

Malatesti, Luca i Jurjako, Marko. Vrijednosti u psihijatriji i pojam mentalne bolesti. U Prijić-Samaržija, Snježana; Malatesti, Luca; Baccarini, Elvio (ur.) *Moralni, politički i epistemološki odgovori na društvene devijacije*. Rijeka: Filozofski fakultet u Rijeci, 2016. Str. 153-181.

8 Vrijednosti u psihijatriji i pojam mentalne bolesti

Luca Malatesti i Marko Jurjako

1. Uvod

U posljednjih 25 godina, unutar tradicije tzv. analitičke filozofije, razvilo se područje filozofskog istraživanja na razmeđu filozofije i psihijatrije.¹ Jedan od glavnih problema kojim se bave filozofi u ovome području odnosi se na pojam mentalne ili duševne bolesti. Osnovni problem odnosi se na utvrđivanje pod kojim bi se uvjetima određena ponašanja, pretpostavljena mentalna stanja i osobine ličnosti trebale smatrati simptomima mentalnih bolesti. Uzmimo na primjer afektivni poremećaj poput depresije. Standardno se uzima da ovaj poremećaj uključuje, između ostalog, neuobičajeno dugačak period tugovanja te pretjeran i neprikladan osjećaj krivnje (DSM-V) (APA 2013). Međutim, ovdje se prirodno javlja pitanje kako bismo trebali objasniti i shvatiti pojam prikladnosti ili uobičajenosti koji se koristi pri definiranju depresije?

Sudionici suvremene rasprave koja se odnosi na pojam mentalne bolesti mogu se smjestiti unutar spektra pozicija. S jedne strane spektra imamo filozofe koje možemo nazvati naturalistima, koji smatraju da mogu ponuditi teorije i objašnjenja mentalnih bolesti pozivajući se samo na pojmove koji se koriste u prirodnim znanostima, poput biologije i neuroznanosti. S druge strane spektra imamo filozofe koje možemo nazvati normativistima, koji smatraju da prikladna karakterizacija pojma mentalne bolesti te stoga i njezinih simptoma ne može izbjeći pozivanje na epistemičke, moralne i druge društvene vrijednosti.

Iako je ovaj članak primarno uvodnoga karaktera, u njemu ćemo istaknuti važnost normativističkih gledišta prema kojima određene vrijednosti igraju

¹ Značajne oznake toga trenda uključuju osnivanje časopisa *Philosophy, Psychiatry and Psychology* koji publicira filozofske članke pisane iz različitih teorijskih perspektiva. Isto tako, 2003. godine Oxford University Press započeo je izdavačku seriju knjiga pod naslovom *International Perspectives in Philosophy and Psychiatry*. Među najvažnijim izdanjima u toj seriji vrijedno je izdvojiti udžbenik iz filozofije psihijatrije koji su napisali Fulford, Thornton i Graham (2006).

značajnu ulogu pri oblikovanju standarda koji određuju kada su ponašanja, mentalna stanja ili karakterne osobine psihijatrijski poremećaji. Pri kraju članka ukazat ćemo na dosege suvremene rasprave te u kojemu se smjeru kreću daljnja istraživanja uloge vrijednosti u psihijatriji kao praksi i znanstvenoj disciplini. S obzirom na to prikazat ćemo dva glavna problema s kojima se normativizam suočava. Prvi problem odnosi se na individuiranje specifičnih vrijednosti koje igraju ulogu u određivanju kada je neko stanje psihijatrijski poremećaj. Drugi problem odnosi se na opravdanje tih vrijednosti.

U sljedećem odjeljku detaljnije ćemo definirati teorijska gledišta koja karakteriziraju specifične pozicije koje su uključene u raspravu. Nakon toga, u odjeljcima 3, 4 i 5 raspravu ćemo započeti iznošenjem utjecajnih naturalističkih gledišta koja su zastupali psihijatri Thomas Szasz i Robert Kendell. U 6. i 7. odjeljku okrenut ćemo se prema raspravi pozicija dvoje istaknutih zastupnika hibridnih teorija mentalnih bolesti. Naposljetku, u 8. i 9. odjeljku usredotočit ćemo se na pozicije koje naginju tvrdom ili čistom normativističkom gledištu. Razmatranjem dvaju vodećih normativnih pristupa u filozofiji psihijatrije koje zastupaju Bill Fulford i Christopher Megone, također ćemo prikazati dva glavna problema s kojima se ovi pristupi suočavaju.

1. Osnovni problem u filozofiji psihijatrije: pojam mentalne bolesti

Filozofska gledišta koja se odnose na pojam mentalnoga poremećaja uključuju dvije komponente. U prvome koraku one bi trebale ponuditi rješenje problema definicije pojma mentalne bolesti. Sljedeći korak uključuje primjenu ovoga rješenja kako bismo vidjeli jesu li određena stanja mentalne bolesti. Definicija mentalnih bolesti uključuje objašnjenje koje ima sljedeći oblik:

(D) Ponašanje, mentalno stanje ili karakteristika osobnosti *S* je simptom mentalne bolesti kada uključuje odstupanje od *N*.

Objašnjenja će se razlikovati prema načinu na koji definiramo pojam *N*, tj. prema analizama pojmova poput normalnosti, norme, standarda, ideala, zakona, itd.

Važan skup gledišta ili teorija artikulira (D) u naturalističkim terminima. U filozofiji, naturalizam u pogledu *x*-a je gledište da *x* može biti, barem u principu, u potpunosti opisan i objašnjen u terminima prirodnih znanosti poput fizike, kemije ili biologije. Naturalist će smatrati da, u odnosu na svoje objašnjenje (D)-a, svi pojmovi koji su potrebni kako bi specificirali *N* također mogu biti, barem u principu, opisani i objašnjeni pomoću pojmova koji se koriste u prirodnim znanostima.

Jedan od najjačih razloga da se bude naturalist u pogledu neke domene jest taj da je povijest znanosti pokazala da upravo pretpostavka naturalizma dovodi do efikasnih objašnjenja, uspješnih predviđanja te u slučaju medicine, do razvoja novih lijekova i mogućnosti liječenja. Primjerice, veliki na-

predak u medicini dogodio se kada su Louis Pasteur i Robert Koch sredinom 19. stoljeća počeli dokazivati da mikroorganizmi uzrokuju različite bolesti te da usredotočivanje na biološke i kemijske opise uzročnika bolesti dovodi do novih uvida u mogućnosti liječenja.

Neki naturalistički usmjereni autori smatraju da postoji važna veza između uspjeha prirodnih znanosti i njihove objektivnosti. Smatra se da je određen predmet ili činjenica objektivna kada njezino postojanje ne ovisi o aktivnostima uma i/ili praksama određenoga društva. Neki naturalisti smatraju da je upravo znanost uspješna jer opisuje objektivne činjenice i zakone prirode.

Konačno, neki autori smatraju da nema mjesta za društvene, epistemičke i moralne vrijednosti u naturalističkoj slici svijeta. Često to smatraju jer vrijednosti: (i) nisu objektivne ili (ii) za njih nema prostora u opisima i objašnjenjima prirodnih znanosti. Kao što ćemo kasnije vidjeti, čak i ako vrijednosti ne pripadaju objektivnim činjenicama koje su neovisne o umu, svejedno možemo pronaći slaganje oko određenih vrijednosti koje nam omogućavaju da intersubjektivno utemeljimo pojam mentalne bolesti (vidi npr. dolje odjeljak 8).

S obzirom na artikulaciju sheme objašnjenja (D) možemo razlikovati tri glavne pozicije:

Tvrđi naturalizam je pozicija prema kojoj termini u N smiju referirati samo na prirodne predmete i činjenice

Tvrđi normativizam je pozicija prema kojoj termini u N smiju referirati samo na vrijednosti

Hibridne pozicije (slabi naturalizam ili slabi normativizam) uključuju tvrdnju prema kojoj N smije sadržavati termine koji referiraju na prirodne činjenice i vrijednosti

No kako smo već najavili, u sljedećem ćemo odjeljku pregled rasprave započeti s utjecajnim antipsihijatrijskim gledištem Thomasa Szasza, kontroverznim autorom s kojim započinje rasprava u suvremenoj analitičkoj filozofiji psihijatrije.

2. Szaszova disjunkcija i doseg njegove antipsihijatrije

Tijekom šezdesetih godina dvadesetoga stoljeća mnogi su autori počeli argumentirati kako pojam mentalne bolesti ili poremećaja koji se koristi u psihijatriji nije medicinski ili znanstveno valjan. Jedan od najznačajnijih autora u tom pogledu je Thomas Szasz (1920.–2012.), psihijatar i profesor na Syracuse Sveučilištu, koji je iznio niz važnih i utjecajnih argumenata u prilog tvrdnje da su mentalne bolesti samo mit.

Jedan od Szaszovih argumenata temelji se na jednostavnoj disjunkciji: ili mentalne bolesti nisu ništa drugo nego bolesti mozga, ili su one samo problemi življenja koji nastaju u svakodnevnome nošenju sa životnim poteško-

ćama te stoga ne zahtijevaju medicinski tretman. S obzirom na to da je Szasz smatrao da mnoge mentalne bolesti nisu bolesti mozga, on je zaključio da psihijatri u mnogim slučajevima ne liječe niti mogu medicinski liječiti bolesti. Nasuprot tome, smatrao je da se psihijatri naprosto bave životnim problemima ili, u još gore slučaj, da provode društvenu kontrolu nad osobama koje se na neki način ponašaju u suprotnosti s općeprihvaćenim društvenim standardima.

Dakle, prema Szaszu, u psihijatriji postoje ponašanja, mentalna stanja i procesi koji se mogu okarakterizirati kao devijantni samo iz perspektive pravnih i moralnih praksi ili općeprihvaćenih epistemičkih principa koji se tiču onoga što je prikladno vjerovati i činiti. S obzirom na postojanje tih vrijednosnih standarda, pomoću kojih određujemo koja su ponašanja, mentalna stanja i procesi devijantni, oni se ne smiju smatrati izrazima mentalnih bolesti. Stoga on zaključuje da je mentalna bolest kao takva samo mit.

Shematski, Szaszov argument, kojeg iznosi u svome članku *The myth of mental illness* iz 1960, može se prikazati na sljedeći način:

- (1) Mentalne bolesti definirane su u terminima bihevioralnih i psiholoških devijacija ili odstupanja od etičkih, psiholoških ili pravnih (te možemo dodati i epistemičkih) normi. Stoga možemo reći da su mentalne bolesti karakterizirane u terminima odstupanja od određenih standarda koji imaju društvenu vrijednost.
- (2) Tjelesni su poremećaji odstupanja od „objektivnih“ normi (koje se odnose na anatomiju i fiziologiju ljudskog tijela, uključujući mozak), koje ne ovise o etičkim, pravnim ili psihološkim normama te su stoga neovisne od društvenih vrijednosti.
- (3) S obzirom na to da su fizički poremećaji odstupanja od objektivnih normi, oni jedini predstavljaju prave bolesti.

Stoga,

- (4) Ne mogu postojati mentalne bolesti kao takve (neke su samo životni problemi, dok su druge zapravo fizička oštećenja mozga).

Međutim, kao što je primijetila Rachel Cooper (2007, 17), Szaszova pozicija nije toliko radikalna kao što se može činiti na prvi pogled. Szasz u svojoj knjizi *The Myth of Mental Illness* (1974) tvrdi da moramo prepoznati ontološku tezu prema kojoj su samo mentalni poremećaji koji imaju biološku osnovu „pravi“ poremećaji. Iz toga slijedi da ako se psihijatri bave liječenjem bioloških poremećaja, onda se oni bave pravim poremećajima. Posebice, Szasz argumentira da pravi poremećaj postoji samo onda kada možemo pokazati da je on posljedica fizičke lezije.

Prema Szaszu, psihijatrija se mora suočiti s nepoželjnom disjunkcijom: ili su mentalne bolesti tjelesni poremećaji te spadaju u područje neurologije i

neuroznanosti, ili su oni problemi življenja te spadaju izvan medicinske prakse kao takve. Kao što smo vidjeli, Szasz ne negira da unutar dosega psihijatrije postoje određeni pravi poremećaji; naravno, u onoj mjeri u kojoj su oni uzrokovani neurološkim poremećajima. Međutim, on i drugi pobornici antipsihijatrije tvrde da je zapravo većina stanja koja se smatraju mentalnim bolestima samo problem življenja.

Dijalektika koju je zadao Szaszov i slični argumenti usmjerili su rasprave u filozofiji psihijatrije prema pitanju jesu li određeni skupovi psihijatrijskih ponašanja i mentalnih procesa uzrokovani neurološkim poremećajima, koji su individuirani u terminima odstupanja od (još uvijek nespecificiranih) „objektivnih normi“. Iz toga je nastalo nekoliko specifičnih diskusija koje se odnose na problem je li određeni skup obrazaca ponašanja *X*, pretpostavljenih mentalnih stanja i psiholoških procesa konstituiran simptomima bolesti. Primjerice, važan problem u ovome bi slučaju bio može li se *X* objasniti pozivanjem na neurološke poremećaje ili postoje neka druga dostupna objašnjenja.

U ovome kontekstu možemo spomenuti Ronalda D. Lainga koji je dao specifičan primjer argumenta u kojemu se zahtijeva prebacivanje onoga što se smatralo mentalnom bolešću u domenu problema življenja. Primjerice, on je argumentirao da shizofrenija nije mentalna bolest, zato što se ne temelji na neurološkim oštećenjima. Umjesto toga, on je tvrdio da je shizofrenija *racionalan i razumljiv odgovor* određenih mladih ljudi na pritiske koje dolaze od njihovih obitelji i društva (Laing 1960). Naravno, ovoj se Laingovoj tvrdnji može razložno prigovoriti, s obzirom na to da mi danas znamo da postoje ozbiljne indikacije da je shizofrenija zapravo uzrokovana određenim moždanim poremećajima (za raspravu npr. vidi Garson 2010).

Kako bismo izbjegli mogući nesporazum, važno je uočiti da glavni problem u ovim raspravama nije pitanje je li određeni obrazac *X* uzrokovan društvenim nasuprot neuralnim ili genetskim faktorima. Središnje pitanje jest: pod kojim uvjetima možemo reći da neki tjelesni, društveni, genetski ili hormonalni čimbenici određuju da je neko stanje *poremećaj* te da stoga zahtijeva medicinski tretman? U tom pogledu možemo istaknuti da bi se čak i naturalisti mogli složiti da društveni faktori uzrokuju mentalne bolesti, ako ti faktori dovode do, recimo, promjena u mozgu koje predstavljaju odstupanje od neke objektivne norme.

U svakome slučaju, postoji drugi način na koji se možemo suočiti sa Szaszovom disjunkcijom koji je vrijedno razmotriti kako bismo raspravili neke generalne filozofske probleme koji se tiču artikuliranja teorija mentalnih bolesti. Stoga ćemo u sljedećem odjeljku razmotriti tzv. medicinski model mentalnih bolesti.

3. Robert Kendell i medicinski model mentalnih bolesti

Szasz je argumentirao da su mentalne bolesti mitološki entiteti jer su one ili fizičke bolesti, te stoga nisu *mentalne*, ili su one životni problemi koji u-

ključuju odstupanja od društvenih i moralnih normi, te stoga uopće nisu bolesti. Kao što se moglo predvidjeti, reakcija na njegove argumente od strane predstavnika psihijatrije kao medicinske discipline nije izostala. Neki od tih odgovora bili su na istoj razini filozofske općenitosti kao što je bilo i Szaszovo argumentiranje.

Primjerice, psihijatar Robert E. Kendell (1975) argumentirao je protiv Szasza tvrdeći da mnoge mentalne bolesti dijele neke fundamentalne sličnosti s tjelesnim poremećajima te stoga nisu mit. Naročito, Kendell je tvrdio da ako se želimo uspješno oduprijeti Szaszovim te argumentima drugih oponenta psihijatrije onda je potrebno formulirati koncepciju bolesti koja je *objektivna*. On je smatrao da bi trebali ponuditi objašnjenje poremećaja ili bolesti koje je neovisno o preferencijama i gledištima pojedinaca ili društvenih normi. Nadalje, cilj Kendellova pristupa je pokazati da mnoge mentalne bolesti doista zadovoljavaju ovu objektivnu koncepciju. Stoga, Kendell (1975, 306) započinje svoj argument davanjem opće karakterizacije pojma bolesti ili patologije.²

Kendell (1975, 305) primjećuje da pojam bolesti koji se temelji na postojanju lezija ne može zahvatiti veliki broj stanja koja su standardno kategorizirana kao tjelesne patologije. Na primjer, hipertenzija (povišeni krvni tlak) ne uključuje nikakvu leziju u organizmu; međutim, svejedno može biti pogubna bolest. Jednostavan napredak u analizi pojma bolesti je omogućen uvođenjem ideje prema kojoj je temelj bolesti nekakvo odstupanje od statističke normalnosti. Međutim, Kendell ispravno uočava da je to ipak preširoka karakterizacija bolesti, s obzirom na to da bi prema statističkoj interpretaciji pojma bolesti slijedilo da su, primjerice, osobe s neuobičajenim kvocijentom inteligencije (ispod ili iznad prosjeka) bolesne (ibid., 309).

Slijedeći analizu bolesti koju je predložio J. G. Scadding (1967), Kendell je argumentirao da bolesti treba shvaćati kao stanja koja su biološki nepodobna, a ne kao puko odstupanje od statističke normale.³ Posebice, Kendell

² U literaturi iz filozofije psihijatrije s engleskoga govornog područja radi se razlika između pojma *illness* koji ovdje standardno prevodimo s riječju 'bolest' i pojma *disease* koji smo ovdje, u nedostatku bolje riječi, preveli sa tehničkim terminom 'patologija'. Iako se u govornom engleskom 'illness' i 'disease' mogu smatrati sinonimima, u filozofskoj se literaturi prati Christophera Boorsea (1975) koji uvodi tehničku razliku između ova dva termina. Riječ 'disease' je ono stanje koje uzrokuje neku vrstu biološke nepodobnosti te se time uzima da ono obilježava čisto znanstvenu i vrijednosno neutralnu dimenziju bolesti. S druge strane 'illness' se definira kao patologija (naš prijevod engleske riječi 'disease') koja je dovoljno ozbiljna da onemogućava svakodnevno normalno funkcioniranje osobe (Fulford, Thornton i Graham 2006, 74). Pozivanjem na sposobnost i nesposobnost svakodnevnoga funkcioniranja osobe priznaje se da pojam bolesti (eng. *illness*), osim objektivne ili znanstveno-činjenične podloge (koja se odnosi na biološku patologiju), ima značajnu vrijednosnu dimenziju (za više vidi dolje odjeljak 5).

³ Pod 'biološkom nepodobnošću' obično se misli na svojstva koja negativno utječu na evolucijsku podobnost (ili *fitnes*) organizma.

razvija Scaddingov prijedlog analizirajući pojam biološke nepodobnosti. Prema njemu, stanje je biološki nepodobno ako onemogućava ili oštećuje (a) reproduktivnu sposobnost te (b) skraćuje životni vijek subjekta (Kendell 1975, 309).

Prema Kendellu, ova analiza bolesti omogućuje davanje objektivnoga medicinskog objašnjenja bolesti utoliko što ne uključuje pozivanje na vrijednosti koje su specifične za određene pojedince ili kulture. Drugim riječima, prema njemu je objektivna činjenica da određena statistička abnormalnost uzrokuje skraćivanje života ili narušava reproduktivni potencijal pojedinca. Ona je objektivna u smislu da se može ustanoviti neovisno o vrijednostima doktora, pacijenta ili zajednice u kojoj žive.

Kendell je interpretirao pojam mentalne bolesti kao abnormalnosti koja skraćuje životni vijek i onemogućava reproduktivni uspjeh. Nakon što je dao taj kriterij za određivanje mentalnih bolesti, on razmatra mogu li ga koja psihijatrijska stanja zadovoljiti. Prema njemu, neka od psihijatrijskih stanja, protiv čijega su statusa kao mentalnih bolesti argumentirali Szasz i drugi istaknuti antipsihijatri, doista zadovoljavaju definiciju mentalnih bolesti. Primjerice, Kendell je smatrao da su shizofrenija i manična depresija objektivno biološki nepodobni, s obzirom na to da oba stanja imaju negativne posljedice na životni vijek i reproduktivni uspjeh pojedinaca koji pate od toga.

Kendell također priznaje da se neka značajna i istaknuta psihijatrijska stanja, poput poremećaja osobnosti, možda ne kvalificiraju kao bolesti, s obzirom na to da nije jasno jesu li i na koji način bi one mogle biti biološki nepodobne. Prema tome, vidimo da njegov pojam mentalne bolesti ne pokriva sva stanja koja su se u psihijatriji njegova doba smatrala bolestima ili poremećajima. Nadalje, Kendell preporučuje oprez pri širenju utjecaja psihijatrije na probleme življenja. Tu se on približava Szaszu i daje određeno priznanje gledištima mnogih antipsihijatara.

Vrijedno je naglasiti, međutim, da osim što brani tvrdnju da su barem neka psihijatrijska stanja bolesti, Kendell također koristi i drugu vrstu argumenta protiv antipsihijatara. On zapravo smatra da se standardna medicina može legitimno primijeniti na probleme življenja, a ne samo na liječenje bolesti. Primjerice, medicinska se znanja primjenjuju pri porođaju djece ili planiranju obitelji. Stoga, činjenica da određena psihijatrijska stanja, poput određenih afektivnih ili emocionalnih poremećaja nisu bolesti,

...ne znači nužno da se psihijatri nemaju pravo petljati u ta područja ili da bi trebalo razuvjeravati osobe koje su anksiozne ili depresivne da ne posjećuju svoje doktore. (Kendell 1975, 315)

Dakle, iako bi Szasz prihvatio kao bolesti samo ona psihijatrijska stanja koja su prepoznata kao tjelesne patologije, Kendell pruža inkluzivnije objašnjenje mentalnih bolesti. Štoviše, ova posljednja teorija pruža kriterij za određivanje prisutnosti mentalnih bolesti koji je neovisan o pružanju organske etiologije za taj poremećaj.

4. Szasz i Kendell: sličnosti i razlike u njihovim pristupima

U istraživanju pojma mentalne bolesti korisno je usporediti pozicije Szasza i Kendella. Ova usporedba naročito će nam pomoći u boljem razumijevanju općega medicinskoga modela mentalnih bolesti koji, na različite načine, obojica zastupaju.

Prva stvar koja se jasno može uočiti jest da Kendell pri elaboriranju općega pojma mentalne bolesti uvodi pojam *tjelesnoga poremećaja* koji je različit od Szaszovog. Szasz se primarno fokusira na *uzroke* ponašanja te smatra da se tjelesne bolesti moraju utvrditi pomoću uzroka koji signaliziraju odstupanja od anatomskih i fizioloških normi. Dakle, u središtu se Szaszovog objašnjenja mentalne bolesti nalazi ideja *poremećaja* ili *patološko-neuroloških uzroka* simptoma. Nasuprot tome, Kendell se pri definiranju općega pojma mentalne bolesti fokusira na patološke *posljedice* određenih tjelesnih stanja koje signaliziraju odstupanja od *statističke* norme. Ove se posljedice, te posljedično njihovi organski uzroci, karakteriziraju kao patologije onda kada one predstavljaju odstupanja od normi koje se odnose na reprodukciju i očekivani životni vijek. Možemo reći da s jedne strane Szasz nastoji utemeljiti poremećaj ili status bolesti u *uzrocima* simptoma određenog stanja, dok s druge strane Kendell smatra da su određene *posljedice* tih simptoma najvažnije u određivanju je li to stanje bolest ili patologija.

Isto tako je važno primijetiti da Szasz i Kendell imaju različite koncepcije o odnosu tjelesnih i mentalnih bolesti. Szasz smatra da su mentalna stanja bolesti ako možemo dokazati da su ona *uzrokovana* tjelesnim bolestima. S druge strane, Kendell stavlja veći naglasak na činjenicu da je mentalna bolest *slična* tjelesnoj bolesti u onoj mjeri u kojoj mentalna bolest uzrokuje ono što on smatra da su negativne posljedice za biološku podobnost (fitnes) osobe.

Očekivane slabe točke Kendellove pozicije proizlaze iz njegove analize tjelesnih poremećaja te teze da mnoge mentalne bolesti zadovoljavaju njegovu definiciju bolesti. Posebice, možemo se pitati je li istina da svi tjelesni poremećaji koji su podložni medicinskom tretmanu zaista smanjuju očekivani životni vijek ili reproduktivni potencijal osobe. Zatim, razmatrajući različite mentalne bolesti možemo propitivati pretpostavku Kendellove teorije prema kojoj slijedi da u svim kulturama simptomi nekoga psihijatrijskoga stanja dovode do negativnih bioloških posljedica. Doista, u literaturi možemo pronaći kritike koje su usmjerene protiv spomenuta dva aspekta Kendellovog objašnjenja mentalnih bolesti. Međutim, mi ćemo se usmjeriti na drugu vrstu kritike ove teorije koja postaje vidljiva kada se usredotočimo na sličnosti između Kendellovog i Szaszovog gledišta.

Fulford, Thornton i Graham (2006, 19–20) uvjerljivo argumentiraju da postoji zanimljiva i relevantna sličnost između Szasza i Kendella. Ova sličnost može poslužiti kao temelj za kritiku argumenata i pozicija koje razvijaju oba autora.

Szasz i Kendell smatraju da mentalna bolest predstavlja problematičan pojam.

1.1. Pojam mentalne bolesti nejasniji je od pojma tjelesne bolesti,

1.2. Ako se mentalne bolesti razlikuju od tjelesnih poremećaja zato što su vrijednosno obojene, onda im ne bismo trebali priznati status bolesti.

Tjelesna bolest nije problematičan pojam.

2.1. Pojam tjelesne bolesti je jasan.

2.2. Tjelesna bolest je definirana pozivanjem na činjenične znanstvene norme.

Szasz i Kendell uspoređuju mentalne bolesti s tjelesnim bolestima te na temelju ovih zajedničkih pretpostavki određuju je li mentalna bolest prihvatljiv pojam koji se može koristiti u znanstvenom istraživanju, teoretiziranju te medicinskoj praksi. Fulford, Thornton i Graham (2006) smatraju da je ovaj način argumentiranja podložan kritici. Međutim, prije nego se usredotočimo na kritiku, prvo ćemo razmotriti pozitivnu stranu pristupa koje prihvaćaju Szasz i Kendell.

Unatoč njihovome neslaganju o znanstvenome statusu psihijatrije i pojmu mentalne bolesti, Szasz i Kendell dijele sljedeću pretpostavku: kako bi ustanovili da je neko stanje mentalna bolest moramo razmotriti tjelesne bolesti te medicinsku praksu koja se njima bavi. Nadalje, obojica smatraju da je znanstvena medicina fokusirana na postojeća stanja tijela koja su objektivne bolesti ukoliko predstavljaju odstupanja od „objektivnih“ standarda. Vidjeli smo da oni imaju različite koncepcije tih standarda. Szasz uzima u obzir normalnu anatomiju i fiziologiju tijela, dok Kendell smatra najvažnijima sposobnosti da se zadovolji funkcija preživljavanja i reprodukcije. Međutim, glavna je misao da se mentalne bolesti moraju usporediti s bolestima tijela koje proučava medicina te da se one smiju priznati kao bolesti, sa svim onim implikacijama koje se tiču istraživanja i liječenja, samo ako su dovoljno slične ili uzrokovane tjelesnim bolestima. Nadalje, obojica smatraju da ako se mentalne bolesti karakteriziraju kao odstupanja od društvenih vrijednosti, tada one ne mogu imati status bolesti, tj. ne mogu se klasificirati, objasniti te liječiti koristeći znanstvene metode.

Da bismo uvidjeli pozitivne strane pretpostavke koju dijele Szasz i Kendell potrebno je razmotriti koje implikacije imaju njihove teorije bolesti na status „drapetomanije“ kao mentalne bolesti. Drapetomania⁴ se smatrala mentalnom bolešću koju je 1850. „otkrio“ liječnik Samuel Adolphus Cartwright. On ju je opisao na sljedeći način:

⁴ Riječ 'drapetomania' složenica je od grčke riječi 'drapetes' (odbjegli rob) i 'mania' (ludost).

Drapetomania ili bolest koja motivira crnce da bježe je nepoznata našim medicinskim vlastima, iako je njezin dijagnostički simptom, bježanje iz službe, dobro poznat našim plantažerima i nadglednicima. Kako bismo zabilježili bolest koja dosad nije bila klasificirana u dugim listama bolesti kojima su ljudi podložni, bilo je potrebno uvesti novi termin. Uzrok koji navodi crnca da pobjegne iz službe u većini je slučajeva bolest uma isto onoliko koliko je to bilo koja druga vrsta mentalnog otuđenja te je u pravilu izlječiva u značajnome broju slučajeva. Uz prednosti ispravnoga medicinskog savjeta, kada se on striktno prati, ova nezgodna praksa bježanja crnaca može se skoro u potpunosti prevenirati, čak i kad bi crnce smjestili na granicama slobodne države, koja je abolicionistima nadohvat ruke. (Cartwright 1851)

U ovome se slučaju čini prikladnim zaključiti da drapetomania nije mentalna bolest već je samo problem življenja, upravo zato što je predstavljala odstupanje od određenih društvenih normi (bježanje od određene organizacije društva). Odstupanja se u ovome slučaju određuju u odnosu na ponašanja koja su dio vrijednosnoga sustava koji je baziran na vrlo kontingentnoj i ograničenoj perspektivi, onoj koja se odnosi na robovlasnike.

Međutim, Szasz i Kendell prihvaćaju mnogo jaču konkluziju prema kojoj nijedan skup ponašanja i mentalnih stanja koji predstavljaju odstupanja od epistemičkih, moralnih, pravnih i psiholoških vrijednosnih standarda ne može biti simptom mentalnih bolesti, osim ako svoj status poremećaja ne derivira iz činjenica koje predstavljaju objektivne poremećaje. Prema njihovome gledištu, ili su ti skupovi ponašanja, mentalnih stanja, itd. posljedica patoloških neuralnih uzroka, ili oni uzrokuju posljedice koje predstavljaju odstupanja od „objektivnih normi“ koje se odnose na preživljavanje i reprodukciju. Dakle, sama odstupanja od vrijednosti ne mogu biti predmeti psihijatrijskoga teoretiziranja i intervencije shvaćene kao grane znanstvene medicine.

Međutim, problem sa Szaszovim gledištem na bolesti je što se čini da odstupanje od anatomskih i fizioloških standarda nije *dovoljno* za objasniti poremećaje. Primjerice, prema ovome bi se gledištu osobe koje imaju *situs inversus* trebale okarakterizirati kao bolesne, iako nemaju nikakvih problema u životu zbog toga što razmještaj njihovih unutrašnjih organa odstupa od standardne ljudske anatomije.⁵ U tom se pogledu čini da Kendellova teorija prolazi bolje, jer ona stavlja naglasak na *funkcionalnost* organizma. Prema ovome gledištu, osobe sa *situs inversus* nisu bolesne jer to stanje najčešće ne umanjuje njihovu biološku podobnost.

Međutim, Kendellovoj se teoriji također može prigovoriti da ne daje kriterije koji su *dovoljni* za odrediti kada je neko stanje bolest. Primjerice, prema

⁵ *Situs inversus* stanje je u kojem osoba ima obrnuto razmještene vitalne unutrašnje organe (primjerice, srce se nalazi na desnoj umjesto na lijevoj strani tijela).

kriterijima biološke podobnosti moglo bi se argumentirati da homoseksualizam predstavlja neku vrstu disfunkcije zato što to stanje umanjuje reproduktivnu uspješnost osobe. Međutim, čak i kad bi homoseksualizam bio disfunkcionalan u prethodnome smislu, mi ga ne bismo smatrali bolešću. Čini se da je to zato što homoseksualnost nije *štetna* za osobu koja ima tu seksualnu orijentaciju te društvo u kojem se nalazi.⁶ No činjenica da naše karakteriziranje stanja kao bolesti uključuje vrijednosne sudove, poput onih da je stanje moralno štetno ili nije, pokazuje da se naš pojam bolesti ne može u potpunosti svesti na vrijednosno neutralne, naturalističke pojmove.

Dakle, čini se da smo došli do sljedeće karakterizacije problema kojega moramo riješiti ako želimo objasniti prirodu mentalnih bolesti. S jedne strane, čini se da različite vrijednosti mogu igrati nekakvu ulogu u određivanju ponašanja i pretpostavljenih mentalnih stanja kao simptoma mentalnih bolesti. S druge strane, postoji pretpostavka da odstupanja od bioloških normi mogu utemeljiti mentalne bolesti i razlikovati ih od pukih društvenih konstrukata.

5. Biološka objašnjenja pojma mentalne bolesti: Boorseov hibridni pristup

Kao što smo najavili na početku rada, Szasza i Kendella naprikladnije je smjestiti među tvrde naturaliste. Razlozi za to čine se jasnima; Szasz, s jedne strane, artikulira pojam mentalne bolesti u terminima koji uključuju standarde iz anatomije i fiziologije mozga, dok Kendell, s druge strane, definira pojam mentalne bolesti koristeći pojam objektivne biološke koristi, poput dužega životnog vijeka i većega reproduktivnog uspjeha. U ovom ćemo odjeljku razmotriti utjecajnu hibridnu poziciju koju zastupa Christopher Boorse. Podsjetimo se, hibridne pozicije dopuštaju da se pri objašnjenju mentalnih bolesti možemo koristiti terminima koji uključuju referencu na prirodne činjenice i vrijednosti.

Boorse u svojem utjecajnom članku „On the distinction between disease and illness“ iz 1975. razvija objašnjenje mentalne bolesti na temelju razlikovanja između *patologije* (eng. disease) i *bolesti* (eng. illness). *Patologija* se koristi kao pojam koji može obuhvatiti niz različitih fizičkih poremećaja

⁶ U ovome se prigovoru podrazumijeva da bi naturalist prihvatio da homoseksualnost nije samo stvar preferencija i osobnog izbora, već da se u podlozi nalaze biološki faktori koji su izvan voljne kontrole pojedinca. U suprotnome bismo slučaju naturalistu pripisali neuvjerljivo stajalište prema kojemu bi, primjerice, osoba koja se odluči ne imati djecu bila disfunkcionalna samo zbog svoje odluke. Međutim, naturalizam u pogledu mentalnih bolesti ne isključuje *a priori* mogućnost da odluka može biti racionalna, iako je u suprotnosti s direktnim fitnessom osobe. Primjerice, odluka da se žrtvuje vlastiti život kako bi ljudi do kojih nam je stalo preživjeli ili imali bolji život, može biti racionalna, iako je pogubna za tu osobu. Zahvaljujemo Viktoru Ivankoviću što nam je ukazao na potrebu da ekspliciramo ovu pretpostavku.

(poremećaji u standardnome smislu, invalidnost, ozljede, rane, itd.). Boorse smatra da pojam patologije pripada u teorijski vokabular medicine te da se stoga može definirati koristeći pojmove koji su vrijednosno neutralni. Prema njemu, patologije su disfunkcije koje konstituiraju odstupanja od bioloških funkcija organizma (o ulozi pojma bioloških funkcija u naturalizaciji pojma bolesti, vidi Brzović 2016). On prihvaća teoriju funkcija koja je u određenome smislu slična teoriji funkcija koju je razvio Robert Cummins (1975).

Cumminsova se teorija funkcija naziva teorija kauzalne uloge (eng. *causal role theory*). Prema ovoj teoriji, pretpostavka je da je organizam sastavljen od niza podsustava, svaki od kojih ima određenu funkciju koja mu je dodijeljena u skladu s ulogom koju igra te pomoću koje doprinosi obavljanju onoga što sustav kao cjelina radi. Na primjer, funkcija srca je pumpanje krvi po tijelu. To je ono što srce radi kao dio širega kardiovaskularnog sustava kojemu je u konačnici uloga da tijelo održi na životu. Stoga, unutar kardiovaskularnog sustava, pa i srca kao njegovog ključnog dijela, možemo individuirati podsustave koji kauzalno omogućuju širem sustavu, te specifično srcu, da obavlja svoju funkciju.⁷

Boorse (1976, 1977) razvija svoju tzv. *bio-statističku* analizu pojma funkcije i patologije prema kojoj se normalna funkcija sustava ili nekoga njegovog dijela sastoji u njihovome doprinosu koje je tipično za preživljavanje i reprodukciju određene vrste organizama, tj. koje je tipično za ostvarenje podobnosti organizma unutar određene referentne klase (cf. Boorse 1977, 57). U nastavku ćemo pobliže objasniti ove pojmove.

Referentna klasa je prirodna klasa organizama koji imaju uniformni funkcionalni dizajn; standardno se uzima da je referentna klasa u određenoj vrsti određena spolom organizama u određenoj starosnoj grupi.

Normalna funkcija komponente ili procesa unutar članova referentne klase je statistički tipični doprinos te komponente ili procesa za preživljavanje i reprodukciju pojedinog organizma unutar referentne klase. (Boorse 1977, 555)

Boorse karakterizira pojam funkcije i disfunkcije na sljedeći način:

'X izvodi funkciju Z u svrhu G koja pripada sustavu S u vremenu t' znači 'U t, X izvodi radnju Z i X-ovo Z-ovanje uzročno doprinosi cilju G koji pripada ciljno-usmjerenom sustavu S.' (Bo-

⁷ Alternativni model prirodnih funkcija razvio je Larry Wright (1973). U njegovom je slučaju funkcija sustava i njegovih podsustava individuirana uzimanjem u obzir evolucijske povijesti toga sustava. Drugim riječima, funkcija fenotipskog svojstva ono je za što ga je prirodna selekcija „dizajnirala“ da obavlja. Jerome Wakefield (npr. vidi njegov 1992) razvio je objašnjenje mentalne bolesti koje koristi ovu etiološku teoriju funkcije (za više također vidi sljedeći odjeljak).

orse 1976, 80)

Na primjer, vizualni sustav X nekog organizma O ima u vremenu t funkciju praćenja informacije o okolišu zato što ta aktivnost praćenja uzročno doprinosi činjenici da organizam S može ostvariti svoj cilj izbjegavanja opasnih situacija.

Prema Boorseu, cilj G ciljno-usmjerenog sustava S je specificiran u relaciji s referentnom klasom kojoj pripada S . Na primjer, moglo bi se reći da svi odrasli pojedinci tipa S , imaju cilj izbjegavanja opasnih situacija.

Uz pomoć ovoga pojma funkcije Boorse definira pojam patologije (eng. disease):

Patologija je tip internalnog stanja koji je ili oštećenje u normalnom funkcioniranju određene sposobnosti, tj. redukcija u efikasnosti funkcioniranja jedne ili više sposobnosti da doprinosi preživljavanju i reprodukciji jedinke u skladu s njezinom referentnom klasom; ili se sastoji u ograničenju normalnog funkcioniranja sposobnosti koje je uzrokovano okolišnim ili vanjskim faktorima. (cf. Boorse 1977, 555)

Primjerice, možemo reći da osoba X pati od srčane bolesti ili patologije u ovome tehničkom smislu, ako to srce ne funkcionira onako kako normalno funkcionira kod starosne grupe i spola kojoj pripada X . U ovome slučaju, normalno funkcioniranje uključuje tipični doprinos koje rad srca ima za preživljavanje ili reprodukciju⁸ pojedinaca u toj spolnoj i starosnoj grupi.

S druge strane, Boorse predlaže da koristimo „bolest“ (engl. illness) kao termin koji pripada praktičnoj strani medicine, koji indicira postojanje ozbiljne patologije koja ima negativne posljedice na sposobnosti pojedinca te ih stoga čini nepoželjnima. Zato što bolest uključuje pozivanje na *nepoželjnost* možemo reći da je sam pojam bolesti *vrijednosno obojen* (cf. Boorse 1975, 61). Nadalje, prema Boorseu patologija je bolest samo ako je dovoljno ozbiljna da predstavlja ili uključuje:

1. Nepoželjno stanje za onoga tko je ima.
2. Pravo na poseban tretman (liječenje, itd.)
3. Valjan izgovor za ono što bi normalno bilo ponašanje koje je podložno kritici. (Boorse 1975, 61)

Važno je uvidjeti da prema Boorseu pojam mentalne bolesti sadrži dvije razine. Prema prvoj razini, ako je stanje mentalna bolest onda ujedno mora

⁸ Ovdje je važno naglasiti da je plauzibilno 'doprinos' interpretirati kao da se odnosi na disjunkciju, tj. funkcija doprinosi preživljavanju *ili* reprodukciji, zato što bi bilo pogrešno zaključiti da su određene osobe bolesne samo zato što se nalaze, primjerice, u starosnoj grupi za čije je članove tipično da više nemaju sposobnost za reprodukciju (vidi Garson i Piccini 2014).

biti patologija. To znači da mentalna bolest mora biti utemeljena u nekoj vrijednosno neutralnoj disfunkciji. Međutim, stanje koje je samo patologija se ne mora uvijek kvalificirati kao mentalna bolest. Ono što je dodatno potrebno jest imati neko opravdanje kako bi tu patologiju mogli shvatiti kao nepoželjnu za njezinoga nositelja, koja daje pravo na poseban tretman i valjani izgovor za ponašanje koje bi inače bilo podložno kritici. Iz ovoga možemo zaključiti da su mentalne bolesti podskup patologija.

Boorse smatra da u slučaju tjelesnih poremećaja, jednom kad ustanovimo da je to stanje patologija, obično slijedi da je ono isto tako bolest. Ovo gledište ne čini se spornim iz najmanje dva razloga: (1) većina ljudi želi postići ciljeve koji se ostvaruju putem fizioloških funkcija i/ili putem određenih aktivnosti koje te funkcije podržavaju (npr. preživljavanje: hranjenje; reprodukcija: spolni odnosi). Nadalje, (2) normalno izvođenje tih funkcija nužna je pretpostavka za puno vrsta aktivnosti kojima se ljudi općenito vole ili žele baviti te je stoga njihova vrijednost neovisna o pojedinačnim izborima (neutralnost od izbora). Ovo možemo ilustrirati primjerom. Različite osobe mogu imati različite želje ili planove u životu. Primjerice, jedna osoba može htjeti postati filozof, druga kuhar, a treća samo voli igrati stolni tenis nakon posla. Međutim, kada neka osoba dobije tumor na mozgu on će zasigurno utjecati na neke biološke funkcije koje će imati negativne posljedice na živote ljudi s potpuno različitim životnim željama i planovima. Stoga možemo zaključiti da bi imanje tumora bilo nepoželjno neovisno o *specifičnim* planovima ili željama pacijenata koji imaju taj tumor.

Prema Boorseu, u slučaju mentalnih bolesti prijelaz od patologije do bolesti nije tako jednostavan. Specifični izbori ili preferencije ljudi mogu imati ulogu u utvrđivanju je li neko patološko stanje istovremeno i bolest. Zapravo, moguće je da se neka mentalna patologija manifestira upravo u imanju određenih želja ili preferencija. Posebice, određene želje ili druga mentalna stanja mogle bi biti posljedice patologije koja nije nepoželjna na način koji bi njezine simptome učinio simptomima bolesti.

Kako bi ilustrirao odnos između patologije i bolesti u slučaju mentalne bolesti, Boorse (1975, 63) razmatra primjer homoseksualizma. On smatra da prema njegovoj teoriji patologije postoje razlozi zašto bismo mogli reći da želje za istospolnim partnerstvom mogu predstavljati disfunkcije u nekim biološkim mehanizmima. Međutim, Boorse argumentira da ti razlozi ne bi bili dovoljni da zaključimo kako je homoseksualizam bolest. Takav bi zaključak zahtijevao da postoje neki jaki moralni ili drugi razlozi u prilog tvrdnji da su homoseksualne želje, te posljedične radnje, nepoželjne za njihove nositelje ili da predstavljaju pravo na poseban tretman i pozivanje na smanjenu odgovornost. Ukoliko ne možemo pronaći takve razloge u domeni morala, a Boorse smatra da ne možemo, onda ne možemo (ili ne smijemo) tvrditi da je homoseksualizam bolest.

Osim što se možemo pitati je li, primjerice, homoseksualnost

patologija, trebali bismo se isto tako zapitati koju bi to razliku činilo ako stvarno jest. Ja sam sugerirao da je biološka normalnost instrumentalno prije nego intrinzično dobro. (Boorse 1975, 63)

Stoga možemo reći da Boorse uvodi zanimljivu i značajnu razliku između pojma patologije i bolesti koja može imati značajne praktične posljedice.

Boorseova teorija ima mnoge prednosti. Jedna od prednosti je što zahvaća pozitivne aspekte medicinskoga modela. Naši vrijednosni sudovi ne mogu sami odrediti da je neko stanje bolest. Zapravo, kako bismo mogli odrediti je li to stanje ujedno i bolest, prvo moramo ustanoviti da je neko stanje patologija, tj. objektivna disfunkcija. Prema tome, stanja poput drapetomanije i političkoga disidentizma ne mogu same po sebi biti bolesti jer je vrlo neuvjerljivo tvrditi da su one manifestacije neke patologije.

Istovremeno, Boorseova teorija ostavlja značajan prostor u kojemu vrijednosti i eksplicitna refleksija o vrijednostima igraju esencijalnu ulogu u reguliranju psihijatrijske prakse. Prema Boorseu, ispravna primjena teorije o mentalnim bolestima, osim izrazite faktičke dimenzije, uključuje i zahtjev za moralnim (ili pravnim) opravdanjem koje nam omogućuje da utvrdimo je li neka patologija ili disfunkcionalnost zaista bolest koja se treba liječiti.

Boorse, u suprotnosti s čistim naturalistima, prepoznaje da je legitimno priznati vrijednosnu obojenost mentalnih bolesti; prema njemu ona samo odražava vrijednosnu obojenost općeg pojma bolesti. Razlika između mentalnih i tjelesnih bolesti sastoji se u tome što za određene mentalne bolesti trenutno nemamo kriterije koji bi nam mogli pomoći odrediti jesu li ona patološka stanja ili samo problemi moralne prirode. Nadalje, Boorseova teorija objašnjava kako je moguć znanstveni napredak u psihijatriji koji se odnosi na razumijevanje mentalnoga poremećaja. Naime, otkriće da neko psihijatrijsko stanje ima temelje u objektivnim disfunkcionalnostima organizma omogućuje nam da validiramo određeno psihijatrijsko stanje kao mentalnu bolest (npr. shizofrenija). Obrnuto, ako za neko psihijatrijsko stanje ne otkrijemo nikakve objektivne disfunkcionalnosti, onda prestajemo smatrati to stanje mentalnom bolešću (npr. drapetomania).

Prema Boorseu, mentalna je bolest patologija koja je nepoželjna za onoga koji je ima, ona osobi daje pravo na poseban tretman i valjanu ispriku za svoje, po mogućnosti, nepoćudno ponašanje. Kao što smo vidjeli, ovo je hibridna teorija. Boorse smatra da je patologija objektivno svojstvo koje uključuje disfunkciju u relevantnom podsustavu X koji pripada nekom sustavu S koji se nalazi unutar referentne klase K.

Već smo naveli da Boorseova teorija ima nekoliko prednosti. Prvo, ona pruža naturalističko i objektivno utemeljenje pojma mentalne bolesti putem pojma patologije. Ništa ne može biti mentalna bolest ako ujedno nije i patologija, tj. ako nije objektivno disfunkcionalna. S druge strane, njegova teorija prepoznaje vrijednosno obojenu prirodu mentalnih bolesti, u suprotnosti s

gledištima čistih naturalista poput Szasza. Nadalje, Boorse jasno daje do znanja da psihijatrija može napredovati kao autonomna disciplina, u suprotnosti sa Szaszom koji je tvrdio da se ona jedino može reducirati na neuroznanost. Prema Boorseu, evolucija psihijatrije uključuje rafiniranije razumijevanje funkcija i disfunkcija različitih mentalnih sustava i podsustava.

Međutim, postoji nekoliko ozbiljnih prigovora koji se mogu usmjeriti protiv Boorseove teorije. Neki autori osobito problematičnom smatraju Boorseovu ideju prema kojoj mi možemo, unutar pojma bolesti, individuirati vrijednosno neutralan pojam patologije pozivajući se na pojam prirodne funkcije. Primjerice, Rachel Cooper (vidi Cooper 2002; 2007, 31–32) argumentira da Boorseov pojam disfunkcije nije dovoljan za utvrđivanje patologije; kritika se zasniva na tvrdnji da se dobrobit pojedinca (engl. *well-being*) i njegovo prirodno funkcioniranje ne moraju nužno poklapati. Primjerice, postoje određene biološke regularnosti koje uključuju uništenje jedinki; ovdje kao primjer možemo uzeti usmrćivanje muške pčele u činu reprodukcije. Stoga bismo mogli reći da bi mutacije u ponašanju pčela, koje bi spriječile uništenje ove jedinke, predstavljale disfunkcije s obzirom na trenutnu prirodnu funkciju koja uključuje smrt pčela nakon reproduktivnoga čina. Međutim, ne izgleda plauzibilno reći da bi takva disfunkcija ujedno predstavljala patologiju.

Drugi argument koji koristi Cooper odnosi se na homoseksualizam. Američko društvo psihijata (APA)⁹ prestalo je smatrati homoseksualizam poremećajem 1973. godine. Svejedno, kao što smo ranije naveli, iz biološke se perspektive može argumentirati da homoseksualizam predstavlja neku vrstu disfunkcije. Primjerice, netko bi mogao argumentirati da homoseksualizam uključuje mentalna stanja i porive koji imaju direktne negativne posljedice na aktualni reproduktivni uspjeh pojedinca. Čak i ako se ne slažemo s ovim gledištem, možemo ga pretpostaviti radi rasprave. Međutim, čak i kad bi stvarno ispalo da homoseksualizam predstavlja neku vrstu biološke disfunkcije, možemo li pretpostaviti samo na tim temeljima da je to ujedno i mentalna patologija? Iako Boorse smatra da homoseksualizam nije bolest te da nema ništa moralno sporno oko homoseksualizma, on svejedno smatra da ako otkrijemo da je to stanje biološki disfunkcionalno onda je, kao i kod većine patologija, moguće da u terminima zdravlja otkrijemo kako takvo stanje nije baš idealno (cf. Boorse 1975, 68).¹⁰

Prema Cooper:

mnogi od nas, međutim, htjeli bi reći da nije pravi problem je li ili nije homoseksualizam evolucijski poremećaj. Nije važno je li

⁹ American Psychiatric Association.

¹⁰ Međutim, ovdje treba uzeti u obzir da Boorse (1975, 1977) pod zdravljem misli na ono što je u skladu s prirodnim funkcionalnim dizajnom organizma. Za njega je pojam zdravlja, poput pojma patologije, teorijski termin, a time i vrijednosno neutralan.

homoseksualizam disfunkcija nego je li štetan. (Cooper 2002, 270)

Cooper smatra da pitanje predstavlja li homoseksualizam evolucijski selektivnu prednost nije uopće relevantno pri odlučivanje je li to stanje patologija. Ako je homoseksualizam disfunkcija, ono što je zapravo važno za utvrditi jest je li homoseksualizam u suprotnosti sa stvarima koje mi smatramo vrijednima (na primjer, je li štetan za pojedinca, narušava li odnos pojedinca s ostatkom društva, itd.). Tek nakon toga možemo odrediti predstavlja li homoseksualizam patologiju.

Ishod ovakvoga tipa kritike je da pri opisivanju objektivnih prirodnih svojstava organizama i njihovih odnosa prema našim normativnim standardima nije tako lako odvojiti ili razlikovati vrijednosno obojen pojam bolesti od vrijednosno neutralnoga pojma patologije. Prema Cooperinoj kritici čini se da je pojam patologije isto tako vrijednosno obojen te da se ne može sveći na objektivni pojam prirodne funkcije. Međutim, postoji i daljnji prigovor koji se može uputiti Boorseovoj teoriji.

Boorse prihvaća statistički pojam funkcije biološkoga sustava i podsustava. Kako bismo odredili funkciju nekoga podsustava moramo se referirati na ciljeve većega sustava kojem on pripada. Boorse smatra da se ti ciljevi određuju razmatranjem kojoj referentnoj klasi pripada taj sustav. Na primjer, vizualna percepcija u klasi kojoj pripada većina ljudi određene dobi i spola točno prati događaje u okolišu. Stoga možemo reći da je funkcija vizualne percepcije da točno prati događaje u okolišu u kojemu se nalazi. Halucinacije se ne računaju kao ispravno funkcioniranje, s obzirom na to da one ne predstavljaju statistički tipično funkcioniranje toga sustava u toj referentnoj klasi.

Glavni prigovor ovome gledištu jest da nije moguće na vrijednosno neutralan način odrediti relevantne referentne klase pomoću kojih određujemo ciljeve sustava i podsustava (Kingma 2013). Možemo se zapitati koja bi bila funkcija vizualnoga sustava ako za referentnu klasu odaberemo skup pojedinaca koji većinu vremena imaju halucinacije? Na koji način možemo isključiti ovaj skup kao prikladnu referentnu klasu? Čini se da postoji više od jedne vrijednosno neutralne referentne klase koju bismo mogli odabrati. Prema ovoj kritici, jedini način na koji možemo odrediti koja referentna klasa je ujedno i relevantna jest da napravimo određene izbore koji će se zasigurno temeljiti na nekim standardima koji su fiksirani s obzirom na određene norme ili vrijednosti do kojih nam je stalo.¹¹

¹¹ Međutim, za suvremenu razradu i obranu Boorseove bio-statističke teorije funkcija od ovog i sličnih prigovora vidi Garson i Piccinini (2014).

6. Jerome Wakefield: bolest kao štetna disfunkcija

Jerome Wakefield (1992) razvio je vrlo utjecajnu hibridnu teoriju mentalne bolesti koja nastoji izbjeći probleme s kojima se suočava Boorseova teorija. Wakefield razvija svoju analizu prema kojoj je mentalna bolest *štetna ili škodljiva disfunkcija* (eng. *harmful dysfunction*). S obzirom na problem utemeljenja vrijednosno neutralnoga pojma funkcije, on smatra da pojam funkcije treba utemeljiti u evolucijskoj teoriji (a ne kao kod Boorsea u terminima doprinosa koji podsustav ima za ostvarenje ciljeva šireg sustava koji su fiksirani putem statističke relevantnosti događaja unutar neke referentne klase). U skladu s Wakefieldovom teorijom funkcija, koju on preuzima od filozofa Larrya Wrighta (1973), funkcija sustava je fiksirana njezinom evolucijskom poviješću.

Prirodna funkcija ... nije bilo koji benefit ili posljedica koju proizvodi mehanizam, nego je benefit ili posljedica koja objašnjava, putem evolucijske teorije, zašto ti mehanizmi postoje ili imaju formu koju imaju. (Wakefield 1999, 380–381)

Dakle, prema ovoj je teoriji funkcija sustava ona radnja za koju je taj sustav bio selektiran da je izvodi. Na primjer, funkcija srca je da pumpa krv, a ne da proizvodi zvukove otkucaja, zato što je prirodna selekcija „dizajnirala“ srce da obavlja funkciju pumpanja krvi, a ne proizvođenja zvukova (oni su samo nusproizvod strukture srca), tj. organizmi koji su posjedovali organ koji pumpa krv po tijelu su imali veću podobnost ili fitnes te su nadživjeli organizme u populaciji koji nisu imali organ s takvim mehanizmom.

Wakefield u svojoj analizi pojma mentalne bolesti ne stavlja naglasak na razliku između bolesti i patologije. Prema njemu, da bi neko stanje mogli smatrati bolešću, ono mora uključivati dvije stvari:

Neko stanje je poremećaj ako i samo ako (a) to stanje uzrokuje neku štetu ili uskraćivanje koristi osobi sudeći prema standardima kulture u kojoj se osoba nalazi (vrijednosni kriterij), i (b) stanje rezultira iz nemogućnosti nekog internog mehanizma da obavlja svoju prirodnu funkciju, gdje je prirodna funkcija posljedica koja pripada evolucijskom objašnjenju postojanja i strukture mehanizma (eksplanatorni kriterij). (Wakefield 1992, 384)

Iz Wakefieldove je analize pojma bolesti jasno da on stavlja jaki naglasak na vrijednosni kriterij, međutim zadržava objektivnu dimenziju tvrdeći da sama šteta, vrijednosno određena, nije dovoljna da neko stanje proglasimo bolešću. Štoviše, prema njegovoj analizi, da bi neko štetno stanje bilo bolest, mora postojati nekakva objektivna disfunkcija u mehanizmu koja *uzrokuje* to štetno stanje. Primjerice, prema ovome gledištu ekstremni primjeri antisocijalnoga poremećaja osobnosti, kao što je psihopatija, unatoč tome što mogu stvarati veliku štetu društvu te samoj osobi koja ima taj poremećaj ne bi se mogla smatrati mentalnom bolešću ako ne možemo pokazati da to

ponašanje i crte ličnosti nisu posljedica nemogućnosti nekoga psihičkog ili fizičkog mehanizma da obavlja svoju prirodnu funkciju (cf. Wakefield 2000, 260).¹²

Međutim, čak i Wakefieldovoj se hibridnoj teoriji mogu uputiti značajni prigovori. Cooper (2007, 33–34) smatra da disfunkcija, bila ona štetna ili ne, nije nužna da bi nekome pripisali bolest. Možemo zamisliti da postoje bolesti ili patologije koje ne predstavljaju odstupanja od prirodnih funkcija. Primjerice, agorafobija i druge fobije možda su se razvile kao adaptacije na život u vrlo opasnim okolišima te stoga mehanizme koji ih proizvode ne bismo mogli smatrati disfunkcijama. Međutim, ti mehanizmi, iako ne bi bili *evolucijski* disfunkcionalni, svejedno bi mogli u sadašnjim okolnostima, gdje odlazak na otvoreno ne predstavlja opasnost, značajno narušavati kvalitetu života pojedinca do te mjere da ih je prikladno nazvati poremećajima.

Slično argumentira i Justin Garson (u tisku). On tvrdi da su neki mentalni poremećaji posljedica neslaganja (eng. mismatch) aktualnoga funkcioniranja osobe u određenom okolišu, čak i kad svi mehanizmi djeluju ispravno prema svom evolucijskom ili razvojnom (eng. developmental) „dizajnu“. Primjerice, dijete koje odrasta u vrlo nasilnoj okolini može razviti antisocijalne osobine ličnosti koje su adaptivne u toj okolini. Međutim, kada bi to dijete prebacili u novo nenasilno okruženje (dobra obitelj, dobre škole, itd.) gdje će se ljudi dobro skrbiti za dijete, a ono nastavi imati iste antisocijalne osobine, onda je vrlo vjerojatno da će te osobine rezultirati u ponašanjima koje neće više imati adaptivnu vrijednost. U tome slučaju, iako ne možemo reći da kod takvoga djeteta dolazi do disfunkcije u nekom unutarnjem mehanizmu, jer su se ti mehanizmi razvili da funkcioniraju u nasilnom okruženju, svejedno se čini plauzibilnim zaključiti da to dijete pati od nekakvog poremećaja koje je posljedica neslaganja funkcionalnih mehanizama i nove okoline.

7. Povratak vrijednosti

Dakle, čini se da postoje određeni razlozi za odbacivanje Boorseove i Wakefieldove verzije pokušaja da ponude hibridne teorije ili analize mentalnih bolesti. Mnogi autori stoga nastoje razviti objašnjenja bolesti ili patologije u terminima odstupanja od određenih vrijednosti te na taj način ponovno stavljaju u središte pozornosti vrijednosno obojen pojam bolesti. Ono što se čini razumnim zaključiti, jest da je pojam mentalne bolesti (i sudovi koji koriste taj pojam) osjetljiv na evaluacije. Stoga postaje važno odrediti koje vrste

¹² Naime, ako je psihopatija evolucijski adaptivna životna strategija kao što argumentiraju neki autori, onda je sasvim moguće da ono što mi nazivamo psihopatskim *poremećajem osobnosti* se ne bi smjelo kategorizirati kao mentalna bolest prema Wakefieldovoj hibridnoj teoriji. Za više o hipotezi da je psihopatija evolucijski adaptivna strategija vidi Petrović i Međedović (2012) i Međedović (2015, poglavlje 10).

evaluacija *su* uključene i koje vrste bi *trebale* biti uključene u donošenju ovih sudova.

Kao što smo vidjeli, postoje argumenti u prilog gledišta da vrijednosno neutralne činjenice koje se odnose na disfunkcije nisu nužne ni dovoljne za objašnjenje mentalnih bolesti. Nadalje, moglo bi se argumentirati da te činjenice same nisu vrijednosno neutralne, s obzirom na to da se ne mogu reducirati na vrijednosno neutralan pojam funkcije (vidi npr. Bolton 2008; Fulford 1989). Ako su ova razmatranja ispravna, moramo moći ponuditi objašnjenje patologije i mentalne bolesti koje prepoznaje ulogu koju vrijednosti igraju. Stoga su određeni autori razvili teorije mentalnih bolesti koje u prvi plan stavljaju njihovu obojenost vrijednostima, pazеći pritom da izbjegnu posljedice koje takav pojam ima u Szaszovoj analizi.

Bill Fulford (1989) argumentira da je debata oko pojma mentalne bolesti opterećena pretpostavkom da su s jedne strane mentalne bolesti i patologije vrijednosno obojani pojmovi, dok su s druge fizičke bolesti objektivne i vrijednosno neutralne. Nasuprot tome, on argumentira da su pojmovi i mentalne i fizičke bolesti vrsta vrijednosno obojenog pojma bolesti.¹³

Kako bi objasnio zašto su mnogi pravili razliku između statusa mentalne i fizičke bolesti, Fulford koristi preskriptivističku teoriju Richarda Harea (1998) koja objašnjava ulogu deskriptivnih kriterija uključenih u vrijednosne sudove, te na taj način postavlja temelje za svoju teoriju mentalnih bolesti. Razmotrimo dva primjera:

(1) X je dobra jestiva jabuka.

(2) X je dobra slika.

S jedne strane, možemo se složiti da postoji značajno slaganje da dobra i jestiva jabuka zadovoljava određene deskriptivne kriterije, poput onih da je slatka, nije pokvarena, ima čistu koru, itd. S druge strane, često postoji veće neslaganje u pogledu deskriptivnih kriterija koji bi odredili kako izgleda dobra slika. Stoga možemo reći da postoje različiti stupnjevi slaganja u pogledu deskriptivnih kriterija koje asociramo uz različite vrste stvari koje možemo vrijednosno evaluirati. Ova razmatranja nas navode na zaključak da su neka evaluativna pitanja, poput onoga koje se odnosi na kvalitetu jabuke, objektivnije prirode nego neka druga, poput onoga koje se odnosi na estetsku kvalitetu slike.

Međutim, prema Fulfordu, Thorntonu i Grahamu (2006) jasnija analiza prirode mentalnih bolesti trebala bi se utemeljiti na dva principa. Prvo, snaga ili jačina deskriptivnih konotacija koje vrijednosni termini imaju varira sa stupnjem slaganja u pogledu deskriptivnih kriterija za vrijednosne sudove koje izražavaju. Drugo, domene ljudskog iskustva i ponašanja kojima se ba-

¹³ Opis Fulfordovoga gledišta koji slijedi u velikoj se mjeri temelji na (Malatesti 2014, 1147–1148).

vi psihijatrija pripadaju u domene ljudskog iskustva i ponašanja u kojima postoje legitimna razlika među našim vrijednostima.

Prema Fulfordu i kolegama (ibid., 129–134), pojam bolesti u svojoj srži sadrži neuspjeh *uobičajenoga djelovanja* (eng. failure of ordinary doing). Uobičajena ili normalna djelovanja intencionalne su radnje koje mi činimo, nasuprot stvarima koje nam se samo događaju. Fulford koristi tradicionalnu distinkciju između podizanja ruke, koja može biti uzrokovana tako da ju netko ili nešto podigne i podizanja ruke koja je posljedica vlastite namjere da se ona podigne. Fulford (1989) posebice razmatra uobičajena djelovanja koja ne uključuju nužno posebno usmjeravanje pažnje ili reflektivnu evaluaciju situacije u kojoj se djeluje. Kao primjer možemo uzeti situaciju u kojoj pružamo ruku kako bismo nešto dohvatili. Ova radnja se u uobičajenome smislu izvodi bez napora te odgovara generalnoj shemi našega svakodnevnog funkcioniranja.

Međutim, pretpostavimo sada da ne možemo djelovati kako hoćemo, na primjer, ne možemo podignuti ruku. Naravno, ovo se može dogoditi jer postoje određene prepreke kojih smo svjesni te stoga možemo prepoznati da trenutna situacija zahtijeva dodatni napor da se djeluje unatoč prepreci. Ipak, Fulford (1989) nam želi skrenuti pozornost na pitanje kako bi bilo doživjeti nemogućnost da djelujemo na uobičajeni način, bez da smo u mogućnosti odrediti što nam točno opstruira djelovanje. S obzirom na to da je nama važno da smo u mogućnosti djelovati kako želimo, ovaj slučaj bi predstavljao nešto što evaluiramo kao negativno, nešto što se nije smjelo dogoditi s obzirom na prirodu radnje koja normalno ne uključuje napor. Štoviše, ovaj bi fenomen predstavljao situaciju u kojoj nam se stvari događaju, u suprotnosti s onim što smo mi trenutno sposobni ili u mogućnosti učiniti.

Prema Fulfordu (1989), ova razmatranja pokazuju da se primarno iskustvo bolesti (ovdje oprimgjereno u slučaju pokreta) može analizirati kao neuspjeh „uobičajenoga djelovanja“ u situaciji gdje nema percipiranih prepreka. Nasuprot generalnim etičkim i estetskim vrijednostima, ova analiza pojma bolesti pruža uvid u posebne vrijednosti koje su povezane s bolešću. Štoviše, intencionalne radnje uključuju namjere koje same po sebi na neki način uključuju (pozitivne) evaluacije i određene preferencije. Nadalje, intencionalno djelovanje je podržano ili ograničeno individualnim, ali i kolektivnim očekivanjima ili normama koje se odnose na naše sposobnosti, na to što bismo trebali biti u mogućnosti činiti bez napora, na vrste prepreka koje možemo očekivati, itd. Spriječene radnje koje su povezane s bolestima uključuju svjesnost o postojanju spriječenih ili opstruiranih događaja koji nisu uobičajeni. Stoga se ti neuspjesi u djelovanju doživljavaju kao da su izvan naše kontrole.

Fulford (1998, 135–136) također naglašava da su mnoge bolesti karakterizirane uz pomoć nepoželjnih osjećaja poput boli, slabosti, mučnine, itd.

Međutim, on smatra da se čak i ova svojstva, koja specificiraju karakter iskustva bolesti, baziraju na neuspjehu djelovanja. Kako bi izbjegli bol, ljudi ne mogu uvijek djelovati na uobičajeni način. Na primjer, mi izbjegavamo bol proizvedenu od opekline tako da maknemo ruku od izvora topline. Međutim, kada je opekline posljedica rane, onda ne možemo izvesti ovu uobičajenu radnju kako bismo smanjili osjećaj boli.

Stoga je, prema Fulfordovoj teoriji, bolest karakterizirana pomoću: (i) stanja koja direktno interferiraju na neočekivane načine s uobičajenim djelovanjem ili (ii) stanja koja uključuju nepoželjne osjećaje koji se ne mogu izbjeći izvođenjem uobičajenih radnji.

Fulford (1989) također argumentira da je bolest temeljni termin koji može specificirati pojam patologije (eng. disease). To može činiti na više načina. Osnovni je slučaj kada imamo patološki proces koji uzrokuje neku bolest, tj. kada je patologija proces koji uzrokuje neuspjehe uobičajenoga djelovanja. Fulford ne negira da postoje procesi koji uzrokuju bolesti te se smatraju patologijama, tj. medicinski se negativno evaluiraju upravo i samo zato što uzrokuju bolesti. Stoga moramo biti oprezni u razumijevanju da ono što nekomu procesu daje *status* patologije jesu, u konačnici, negativne evaluacije koje se izvode iz neuspjeha uobičajenoga djelovanja. Naročito ne smijemo pobrkati otkriće, koje se odvija putem dijagnoze određene bolesti, da određena patologija uzrokuje tu bolest i shvaćanja ili ustanovljavanja da taj određen proces jest patologija.¹⁴

Cooper (2007) prigovara Fulfordu da mnogi nepoželjni osjećaji i iskustva (npr. depersonalizacija, perceptualne distorzije, itd.) nisu takva da nas standardno usmjeravaju da nešto učinimo u vezi njih, s obzirom na to da oni nisu dio našeg uobičajenog iskustva. Nadalje, postoje patologije ili bolesti za koje se čini da nisu reducibilne na neuspjehe uobičajenog djelovanja:

Razmotrimo stanja koja izobličavaju, na primjer.¹⁵ Plauzibilno ih je smatrati patologijama, međutim nije jasno na koji su način takva stanja povezana s neuspjesima u djelovanju. Ako sam ja izobličen, tada to neće direktno interferirati s mojom sposobnošću da djelujem. Niti je stanje izobličavanja karakterizirano s nepoželjnim osjećajima u vezi kojih bi nešto htio poduzeti (Cooper 2007, 35).

¹⁴ Naime, prema Fulfordu (1989), može biti sasvim objektivno da ono što nazivamo patologijom *uzrokuje* neku bolest. Međutim, to da neko stanje ili proces *jest* patologija ne slijedi iz nekih vrijednosno neutralnih činjenica, nego iz toga što nas ono na neki način onemogućava u svakodnevnome djelovanju, tj. utječe na sposobnost izvođenja aktivnosti koje smatramo vrijednima.

¹⁵ Pod stanjima izobličavanja najčešće se misli na tjelesna izobličenja ili oštećenja koje mogu biti posljedica bolesti, urođenoga defekta, ranjavanja, itd.

Konačno, Christopher Megone (1998) dao je prigovor postavljenjem pitanja zašto bi mi trebali toliko vrednovati našu sposobnost da djelujemo kako želimo? Fulfordova se teorija u ovome pogledu čini kao nedorečena jer on ne daje objašnjenje izvora te, po njemu ključne vrijednosti.

8. Potreba za utemeljenjem vrijednosti u psihijatriji: aristotelijanski pristup

Megone, u svome članku „*Aristotel's function argument and the concept of mental illness*“ (1998), razvija vrijednosno obojenu teoriju mentalne patologije i bolesti koja je inspirirana Aristotelovom etikom. Ovaj aristotelijanski model temelji se na pretpostavci da je središnji konceptualni zadatak pri analizi pojma zdravlja, te stoga i bolesti, odrediti funkciju organizma kojega nastojimo klasificirati kao bolesnog ili zdravog. Međutim, Megone (1998) ne koristi *biološki* pojam funkcije, umjesto toga on razvija teoriju koja se temelji na tradicionalnome metafizičkom gledištu koje je inspirirao Aristotel. Središnja ideja ovoga pristupa je da se funkcija određenoga pojedinca određuje istraživanjem toga što čini pojedinca *dobrim* primjerkom svoje vrste.

Megone (ibid.) u svome članku razmatra osnovne stavke najutjecajnijih teorija mentalne bolesti. On smatra da je Szasz ispravno ukazao na opasnosti pretjerane upotrebe psihijatrijske moći i farmakološke terapije. Stoga je, prema Megoneu, važno razviti teoriju mentalnih bolesti koja može pomoći motivirati i dati prikladne odgovore na ove probleme. Međutim, on napada Szasza jer je pretpostavio da je pojam fizičke bolesti vrijednosno neutralan. Megone se slaže s Fulfordom te smatra da je opći pojam bolesti vrijednosno obojan. Slično, on smatra da su Fulford i drugi u pravu što odbacuju pokušaje autora poput Boorsea i Wakefielda, koji nastoje ponuditi vrijednosno neutralne pojmove evolucijske ili bio-statističke funkcije kako bi analizirali pojam patologije ili bolesti.

Megone (ibid.), međutim, također smatra da Fulfordova teorija ima ozbiljnih ograničenja. Prema Megoneu, osnovni razlog za biti normativist u pogledu bolesti jest jednostavna činjenica da se svi slažu kako je dobro ne biti bolestan, tj. da je to stanje koje je loše za samoga djelatnika. Slično, u samim temeljima Fulfordove teorije mentalne bolesti pronalazimo pojam neuspjeha intencionalne radnje. Međutim, Megone smatra da pitanje:

..., zašto je uopće loše biti nesposoban intencionalno djelovati ili je loše biti spriječen u ostvarivanju svojih ciljeva, zahtijeva daljnje objašnjenje. Ovaj jaz mora biti popunjen kako bismo u potpunosti mogli razumjeti pojam bolesti. (Megone 1998, 191)

Kako bi riješio taj problem, Megone nudi svoju teoriju.

Prema njemu, ako slijedimo Aristotela onda možemo uvidjeti da se funkcija pojedinca može utvrditi promatranjem njegovoga karakterističnog životnog ciklusa. „Dobar organizam“ opremljen je biološkim svojstvima koji mu

omogućavaju da preživi na način koji je karakterističan za njegovu vrstu. Naravno, prema ovakvom aristotelijanskom objašnjenju nema pozivanja na prirodnu selekciju. Međutim, na ovome se mjestu javljaju problemi. S jedne strane, čini se jednostavnim odrediti koji su ključni elementi za prosperiranje (eng. flourishing) ili ispravno funkcioniranje određene životinjske vrste; međutim stvari postaju kompliciranije kada se zapitamo što prosperiranje ili ispravno funkcioniranje uključuje u slučaju ljudi.

Megone (2000, 56), slijedeći Aristotela, smatra da je „funkcija ljudi ... život u potpunosti racionalne životinje.“ Pod terminom „racionalnost“ ovdje se misli na sposobnost izvođenja zaključaka i rasuđivanja. Stoga možemo reći da je sposobnost racionalnoga formiranja vjerovanja te njihovoga racionalnog korištenja u djelovanju nužna pretpostavka ispravnoga funkcioniranja ljudskih bića. Nadalje, aristotelijansko gledište zahtijeva da ispunjen i uspješan ljudski život uključuje prepoznavanje pravih vrijednosti te sposobnosti da se djeluje na ispravan način. Dakle, prema ovome je gledištu *razum* ono što omogućava dobar život. Iz ovoga gledišta slijedi da je bolest ono što onemogućava da ostvarimo (ili aktualiziramo) ovu ljudsku funkciju.

Stoga se, na najbazičnijoj razini, dijelovi tijela moraju mijenjati na prikladan način kako bi omogućili preživljavanje kao preduvjet za pojavljivanje kompleksnijih promjena koje doprinose perzistenciji ljudske vrste; na manje bazičnoj razini, tijelo se mora razviti na način koji nužno omogućava da odrasle osobe provode svoje promišljene namjere. Slično tome, karakteristične promjene u razvoju perceptualnih organa moraju se ostvariti na način koji omogućava da se dobije informacija na temelju koje se mogu donijeti promišljene odluke. Može se uvidjeti da dok pojavljivanje promjena na tim razinama (koji su podložni funkcionalnom objašnjenju na opisani aristotelijanski način) nije dovoljna za razumni život, njihov neuspjeh da se ostvare može spriječiti ili onеспособiti u potpunosti racionalan život. Na sličan način, upražnjavanje racionalnosti ovisi o razvoju (...) kompleksnih mentalnih sposobnosti. (Megone 1998, 196)

Međutim, prema Megoneu ove intelektualne sposobnosti neće uvijek biti dovoljne za život prema razumu (ibid.). Na primjer, psihopat koji ima problema s prepoznavanjem emocija kod drugih ljudi neće biti u mogućnosti da na društveno prihvatljiv način interagira s drugim osobama (vidi npr. Međedović 2015, poglavlje 6). To bi isto tako moglo utjecati na njegovu ili njezinu sposobnost da prepozna vrijednosti koje se odnose na poštovanje interesa drugih ljudi. Stoga možemo očekivati da ona ili on neće biti u mogućnosti sudjelovati u aktivnostima te dijeliti vrijednosti koje omogućavaju prosperitet u životu.

Rachel Cooper (2007, 36) smatra da se Megoneu može prigovoriti da je njegova teorija mentalnih bolesti previše inkluzivna. Primjerice, kad bi net-

ko odlučio ostati cijeli dan u krevetu, moglo bi se reći da ta osoba onemogućava prosperitet u svome životu. Međutim, nije plauzibilno reći da ta osoba pati od nekoga mentalnog poremećaja. Ova kritika nam omogućava da uvidimo koji dodatni zahtjev, prema Megoneu, neko stanje mora zadovoljiti kako bi ga mogli smatrati bolešću.

Megone se može oduprijeti prethodnome prigovoru navodeći da su bolesti ona stanja koja *onemogućavaju* ispravno funkcioniranje, koje zatim podriva vjerojatnost ostvarenja prosperiteta u životu. Prema tome, on može tvrditi da je nesposobnost da se ispravno funkcionira stanje koje je različito od *odluke* da se ne djeluje, kao u slučaju lijezne osobe.

Međutim, Cooper (2007, 37) argumentira da postoje biološki nepoželjna stanja poput ružnoće ili slabije inteligencije koje na neki način onemogućavaju ili smanjuju vjerojatnost ljudskoga prosperiranja, no za njih svejedno nećemo reći da su bolesti. Nadalje, ona prigovara da postoje društvena ili obrazovno nepoželjna stanja koja se mogu locirati unutar pojedinca te koja također onemogućavaju prosperitet (ibid.). Uzmimo, na primjer, nepismenost, imanje lošega naglaska ili imanje određenih vjerovanja, primjerice da žena vjeruje kako su muškarci superiorni, itd. Ova nepoželjna stanja mogu imati znatan negativan utjecaj na uspješnost u svakodnevnome životu pojedine osobe te posljedično i na njezin prosperitet, međutim nećemo ih samim time smatrati bolestima. Ovi nam primjeri pokazuju da postoji skup nepoželjnih stanja koje pobornik aristotelijanskoga gledišta ne može razlikovati od pravih bolesti.

Konačno, Cooper uvjerljivo (2007, 37–38) smatra da postojanje *poroka* može predstavljati problem za Megoneovu teoriju. Prema aristotelovcima, poroci su stanja koja reduciraju prosperitet osobe. Prema Megoneu, poroci se mogu razlikovati od poremećaja, zato što su to stanja za koje su osobe same odgovorne, dok su poremećaji stanja za koje osobe nisu same odgovorne.

Cooper odgovara da je moguće da čak i prema aristotelijanskom gledištu poroci nisu nužno stanja za koja smo sami odgovorni. Prema aristotelovcima, mi habituacijom ili privikavanjem formiramo naše osobine. Stoga, poroci koji potječu iz lošega karaktera isto tako mogu biti usvojeni putem habituacije. Međutim, habituacija uključuje mogućnost da radnje koje izražavaju naše poroke mogu biti posljedica nečega što je izvan naše kontrole. Nadalje, nije plauzibilno pretpostaviti da smo uvijek sami odgovorni za formiranje navika koje uključuje nekakve poroke. Primjerice, određeni usvojeni porok može biti posljedica odgoja te stoga odgovornost za usvajanje toga poroka može pasti na onoga tko je odgojio tu osobu. Cooper (ibid. 38) daje primjer osobe koja postane nasilni mizoginik zato što je takvo ponašanje bilo potkrijepljeno nagrađivanjem u okolini u kojoj je osoba odrasla. U tome slučaju nije jasno možemo li samu osobu držati u potpunosti odgovornom za svoj karakter te očekivati da ona svoj karakter može promijeniti sa-

mim racionalnim promišljanjem svojih postupaka. Dakle, ova nas razmatranja dovode do zaključka da se Megoneov pristup analizi mentalnih bolesti također suočava s problemima. Problem se sastoji u tome što ova teorija nije u mogućnosti adekvatno razlikovati stanja koja su zaista poremećaji od stanja koja to nisu, no svejedno na neki način predstavljaju odstupanja od normi aristotelijanskog ispravnog funkcioniranja.

Međutim, čini se da se Megoneova teorija suočava s još generalnijim problemom. On se odnosi na pretpostavljenu metafizičku sliku ljudske prirode te posljedično na normativno i etičko gledište koje uključuje pojam ljudskog prosperiranja i dobrobiti. Kao prvo, sam pojam normativne funkcije koja se u suštini oslanja na aristotelijansku sliku svijeta izrazito je problematičan iz perspektive suvremene znanosti jer se oslanja na sporni nenaturalistički pojam teleologije. Štoviše, pojam normativne funkcije u suvremenoj se filozofiji morala, u suprotnosti s onim što čini Megone (1998, 2000), pokušava objasniti naturalističkim terminima koji se oslanjaju na pojam biološke funkcije (vidi npr. Casebeer 2003). Nadalje, upitno je može li takvo sporno metafizičko gledište poslužiti kao temelj za donošenje javnih odluka koje se odnose na pitanja vezana uz mentalne bolesti. Naročito zato što pitanje statusa mentalne bolesti može utjecati na prava pojedinaca koji imaju u potpunosti različita gledišta na ljudski prosperitet i što konstituira ljudsko dobro.

Kako bismo izbjegli opasnosti na koje su upozoravali antipsihijatri poput Szasza, smatramo da je, jednom kad prihvatimo normativizam u pogledu pojma mentalnoga poremećaja, najplauzibilniji način da ga artikuliramo i branimo onako kako i inače opravdavamo vrijednosti u javnome životu. Psihijatrija i problem prirode mentalnih bolesti zapravo je društveno pitanje te se stoga čini prikladnim, putem otvorene demokratske i javne rasprave među kompetentnim sudionicima, regulirati biomedicinske prakse koje se u svojoj suštini dotiču pitanja ljudskih prava i vrijednosti,

9. Zaključak

Osnovni je cilj ovoga rada bio dati pregled glavne rasprave u filozofiji psihijatrije. Rasprava se odnosi na prirodu mentalnih bolesti te posljedično na status psihijatrije kao medicinske i znanstvene discipline. Krenuli smo s razmatranjem tvrdih naturalista koji smatraju da se pojam mentalne bolesti ili svodi na neurološke poremećaje ili se može definirati pomoću bioloških funkcija. Problem je s ovim gledištima što ne uvažavaju dovoljno ulogu koju vrijednosti igraju pri određivanju kada je neko stanje bolest. Nakon toga smo razmotrili hibridne pozicije koje definiraju pojam mentalne bolesti eksplicitno kombinirajući vrijednosne i činjenične elemente. Konačno, kritika hibridnih teorija dovela nas je do čisto normativističkih pozicija koje ne podrazumijevaju da bolesti nužno uključuju disfunkcije koje se mogu naturalistički individuirati.

Kako smo najavili na početku rada, osnovni problemi na koje normativističke pozicije moraju odgovoriti odnose se na individuiranje i opravdanje

vrijednosti koje determiniraju psihijatrijske poremećaje. Ovdje smo razmotrili jedan utjecajni aristotelijanski pokušaj te kritiku toga pokušaja da odgovori na ova pitanja. Međutim, suvremena se rasprava u pogledu opravdanja vrijednosti u psihijatriji nastavlja te se odgovori na ova pitanja nude iz različitih filozofskih perspektiva.

Zahvale

Želimo se zahvaliti Lovri Saviću, Viktoru Ivankoviću i Vedranu Krušvaru na čitanju i komentiranju ovoga članka.

Istraživanje za ovaj rad omogućeno je uz financijsku potporu Sveučilišta u Rijeci temeljem projekta *Moralni, politički i epistemološki odgovori na društvene devijacije* (Luca Malatesti) i projekta *Klasifikacija i objašnjenja antisocijalnoga poremećaja osobnosti i moralna i kaznena odgovornost u kontekstu hrvatskog zakona o mentalnom zdravlju i skrbi* (Marko Jurjako, ugovor broj 9522), financiranog od strane Hrvatske Zaklade za Znanost.

Literatura

- APA (American Psychiatric Association), 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5 izdanje (DSM-V), Washington, DC: APA.
- Bolton, D. 2008. What is Mental Disorder: An Essay in Philosophy, Science, and values. Oxford: Oxford University Press.
- Boorse, C. 1975. On the Distinction between Disease and Illness. *Philosophy and Public Affairs* 5: 49–68.
- Boorse, C. 1976. Wright on Functions. *Philosophical Review* 85:70–86.
- Boorse, C. 1977. Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science* 44: 542–573.
- Brzović, Z., 2016. Duševne Bolesti i Rasprava o Biološkim Funkcijama. U S. Prijić-Samaržija, L. Malatesti i E. Baccarini ur., *Moralni, Politički i Epistemološki Odgovori na Društvene Devijacije*. Rijeka: Filozofski fakultet u Rijeci, 183–199.
- Cartwright, S. 1851. Report on the Diseases and Peculiarities of the Negro Race. *DeBow's Review* XI.
- Casebeer, W. D. 2003. *Natural Ethical Facts: Evolution, Connectionism, and Moral Cognition*. Cambridge, MA.: MIT Press.
- Cooper, R. 2002. Disease. *Studies in the History, Philosophy of Biological & Biomedical Sciences* 33: 263–282.
- Cooper, R. 2007. *Psychiatry and Philosophy of Science*. Stocksfield: Acumen.
- Cummings, R. 1975. Functional Analysis. *Journal of Philosophy* 72: 741–765.

- Fulford, K. W. M. 1989. *Moral Theory and Medical Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fulford, K. W. M., Thorton, K. i G. Graham. 2006. *Oxford Textbook of Philosophy and Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Garson, J. 2010. Schizophrenia and the Dysfunctional Brain. *Journal of Cognitive Science* 11: 215–246.
- Garson, J., i Piccinini, G. 2014. Functions Must be Performed at Appropriate Rates in Appropriate Situations. *British Journal for the Philosophy of Science* 65:1–20.
- Garson, J. (u tisku). The Developmental Plasticity Challenge to Wakefield's View. U L. Faucher i D. Forest, ur. *Defining Mental Disorder: Jerome Wakefield and his Critics*. Cambridge, MA.: MIT Press.
- Hare, R. M. , (1998). *Jezik Morala*. Zagreb: Hrvatski Studiji preveo Filip Grgić.
- Laing, R. D. 1960. *The Divided Self*. London: Tavistok.
- Kendell, R. E. 1975. The Concept of Disease and its Implications for Psychiatry. *British Journal of Psychiatry* 127: 305–315.
- Kingma, E. 2013. Naturalist Accounts of Mental Disorder. U K. W. M. Fulford, M. Davies, R. Gipps, G. Graham, J. Sadler, G. Stanghellini i T. Thornton, ur. *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 363–384.
- Malatesti, L. 2014. Psychopathy and Failures of Ordinary Doing. *Etica & Politica/Ethics & Politics* 17: 1138–1152.
- Međedović, J. 2015. *Nomološka Mreža Psihopatije*. Beograd: Institut za kriminološka i sociološka istraživanja.
- Megone, C. 1998. Aristotle's Function Argument and the Concept of Mental Illness. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 3: 187–201.
- Megone, C. 2000. Mental Illness, Human Function and Values. *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 7: 45–65.
- Petrović, B. i Međedović, J. 2012. Alternativni Pogledi na Psihopatiju: od Patologije do Adaptivne Životne Strategije. *Zbornik Instituta za kriminološka i sociološka istraživanja* 31: 19–48.
- Scadding, J. G. 1967. Diagnosis: the Clinician and the Computer. *Lancet* 21: 877–882.
- Szasz, T. 1960. The Myth of Mental Illness. *American Psychologist* 15: 113–118.
- Szasz, T. 1974. *The Myth of Mental Illness*. New York: Harper and Collins.

- Wakefield, J. C. 1992. The Concept of Mental Disorder: On the Boundary between Biological Facts and Social Values. *American Psychologist* 47: 373–388.
- Wakefield, J. C. 1999. Mental Disorder as a Black Box Essentialist Concept. *Journal of Abnormal Psychology* 3: 465–72.
- Wakefield, J. C. 2000. Spandrels, Vestigial Organs, and Such: Reply to Murphy and Woolfolk's 'The Harmful Dysfunction Analysis of Mental Disorder'. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology* 7: 253–270.
- Wrig, L. 1973. Functions. *Philosophical Review* 82: 139–168.