūlyti objektyvų ligos nustatymo būdą, pačios ligo#s nustatymo gairės visuomet bus visuomenės ir / ar akademikų susitarimo reikalas.
- 11 Toks stresas, kuris kenkia asmeniui ir jo kasdieniui veiklai.
- 12 Perfrazuojant Sadlerį (2019: 41), galvodami apie BAS ir kitus moraliai problemiškus psichikos sutrikimus, paprastai remiamės tam tikromis intuityviai teisingomis, nebūtinai nuosekliomis ar aiškiai artikuliuotomis mąstymo schemomis, pasitelkiamomis galvojant apie psichiatrijos ir moralės ribas. Būtent šias mąstymo schemas Sadleris ir suklasifikuoja į keturis *konceptinius modelius* .*ibid.*: 40–46), iš kurių du pagrindiniai (moralistinis ir medikalizavimo) pasitelkti šiame tyrime.
- 13 Kitaip sakant – gebėjimo suprasti savo ir kitų emocijas ar ketinimus.
- 14 Iš pirmo žvilgsnio gali atrodyti, kad toks moralės redukavimas iki vienos iš psichikos dalių būtinai atspindi ir tam tikrą etinį natūralizmą, universalias moralines normas kildinantį iš sveikos žmogaus prigimties. Tačiau „sveiką moralę“ galima suprasti ir kaip psichologinių kompetencijų visumą, leidžiančią laikytis priimtino elgesio principų. Kitaip sakant – nors vyraujančios moralinės normos ir gali keistis, sveikam žmogui būdingos moralinės kompetencijos (kaip, pvz., gebėjimas atgailauti, mentalizuoti, atjausti ar valdyti emocijas) vis tiek visuomet liks tos pačios.
- 15 Plačiau žr. Jahoda 1958: 22–64.
- 16 Plačiau žr. Waring 2016: 31–52.
- 17 Laisvą valią suprantame kaip atsakomybės prielaidą. Tiksliau sakant – kaip tokį gebėjimą *kontroliuoti* savo elgesį, kuris leistų asmenį laikyti atsakingu už savo poelgius (Kozuch, McKenna 2016: 91–92). Toks gebėjimas gali pasireikšti įvairiais laipsniais ir veikiausiai niekuomet negali būti absoliutus (plačiau apie vadinamąjį ribotos laisvos valios požiūrį (angl. *the limited-free-*

- will view*) žr. Nahmias 2014). 18 Šiuo atveju atsiveria kita problematika – koks elgesys laikytinas nesuderinamu su visuomenės gerove? Kokiu būdu psichiatrija galėtų išvengti grėsmės tapti „moralės policininke“, diagnozes pasitelkiančia neetiškiems tikslams? Sadleris (2005: 211–216) siūlo du saugiklius tam išvengti – visuomeninę etiką (angl. *public ethics*) ir „moralinio blogio“ testą (angl. *Moral Wrongfulness Test*).
- 18 Šiuo atveju atsiveria kita problematika – koks elgesys laikytinas nesuderinamu su visuomenės gerove? Kokiu būdu psichiatrija galėtų išvengti grėsmės tapti „moralės policininke“, diagnozes pasitelkiančia neetiškiems tikslams? Sadleris (2005: 211–216) siūlo du saugiklius tam išvengti – visuomeninę etiką (angl. *public ethics*) ir „moralinio blogio“ testą (angl. *Moral Wrongfulness Test*).
- 19 Kaip ir užsiminta, normaliu laikomas elgesys yra lygiai taip pat sąlygojamas biologinių procesų. Be to, šiuo metu nėra pagrindo manyti, kad asmenys, turintys bAS, negali kontroliuoti savo liguistu laikomo elgesio bent iki tam tikro laipsnio.
- 20 Plačiau apie atsakomybės be kaltinimo taikymą praktikoje žr. responsibilitywithoutblame.org/learning.
- 21 Plačiau žr. Pearce, Pickard 2013.