

СОФИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ“



АВТОРЕФЕРАТ НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД:

„ФИЛОСОФСКИ ИЗМЕРЕНИЯ НА ПСИХОФАРМАКОЛОГИЯТА“

ОТ

АБИОЛА БАМИДЖОКО-ОКУНГБАЙЕ

Научен ръководител:

проф. д-р Александър Гънгов, СУ „Св. Климент Охридски“

Авторефератът е представен в изпълнение на изискванията за придобиване на образователна и научна степен „доктор“

София, 2019 г.

СЪДЪРЖАНИЕ

Концептуалната аналитична и феноменологична рамка на психичните състояния.....	5
„Аз“-ът и психотропните вещества.....	6
Науката и промяната на силата.....	8
Балансиране на ценностите.....	9
Търсене на отговори от средата.....	15
Сближаване на разнородните ценности.....	18
Психофармакологията се нуждае от философията.....	24
Какво предстои за философията?	31
Межкултурна достоверност.....	35
Значението на средата ни.....	38
Необременената от ценности психофармакология срещу натоварената с ценности психофармакология.....	39
Превъзходството на „Аз-емпиричното“	47
Ценностите като част от връзката лекар-пациент.....	54
Приноси на дисертацията.....	58
Използвана литература	60

Глава 1

Психофармакологията и концепцията за психично заболяване

В тази глава се въвежда съвременното амплиативно разбиране за психичното състояние. Психофармаколозите са склонни да обръщат повече внимание на емпиричния аспект на психофармакологията, пренебрегвайки философските въпроси, които тя поражда. Тази глава триангулира разнородните ценности, които се наблюдават в психофармакологията, за да представи един всеобхватен подход. Разглеждайки емпиричното описание на психичните разстройства, се очертава разпространеното разбиране, че доказателствата за тях автоматично се основават на науката – т.е. каузално обяснение. Когато обаче анализираме това във феноменологичен и аналитичен план, виждаме присъствие на нормативни структури като част от емпиричното описание. С други думи, експлицитното присъствие на разнородни ценности прави недостатъчно емпиричното описание от каузална гледна точка. Освен това отвеждам читателите на пътешествие през историческите измерения на днешната психофармакология. Заключениеята сочат, че в нашето емпирично описание на психичните разстройства участват подходящи или неподходящи норми. За да се подобри достоверността на психофармакологичните резултати, е наложително те да бъдат преработени в рамките на темата за съвременното амплиативно разбиране за психичните състояния.

Глава 2

Втора глава от дисертацията утвърждава съвременното амплиативно разбиране за психичните състояния, представяйки нормите като част от емпиричното описание на тези състояния. В тази глава се черпи опит от дебатите, свързани с т. нар. „спор за метода“ (Methodenstreit). Целта е да се формулира твърдението, че нормите са част от емпиричното описание на психичните състояния. За да разберем анормалното, трябва да притежаваме усещане за нормалното – и двете в рамките на обяснение, направлявано от нормите. В случай на неподходящи норми като част от емпиричното описание на психичните разстройства, основно значение имат общественото разбиране и емпиричният напредък за промяна на съществуващото разбиране. В тази глава виждаме как Джон Стюарт Мил излага твърдата позиция, че разбирането (човешко) и обяснението (каузално) излизат от един и същ корен. Именно в тази глава Ясперс и други автори предлагат обяснението за необремененост с ценности, имайки предвид, че нашите норми предполагат ценности.

Глава 3

В трета глава разглеждаме опитите за изместване на проблемите на

психофармакологията към психотерапията; това поражда прилагане на контрастен подход към методологиите на психофармакологията и психотерапията. При традиционната психофармакология обикновено първо се събират данни, след което следва разработване на теорията. Следващата стъпка е проверка на теорията и в резултат на това стигаме до финалния етап – напредък в познанията. При традиционния психофармакологичен метод определяме дали резултатите от данните допринасят към знанията именно на този финален етап. Ако се установи, че случаят е такъв, се допускат психотропни медикаменти на пазара, а при наличие на значителни странични ефекти такива лекарства обикновено не се пускат на пазара. При този традиционен психофармакологичен метод забелязваме, че твърденията се базират на подплатения с данни характер на психотропния експеримент. В тази глава се аргументирам, че подходът в психотерапията е принципно сходен с традиционния психофармакологичен метод. По стечение на обстоятелствата данните в психотерапията представляват субективен опит и следователно теоретично базираният характер на подхода в нея и традиционният психофармакологичен метод могат също да функционират в рамките на установена теория.

Глава 4

Разглеждам произхода на „аз“-а и връзката му с психотропните вещества. Смятам, че депресивният реализъм е възможен в областта на натурализма. Ако това е така, трябва да реструктурираме концепцията за „аз“-а, който е съвместим с доказателствата на психофармакологията. За тази цел предлагам нестатична концепция за „аз“-а, а за да постигнем задълбочени познания за него, ще е необходимо практическо взаимодействие със средата в ефективна, перцептивна и афективна единност. В тази глава не твърдя, че другите концепции, използвани за описание на понятието „аз“, са безполезни – по-скоро са недостатъчни за описание на такава концепция, съвместима с резултатите от психофармакологията.

Глава 5

В тази глава дискутирам предизвикателствата, свързани с насочването на изследователските резултати от академичните кръгове към обществената сфера. Главата е озаглавена „Практически приложения“. Балансирането между ценностите и лечението ще наложи допълнително обучение на медицинските експерти и колективния принос на политиките. В тази глава критикувам решението, взето в Лондон да се изключи апарата за изкуствено дишане на Чарли Гард. В този случай пациентът и семейството му са принудени да премахнат ценностите си от медицинското решение. Как се взима такова решение, след като събитията попадат в обхвата на ценностното и нормативното описание? За да се постигне добра психофармакология, ще е необходима колективната отговорност на всички участници.

Концептуалната аналитична и феноменологична рамка на психичните състояния

Не можем да дискутираме проучванията и грижата за психичното здраве без да засегнем обществените въпроси, породени от психотропните вещества. Тези вещества винаги са били част от *Homo sapiens*. Резултатите от последните психофармакологични изследвания са от съществено значение за лечението на емоционални и други симптоми на психични разстройства. Съвременната психофармакология обаче е изправена пред концептуални и морални предизвикателства, произтичащи от безпрецедентното развитие в сферата на неврологията и културния анализ. Откритията в бурно развиващата се област на неврологията се използват все повече с цел да се оспорят философски диспути, а понякога с цел разработване на амплиативни подходи. Дисертацията е разделена на пет глави с оглед повече яснота. В първа глава се дискутира концепцията за психичните разстройства. Изказва се предположението, че тази концепция е уловена най-добре в рамката на съвременното амплиативно разбиране за психичното състояние, подчертавайки нормативното като неразделна част от описанието. Втора глава разширява обхвата на първа глава, като разглежда възможностите за добавяне на стойност в психофармакологията. В трета глава е заложен контрастиращ подход, за да се разгледат традиционният психофармакологичен метод и методът на психотерапията. Четвърта глава се стреми да разгледа понятието за „аз“-а и връзката му с психотропните вещества. В пета глава изследвам практическото приложение на резултатите от настоящия проект. В целия дисертационен труд запознавам читателите с някои от основните аргументи за необременената с ценности психофармакология и тази, натоварена с ценности. Използвам заключението за утвърждаване на превъзходството на „Аз-емпиричното“ в диагнозата за психичното здраве, тъй като застъпвам концепция за „аз“-а отвъд редуционисткото описание.

Следваната траектория в настоящия труд е разглеждане на нормативните, емпиричните и концептуалните въпроси в психофармакологията и психиатрията. Континенталната философия и аналитичната философия ни помагат да хвърлим повече светлина върху това, което пред-

ставява дадено психично състояние. Умишлено избрах тези два подхода в моя труд, за да покажа, че консолидирането им носи богат потенциал, който може да се използва при разглеждането на философски въпроси, възникнали вследствие на бурното развитие на модерната психофармакология и психичното здраве. В целия труд представям доказателства както от аналитичната, така и от континенталната традиция. Реших да не използвам един подход, който има превес над другия; вместо това се позовавам на различни трудове на представители на континенталната и аналитичната мисъл, за да разработя съвременно амплиативно разбиране за психичното състояние (contemporary ampliative understanding of mental condition, CAU). Този принос има голямо значение, за да ни помогне да идентифицираме натоварената със стойност и обвързана с теория същност на психичното състояние, и да твърдим, че описанието му е отвъд границите на есенциализма. Поставям под въпрос възможността доказателствата, предоставени от неврологията, да се използват за разглеждане на философски въпроси.

„Аз“-ът и психотропните вещества

Реших да използвам приетите във философията доказателства, които сочат, че ние сме такива, каквито сме, благодарение на взаимодействието ни с околния свят, а връзката ни с него посредством нашите тела играе определена роля, за да е възможно това взаимодействие – нашето „аз“ е въплътено в сензомоторика и афективни невронни вериги. Освен това имам възражения срещу концепцията за „аз“-а, изразяваща се в контрол на божественото - според нея субект А, желаещ да прибегне до психофармакологична процедура, за да се справи с дадена психическа болест, би сметнал подобна концептуална експликация за безполезна. Така например понятието за „аз“, предложено от Малбранш, е в основата на проучванията на метафизичните причини, но самото то не дава обяснение за „аз“-а, който търси лек за симптомите на емоции, свързани с разстройства. Никола Малбранш поддържа радикална теза за „аз“-а, който е неспособен на причинно-следствена активност. Според Малбранш, Бог е този, който внезапно се намесва в момента, в който „аз“-ът реши да действа, за да позволи на това действие

да се случи. Терминът за това е „оказионализъм“ и ако аргументите му се приемат, то тогава понятието за „аз“ би се изразило в предетерминиран „аз“; това вероятно не е така, защото неврологията привежда доказателства, че специфичната биологична активност предполага каузална репрезентация. Аспектът на неговата философия, който според мен философите ще намерят за интересен, е в тази област, където трудовете му застъпват идеята, че не съществува непременно връзка между телата, която да даде ясно и точно описание на метафизиката на каузалността. За да разберем „аз“-а при настъпване на безволие (акразия), ни е необходима идеята за „аз“-а отвъд редукционизма. Предлагам реконструкция на един „аз“, който е въплътен. Свеждането на съществуването до обикновени биологични състояния не е в услуга на „аз“-а, като се има предвид, че светът съществува отпреди съществуването на „аз“-а. Разбирането на нашата същност е изключително обвързано с нормативното ни разбиране за вселената. Не мозъкът е този, който разбира, а цялото ни „бъдене в света“. Нашето разбиране не е просто състояние на мозъка, а опитът ни в света. Това разбиране за света ни дава както свобода на действие, така и ни ограничава относно нещата, които могат да се свършат. За Хайдегер разбирането е проекция на възможностите, т.е. когато възприемаме възможните начини, по които нещата могат да се използват, това внася допълнително значение и интерпретация, която разширява разбирането за нашата същност. Нашето съществено състояние на „бъдене с другите“ ни дава представа за съществуването на другите. С други думи, чрез ангажирането ни с нашия свят, другите насъщни битиета (*Dasein*) вече са включени в разбирането ни за света и предразположенията ни спрямо него. Според Хайдегер нашето разбиране произтича от споделените ни разбирания, норми и поведение. Разбирането на „аз“-а в света е неговата идентичност. В този контекст, появата на Б, който разбира себе си в даден свят, е в рамките на свободата на „аз“-а като същество. Един забележителен отговор на въпроса на Хайдегер за света ще звучи като рефлексии, добавящи различна гледна точка към тази на „аз“-а, фактологичността на оп-

ределени събития оформят разбирането ни за вселената. За да може А да разбере новата същност на Б, този подход трябва да се приложи; субстанцията преживява, така да се каже, от своите качества и съотнасянето ѝ към определени случаи, като така се появява ново значение.

Науката и промяната на силата

Споменавам също така, че информация от биологичните науки трябва да постъпва и към други аспекти на медицината – в частност общата медицина. Тук обаче става въпрос за човешки ценности и трябва да съществуват подходящи политики за обществено здраве, които да контролират пусканите на пазара лекарства, тъй като даден субект с определен паричен интерес би могъл да не е склонен да реализира на пазара животоспасяващи лекарства. Затова е необходим подходящ контрол, осигуряващ баланс между печалбата и здравните грижи. В моя труд очертавам и ситуация, при която на пазара се пускат лекарства без необходимия контрол. Давам пример с повтарящ се случай в медицината: съвсем неотдавна едно разпространено лекарство, използвано за балансиране на кръвното налягане с цел предотвратяване на сърдечна недостатъчност, причини безпокойство сред потребителите. Производителят изтегли от пазара въпросното лекарство в повече от 20 държави поради рисковете, които носи. Установи се, че лекарството би могло да причини рак. Валсартан/Хидрохлоротиазид филмирани таблетки се изтеглят, защото не отговарят на необходимия праг на качество.

Въпросът, който обществото вероятно би задал, засяга следното: преди всичко, как лекарството е стигнало до пазара? Европейската агенция по лекарствата заявява, че рисковият примес се дължи на процеса на разработка на лекарството. Американската агенция за контрол на храните и лекарствата (FDA) също е уведомена за изтеглянето от пазара. Примесът N-нитрозодиметиламин (NDMA) е органичен химикал, принадлежащ към групата на мощните канцерогени; по думите на Министерството на здравеопазването и социалната политика на САЩ, високите нива на излагане на въздействието му може да причини увреждане на черния дроб и затова този примес се класифицира като вероятен човешки канцероген. Актът на

пускане на медикаменти без подходящо изпитване повдигна много етични въпроси, а това подтикна учени, пациенти и застъпнически групи към критики на подобни действия: индустрията финансира най-вече рандомизирани, контролирани изследвания на психотропни медикаменти. Както споменавам в труда си, годишните печалби възлизат на милиарди. Твърди се, че неутралният поглед, очакван от изследователите, се гледа под микроскоп спрямо финансирането, което получават от индустрията. Това не води ли до наличието на политическа система, създадена от хората като защита от подобни проявления? Последствията от този неясен процес могат да са пагубни за обществото като цяло.

В своя труд отбелязвам, че споделеното ни разбиране за наука може да бъде командвано от определени индивиди в полза на техните враждебни скрити цели. Това, по думите на Джим Бърли (Jim Birley), е отговорно за злоупотребите в психиатрията по времето на нацистка Германия. Неговото проучване за експлоатацията в психиатрията по времето на нацистка Германия регистрира 300,000 хиляди стерилизирани души и над 100,000 убити само в Германия, както и още хиляди в източна Европа. Такова враждебно действие е възможно само защото определена група си присвоява научни постижения, затова и посоченият от Фуко казус е превантивна мярка, тъй като съм убеден, че едно отворено психично здравеопазване, отразяващо разнородни ценности, вероятно ще защити повече пациентите и гражданите, уязвими към злоупотреби. Споменавам също така, че разнородните ценности при диагностицирането на психичното здраве не би трябвало да се разглеждат като проблемни, защото разделянето и противопоставянето на ценностите от психофармакологията не е спомогнало за каузата ѝ.

Балансиране на ценностите

С цел хармонизиране на разнородните ценности в диагнозите, философията е подходяща за разглеждане на концептуалните въпроси. Това е видно в случаите когато философите призовават към защита на безгласните хора – а те в психофармакологията са потребителите на услуги. Пътят към решението на този въпрос е връщането на нормативните елементи в

психофармакологията. Това може да се счита за прелюдия към съвременното амплиативно разбиране на психичните диагнози и опит за възпрепятстване на субективното от обективното в психофармакологията. Показвам, че в това уравнение има грешка. Това повдига въпрос в психиатрията - как е възможно метафизично да се отстрани субективния опит от обективния? Постигането на детайлно разбиране за това е възможно, ако се обърнем към систематичността и към онзи набор от философския корпус в областта на структурните норми, който управлява нашето битие, за да формулираме кохезивно разбиране. Въвеждам понятието „съременно амплиативно разбиране за психичните състояния“, което е основано на емпирични факти и на нормативното, като двете са синхронизирани симетрично. Моралните въпроси, които психофармакологията повдига, според мен не са позиция, на която медицинският модел на психофармакологията да не може да отговори. Излагам пречките още в началото, за да обясня, че психичното състояние е епистемичен етап, необходим за постигането на съременно разбиране за това какво представлява психичното разстройство. Твърдя, че може да се постигне съгласие в създаването на централни норми за психично състояние чрез прилагане на съременно амплиативно разбиране – сложна методология, която използва информация от науката в съзвучие с нормативната обществена структура. Целта на съвременното амплиативно разбиране за психичните състояния е да вземе предвид конфабулациите, които могат да присъстват при тези състояния. Един картезиански подход към структурата на специфично психично разстройство като например това, свързано с хазартните игри, е неубедителен, а картезианските доказателства може да са трудни за улавяне и асимилиране при илюзорното описание на халюцинациите, които също са белег на определени психични състояния. Едно редуccionистично описание на психичното състояние, наблягащо изключително на биохимичните структури в случая с хазартните разстройства - т.е. обяснение на интенционалността на субектите при участие в чисто физически свойства - няма да е в състояние да идентифицира локуса на действията, проникнали в обществените нагласи и цялостния обществен консенсус. Трябва да поясня, че целта на моето съременно амплиативно разбиране (CAU) за психичните състояния не е да изключи

емпиричните доказателства – напротив, те са от основно значение за него. Обаче решенията, основани само на мозъчната дейност, не предлагат безпроблемно описание, съчетаващо многофакторните елементи при психичните състояния. Ключовите аргументи на Сас при демитологизирането на психичните заболявания търпят критика заради твърдата му позиция относно концептуалното разбиране за психично състояние. Липсата на ясно определени патологични пътища при някои психични състояния не би трябвало да е условие за определяне дали дадено психично разстройство е такова. Както споменавам в моя труд, смятаме дадено състояние за болест или заболяване без ясно посочено етиологично описание; пример в това отношение е етиологичното описание на мигрената. Би било отвратително да откажеш помощ на тийнейджърка, страдаща от анорексия, или на човек с тежка депресия. Разбирам, че Томас Сас иска да подчертае моралния аспект на психичната диагноза, да предоврати злоупотребите в психиатрията, които се извършват по цял свят. Все пак е прав да защитава моралните измерения, присъстващи при психичните състояния, когато диагностицираме определени психични разстройства, защото някои от тези диагнози са поведенчески – опитът на пациента от личната му гледна точка срещу гледната точка на практикуващия специалист.

В настоящия проект дискутирам казуса на индивид А, който след прием на психотропни медикаменти се превръща в индивид Б, който приема новооткритата си същност Б и настоява новия Б да бъде приет, ако лечението е в подходяща среда. Пример в това отношение е случаят на предписване на Риталин на пациенти, страдащи от хиперкинетично разстройство с нарушение на вниманието (ХРНВ), с цел да им помогне да се фокусират – ако това се случва в клинична среда, да бъде одобрено. В този случай и по принцип, това би се сметнало за добро лечение, докато случаят с пациенти, които са малтретирани от интимния си партньор и смятат, че ще станат по-годни за обич ако променят чертите си, е вече в сферата на психофармакологичните подобрения (т.нар. „schmoctering“). Освен това хирургическата намеса с цел човек да изглежда като холивудска звезда (в нигерийската филмова индустрия) също спада към психофармакологичните подобрения. Моят труд защитава пациента и практиката на душевното

здраве, а предоставянето на психотропни медикаменти на пациенти, страдащи от психично състояние би се сметнало за полезно, защото идеята за „аз“-а в настоящия труд е съвместима с рамката на съвременното амплиативно разбиране за психичното състояние. Тази идея подкрепя случая с индивида А, който става Б след прием на психотропни медикаменти, едновременно с пациенти, съгласили се да приемат такива медикаменти с цел да подобрят влошеното си разположение поради минали семейни проблеми – генотип, който е съвместим с реакцията към селективните инхибитори на обратното захващане на серотонин (SSRI) – и вярват, че медицинското лечение ще ги накара да се почувстват по-добре по отношение на себе си, а ако процесът на диагностициране е основан на науката и е в рамките на подходящите норми, то фармакотерапевтичните процедури би трябвало да се считат за приемливи.

Обаче задаването на параметри за хомеостатичния и алостатичния модел става трудно когато участват разнородни ценности. Въпросът кой подход да се използва когато се приема психотропен медикамент извън терапията е труден – въпрос, с който Питър Крамър се бори в „Да слушаш прозак“. Той се опитва да очертае разделителната линия между приема на психотропни медикаменти при терапия и извън терапия, и да разбере причината за решението на свои пациенти, които искат да продължат да вземат медикамента след като вече са заявили, че нямат психическо заболяване. В „Да слушаш прозак“, пациентите на Крамър искат да продължат с психотропните медикаменти извън фармакотерапевтичната процедура. Според него молбата да продължат с прием на хапчето се заражда още докато пациентите са на лечение с прозак или флуоксетин. Пациентът харесва новооткритата си същност и се предполага, че след като се чувства все по-добре, продължаването на хапчетата извън терапията ще му помогне да задържи новата си личност. Така психофармакологичната процедура е подобрила начина му на живот.

Някои пациенти, които смятат себе си за необщителни, стават по-социални, а по-неуверените придобиват увереност. Накратко, пациентите забелязват подобрене отвъд психичното си състояние. Моралният въпрос, с който се бори Крамър, е как да се заложи подходящата

употреба на хапчетата извън терапевтичния контекст. Така например, бихме могли да кажем, че даден човек с ограничения в социалното си поведение може да се нуждае от психотропни медикаменти, а същевременно друг с агресивни наклонности в социалното си общуване също да се нуждае от тях, за да се успокои. Това отново ни води до въпроса чии метафори използваме, за да определим кога да се приемат психотропни вещества извън контекста на психичното здраве, като имаме предвид, че социалното поведение варира при отделните индивиди. Участващите разнородни ценности могат да доведат до това, че виждаме различна версия на събитията; новооткритата личност на индивид Б след прозак може да се окаже не толкова сговорчива с другите. Възможно е и новата личност Б след лечението с прозак да носи ползи на пациента в определени ситуации.

Трудността на оценката на подобрената ситуация е проблем в смисъл, че не е меродавно да кажем, че интровертната същност е подобрена версия на екстровертната същност в личностен смисъл и обратно. Веднъж попитали Зигмунт Бауман в интервю защо винаги е толкова песимистичен в творбите си, а той отговорил, че би било ужасно 24 часа да си в състояние на щастие. По-задълбочен поглед към това твърдение ще ни разкрие, че някои от нас постигат проникновено разбиране за същността си само когато се озовем в нежелано състояние. Това богатство и дълбочина може да ни се изплъзва в състояние на вечно щастие. Трябва да кажа, че Бауман използва в работата си този подход, за да предизвика промяна - тъй като несигурността поражда тревожност, са необходими нови подходи, за да се справим с предизвикателствата на несигурността. От друга страна, борбата на Крамър с пациентите принадлежи към сферата на автентичността. Пациентите му са вярвали, че естественото им „аз“ – това, предшестващо етапа с психотропните медикаменти – е безполезно за тях, причинявало им е проблеми и е влошавало състоянието на съществуването им. Молбата да използват прозак след терапията, за да поддържат истинското си „аз“ (съгласно описанието на някои пациенти) повдига въпроси за автентичния „аз“, защото употребата на психотропни медикаменти може да подкопае автентичността на определени индивиди.

Както твърдя в моя труд, взаимодействието между „аз“-а и околната среда може понякога да повлияе обезсилващо на емоциите ни. Някои от нас биха искали да изпитат скръб от загубата на скъп член на семейството и отдалечаването ни от реалността с идеята, че психотропните вещества ще ни помогнат да не изпитваме това определено чувство, би могло да се сметне за противоречащо на интуицията, тъй като чувството на скръб е част от човешкия когнитивно-афективен процес. Следователно е неоправдано да смятаме, че психотропните медикаменти биха накарали тази емоция да изчезне.

Подобен случай на употреба на психотропни медикаменти извън терапевтичния контекст е свързан с риталин. За риталина се твърди, че подобрява концентрацията и фокусираността при възрастните пациенти. Ако се позовем на резултатите от проучванията на Мичиганския университет, в едно издание на „Журнал за наркотична и алкохолна зависимост“ се посочва, че злоупотребата с психотропни субстанции – например медикамента риталин – започва на крехката възраст от 16 г. и е по-разпространена сред подрастващите на възраст 16-19 г. Риталинът е също така популярен сред студентите, които купуват лекарството по незаконни канали. Има и случай, при който тийнейджъри се преструват, че страдат от ХРНВ, за да се сдобият с рецепта за риталин. Много е важно да се отбележи, че неподходящата употреба на психотропни лекарства извън психофармакологична среда може да е вредна за пациентите, защото би могла да доведе до пълна промяна в емоционалното обработване и социалното поведение при нормални пациенти, като е възможно те да не осъзнават тези промени. Както става ясно в настоящия труд, предписването на психотропни медикаменти изисква нюанси и прилагане на по-сложни модели, включващи подходящи норми и начини на измерване при вземането на клинични решения.

Тази трудност се подчертава и от Марк Рего (Mark Rego) в описанието му на по-важните социални и психологически последици от медицинското лечение. Той твърди, че липсват солидни доказателства за това, че прилагането на селективни инхибитори на обратното захва-

щане на серотонин при здрави пациенти подобрява здравния им статут. Ясно е, че в тази конкретна област са необходими повече изследвания и наблюдаваният напредък в геномиката сочи, че сме на прав път. Важно е да се отбележи, че видимият успех в геномиката е по-скоро в областта на модифициращите заболяването лекарства в общата медицина. Опитите на клиничните психофармаколози да екстраполират данни от животински модели продължават, но напредъкът е бавен. Пречката, която забавя процеса (както отбелязва Дейвид Нат и колектив), е отсъствието на подходящи резултати от животинските модели – това затруднява екстраполирането на данни, защото ефективното използване на резултатите при животните не е лесно при хората. Тези автори виждат вероятното бъдещо развитие по-скоро в областта на модифициращите заболяването лекарства в общата медицина, отколкото в областта на невропсихиатричните заболявания. Според тях, ако сходни животински модели могат да бъдат използвани за други когнитивно увреждащи невропсихиатрични състояния, ще се постигне напредък в тази област. Тази сложност, свързана с ефектите, вероятно се дължи на индивидуалните особености на пациентите. Това научно ограничение се забелязва и в психофармакологията – при липсата на разбиране за фармакогенетичните предиктори или присъствието им, може да е трудно да се предвиди ефектът от определено психотропно вещество върху пациента преди лечението, а в определени случаи резултатът става ясен след предписанието.

Търсене на отговори от средата

Изследванията обаче подчертават значението на „аз“-а и средата. Специфични генетични варианти, асоциирани с определена среда, дефинират установени точки в няколко невронни вериги. Тази констатация отговаря на идеята за „аз“-а, описана в настоящия труд. Както сочат доказателствата от изследванията, става ясно, че не можем да екстраполираме общите данни от изпитванията с психотропни медикаменти и да приемем, че всички индивиди реагират на едно и също лечение. В случая с пациенти шизофреници например, до момента не е

възможно да потвърдим, че увеличаването или намаляването на мозъчната активност в специфични зони на мозъка представлява подобрене или влошаване (нормално/анормално). В някои случаи изследванията сочат увеличена активност в префронталния кортекс, в други - занижена невротична верижна реакция. Отличителната природа на индивида и обществената нормативна структура със сигурност имат роля за разбирането на психичните състояния. Тази посока на аргументацията цели да покаже, че хората не изживяват психичните състояния по един и същ начин. Това се вижда в Диагностичния и статистически наръчник на психичните разстройства (DSM), който приема културните елементи като част от характеристиката на психичното състояние. Как точно се случва това взаимодействие със средата и нормите е предмет на допълнително проучване – т.е. задълбочено обяснение и разбиране за химическото взаимодействие на тялото с обществената нормативна среда.

Кенет Кендълър подчертава тази сложност на психиатричната генетика – колко комплексно е взаимодействието на нашите гени със средата. Основополагащият пласт, който води до това твърдение, вероятно е свързан с множеството ценности, участващи в душевното здраве и специфичната среда. Докато продължаваме да използваме контролни опити с цел да калибрираме ефекта на психотропните медикаменти, задължително трябва да включим и индивидуалистичната природа на човешката същност в клиничните ни оценки. Диспозицията на структурата на нормативните измерения е от съществено значение, ако целта ни е да разкрием скритото значение на нашето разбиране. Част от това разбиране е да дадем глас на онези, които се чувстват безгласни и недостатъчно добре представени в екосистемата на нашето здравеопазване. Забелязваме, че приложението на здравната икономика за финансиране на изследвания не е подходящо, имайки предвид факта, че на хората с психични състояния не им се чува мнението заради стигмата, придружаваща тези състояния.

Статистиката не показва непременно точния брой хора с психични проблеми. Статистическите данни водят до заделяне на малко ресурси от политиките в областта на изследванията на психичното здраве. Освен това разбирам, че алгоритмичното понятие за „аз“-а предлага

еднопосочно решение, а когато това стане, ценностите биват изключени от клиничната оценка. Човек би могъл да каже също така, че козметичната психофармакология спомага за разрастването на неавтентичността и се намесва в разбирането ни за нашата същност, така че би било подходящо да работим в спектъра на истинския ни „аз“, което е по-съизмеримо както с последните теоретични разбирания за субективността, така и с предизвикателствата, породени от възникващите биотехнологии. Очевидно е, че новите технологии изискват нови измерения на мисълта, а тъй като обществото ни става по-плюралистично, са необходими алтернативни решения, които да помогнат на нуждаещите се субекти. Друг блокаж, на който може да попадне човек, са търканията в биосемантиката, като се има предвид, че предпочитаните черти от еволюционния подбор могат да дадат дефекти в дизайна и това е очевидно при хората. С оглед на тези дефекти, подобренията с цел коригиране чрез способите на подходящо предписване на психотропни медикаменти е твърде вероятно в светлината на напредналите технологии и психофармакологията.

По аналогичен начин, намираме за приемливо пациентки да вземат фолиева киселина по време на бременността с цел предотвратяване на дефекти на невралната тръба (ДНТ), спина бифида и аненцефалия, и това днес се счита за добра лекарска практика. Както отбелязах, напълно еволюционната теория и алгоритмичният вид подход не дават пълноценни решения когато са намесени разнородни фактори. Както ще видят читателите, подлагам на критика свръхоптимизма на обществото по отношение на психофармакологичните резултати, но подчертавам значението на психотропните медикаменти за тези, които не нуждаят от тях. Трябва да сме отворени към емпиричните резултати в психофармакологията. Състоянието на психично здраве е сериозно състояние и тези, които търсят лечение, трябва да могат да го получат според потребностите си – психотропното лечение в случая с индивид А, илюстрирано в настоящия труд, може да е от полза. Индивид А казва, че с помощта на психотропните медикаменти се появява Б, а Б се смята за истинския „аз“. На мнение съм, че в определени ситуации употребата

на психотропни медикаменти с цел подобряване на начина ни на живот е допустима и съвместима в рамките на съвременното амплиативно разбиране за психичното състояние, а опитите да се използват такива медикаменти с цел да се направи негодна част от това, което представлява нашата човешка природа, повдига сериозни обществени проблеми – т.е. психотропните медикаменти, разглеждани като еликсир.

Сближаване на разнородните ценности

Много е важно също така да се развие стоицизъм спрямо това, което животът ни поднася, като например дефектите и индивидуалистичната същност на „аз“-а. Необходима е допълнителна работа, за да продължат постигнатите успехи в психофармакологията. Тъй като тя продължава да напредва, новите открития трябва да адресират философските въпроси, залегнали в основата на идеята за „аз“-а и психотропните вещества. Усвоеният подход в настоящия труд подчертава значението на ценностите и на емпиричните доказателства в процеса на вземане на клинични решения. Аз също разбирам ограничението, поставено върху ценностите, но смятам, че можем да разширим ценностите си, представяйки примери за това как сме успели да ги променим в хода на историята. Някои от днешните предизвикателства нямат прецедент, така че екстраполирането на данни с цел разглеждане на непосредствено належащи въпроси може да не е вариант за хората, вземащи клинични решения. Така например, едно плуралистично общество би предполагало културна промяна вътре в него и наличие на политики, които да приобщават другите сред нас. Споменах, че пациентите с психични състояния са склонни да крият това поради стигмата, с която хората свързват тези състояния. Отвореното психично здраве, т.е. изследвания за и с участието на обществото, вероятно ще допринесе за премахването на стигмата, а едно добре информирано общество вероятно ще се противопостави на злоупотребата в медицината и ще утвърди правата на пациентите. В светлината на всичко това споменавам, че интроспективният „аз“ може да греши, а реалността на хората може да е фалшива когато научната им истина е превзета от враждебна власт; присъствието на

сведущи граждани сред нас би предотвратило допълнителни злоупотреби в медицината – гражданите трябва да знаят, че властта на хората е по-голяма от хората на власт. Причината за горното е медицинският факт, че само решенията при клинични оценки карат пациентите да сътрудничат волю-неволю, а върху им се налагат ценностите на другите. Съвременното амплиативно разбиране за психичното състояние призовава към признаване на индивидуалистичната същност на „аз“-а по време на клинични оценки, защото става ли въпрос за хора, са намесени и ценности, а това може да убягва на всички участници.

Рамката на съвременното амплиативно разбиране подхожда на межкултурните изменения на мисълта, отчитайки промяната в конструкцията на нашето общество. Това межкултурно разбиране намира израз в класификацията на диагнозите според Диагностичния и статистически наръчник на психичните разстройства. Както читателите навярно помнят, една от целите на моя труд е да повиши осведомеността за психичното здраве, като по този начин промени гледната точка на хората с психически състояния. Начинът ни на разглеждане на психичното състояние може да е част от процеса на излекуване – тоест, премахването на етикета съществено допринася за процеса на възстановяване. Позицията ми да подчертая централното място на субективните ценности в диагнозата би могла да индикира, че искам да позиционирам човешките ценности с предимство пред науката; твърдя, че целта ми е да ги представя симетрично при вземането на клинични решения. Премахването на ценностите при положение, че става въпрос за хора, е просто несъвместимо с концептуалното ни разбиране за свободно общество. Можем да постигнем позиция на конструктивен процес на вземане на решения, ако сближим разнородните ценности секвенциално в стойностно и емпирично отношение. Това ще намали възможността да налагаме нашите ценности на другите. Пак казвам, злоупотребата в медицината се дължи на повторението на минали грешки, затова е важно да се въведе подходящ механизъм, който да проверява структурите на властта. В много случаи чувам, че посоката, която трябва да следва обществото ни, е тази на равноправие в здравеопазването, а подобна

позиция не можем да постигнем с прилагане на несправедливи политики; затова справедливостта в грижите ще наложи да диверсифицираме различните управляващи структури с помощта на учени, защитници на потребителите на услуги, адвокати, лидери в общността и философи. Постигането на заложените цели ще изисква морална ангажираност на членовете на тези структури с каузата. Отвореното общество се нуждае от отворени решения; прозрачността си остава един от начините за премахване на стигмата от психичните състояния.

В началото на моя труд, както са забелязали читателите, се озоваваме във вихъра на дефинирането на централните норми за психично състояние. Представям съвременното амплиативно разбиране за психичните разстройства от аналитична и феноменологична гледна точка. Специално при психичното здраве, ябълката на раздора винаги е била значението на понятията за психично здраве; съществува консенсус с фактите. Освен това, какво е значението на ценностите ни? Чии метафори използваме, за да опишем ситуации, при които примерно има недоброволно лечение? Ричард Хеър се опитва да реши проблема с диагнозата, присъщ на психичното здраве. За него елементите на оценка и преценка в концептуалното описание на заболяването са убедителни и не подлежат на дебат. Хеър вижда активността на философите в психофармакологията в сферата на моралните думи, защото концепцията за заболяване вече е установена; трябва да кажа, че емпирикът би отговорил, че нищо в науката не е установено завинаги и че откритията просто чакат да бъдат заменени с нови теории. Най-добрият начин да се стигне до най-доброто решение при спорове е да се използва логиката на моралните думи съвместно с ценностите на другите. Хеър представя разумни доводи как да се тегли чертата на съгласието. С две думи той казва, че обществените конструкции, основани на обществен консенсус, са най-добрият начин да се върви напред. Обяснява, че за да може дадено състояние да оправдае нашата грижа и внимание, то зависи от процеса на рационализиране от гледната точка на участващия индивид и на другите.

От гледна точка на доброволното лечение, Хеър казва нещо много вярно – тоест, очер-

тава значението на ценностите в медицината. Твърди обаче, че случаят с недоброволното лечение трябва да се разглежда консенсусно: ако хората с психични разстройства са опасни за обществото, има смисъл да бъдат отстранени от него с цел то да бъде защитено. Това отново ме връща към твърдението, че консенсусът за справедливост в предоставянето на грижи не се равнява на справедливост. Понякога сме склонни да мислим и да вярваме, че гласът на мнозинството представлява справедлив глас. Показал съм случаи на злоупотреба с индивиди в медицината, особено в психиатрията, при които интервюираните лица са били затваряни от практикуващите лекари заради това, че са изразили различно мнение. Разбирам желанието на Хеър да търси съгласие от общественото съгласие, но това не винаги предлага най-добрия подход към дадена медицинска дилема. Но случаите на злоупотреба в медицината показват участието на значителен брой медицински персонал и учени във враждебни действия, а доста мислители през този период се озовават на синекурна длъжност, т.е. ролята им се свежда до това да са говорители на хората на власт. Не мога да се съглася с хода на действие, който Хеър предлага да усвоят експертите когато определят ценностите на пациентите и лекарите. Не можем да приемем, че общественият консенсус е достатъчен, но ще добавя, че е необходим.

Компетентното общество по определена тема може да е много полезно, но за жалост в нашата демокрация сме виждали достатъчно фалшиви проповедници, които се домогват до властта благодарение на зле информирани граждани; по тази причина не можем да се съгласим, че обществената преценка трябва да е лакмусът за определяне на ценностите. Както е видно в целия ми труд, диагнозите за психичното здраве съдържат разнородни ценности и затова решението на Хеър не е в състояние да отговори на предизвикателствата, поставени от философските измерения на психофармакологията и психичното здраве. Затова оценката на психичното здраве, направена единствено въз основа на общественото съгласие, където разнородните ценности са очевидни сами по себе си, увеличава вероятността от злоупотреба в медицината. Правилният процес, определен със закон, не е адекватен, защото само фактът, че нещо е законоустановено, не го прави хуманно и съпричастно, а пренебрегването на човешките ценности може

да е плашещо за участващите страни. Както ще стане въпрос по-нататък, важно е всички участници в терапевтичната среда да разполагат с инструменти, съизмерими с предизвикателствата на напредналата наука и технологии, и е задължително между нас да разпознаваме личностното в личността и ценностите на другите хора.

Данните и статистиките не обхващат тревогите на малцинството в едно плуралистичното общество и това важи също така за пациентите с психични разстройства, които не смеят да изразят мнението си поради стигмата на психичното им състояние, като подчертавам несправедливостта на икономиката на здравеопазването като утилитарно пресмятане. Освен това дискутирам злоупотребата в психиатрията, базирана на управлението на мнозинството; видимо е, че подобни проявления навлизат в медицинската практика заради дисбалансирана политическа сила, некачествено обучение на медицинските професионалисти и неинформирани граждани, които се оказват в състояние на безгласност. Важно е да се отбележи, че западните нации не са изключение, защото и там има случаи на злоупотреба в обществата. Винаги се наблюдава една обща черта при систематичните случаи на злоупотреба с психичното здраве – координация между определени индивиди, които под шапката на науката диагностицират тежки психични разстройства, за да контролират различаващите се мнения; така че злоупотребите не са възникнали поради появата на ненаучни твърдения, а по-скоро на базата на твърдението, че доказателствата за тях са подкрепени от стабилна емпирична наука.

Тези прояви на злоупотреби, изпитани от гражданите на подобни нации, не са влошили състоянието на науката в областта на психичното здраве; както читателите вероятно помнят, съвременното амплиативно разбиране признава значението на тази наука и за да се предотвратят тези прояви на злоупотреби, смятам за целесъобразно да има сближаване на ценностите в психофармакологията. Целта не е да се представи решение с един-единствен подход, а да се насърчи приобщаването на ценностите на безгласните сред нас в нашите политики, засягащи медицинските решения. Различни мислители от нашето поколение призовават към разширя-

ване на медицината с оглед тя да обхване нови предизвикателства при плуралистичните общества, където – както отбелязвам – е очевидно властването на разнородни ценности, и където е изключително важно да се признаят межкултурните знания, които могат да помогнат на доставчиците на грижи и практикуващите специалисти в сферата на услугите да вършат работата си възможно най-качествено – а отправната точка за това е взаимното уважение. Не могат да бъдат пренебрегнати и ограничените аспекти на разбирането. Чувал съм, че повторението на събитията е космическа проява, но злоупотребите в медицината, които вредят пряко на пациентите, не са хиперболи, а повечето случаи на злоупотреби са повтарящи се събития. Джеймс Дюбоа (James Dubois) и колектив представят едно хоризонтално изследване, при което статистически се анализират 280 случая в САЩ в периода 2008-2016 г. Изследването е за сериозни медицински нарушения като например сексуално насилие, неподходящо предписване на опиоиди, ненужна хирургическа намеса. Резултатите показват, че почти всички изследвани случаи се повтарят. Следващият въпрос, който човек би могъл да зададе, е какъв е проблемът със съществуващите рамки, даващи насоки в медицинската професия. Читателите са забелязали, че при отсъствието на добър баланс между ценностите и емпиричните доказателства, границата на психофармакологичните подобрения непрекъснато се пресича. Важно е лекарите задължително да знаят кога да теглят чертата и да кажат на пациентите си „НЕ“. Клиницистите попадат в този капан когато поставят твърде силно ударение върху емпиричния факт и пренебрегват ценностите. В повечето случаи те се стремят да направят това, което трябва да се свърши, вместо да се постараят да видят какво е конструктивното решение в дадената ситуация, където е необходимо да се заложи симетрия между контекста на ценностите и този на фактите.

Категоричният подбор на емпирични факти без баланс с контекстуалното естество на ценностите, съдържащи се в диагнозата, може лесно да излезе от контрол и да доведе до злоупотреба в медицината. Изцяло медицинските решения в психиатрията наистина скриват важни нормативни фактори, които са част от самата диагноза. Липсата на баланс с ценностите е сред факторите, които предразполагат към злоупотребите в медицината, на които сме свидетели. За

ужас на обществото, тези злоупотреби подкопават медицинската професия – да не забравяме, че спечеленото доверие подобрява положителната връзка между лекаря и пациента, която на свой ред може да породи положително плацебо по време на лечението. Както споменавам навсякъде в моя труд, проектът ми защитава пациента, психиатрията, емпиричните доказателства и ценностите. Съвременното разбиране за психичните състояния ни казва да спрем за секунда и да не се втурваме към преждевременни заключения; тъй като сме свидетели на непрекъснато развитие на технологиите, може с основание да смятаме, че е необходима нова оценка, за да се справим със затруднението, в което сме се озовали. По подобен начин, една нова обществена структура – особено плуралистична такава, разпространена из цял свят – включва приобщеност и нови морални измерения, затова и призивът към моралните аспекти на психофармакологията не е пресилен при клиничната преценка. Продължаваме да виждаме такива злоупотреби глобално, а когато се случват, се дължат на небрежност, която би могла да се избегне чрез обучение и различни усилия.

Психофармакологията се нуждае от философията

Настоящият проект има за цел да подобри осведомеността за предизвикателствата на психичното здраве на обществото, практикуващите специалисти в тази област и политиците, защото едно компетентно общество със сигурност помага за премахването на стигмата, асоциирана с психичните разстройства. В моя труд дискутирам афективната природа на нашите емоции; имам предвид, че разбирането на чувствителността и убежденията на пациента не е лошо само по себе си, обаче тълкуването на гледната точка на пациента може лесно да се обърка, тъй като нашият счупен „аз“ може да проектира образ, податлив на погрешно тълкуване. Този вид разминаване в схващанията е разпространен при грижата за психичното здраве: една медицинска сестра може да смята, че страдащият от депресия пациент трябва да бъде хоспитализиран, а пък пациентът би могъл да гледа на това като на временно състояние на психиката, което ще

се подобри в кратък срок. Счупеният „аз“ има трудности с цялостното описание на субективния опит. Казвал съм, че не можем винаги да приемаме субективния опит така, както изглежда на пръв поглед; извършването на нещо от гледната точка на счупения „аз“ може да доведе до релативизъм и до това, че всичко е позволено, стига да разбираме гледната точка на пациента. Тази посока на мислене може да е опасна за пациентите, ако ценностите им не са добре балансирани и разбрани.

Видно е, че този подход е проблемен от гледна точка на пациента – някои илюзии, от които страдат пациентите, произтичат от гледната им точка, че са психологически добре. При психотичните разстройства като например илюзията за преследване, загубата на рационалност и разсъждение понякога е белег на разстройството – пациентите си въобразяват, че нещо ги дебне и заплашва – следователно, проверката на нещата от гледната точка на пациента може в този случай да е опасна за него. Както става ясно в моя труд, потребителите по принцип са отворени към лечение с психотропни медикаменти, но един аспект на лечението ги притеснява – пренебрегването на ценностите им по време на психофармакологичната процедура. Твърдението, че субективният „аз“ е психотично некохерентен, изисква категоричен подбор на емпирични данни при балансиране с контекстуалното естество на нормативните структури, участващи в диагнозата. Липсата на баланс между ценностите и нормите е един от факторите, които предразполагат към злоупотребите, които сме виждали в медицината. Този фактор е съществен за способността ни да вземаме решения, защото както помнят читателите, целта на психичното здраве е да се постигне взаимовръзка между ценностите и емпиричните доказателства.

Убеден съм, че ако тези ценности са жизнени и ясни, ще можем да различим границата на моралните разсъждения, а балансирането на ценностите е отправната точка на търсенето на отговори. Симетрията между ценностите и емпиричните доказателства ни позволява да видим личностното в личностите. По принцип се насърчава действие по начин, сякаш нямаме ценности, но реалността показва, че таим убеждения, които някои от нас считат за характер при

взаимодействието ни със средата. Взаимодействието между лекари и пациенти в клиничен контекст при медицински дилеми включва ценности и опитът ни да се дистанцираме от тези ценности е неискрен при медицинската преценка. Медицинските решения относно различни модели понякога се заиграват с този вид твърдение, че значение имат само стриктно емпиричните факти, а имайки предвид разнородния характер на ценностите, участващи в психичното здраве, изключването на човешката динамика може да е фатално за процеса на вземане на решения. Актът на разбиране предполага, че признаваме силата, която нашето разбиране за света упражнява върху нас. Така да се каже, размишленията върху миналия и настоящия опит, който ни е формирал, съзнаването на разбирането ни за самите нас е информативен процес, който ни свързва с нашата реалност. При подходящо овладяване на това стигаме до етап, при който можем да деконструираме предразсъдъците, които човек може дори да не подозира, че притежава.

Това позволява провеждането на разговор с терапевта от позицията на свободно и отворено съзнание, което пък помага на пациента при лечението. Точно в този процес разбираме каква е нашата позиция: че сме част от процеса на възстановяване, а не присъстваме, за да налагаме ценностите си на другите хора. По време на този процес обръщаме голямо внимание на ценностите ни спрямо процеса, а когато се срещнем с ценностите си в процеса на лечение, локусът на психологичната ни система ни напомня за тези ценности, позволявайки ни да се ангажираме с процеса от позицията на разбиране и положителна оценка, което пък подобрява разбирането ни за ценностите на другите. За да артикулират естеството на тази положителна оценка, нашите центрове, отговорни за вземането на решения, поемат посоката на наблюдател, който разбира и оценява ценностите при взаимодействието между пациент и практикуващ лекар; точно в такъв момент бива разбран един интроверт, чиито ценности се зачитат без предубеждение. Един интервюиращ екстровеит например може да не разбере личността на интроверта и обратно, но овладяването на баланса на ценностите ни би променило нагласата на оценяващия в посока конструктивна позиция.

По време на взаимодействието между практикуващия лекар и пациента, повечето пъти

ценностите на лекаря като че ли излизат на преден план в процеса на вземане на решения, а начинът му на живот волно или неволно става част от процеса. Както се вижда при религиозното учение - без да твърдя, че всички аспекти на религиозните учения са лоши, все пак трябва да признаем, че поради разнородните ценности в психичното здраве, обръщането към религиозния етос с цел решаване на тези ценности си остава проблематично. Отстоявал съм твърденията си и при обмен с един представител на академичните среди чрез социалните медии, който предлага да приемем религиозните ценности и това, че божественото контролира нашите действия. Не изразявам съпричастност към подобни възгледи, тъй като застъпвам тезата, че има съществени доказателства в подкрепа на твърдението ми, че моралността се заражда по време на борбата ни за оцеляване, която налага да си сътрудничим, а появата на организираната религия датира преди 10,000 години и за да можем да разберем религиозния етос и да пишем за него, е необходимо да взаимодействаме със средата. Моралът един вид възниква като начин да оцелеем още преди появата на организираната религия. Това не означава, че достиженията на религиозните явления трябва да се заметат под килима – по-скоро да се очертае, че тези достижения са неубедителни що се отнася до разглеждането на разнородните ценности в психичното здраве, които са многолики и многоизмерни, особено когато сближаването им е от основно значение за процеса на медицинското решение. Терапевт, който умее компетентно да балансира ценностите, вероятно ще направи по-добра преценка от консултант, чието решение е основано само на медицински факти.

Признаването на ограниченията, с които се сблъскваме в медицинския процес, ще ни помогне да стигнем до решение, което е от полза за практикуващия лекар и пациента. Именно чрез търсенето на баланс на ценностите – съпътстващ процес, при който лекуващият лекар достига етапа на информативно прозрение – е възможно постигането на конструктивно заключение. Задължително е да се подчертае, че част от балансирането на ценностите предполага диалогично взаимодействие между субектите, защото само при такъв обмен намират израз ценностите на пациентите; така че експлицитните изрази и чувства на събеседника трябва да

се включат в процеса на медицинска преценка. Освен това е препоръчително да се обръща внимание на информацията, която пациентът дава в клинична обстановка, защото съвкупността от тази информация може да се окаже животоспасяваща в медицинския процес, както сме виждали при неврофеноменологични експерименти. Лекуващият лекар трябва да помни, че целта е да се стигне до определен етап, който наричам „конструктивно ниво“. Балансирането на ценностите е част от целия процес. Тъй като съм наясно, че пълното отделяне на субективния опит от обективния процес в психофармакологията е практически непостижимо, балансът на ценностите укрепва тези процеси като съвременен амплиативен етап за практикуващия лекар.

Тъй като повечето интелектуалци от време на време стигат до етапа на интелектуален конфликт, това понякога води до когнитивен дисонанс, което не е психично състояние. Когнитивен дисонанс възниква когато ценностите, в които вярваме, се сблъскат с нова информация, която може да е съвсем валидна. Вътрешният ни преподавател сигнализира усещане за дискомфорт, принуждавайки ни да реагираме по начин, който не бихме използвали при нормален сценарий. Причината за тази реакция вероятно се крие в ценностите, които смятаме за истински и които са част от същността ни; идеалите ни се оказват несъвместими с тази нова информация, затова и опитът ни да се вкопчим в ценностите или информацията, противоречаща на новата валидна информация, ни причинява дискомфорт. Този сценарий е обичаен когато разнородните ценности са от основно значение за медицинския процес и ако не бъдат взети под внимание, могат да се отразят на процеса на вземане на решения при възникване на медицинска дилема. Балансираните ценности са способни да намалят напрежението и нивото на когнитивен дисонанс, който би могъл да се появи при този процес. Освен това балансът на ценностите ни позволява да разберем, че в процеса на лечение участват човешки същества и медицинските подходи, основани само на факти, не могат да отхвърлят това твърдение. Ако ценностите ни са балансирани както трябва, това ще намали желанието за налагане, което би могло да възникне

в този процес, а непризнаването на ценностите ни може да изглежда на пациентите чисто механично и методично.

Целта на балансирания подход е да се съобрази с межкултурните познания, които могат да породят просветление по време на възстановяването, а оттам и по-добър резултат от лечението. Успешният случай на лечение може да стане прецедент за бъдещи подобни прояви. Този прецедент може да се интегрира в бъдещата практика на лекаря, ако той се сблъска с подобни казуси. Обществените норми могат да ограничат нормативния характер на ценностите ни, както отбелязва Марк Ратал (Mark Wrathall), изхождайки от Хайдегер: „Дори когато се противопоставяме на обществените норми за успех и достоверност, ние непрекъснато преценяваме начина, по който се различаваме от нормалните средни и обичайни начини на съществуване“. Основната идея тук е, че съществува ограничение на преценката ни и то не е взаимно изключващо се с медицината, а се разпростира и до пациентите. Нормите, които контролират действията ни, са достъпни за всеки. Разсъждавайки как да премахнем това повсеместно ограничение и тъй като живеем в споделен свят, взетите от нас решения при медицински преценки трябва да отразяват ценностите на пациента и обществените ценности.

Наложено върху нас ограничение се дължи на споделения свят, в който живеем – свят, който ни принуждава да се придържаме към обществените норми. Ежедневните ни възможности за съществуване се подчиняват на останалите хора. Начинът ни на живот и това, което носим, ядем и за което говорим се определя от това какво правят другите. В тези норми са заложили нашите ценности. Например, като почитател на ФК Байерн Мюнхен аз завися от представянето на клуба, за да почувствам връзката си с отбора според вижданията си, а това е постижимо защото други са го направили възможно – т.е. успехите на играчите в клуба. Въпросът е кои конкретно са тези други; непосредственият отговор вероятно би бил „хората“, но той не е толкова ясно очертан – дори Хайдегер има проблеми с определянето на другите, които решават какви са нормите, насочващи нашите действия. Аз съм автор на настоящия труд, а

дали той ще се окаже моят Magnum Opus зависи от другите. Може да съм архитект на настоящия проект и създател на моя труд; но по пътя на създаването му влизам във връзка с други мислители, консултирам се с литературата по въпроса, разговарям с моите научни ръководители относно това в коя посока да тръгна, редактирам, коригирам, моля половинката ми да прочете всеки ред в желанието си да съм сигурен, че тя разбира какво искам да кажа, старая се да съзря намерението и интензивността на творбата си. След всички тези действия аз се оказвам авторът с колективната подкрепа на други мислители. Ако книгата ми се окаже много важна в сферата на психичното здраве, това няма да се дължи на факта, че съм авторът, а на читателите ѝ. Така че по някакъв начин обхватът на моя принос към знанията ще се определи от другите.

Как да разширим това ограничение? Силите, които контролират съществуването ни извън нашата власт; средата ни играе роля за това, което сме, и това, което ставаме. Разглеждам това при дискусията на Хайдегеровия „аз“ като биологично създание, което се нуждае от средата си за своето функциониране, а разрушаването на тази среда може да се отрази върху психичното здраве на „аз“-а. Това се вижда при принудителната миграция на субекти поради бедствия, войни или промени в климата. Неотдавна Wenzel и колектив показаха, че подложените на принудителна миграция хора са изложени най-много на различни стресови фактори, включително загуба на ресурси, смърт на роднини и раздяла с любими хора, потвърждавайки предположението, че психологическият стрес преобладава сред мигранти, принудени да напуснат своя хабитат. С две думи, външният ни поглед към нещата е от съществено значение за съществуването ни, а начинът ни на гълкуване на участието ни в света е важен за ценностите ни при преценки. Един начин да заобиколим тези ограничения на преценката е да ангажираме света по някакъв начин в дебат за важните норми и да убедим другите да споделят ценностите, които трябва да съществуват. Примери за това как хората активно са участвали в промяната на обществения дискурс и са породили смяна на парадигмата е движението за избирателни права на жените, феминисткото движение, движенията за граждански права или това на работниците,

еманципацията на малцинствата и панафриканизмът, който носи независимост на африканските нации с гордостта от принадлежност към негроидната раса. Робството слага край на драпетоманията като психично състояние.

Както се вижда от изразената горе позиция, ангажирането на другите има силата да разшири ограничението, наложено от обществените норми върху преценките ни. Колективният ни принос може да промени динамиката на дискурса. Някога хомосексуализмът е бил считан за психично състояние поради ограничението, наложено ни от обществените ценности, но в някои страни все още е престъпление да си гей, макар че самата дума (gay) е взета от лингвистиката и означава „безгрижен“ и „весел“, а днес се използва за описание на хомосексуалистите. Разбираемо е, че участието ни в обществения дискурс и получаването на нови емпирични доказателства може да разшири нормите на обществото ни; именно такава е една от целите на моя труд – чрез развитие на базата ни от познания да премахнем стигмата на психичните състояния. Ценностите ни в рамките на нормата могат да бъдат разширени чрез ангажиране и участие в споделен свят. Така че за практикуващия лекар е препоръчително да добави тези нормативни елементи при медицинската си преценка, защото човешките същества са индивидуалисти с ценности.

Какво предстои за философията?

Тук стигаме до любовта към мъдростта. Философията е живот; философията е Аристотел, философията е Ясперс, философията са мислителите, които направиха настоящия труд възможен, философията е любов към мъдростта и творбите ѝ обхващат широки теми в цялата човешка история. Съществува ли изобщо описание на посоката, която философията трябва да следва?

Някои мислителите отбелязват, че Хабермас вижда посоката на философията като област, която се асоциира с реконструктивните човешки науки. Той приема идеята за философията в допълваща роля – като посредник в ситуация, където се преплитат разнородни знания. Можем

да кажем, че психичното здраве като една от дисциплините, където се сблъскват разнородни ценности и където философията може да се използва за продължаване на дебата, определено би била подходящ пример за Хабермас. Философията като дисциплина вероятно следва предопределения си път, но понякога бива отклонявана към други области, за да реши концептуални спорове. Бих казал, че философията трябва да продължи да е философия; в исторически план тя се заражда като свръхнова в мрака на космоса – Аристотел говори за физика и метафизика; тъй като напредъкът в медицината поражда нови затруднения, философията трябва да разглежда философските въпроси, породени от технологиите, политиката и медицината.

Бил Фулфорд (Bill Fulford) дискутира сложността на оценяването в психичното здраве, Александър Гънгов подчертава значението на логиката в медицинската диагноза, Тим Торнтън набляга на межкултурното разбиране в психиатрията, Мария Димитрова защитава с плам философията на „другия“, Глория Айоб (Gloria Ayob) и Стив Рамплин (Steve Ramplin) дискутират моралната отговорност в психопатията, а Дан Дж. Стайн (Dan J Stein) търси интегративния подход в психофармакологията. Достиженията на всички изброени автори спомогнаха за формулирането на това, което наричам съвременно амплиативно разбиране (CAU) за психичното състояние, включващо разнородните ни ценности, които са очевидни при определени психични състояния като например хазартното разстройство. Доказателствата на науката също са взети под внимание при опитите ми да опиша натовареността с теория на определени психични състояния, а когато се анализират концептуално, виждаме споделена стойност в рамките на лингвистичния аналитичен подход: да, „небето понякога е синьо“ е определение; има ли място за субективното?¹ Виждаме огромния принос на Патриша Чърчланд в неврофилософията; тя подлага мозъка на философска дисекция, а заключенията ѝ в неврофилософията водят до промяна на парадигмата във философията на съзнанието. Майкъл Поснър (Michael Posner) разглежда съзнанието като използващо техника за образна диагностика на мозъка и изведнъж

¹ Умишлена игра на думи с „objective“ (което освен синтактично „допълнение“ или „определение“ в примерното изречение означава и „обективен“) и „subjective“ – субективен – б.пр.).

се пораждат въпроси за свободата на волята ни и връзката на тези заключения с психичните състояния. При описанието на концепцията за психични състояния противопоставям антипсихиатричните настроения на Томас Сас и медицинския модел на Кендел (Kendell). Обяснявам как едно психично състояние би могло да се отрази на физическото – точно както Фулфорд твърди, че може да докаже, че всички психични състояния са биологични. Дан Дж. Стайн говори за афективен невро-верижан дисбаланс при депресия, но призовава към емпатия при диагностициране на хора с психично състояние. По думите му: “Не съществува универсално правило при фармаколечението, което да помогне да се вземе решение между черния и белия избор на утопичния оптимизъм и антиутопичния калвинизъм, между епикурейското гълтане на хапчета на килограм и стоическото отрицание; всеки случай трябва да се преценява по същество, което може да предполага тънки нюанси на сивото“.

Стайн признава видимото присъствие на отчетливи ценности в психичните състояния, което потвърждава моето концептуално разбиране за психично разстройство. Съвременното амплиативно разбиране за психичното състояние признава елементите на емпиричните и нормативни фактори, които са съставни части на това състояние. Повтарящите се структури на ценностни и нормативни компоненти, които продължаваме да виждаме при определени медицински състояния, ни дават свобода да приемем моралното като част от централните норми на психичните състояния. Съвременното амплиативно разбиране за психичното състояние е достоверно, защото както Диагностичният и статистически наръчник на психичните разстройства, така и международната класификация на болестите (ICD) признават тези елементи на оценка при психичните състояния. Следователно, съвременното амплиативно разбиране е описание на емпирични фактори. Виждаме също така, че философията може да се възползва от напредъка в невронауката, както ни показва Чърчланд в своята „Неврофилософия“. Вече споменах, че прозренията ни в науката могат да променят начина, по който гледаме на нещата: някога хомосексуализмът се приемаше като въпрос на избор, но скорошни изследвания дават доказателства, според които областта на хипоталамуса в мозъка на хомосексуалиста е анатомично

сходна на тази, наблюдавана в женския мозък.

Трябва да кажа, че това доказателство не може със сигурност да твърди, че гей мъжът се е родил такъв, но заключенията поставят под въпрос общоприетото схващане, че това е житейски избор, а освен това изваждат на преден план въпроса с резонността на терапията за преобразуване на пола. Емпиричните доказателства винаги могат да променят начина, по който виждаме нещата – етап, който наричам прогресивна просветеност. Именно тя ни позволява да изключим драпетоманията, хомосексуализма и други неподходящи разстройства като част от психичните състояния, затова растежът и нормите са много важни в разбирането ни за самите нас и за диагнозите. Трябва да кажа, че хомосексуализмът си остава психично състояние в някои части на света и дори е криминализирано в определени страни. В по-широк смисъл, медицинската преценка би трябвало да включва социален консенсус, а това се наблюдава при изключването на хомосексуализма от списъка на психичните разстройства. В този случай емпиричните доказателства са толкова съществени, колкото и подходящите обществени нагласи към хомосексуализма. Съвременното амплиативно разбиране е концептуално изследване на психичните състояния - както аналитично, така и феноменологично – за да утвърди нормативните елементи като част от съставките.

Това се вижда в целия ми труд – продължавайки да акцентирам върху нормативните аспекти на психичното състояние, стигам дори по-далеч като твърдя, че имаме ценности и в общата медицина, но те са недвусмислено приети като споделена ценност. Много дискусии сочат, че приписването на субективни преживявания е това, което ни позволява да разграничим здравето от болестта. Например Гадамер предлага при описанието на болестта субективният опит да се счита за необходимост. За него болестта и смъртта ни показват какви са ограниченията ни. Той представя понятието за здраве като обратното на болест; за да е дадено състояние болестно, здравето е необходимост. За него болестта е обратното на здравето, а индивидът е единственият, способен да изпита заболяването. То се случва когато човек си запише час при

доставчика на здравни грижи. Накратко, здравето е съставна част от съвкупността на съществото ни, а когато дадено събитие наруши този съвкупен конструкт на „аз“-а, се появява болестта; именно това прави болестта обратното на здравето. Вътрешното и външното усещане на пациента определя дали нещо му липсва. Това усещане от гледна точка на пациента определя даденото състояние, болестта. Гадамер отива още по-далеч, като нарича болестта „състояние на социален разрив“.

Доброто здраве представлява хармоничен съюз на естествената и социалната среда. Така че поддръжниците на Гадамер биха одобрили лечението на индивиди, чиито външни мрежи са били нарушени от външни преживявания, с помощта на психотерапията; достоверно е също така да се каже, че биха одобрили лечението на психични разстройства с психотропни медикаменти по ендегенен начин. Много е важно да се спомене, че външните смущения в състоянието на духа се лекуват ендегенно в психиатрията. Последователите на Гадамер биха усвоили плуралистични терапии, тъй като факторите, обхващащи понятието за психично състояние, са многостранни и многоизмерни.

Межкултурна достоверност

Един от проблемите в областта на психичното здраве е как да сбlijим многостранните и многопластови ценности в него. Това предизвикателство ни кара да изследваме межкултурното разбиране, тъй като някои диагнози в DSM включват межкултурни фактори. Луис Фернандес (Lewis Fernandez) обяснява класификацията на определени психични разстройства с културни вариации – например *Ataque de nervios* (нервна криза), пуерторикански синдром (DSM-IV-TR), който се характеризира със силно емоционално разстройство, включващо гняв, безпокойство и скръб. Този културно обвързан психологически синдром е често срещан сред испаноговорящото население от карибския регион, което живее в САЩ, затова и межкултурното разбиране е от основно значение при пациенти, страдащи от това състояние. Това е потвърждение на ценностните и нормативни елементи, към които се връщам в целия си труд.

Възгледите на някои мислители като Кристофър Бърс (Christopher Boorse) за разграничаване на ценностите от науката като несмесващи се течности е модел, който се оказва неубедителен. Анализирайки това задълбочено, виждаме също как в психопатологията Дилтай, Рикерт, Вебер, Ясперс и Мил водят „спор за метода“ (т.нар. Methodenstreit). Освен това виждаме как Гадамер се противопоставя на идеята на Дилтай, че методите на хуманитарните науки са подобни на тези на естествените науки.

Ако разгледаме Methodenstreit отблизо, ще видим, че дебатът всъщност засяга ценности и изключване на ценности от науката. Дилтай разглежда хуманитарните науки като Geisteswissenschaften (като думата „Wissenschaft“ на немски означава „наука“), а Рикерт, който не симпатизира на това описание, предпочита да ги нарича културни науки. Вебер вижда разбирането по принцип като извършване на оценка, което се състои от задаване на обективни норми и ценности, контролиращи мисленето и действието. От друга страна Ясперс иска да изключи ценностите, тъй като нормативният аспект не е съществена част от научната психология, и предлага изследователите да се въздържат от подобно твърдение. Човек би могъл да каже, че межкултурното разбиране и нормативният елемент участват в таксономията на психичните състояния, както се вижда в DSM. Читателите ми могат също да забележат, че включването на разнородни ценности се извършва от позицията на силата – сигурно помнете, че апелирам за изследвания от гражданите в психичното здраве и медицина, изследвания за хората и с тяхно участие. Важно е също така комплексният експеримент да се опрости по такъв начин, че обществото да схване основата на подобно изследване – това имам предвид под „изследвания за хората“, тъй като откритите изследвания по-скоро ще помогнат на медицината, отколкото да я тласнат към състояние на безпорядък.

В мой предишен труд критикувам медицинското решение, взето в Лондон в случая с бебето Чарли Гард и изключването на апарата му за изкуствено дишане - медицинско решение, взето по начин, който ни кара да премахнем ценностите си. Как ще премахнем ценностите си, когато решението е на живот и смърт? Самата дискусия е изцяло натоварена с ценности, но от

нас се очаква да вземем решение, лишено от ценности, в една ситуация, която е заредена с ценности. Споменавам, че критиците на идеята за психично здраве, натоварено с ценности, биха могли да посочат аргумента, че ценностите в психичното здраве са просто самозалъгване, защото разнородните ценности могат да са твърде разнородни, за да внесат смут в емпиричните доказателства. Предполагам, че този аргумент е валиден – споменах това при разработването на съвременното амплиативно разбиране за психичното състояние. За да избегнем налагането на ценности от страна на определени групи върху други хора, апелирам за преосмисляне в психофармакологията, което трябва да приеме оценъчните и нормативните елементи, наблюдавани в диагностицирането, а философията е подходяща да адресира разнородните ценности, участващи в психофармакологията. Колкото повече преценяваме според ценностите си, толкова по-ефикасни ще станат решенията на практикуващия лекар. Освен това осигуряването на добър процес в психофармакологията зависи – наред с други неща – от наличието на подходящи организационни рамки. Споменавам също така, че действията ни се насочват от ценности. Точно какъвто е случаят например с един градоустройствен специалист, който живее в гъсто населен район. Той може да реши да построи небостъргач в опита си да се справи с проблема на града, а в този процес на вземане на решение участват ценности и норми; предположението, че ценностите и нормите следва да се отхвърлят в медицината, където са намесени човешки същества, не помага на никого при медицинските решения. Градоустройственият специалист не може да бъде обвинен в прехосничество, стига да се представи пълната картина – че високата сграда е построена с цел да облекчи ситуацията с недостига на земя в общината.

Когато в настоящата дисертация стигнем до въпроса с доказателствата за психофармакология, която е необременена от ценности и такава, натоварена с ценности, и когато в психиатрията като клон на психофармакологията разглеждаме доказателствата на неврологията и когнитивно-афективната информация, виждаме ограниченията на техниките за мозъчна образна диагностика, които се използват при всички наши действия, дължащи се на

рационалността на психичните процеси. Всякакъв опит да опишем всички психични състояния казуално, т.е. от редуционистична гледна точка, води до непълнота. Не казвам и не твърдя, че науката или медицината няма да могат да решат това, но все още не е налице едно безпроблемно разбиране, а допълнителното обяснение на психичните феномени ще наложи допълнително проучване. Друг начин да се заобиколи това препятствие е евентуално да се приеме позицията на Томас Нейгъл, който вижда отчетливата природа на „аз“-а като създаващ проблеми във философията на ума. Той задава същия въпрос като мен, а именно: чии метафори използвате, за да опишем тези факти. Всеки от нас си има свой начин, по който гледа на света. Сближаването на тези възгледи обаче не е толкова ясно очертано, казва Нейгъл. Крайната обективизация, която се наблюдава в аналитичната философия и която доведе до редуционистко обяснение на психичното съдържание, е проблематична за общото описание на мозъчно-психичната система. Неврофилософията се описва като редуционистко решение на мозъчно-психичния спор.

Значението на средата ни

Това предполага, че вместо да потискаме тази обективизация, по-добре просто да свикнем с нея като съществуваща паралелно с други възгледи, които не са нито неподлежащи на редуционизъм, нито на обективиране. Сблъсъкът на доказателства не е взаимноизключващ се за неврофилософията – науката за климата и днес е тема на горещи спорове. Някои учени смятат, че наблюдаваните промени в околната среда – т.е. промените в температурата и топенето на ледниците – е природен феномен. Редица учени са на мнение, че трябва да преосмислим процеса на замърсяване на околната среда и последиците от това, а липсата на действащи планове за опазване на околната среда може да е катастрофално за човечеството, тъй като ледената покривка на Антарктида продължава да се топи по-бързо от всякога. Най-добрият начин да се повдигне дебат за климата е не да го смятаме за футуристична проява, а за настояща опасност, която може да предизвика астма, проблеми с психичното здраве, рак и други респираторни

заболявания; установено е, че замърсяването на въздуха е опасно за здравето. При въвеждането на политики за опазване на планетата е важно да се включат нови констатации, получени вследствие на биогеохимията на океаните.

Екологичните бедствия биха оказали натиск върху съществуващата инфраструктура на здравеопазването, а нивата на психични състояния, които ще възникнат след подобни бедствия, са предвидимо високи. Тъй като бъдещето на лечението на психичното здраве е в превенцията, обществото и политиците ще трябва да направят смели и безпрецедентни стъпки, за да избегнат катастрофа в бъдещето; в противен случай се увеличава рискът от увеличаване на броя на пациентите с психични заболявания. Изгледът за подобен сценарий би бил опустошителен за обществото. Потребителите и доставчиците на грижи вече многократно са повтаряли, че съществуващата рамка не обхваща предизвикателствата на технологичната и културната промяна.

В обхвата на сегашната система не попада промяната в околната среда, която би могла да възникне поради промените в климата. Трябва да кажа, че няма точен прецедент и измерване, на които да се позовем в обхвата на проблемите на психичното здраве, които вероятно биха се появили след подобно бедствие. Сегашните доказателства от данните за състоянието на психичното здраве, екстраполирани от зони с военни конфликти, са огромни; според мен е наложително да започне въвеждането на мерки, защото непосредствените резултати от замърсяването са пагубни за състоянието на психиката на индивидите. В настоящия труд представям функционалния аспект на „аз“-а, при който нарушенията на средата му могат да променят смисъла на агентивния „аз“. Агентивният „аз“ (agentive self) представлява различно понятие на „аз“-а във връзка с феноменологичния му опит в рамките на живияния настоящ опит; тук и сега преживява главната сензомоторна основа. С други думи, нарушенията на агентивния или минималния „аз“ са очевидни при определени психични състояния.

Необременената с ценности психофармакология срещу натоварената с ценности психофармакология

В случая на психичното здраве, значението на онези факти, които трябва да се разгледат, може понякога да е двусмислено. Дори в общата наука някой учен може да се съгласи с определен феномен, аномалия или нетипичен казус, довел до разногласие с прототипните данни, които са първоначално съгласувани. Затова данните трябва да се умножават, за да се подсили достоверността им. Горният случай ме наведе на мисълта какво имаме предвид, когато говорим за традиционен научен метод – и отново виждаме борбата между свободната от ценности наука и тази, натоварена с ценности. Елиът Слейтър и Мартин Рот енергично защитават статута на психиатрията, но читателите вероятно са забелязали, че те смятат за проблемна психиатрията, която работи с информация за ценности. Поясняват, че методите на психиатрията се основават на факти, обяснителна и предсказуема сила, които заедно водят до научен процес. Пределно ясни са по отношение на научните критерии на психиатрията в езика, който използват при описанието на психиатрията като научен метод. Говорят за каузално обяснение на диагнозата (причини и следствия). Това е научна психиатрия на събиране на данни, представена компактна хипотеза и използвана критична проверка за удостоверяване на психиатричните резултати. Освен това те предлагат нова церебрална хирургична техника, която е основана на органичната психиатрия. Научният метод като цяло се представя като базиран на данни метод, но други автори като например Томас Кун са склонни да мислят по друг начин. Той представя алтернатива на това, което традиционно се счита за модел на науката. Според Кун схващанията в науката са в периоди на стабилност когато разработените теории са стабилни, а съществуващата теория контролира начина на използване на данните – период, който той нарича нормална наука. По думите му, през този период допълнителните данни се смятат за „смяна на парадигмата“ в описанието на научния модел, а когато тази парадигма се постави под съмнение, се смята за изключение. Периодично, от време на време възниква сериозен проблем, който размества цялата съществуваща теоретична парадигма и когато това стане, мислителите обикновено използват този момент да предложат радикални теории, които преобръщат цялата нагласа и водят до нова революция в науката.

Читателите вероятно са забелязали, че прекомерното опростяване на традиционния научен метод е част от проблема, който се наблюдава и при метода в психиатрията, като се има предвид, че подходът там се стреми да изключи един важен фактор, участващ в определени психични състояния – а именно, нормативните елементи на индивидуалните психични състояния. Когато обаче погледнем списъците в Диагностичния и статистически наръчник на психичните разстройства, и в международната класификация на болестите, доказателствата са представени като факти, след което фактите се подкласифицират; съзираме оценъчни и нормативни повтарящи се структури. Мисля, че ще е необходимо допълнително проучване в областта на практическите знания, което би могло да се различава от фактологическите познания. В този случай под фактологически познания имам предвид експлицитни познания, които са приети за истина от традиционните научни модели. Практическите знания могат да бъдат под-разбиращи се, което се дължи на опита на практикуващия специалист с пациентите. Предизвикателството тогава е интегрирането на „знанието за“ и „знанието как“, което да формира част от клиничната ни преценка.

Непрестанното отричане на научната сложност в психиатрията води до поставяне под въпрос на статута на психотерапията. В моята дисертация става ясно, че целта не е да оправдая психотерапията като наука, а да подчертая, че понятието за традиционен научен метод е прекомерно опростено до ниво, което обърква описанието за това какво е научен метод. Трябва да отбележа, че все още не е ясно очертано това, което разграничава науката от не-науката. Това свръхопростяване, което наблюдаваме, е причина за разногласията между учените по климата, но гъстите облаци над свръхопростяването ни помагат да придобием обширни познания за това каква би трябвало да е науката. В дисертацията си успявам да покажа, че традиционният научен метод по принцип е сходен с емпиричната психоанализа. Дан Дж. Стайн казва, че добрата психотерапия е основана на информация, получена от психотерапия, която пък е основана на точността на емпиричните изследвания, а това се наблюдава при напредъка на нашите мо-

зъчни мисловни карти. Използването на многобройни теории и методи за изследване на механизмите на патогенезата и лечението, обяснението на явления като фармакотерапията и психотерапията все повече има мултидисциплинарен обхват.

Въпросът дали психоанализата е наука или не всъщност не е темата на настоящия труд; целта му е по-скоро да изследва каква информация може да ни даде психотерапията за психичните състояния, а ако се докаже, че не е наука (което все още се дискутира разгорещено), в каква посока трябва да поеме? Изследвам дали позицията на Попър ще може да направи тази демаркация – както показвам в труда си, подходът на подправянето не е убедителен, защото наблюдението и теорията могат наистина да са в конфликт, както отбелязва Фулфорд и колектив; това само подправя теорията и я показва като невярна, ако наблюдението е вярно. Представям психотерапията без наука *a la* Рикьор. Дерек Болтън и Джонатан Хил посочват, че когнитивно-афективните процеси протичат в мозъка и системата им може да се промени от причинно-следствения ефект както на непреднамереното (психотропното), така и преднамереното (психотерапевтичното). Пример за това е преднамереният ефект на кломипрамина върху серотонергичната система, който обаче има непреднамерена причинно-следствена връзка с когнитивно-афективните процеси, и различни автори смятат, че разбирането на психотерапевтичния ефект е задължително, за да се разбере мозъчно-мисловния процес, управляващ значението. С оглед на това забелязваме епистемични ценности в психичното здраве и поводи, които изглеждат като причини.

Опитвам се да покажа в труда си, че има съществени доказателства, че нарушаването на връзката между пациента и средата му може да предизвика промени в невронните схеми, което от своя страна засяга когнитивно-афективния процес. В труда си привеждам доказателства, че пациентите имат полза от психотерапевтичните методи на лечение. Медицината би трябвало да позволи плуралистични методи на лечение и това вече се случва в общата медицина, макар и бавно; очаква се психичното здраве да последва този пример. Предполага се, че

плуралистичните подходи в психичното здраве се управляват от орган, който наблюдава поведението на практикуващите специалисти. Тъй като в настоящия труд разглеждам казуса на свободната от ценности психофармакология, включените в списъците на DSM и ICD разнородни ценности правят трудна задачата да отстоявам това. Нормативните елементи, които се срещат в науката, водят до САУ – съвременното амплиативно разбиране за психичното състояние. Добрата нозология изисква балансирана преценка на понятия, данни и ценности. Тази посока на мислене подкрепя една от целите на труда ми – твърдението, че ценностите са фактор от основно значение за психофармакологията.

Изучаването на състоянията на психичното здраве е бойно поле на подходите, които застъпват съответно необременеността с ценности и натовареността с ценности. По-конкретно, свободната от ценности наука за психичното здраве взема връх през 50-те години на XX век с появата на психофармакологията. Последствията от злоупотребите с пациенти в психиатрията следва да се разглеждат като изражение на малка група учени, които налагат ценностите си на останалите. От гледна точка на неутралността трябва да кажа, че очакваната неутралност не се проявява от участниците; целта им е ясна – да неутрализират здравите хора, защото са носители на неподчинение. Успели са да убедят обществото, защото твърдят, че имат свободата да отправят такъв апел. Компетентността им в тази област, красноречието на описанието им на психичните състояния и авторитетните им твърдения не позволяват революция, която би дала възможност на застъпническите групи да протестираат. Има солидни доказателства, че учените по време на съветската власт са координирали делата си с правителството. Случаите на злоупотреба в медицината, наблюдавани в световен мащаб, предизвикват критики от страна на различни потребителски групи, учени, философи и практикуващи лекари. Такива случаи обикновено остават невидими за очите на обществеността.

Моето проучване на съществуващите насоки в медицината показва, че сегашните рамки не предвиждат неизбежната радикална културна промяна, което е безпрецедентно, а това ни

води до въпроса с „аз“-а и ролята на личността в този сложен контекст, т.е. „аз“-ът и психотропните медикаменти. Томас Сас може да симпатизира на понятието за „аз“, застъпвано от Дейвид Хюм – описание, което представя „аз“-а като фикция, при която редуцията до физическа последователност на мозъка и психологическа последователност на психиката е невъзможна. „Аз“-ът като фикция не би имал необходимост от психотропни медикаменти, които да оправят разстройството му, така че ако има нарушение на фиктивната характеристика на „аз“-а, то едно пренареждане на фикцията би могла да стабилизира фиктивния „аз“; понеже Сас вижда психичните състояния в областта на морала, това би могло да е приемливо като се има предвид, че той не подкрепя прилагането на психотропни медикаменти спрямо моралните предизвикателства. Даниъл Денет подчертава значението на рационалността при интенционалната позиция. Действията, в които участват хората, и реализацията на тези действия се случва защото рационалността играе съществена роля. В целия си труд се аргументирам, че централните норми на психичното състояние принадлежат към сферата на медицината и морала. Ако даден пациент усеща депресия и е съгласен на лечение с психотропни медикаменти, привеждам аргументи, че лечението на пациента е отговорност на клинициста. Това поражда проблеми когато „аз“-ът е лишен от отговорност, защото е смятан за неспособен да взема решения.

Как поставяме тази граница на аномалията? Ако „аз“-ът стане „опасен“ за другите и за средата, трябва да се вземе колективно решение за полагане на грижи за останалите, а този акт на грижа трябва да се ръководи от ценности, подходящи за индивида, който зачита индивидуалните ценности. „Аз“-ът, описан в настоящия труд, е съвместим с „аз“-а, който може да даде съгласието си за психотропни медикаменти, с „аз“-а, който също така може да откаже лечение, ако е здравомислещ да го направи, както и с „аз“-а, който може да получи грижи ако стане „опасен“ за околните. „Аз“, който е въплътен, счупен, податлив на трансформация, несъзнателен и афективен. Податливият на трансформация „аз“ е хайдегерски в смисъл, че се ангажира със средата, за да научи нещо за себе си, а чрез своето въплъщение посредством невроверижната си система – да се самоопредели. „Аз“-ът е също така „аз“ когато част от разбирането му

е скрито от реалността му и в определени случаи психичните му състояния са насочени към нищото – например халюцинации и сънища. Разбирането на концепцията за описания в настоящия труд „аз“ спомага за подобряване на връзката между практикуващия специалист и пациента. Терапевтът и пациентът могат винаги да намерят допирна точка в центъра на дискурса и да съгласуват колективна процедура на лечение.

Доказателствата водят, както вероятно са забелязали моите читатели, към скицирания в моя труд образ на индивида А, който се превръща в Б. Смятам, че „аз“-ът непрекъснато расте и се променя, а обстоятелствата на живота могат да окажат влияние върху начина, по който той вижда себе си в света. Концепцията за нестатичния „аз“, застъпена в настоящата дисертация, е съвместима с нашия казус за индивид Б, който намира целта си в живота след прием на психотропни медикаменти. Освен това приетата в моя труд концепция за „аз“-а апелира за внимание и рефлексивно мислене когато става въпрос за неадаптивни повтарящи се прояви, свързани с личностно разстройство. Така например, ексцентричността понякога е част от привлекателната сила на това да си творчески гений; би било етически нередно да налагаме лечение на тези, които според нас имат различно поведение от нашето. Лечението не трябва да се налага принудително на „аз“-а само защото той отразява определено неадаптивно поведение. Понякога неадаптивното поведение е временно необходимо за справяне с определени фобии. Показателен е случаят с „аз“-а, който става „опасен“ за себе си и околните, и тогава е необходима помощ за предотвратяване на допълнителна вреда за околните, но все пак сме длъжни да спазваме подходящите насоки за това.

Вследствие на злоупотребите в медицината, засегнали някои сред нас, възможно е определена група около някаква личност да изфабрикува множество доказателства по политическа линия, наблягайки на неморалния психологически и емпирически наратив с цел да накаже опозиционните възгледи. Трябва да съществуват насоки за защита на личността и най-добрият начин това да се постигне е връщане към нещо, което наричам „граждански изследвания“ – т.е. изследвания за хората и с тяхно участие; именно това прави медицината отворена.

Тя си остава най-добрият начин да помогнем и да защитим индивидите, които имат нужда от психотропно лечение. „Аз“-ът, който преминава през психофармакологичен процес, свързан с обсъжданото от мен понятие за „аз“, разбира, че има възможност неговата реалност да не е видима за самия него, и се нуждае от помощта на клиницист или терапевт, за да определи реалната си същност. Понятието за „аз“, развито в моя труд, може също така да разбере промяната, настъпваща с помощта на психотропните медикаменти, като естествено явление, което има медицинско и философско обяснение.

Важно е да се каже, че концепцията за „аз“-а, която аргументирам в моя труд, е съвместима с „аз“-а, пораждащ се вследствие на лечение с психотропни медикаменти. Както вече споменах, употребата на психотропни таблетки извън лечението повдига твърде много философски въпроси, които са извън обхвата на настоящия труд, но успявам да заложа условията, които биха могли да се считат за необходими за промяна на „аз“-а когнитивно. Наясно съм също така, че психотропните медикаменти не могат да излекуват цялата човешка погрешимост, затова понякога е важно да позволяваме на нещата да останат в естественото си състояние без интервенция. Изключително важно е при психофармакологичните терапевтични процедури да се информират пациентите относно страничните ефекти на лечението. За да може философията да обясни тази концепция за „аз“-а, който заслужава защита в периоди на психично състояние, въвеждам концепцията за въплътения „аз“; това налага да избягваме лесната генерализация когато индивидите са поставени в психофармакологична обстановка, а отказът от определени поведения или категоризирането им като аномални изисква фината преценка на практики в областта на психичното здраве. Ако читателите помнят, в моя труд установявам, че злоупотребите в медицината в повечето случаи са повтарящи се грешки и в тази връзка показвам, че съществуващата международна рамка, която използва преобладаващото изцяло медицинско решение, е неубедителна при решаването на новите дилеми, наложени ни от напредналите технологии и радикалната културна промяна. Трудностите, породени от напредналите технологии,

все още не се разглеждат по подходящ начин. Вероятно ще е необходимо мислителите и учените да конструират нов „аз“ – наричам го с името „дигитален Аз“ като продължение на биохимичния агентивен „аз“. Също така в областта на изкуствения интелект, хуманизирането на откритията ще е сфера, която може да е предмет на философията.

В областта на електронното здраве се изисква прецизна ангажираност; следователно може да се наложи съществуващият изследователски дизайн да се преформулира с оглед на културната и технологична промяна, на която сме свидетели сега. За да се предприеме такава кампания за промяна на съществуващата рамка, трябва да сме сигурни, че анализът ни е точен поне до практическо ниво. Предлагам с оглед на радикалната културна промяна да се напишат медицински насоки в отговор на несигурността, за да се постигне осведоменост, която отива по-далеч от преценка на ценностите. Може да е необходим мултидисциплинарен подход за породяването на синергия, която да спомогне за увеличаване на ефективността на възникващи решения на изследователския процес. Успехът на изследванията ще зависи от бъдещите участници. За да се постигне изцяло нов праг, който ще е от полза на обществото, е необходимо да се включат и здравните екосистеми (пациенти, семейства и доставчици). Разпространяването на информация вътре в здравната екосистема помага да се спазва положително здравно поведение за психичните състояния. Навиците допринасят за причините за конкретна болест.

Превъзходството на „Аз-емпиричното“ (“I Experiential”)

Необходимо е да се разработят дигитални решения, които да породят положителни навици сред пациентите, като така ще се увеличат превантивните мерки, а оттам ще последва спестяване на разходи; както се казва – превенцията е по-добра от лечението. Въпросът „как“ е съществен за бъдещето на медицината, защото кара изследователите да разработват дигитални решения, които са специално създадени за пациентите, и решения, които са в състояние да донесат полза и на болногледачите. Това ни връща към въпроса за сближаването на разнородните ценности, защото както знаем, конструктивното прилагане на балансирани ценности се

очаква да подобри споделената информация и клиничните оценки, основани на данни. Важно е също така да разберем чисто човешкия контекст и качество на доставката на здравни грижи като например разходите, обслужването на тези, които не са достатъчно добре обслужени, и приемането на мерки относно психологическите потребности на доставчиците на здравни грижи, които се борят с проблемите на професионалното прегаряне, депресията и скуката в работата си. За да може екосистемата на здравеопазването да е в добра работна форма, ще е необходимо участниците в нея да избягват ефекта на Дънинг-Крюгер, т.е. ситуация, при която неквалифицирани индивиди вярват в превъзходството на своите способности в много области. П.Д. Тун (PD Toon) (1981 г.) илюстрира позицията си с една контрастираща ситуация, в която психологът и терапевтът ще предпочетат поведенческия анализ, а психиатърът – вероятно биохимическите решения. Мисля, че междуведомствените изследвания и комуникация в различните клинични среди са от полза за цялата екосистема на здравеопазването; механизмът на структуриране на здравната система трябва да е такъв, че на потребителите да се предлагат и те да са информирани за различни плуралистични решения, които ще подобрят състоянието им. Очаква се да се подобри връзката професионалист-пациент. В случай, че се вземат насочени към пациента персонализирани решения, професионалистите трябва да бъдат обучени да се справят с несигурността на пациента и с межкултурните предизвикателства.

За да се предложат устойчиви решения за предизвикателствата на технологиите и промените е необходимо позициониране на ценностите в симетрия с емпиричните факти. Едно неортодоксално поведение може да се разглежда като аномално от мнозинството, но не е задължително такава ситуация да представлява психично състояние; тъй като използваме метафори да определим какво е аномално, межкултурното разбиране е от основно значение за процедурите на лечение на пациента от лекаря, а един начин да се придвижим напред е прилагането на балансиранни ценности, които биха накарали клиницистите да признаят тяхното ограничение по време на лечението. Смятам, че това да признаеш несъвършенството си не е лошо за процедурата, защото подобрява самосъзнанието по време на лечението. Това носи

ползи едновременно на пациентите и на клиницистите. По този начин практикуващият специалист може да даде алтернативи на пациентите, предлагайки им възможности за лечение. Както помнят читателите, за да останат непроменени фактите в психичното здраве, целта е да се предложи плуралистично лечение на пациенти, които искат да излекуват състоянието си. Представеният от мен аргумент е пределно ясен – че радикалната културна промяна ще наложи реконструиране на „аз“-а отвъд редукионизма, а в плуралистичното общество е рядкост да чуеш гласа на малцинствата. По аналогичен начин, потребителите на услуги в психичното здраве не изразяват открито мнението си заради стигмата, свързана с психичните състояния – затова смятам, че балансираните ценности могат да помогнат да се очертае пътят, по който можем да разгледаме въпроса за стигмата в психичното здраве.

Освен това твърдя, че балансираната ценност е съществена по време на клиничната преценка; не казвам, че ценностите са с превес над другите измерения на диагнозата, а апелирам за търсене на симетрия с емпиричните факти. Съзирам бариерата, пред която може да са изправени разнородните ценности; призовавам към това нормативното ни разбиране за „аз“-а да се разшири, т.е. да разпрострем обхвата на нормативния елемент, за да заобиколим препятствието на пътя. Предлагам и аргумента, че постигането на конструктивен момент в медицинската преценка ще изисква от отговорните лица да разглеждат всеки случай поотделно, позовавайки се на ценности и емпирични факти, които са останали непроменени. Авторите на научни изследвания трябва да интегрират в дизайна на структурата им въпроса за несигурността, като се има предвид, че пациентите с психични проблеми се борят със своето състояние в изолация. Наложително е да се каже, че тази рамка подкрепя опита да се определи концептуално и емпирично най-конструктивната посока при клинична преценка. По време на лечението е подходящо да се търси конструктивно ниво, при което здравната екосистема ще има полза от процес на споделено вземане на решения. Правя опит също така да разгледам текущия проблем с използването на психотропни медикаменти извън терапевтичната среда. Смятам, че определянето на параметъра за хомеостатичен и алоостатичен модел е сложно, с оглед на разнородните

ценности, които се наблюдават в психичното здраве. Предполагам, че вероятно ще се наложи да дефинираме кога са уместни психотропните медикаменти от концептуална и емпирична гледна точка, защото е правдоподобно употребата им да може да разшири състоянието ни на съществуване и същевременно да подкопае усещането ни за автентичност, ако е позволена извън терапевтичната среда и е неподходяща в терапевтична среда. Разглеждам различни сценарии, при които употребата на психотропни медикаменти е подходяща и при които може също така да причини проблеми. Противопоставям случаи на добра лекарска практика и психофармакологичните подобрения (schmoctering), за да обясня, че доброто решение в медицинската преценка винаги ще включва определено ниво на преценка на ценностите. Тази рамка, предложена в моя труд, ще е от полза за основните заинтересовани страни като например масите на потребителите, застъпническите групи за правата на пациентите, професионалните асоциации и политиците.

Навсякъде в своята дисертация заявявам, че философията на психофармакологията и психиатрията е междудисциплинарно начинание, което има за цел да е партньор на психиатрията и психофармакологията, и да съдейства при разрешаването на трудности, с които може да се сблъска дисциплината. Феноменологичните и неврологичните знания за психичните състояния могат да се инкорпорират по такъв начин, че потребителите и практиците да се възползват от научните изследвания. Матю Ратклиф призовава да се преосмисли връзката между феноменологията и неврологията, като по думите му: „Можем да позволим взаимодействие между различните области на проучване, каквито са например феноменологията и неврологията, което включва взаимни разяснения и преглед, без да допускаме от самото начало, че ще преобладава някакъв условен набор от онтологични и епистемологични презумпции“.

Това партньорство би трябвало да продължи във философията; философията е в най-добрата си роля когато се прилага по отношение на обществените предизвикателства. Хората се занимават с философия дори когато не съзнават, че го правят. Философията може да е свръхновата в мрака на космоса, ако се приеме и анализира философски това, което могат да донесат

новият дизайн и разпространението на технологиите. Философите не могат да излизат със заядливи становища когато става въпрос за разнородни ценности, а трябва да разглеждат философските въпроси, възникнали заради технологиите и медицината. Бъдещето на медицинските изследвания е в откритостта и медицинската активност. Положителното психично здраве е от съществено значение за практикуващите медици, които искат да подобрят живота на пациентите си.

Както помнят читателите, виждали сме реакцията на медицината спрямо лоши новини в пресата, свързани с медицински практики, и също така забелязваме, че злоупотребите в медицината се дължат на повторени грешки. Предложих на вниманието ни предизвикателства, които биха могли да останат скрити за очите ни, повдигнах въпроса за преобладаващата несправедливост при предоставянето на грижи и показах как тя може да стане систематичен проблем, ако не се реши навреме. Опасенията ми се потвърждават от констатациите на няколко академични изследователи в областта, които също виждат пропуски в системата. Отбелязахме в настоящия труд, че злоупотребата в психиатрията е била исторически възможна, защото системата се е провалила. Медицинската злоупотреба обикновено започва систематично и ако не бъде спряна, се разпростира скоростно и когато се до стигне този етап на систематична медицинска злоупотреба, хората страдат независимо от статута на заболяването им. Виждали сме как в бивши съветски страни, в Испания и в други държави системните злоупотреби в медицината не са взаимно изключващи се с болни хора във функционалния смисъл. Хората с различаващо се мнение могат да бъдат подложени на принудително лечение, защото мнозинството или тези на власт решават да им затворят устите. Изследванията трябва да са по-открити, а включването на други хора в изследователския процес е от основно значение за успешното прилагане на резултатите, като се има предвид, че събраните данни от изследователските резултати за определени групи могат да не са непременно от полза за други. И точно тук е мястото на балансирането на ценностите, защото то е в състояние да се справи с обществените въпроси, възникнали от предизвикателствата на плуралистичното общество.

Представените в настоящия труд въпроси са опит да се разрешат предизвикателствата, пред които сме изправени днес. Дейвид Къртис е прав като казва, че изследователските резултати трябва да са отражение на лицата, финансиращи изследванията. Траекторията на медицината и изследванията завива в посока справедливост при предоставянето на грижи. Вероятно е да се породи повече активност в областта на медицината и справедливостта при предоставянето на грижи, защото виждаме как защитниците на пациентските права призовават към подходи, насочени към личността, и приканват отговорните политически лица да вземат мерки за посрещане на психологическите потребности на доставчиците в здравеопазването. Яно е, че ако трябва да се постигне справедливост в предоставянето на грижите, всички пътища в изследователската работа и медицината водят към приобщаването. Имам предвид резултати, които биха отразили ценностите на останалите сред нас. С други думи, всичко се свежда до това кой е хуманист.

Освен това твърденията в настоящия труд са всеобхватен сбор от различни доказателства, предоставени от концептуалния анализ и феноменологичното описание на психичното състояние. Целта е непрекъснато усъвършенстване на конструктивния концептуален напредък към по-добра клинична психофармакология, която зачита ценностите в практиката. Представят се отчетливи хипотези за обогатяване на гледната точка на потребителите на услугите и на вземащите политически решения. Психофармаколозите трябва да решават въпросите, възникнали в практиката им, и да включват ценностите на пациента в лечението. Моят труд подчертава значението на междусекторния подход при справянето с предизвикателствата, породени от технологиите, и призовава медицината да не захвърля многофакторните причини и решения. Трябва да се премахнат съществуващите силози и да се установи нова здравна екосистема, основаваща се на безопасността на потребителя, която включва ценностите на пациентите. Темата на моя труд, която се очерта, е важното значение на ценностите в клиничната преценка и аргументацията против необременената с ценности психофармакология. Решенията, предполагащи само механистично мислене – т.е., че психичното състояние е причинено единствено

от химически дисбаланс на мозъка – са проблемни, като се имат предвид нормативните фактори, участващи в психичната диагноза. Моят труд ясно подчертава, че хазартното разстройство като психично състояние включва оценъчни и нормативни компоненти, подкрепени от данни от когнитивно-афективната наука. Ако читателите помнят, САУ разбира значението на емпиричните доказателства при вземането на здравни решения. Клиничните решения не могат да се вземат без съобразяване с емпиричните доказателства, които са се доказали като надеждни.

Основаната на доказателства практика, която съществува, не трябва да се пренебрегва, но е препоръчително тя да се използва с други ценностни измерения, които безпрецедентните времена налагат. Както вече казахме, новите технологии поражда дилеми, които изискват да им обърнем специално внимание. Докато апелирам за разширяване на нормативните измерения, за да включат те ценностите на безгласните субекти сред нас, категорично приемам важната роля на науката в определянето на конструктивен резултат за пациентите. Целта е да се представи един динамичен процес на ангажираност, при който емпиричният фактор и ценностите си взаимодействат по време на процеса на вземане на решения в здравеопазването. За да се стигне до конструктивен момент, всички тези фактори трябва да са в симетрична връзка, защото основаното само на медицински факт решение не очертава нормативните фактори, участващи в процеса на вземане на решения. Очаква се разнородните ценности в психичното здраве, които използват емпиричните доказателства, да са част от процеса на решения. Умишлено не отправям апел емпиричните доказателства да имат предимство пред ценностите, защото моето съвременно амплиативно разбиране показва присъствието на нормативни структури, свързани с психичните състояния. Така че би могло да се каже, че емпиричното се равнява на прилагането на ценности. Читателите ми ще забележат, че психофармакологията, от която психиатрията е част, има богата история. Снежневский, чиито идеи стоят в основата на биологичната концепция за шизофренията в бившия Съветски съюз, разпространява само ав-

торитетен медицински факт, наречен „бавно протичаща шизофрения“, пренебрегвайки ценностите на пациентите, а както по-късно се установява, този подход вероятно ще влоши злоупотребите в психиатрията, при които клиницистите вземат решения без да имат предвид ценностите на пациентите си.

Ценностите като част от връзката лекар-пациент

Закрилата на потребителя на услугите означава подчертаване на значението на неговите ценности в процеса на медицинско консултиране. Посоката на конструктивната интервенция е позиция, при която на пациентите се гледа като на личности с ценности, а планираният от лекаря процес се обяснява по начин, който пациентът разбира; по този начин клиницистите могат да овладеят реакцията на пациента когато чуе опасен сигнал. Освен това облекчаването на сериозно психично състояние ще изисква от практикуващия специалист да включи емпирични и други данни, които могат да са необходими за подобряване на състоянието на пациента. Не може да се отрече, че емпиричните доказателства и оценъчните елементи са от основно значение за диагностицирането на психичното състояние, но включването на тези елементи може да е сложно за възприемане от клиницистите. Едно изследване на Изпълнителната здравна служба на Ирландия показва, че клиницистите имат нужда от допълнително обучение в областта на предотвратяването на самоубийства. Под натиска на критиките на общата медицина, психиатрията се опитва да измести сложната задача да се развие науката за психичните състояния към психотерапията, но опитът показва, че това не постига правилната цел. И двата подхода са от полза за пациентите, ако се прилагат по подходящ начин – както сочат доказателствата в моя труд. Доказателствата в неврологията предполагат, че разбирането на сложността на човека и средата му изискват биологични познания за индивида в съчетание с телесната връзка, която се подхранва чрез взаимодействие със средата. Това може да се окаже животоспасяващо за пациентите според Изпълнителната здравна служба – организация, която предлага здравни услуги в Ирландия. Националният център за превенция на самоубийствата

на тази служба, чиято цел е намаляване на броя на самоубийствата в Ирландия, публикува международно изследване, според което мнозинството от самоубилите се хора са се свързали с общопрактикуващия си лекар (ОПЛ) година преди това. Тази информация заслужава да се анализира, защото показва, че ОПЛ не са обучени да уловят сигналите. Съгласно една анкета на Националния център за превенция на самоубийствата, повечето ОПЛ не са преминали никакво обучение за превенция на самоубийствата (внушителните 81%), а обучените в тази област са по-способни да се справят със суицидни пациенти.

С горния пример се опитвам да кажа, че ако разбираме ценностите на пациента, това може да даде в ръцете на лекарите инструменти за външно направление, ако е необходимо. Балансът на ценностите и медицинският факт са от основно значение за възстановяването на пациентите. Тук са намесени и други посоки на важна аргументация – ценностите на пациентите трябва да се установяват по време на взаимодействието лекар-пациент. Както показва случаят в Ирландия, необходимо е да се разработят ефективни инструменти в помощ на ОПЛ и набор от въпроси, необходими за определяне на ценностите на пациентите. Акцентът само върху въпроси от чисто медицински характер може да не помогне на лекарите да установят емпиричните усещания на пациента. Добавянето на стойност към медицината, както показва случаят в Ирландия, би подобрило връзката лекар-пациент и броя на възстановените пациенти.

Поддръжниците на медицината, основана само на факти - особено в психиатрията – твърдят, че включването на ценности ще разводи авторитетната сила на науката, но аз смятам, че разнородните ценности подобряват връзката лекар-пациент и при правилно балансиране сме поели в посока конструктивно действие, което е от полза за всички участници. Интересно е да се отбележи, че обучените лекари да разпознават суицидни сигнали разбират ценностите на своите пациенти и са в състояние да реагират подходящо когато общуват със суицидни пациенти. В доклада на Изпълнителната здравна служба в Ирландия дори се казва, че някои лекари са засегнати от загубата на своите пациенти, което може да повлияе на работата им. Анализът на тези факти показва, че инкорпорирането на ценностите във вече неизменен факт не

би намалило стойността на диагнозата, а по-скоро би разкрило невидими сигнали, които лекарите могат да сметат за разумно да регистрират с цел допълнително насочване на пациента. Съществува голяма доза оптимизъм относно бъдещата рамка на ценностното измерение и вече виждаме учени, които в трудовете си се опитват да включат ценностите в клиничната среда.

В допълнение практиците, които представят емпирични доказателства, трябва да бъдат приемани сериозно, защото констатациите им са определящ фактор в процеса на клинична преценка заедно с други определящи фактори. Ценностните измерения не биха намалили стойността на лечението, ако трябва да разгледаме посоката на мисълта на Хауърд Броуди (Howard Brody), защото той описва как ангажирането на лекаря може да трансформира смисъла на опита с болестта в положителна светлина. Сумарно погледнато, ако са подходящо балансирани, тези определящи фактори ще са от полза за всички участници и в края на краищата ще спестят разходи. Това води до моя аргумент, че ценностите подобряват медицинското лечение, и ако ирландската здравна служба поиска от мен да разработя рамка за общопрактикуващите лекари, със сигурност бих наблегнал на значението на ценностите и бих съставил когнитивно-феноменологични въпроси, които биха помогнали на лекарите да разграничат пациентите с висок риск от тези с малък риск. Психофармакологията се стреми да подобри живота на пациентите, страдащи от психични състояния, и затова смятам, че при психичното здраве централните норми на психичното състояние са в сферата на медицината и морала. Защитниците на правата на пациентите също би трябвало да имат интерес от съвместната работа с клиницистите с цел подобряване на състоянието на потребителите, за чиято кауза се борят.

От друга страна, практикът не трябва да надценява силата на позицията си и трябва да помни, че тази позиция може да бъде поставена под въпрос. Ако бъдещето на психичното здраве е емпирично, насочено към потребителите на услугите и към личността, то очертаните в моя труд ценности задължително трябва да се включат обратно в процеса на вземане на решения. В случай, че държавата наложи заповеди за грижа съгласно съответния раздел за недоброволно лечение на закона за психичното здраве, е много важно правата на потребителите

да са гарантирани по време на този процес, а задържането да не е политически мотивирано. Данните, използвани от клиницистите, трябва да отчитат ценностите на пациентите. Практикуващите специалисти трябва да направят смел опит да вземат конструктивни решения в лицето на несправедливостта при предоставянето на здравни грижи; в същото време пациентите трябва да имат възможност за правна консултация, ако я смятат за необходима. Докато гледаме как новите подходи се борят за надмощие в психичното здраве, е възможно да се озовем в ситуация, при която един подход ще спечели състезанието, връщайки ни към проблемите на психичното здраве, които познаваме от клиничните практики.

Докато за надмощие се борят различни терапевтични методи, основани само на медицинските факти, на когнитивната поведенческа терапия, на психоаналитичната терапия или други подобни, не бива да се забравя, че пътят напред е разумният открит подход; нито един изолиран подход не е бил в помощ на психофармакологията. В моя труд застъпвам мнението, че човешките същества все още не могат да бъдат изцяло редуцирани до химически съединения, защото взаимодействието със заобикалящата среда играе съществена роля в развитието им и признаваме, че всеобхватните познания за обществено-биохимичните верижни реакции ще се нуждаят от допълнителни изследвания. Така например, би било достоверно да се каже, че емоцията не е просто състояние на мозъчната дейност. Ако това се приеме, нарушенията в когнитивната система на човешките съставни елементи може да се пренареди с психотерапевтични методи. Основната цел на моя труд е да допълни базовите познания, предлагайки всеобхватни подходи при описанието на психичните състояния и представяйки морални и емпирични измерения. Еволюцията на психичните здравни грижи в посока дизайн, който е насочен към личността, ще изисква споделена отговорност от заинтересованите страни. Следователно, това ще спомогне за премахването на стигмата, свързана със състоянията на психичното здраве.

Приноси на дисертацията

1) Дисертацията въвежда понятието „съвременно амплиативно разбиране“ (CAU) за

психичното състояние. Рамка, базирана на имплицитно и експлицитно присъствие на нормативни структури в психофармакологичното описание на психичните състояния. САУ акцентира върху значението на психофармакологичния метод в описанието на психичните състояния. Но изследвайки тези състояния от феноменологична и аналитична гледна точка, настоящото проучване признава присъствието на нормативни структури като неразделна част от това описание.

2) Дисертационният труд застъпва тезата, че премахването на нормите от емпиричното описание на психофармакологичните психични състояния не внася яснота в налагането на емпирично описание на психичното състояние. За да класифицираме психофармакологичните психични състояния, трябва да притежаваме формиращите етапи на живия споделен опит. С други думи, обществените норми играят съществена роля в търсенето ни на всеобхватно разбиране за психофармакологичните психични състояния.

3) Заключениеята на настоящото изследване акцентират също така върху прекомерното опростяване на традиционните психофармакологични методи като генератор на проблеми в описанието на методологията. Дисертацията се спира подробно на това как влиятелни интереси / недоброжелателни системи на правителството могат да определят *modus operandi* на психофармакологичните методологии, отричайки разпространеното разбиране, че психофармакологичните резултати се захранват с данни.

4) Дисертацията посочва ограничението на традиционния психофармакологичен метод. За да може то да се избегне, се предлага преработка на данните в психофармакологията в рамката на темата за концептуално-аналитичната рамка за подобряване на обосноваването ѝ. Това ще даде достатъчно поле за действие за излизане от затруднението, в което се намира психофармакологията в момента.

5) И накрая, в своя проект обосновавам превъзходството на „Аз-емпиричното“ в психофармакологичните диагнози, като твърдя, че подходящите норми на „Аз-емпиричното“ трябва да са симетрично разположени по отношение на психофармакологичните факти.

Исползвана литература

American Psychiatric Association. *Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV*. 1994.

Ariely, Dan, and Gregory S. Berns. "Neuromarketing: the hope and hype of neuroimaging in business." *Nature Reviews Neuroscience* 11, no. 4 (2010), 284-292.

Aristotle. *The Works of Aristotle translated into English under the editorship of W.D. Ross*. 1962.

Austic, Elizabeth. "Peak ages of risk for starting nonmedical use of prescription stimulants." *Drug and Alcohol Dependence* 152 (2015), 224-229.

Bamijoko-Okungbaye, Abiola. "Does Charlie Gard deserve to be taken off life Support?" *Postmodern Openings*, 2018, 7-21.

Bamijoko-Okungbaye, Abiola. "Neuroimaging and the Limits of Brain Imaging Techniques." *Postmodern Openings* 9, no. 3 (2018), 64-75.

Baron, Emily, and Jacqueline Sullivan. "Judging mechanistic neuroscience: a preliminary conceptual-analytic framework for evaluating scientific evidence in the courtroom." *Psychology, Crime & Law* 24, no. 3 (2018), 334-351.

Baxter, Lewis R. "Caudate Glucose Metabolic Rate Changes With Both Drug and Behavior Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder." *Archives of General Psychiatry* 49, no. 9 (1992), 681-9.

BBC. "Ian Kennedy: Unmasking Medicine: 1980, the Reith Lectures Radio 4." BBC. Accessed January 16, 2019. <https://www.bbc.co.uk/programmes/p00gq1z0>.

Bhaskar, Roy. *The Possibility of Naturalism*. Sussex: Harvester Press, 1979.

Birley, J. L. "Political abuse of psychiatry." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 101, no. 399 (2003), 13-15.

Birley, Jim. "Political abuse of psychiatry." *Psychiatry* 3, no. 3 (2004), 22-25.

Bolton, Derek, Jonathan Hill, and Jonathan Hill. *Mind, Meaning and Mental Disorder: The Nature of Causal Explanation in Psychology and Psychiatry*. New York, NY: Oxford University Press, 2003.

Boorse, Christopher. "On the Distinction between Disease and Illness." *Medicine and Moral Philosophy* (1982).

Christopher Boorse (1982). On the Distinction between Disease and Illness. *Medicine and Moral Philosophy: A "Philosophy and Public Affairs"*. 3-22.

Bourdieu, Pierre. *Practical Reason: On the Theory of Action*. Redwood City, CA: Stanford University Press, 1998.

- Brody, Howard. "Three perspectives on the placebo response: expectancy, conditioning, and meaning." *Advances in Mind-Body Medicine*, no. 16 (2000), 211-232.
- Brown, Walter A. "Harnessing the Placebo Effect." *Hospital Practice* 33, no. 7 (1998), 107-116. doi:10.3810/hp.1998.07.98.
- Brown, Walter A. "The Placebo Effect." *Scientific American* 278, no. 1 (1998), 90-95.
- Buckholtz, Joshua W., Christopher L. Asplund, Paul E. Dux, David H. Zald, John C. Gore, Owen D. Jones, and René Marois. "The Neural Correlates of Third-Party Punishment." *Neuron* 60, no. 5 (2008), 930-940.
- Bunge, Wiep V., Henri Krop, Piet Steenbakkers, and Jeroen M. Ven. *The Bloomsbury Companion to Spinoza*. London, United Kingdom: A&C Black, 2014.
- Chatterjee, Anjan. "The promise and predicament of cosmetic neurology." *Journal of Medical Ethics* 32, no. 2 (2006), 110-113.
- Chen, Hong-Lin, Ji-Yu Cai, Man-Li Zha, and Wang-Qin Shen. "Prenatal smoking and postpartum depression: a meta-analysis." *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2018, 1-9.
- CHESTERMAN, L.P., P.J. TAYLOR, T. COX, M. HILL, and J. LUMSDEN. "Multiple measures of cerebral state in dangerous mentally disordered inpatients." *Criminal Behaviour and Mental Health* 4, no. 3 (1994), 228-239.
- Chisholm, Roderick. *Person and Object: A Metaphysical Study*, 108. Opencourt, 1976.
- Chisholm, Roderick M. *Person and Object: A Metaphysical Study*. London, England: Psychology Press, 2004.
- Christensen, CNN, Jen. "Common Heart Drug Recalled in 22 Countries for Possible Cancer Link." CNN. Last modified July 6, 2018. <https://edition.cnn.com/2018/07/06/health/valsartan-heart-drug-recall-intl/index.html>.
- Christopher deCharms, Christopher. "Applications of real-time fMRI." *Nature Reviews Neuroscience* 9, no. 9 (2008), 720-729.
- Churchland, Patricia S. *Touching a Nerve: Our Brains, Our Selves*. New York, NY: W. W. Norton & Company, 2013.
- Cioffi, Frank. *Freud and the Question of Pseudoscience*, 240-253. Chicago, IL: Open Court Publishing, 1998.
- Cloninger, C. Robert. *Feeling Good: The Science of Well-Being*. New York, NY: Oxford University Press, 2004.
- Cosgrove, Lisa, and Sheldon Krimsky. "A Comparison of DSM-IV and DSM-5 Panel Members' Financial Associations with Industry: A Pernicious Problem Persists." *PLoS Medicine* 9, no. 3 (2012), e1001190.
- Cottingham, John. *Descartes. Second meditation. In Meditations*, 16-19. Cambridge: Cambridge University Press., 1996.

- Dennett, Daniel C. "When does the intentional stance work?" *Behavioral and Brain Sciences* 8, no. 04 (1985), 763.
- Descartes, René. *The Philosophical Writings of Descartes: Volume 1, The Correspondence*. Cambridge, England: Cambridge University Press, 1991.
- Descartes, René. *The Philosophical Writings of Descartes*. Cambridge, England: Cambridge University Press, 1985.
- Devlin, Hannah. "Genetics Research 'biased Towards Studying White Europeans'." *The Guardian*. Last modified October 8, 2018.
<https://www.theguardian.com/science/2018/oct/08/genetics-research-biased-towards-studying-white-europeans>.
- Dilthey, Wilhelm. *Ideas concerning a descriptive and analytic psychology and Historical understanding* (trans.R.M. Zaner and K.L.Heiges), 21-120. The Hague: Martinus Nijhoff, 1977.
- Dimitrova, Maria. *In Levinas' Trace*. Newcastle upon Tyne, United Kingdom: Cambridge Scholars Publishing, 2011.
- Dimitrova, Maria. "Do We have to let Ourselves Be Doomed by Morality? In Response to Jerard Bensussan." *Sofia Philosophical Review* 3, no. 2 (2009), 21-25.
- DuBois, James M., Emily E. Anderson, John T. Chibnall, Jessica Mozersky, and Heidi A. Walsh. "Serious Ethical Violations in Medicine: A Statistical and Ethical Analysis of 280 Cases in the United States from 2008–2016." *The American Journal of Bioethics* 19, no. 1 (2019), 16-34.
- Dumit, Joseph. *Picturing Personhood: Brain Scans and Biomedical Identity*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2004.
- Eysenck, Hans. *Classification and the problems of diagnosis*. In *Handbook of Abnormal Psychology*. London: Pitman Medical, 1968.
- Fawcett, Jan, Dan J. Stein, and Kenneth O. Jobson. *Textbook of Treatment Algorithms in Психофармакология*. Hoboken, NJ: Wiley, 1999.
- Forstrom, K. J. *John Locke and Personal Identity: Immortality and Bodily Resurrection in 17th-Century Philosophy*. London, England: Bloomsbury Publishing, 2011.
- Forte, Robert, Albert Hofmann, and R.Gordon Wasson. *Entheogens and the Future of Religion. The Council on Spiritual Practices*, 2nd ed. Thousand Oaks: Pine Forge Press., 2000.
- Foucault, Michel. *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*. London, England: Psychology Press, 2001.
- Foucault, Michel. *The Birth of the Clinic*. London: Tavistock, 1973.
- Freud, Sigmund. 'Dora' case study. In *Case Histories I. The Pelican Freud Library, Vol. 8*, 45-49. London: Penguin, 1977.
- Freud, Sigmund. *Project for a scientific Psychology Vol I*, 295. London: Hogarth Press, 1966.

- Fulford, K. W., Timothy Thornton, and George Graham. *Oxford Textbook of Philosophy and Psychiatry*. New York, NY: Oxford University Press, USA, 2006.
- Gabbani, Carlo. "Consciousness and the Concept of a Person." Academia.edu - Share Research. Accessed January 29, 2019. https://www.academia.edu/7919807/Consciousness_and_the_Concept_of_a_Person.
- Gabbani, Carlo, and Giovanni Stanghellini. "What Kind of Objectivity Do We Need for Psychiatry? A Commentary to Oulis's Ontological Assumptions in Psychiatric Taxonomy." *Psychopathology* 41, no. 3 (2008), 203-204.
- Gadamer, Hans-Georg. *The Enigma of Health: The Art of Healing in a Scientific Age*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2018.
- Gadamer, Hans-Georg. *Truth and Method*. London, United Kingdom: A&C Black, 2013.
- Gowans, Christopher. *Philosophy of the Buddha: An Introduction*. London, England: Routledge, 2004.
- Griffiths, R. R., W. A. Richards, U. McCann, and R. Jesse. "Psilocybin can occasion mystical-type experiences having substantial and sustained personal meaning and spiritual significance." *Психофармакология* 187, no. 3 (2006), 268-283.
- Grunbaum, Adolf. *The Foundations of Psychoanalysis: A Philosophical Critique*. Oakland, CA: University of California Press, 1985.
- Gungov, Alexander L. *Patient Safety: The Relevance of Logic in Medical Care*. Ibidem Press, 2018.
- Habermas, Jürgen. *Moral Consciousness and Communicative Action*. Cambridge, MA: MIT Press, 1990.
- Habermas, Jürgen. *Moral Consciousness and Communicative Action*. Cambridge: Polity Press, 1990.
- Hare, Richard M. "The philosophical basis of psychiatric ethics." In *In Essays on Bioethics*, 15-30. Oxford: Oxford University Press, 1993.
- Healthcare Service Executive. "Suicide Prevention - GPs Survey (Dec 2017)." HSE.ie. Accessed February 26, 2019. <https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/connecting-for-life/research-evaluation/findings/suicide-prevention-gps-survey-dec-2017-.html>.
- Healy, David. *Let Them Eat Prozac: The Unhealthy Relationship Between the Pharmaceutical Industry and Depression*. New York, NY: NYU Press, 2006.
- Heidegger, Martin. *On Time and Being*. Chicago, IL: University of Chicago Press, 2002.
- Hempel, Carl G. *The Function of General Laws in History*. 1965.
- Jasper, Karl. *Kausale and verstaendliche Zusammenhaenge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia praecox*. 1913.

Kaptchuk, Ted J., Elizabeth Friedlander, John M. Kelley, M. N. Sanchez, Efi Kokkotou, Joyce P. Singer, Magda Kowalczykowski, Franklin G. Miller, Irving Kirsch, and Anthony J. Lembo. "Placebos without Deception: A Randomized Controlled Trial in Irritable Bowel Syndrome." *PLoS ONE* 5, no. 12 (2010), e15591.

Kearney, Richard, and Mara Rainwater. *The Continental Philosophy Reader*, 259. London, England: Routledge, 1996.

KENDELL, R. E. "The Concept of Disease and its Implications for Psychiatry." *The British Journal of Psychiatry* 127, no. 4 (1975), 305-315.

Kendler, Kenneth. "Reflections on the Relationship Between Psychiatric Genetics and Psychiatric Nosology." *American Journal of Psychiatry* 163, no. 7 (2006), 1138-1146.

Kenny, Anthony. *Mental Health in Plato's Republic*. Longwood Press Ltd, 1969.

Kirsch, Irving. "Placebo psychotherapy: Synonym or oxymoron?" *Journal of Clinical Psychology* 61, no. 7 (2005), 791-803.

Kirsch, Irving, and Guy Sapirstein. "Listening to Prozac but hearing placebo: A meta-analysis of antidepressant medication." *Prevention & Treatment* 1, no. 2 (1998).

Kockelmans, Joseph J. *Edmund Husserl's Phenomenology*. West Lafayette, IN: Purdue University Press, 1994.

Kramer, Peter D. *Listening to Prozac*. Penguin Mass Market, 1994.

Kuhn, Thomas S. *The Structure of Scientific Revolutions: 50th Anniversary Edition*. Chicago, IL: University of Chicago Press, 2012.

Laing, Richard. *The Divided Self*. London: Tavistock, 1960.

Laing, Ronald D. *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*. 1973.

The Lancet. "The crisis in psychiatry." *The Lancet* 349 (1997).

Land, J. P. *Arnold Geulincx and His Works ...* 1890.

Lane, Christopher. *Shyness: How Normal Behavior Became a Sickness*. New Haven, CT: Yale University Press, 2008.

Laurens, Hannah. "Finite in Infinity." *Stance* 5 (2012), 97-109.

Leary, Mark R. *The Curse of the Self: Self-Awareness, Egotism, and the Quality of Human Life*. New York, NY: Oxford University Press, 2004.

Leary, Mark R., and June P. Tangney. *Handbook of Self and Identity*. New York, NY: Guilford Press, 2012.

Ledoux, Joseph. *The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. New York, NY: Simon & Schuster, 1998.

- LeDoux, Joseph E. *Synaptic Self: How Our Brains Become who We are*. 2002.
- LeVay, Simon. "A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men." *Science* 253, no. 5023 (1991), 1034-1037.
- Lewis-Fernández, Roberto, and Neil Krishan Aggarwal. "Culture and Psychiatric Diagnosis." *Cultural Psychiatry* 33 (2013), 15-30.
- Locke, John. *Essay Concerning Human Understanding*, 17-26. Clarendon Press.: Oxford, 1989.
- Longino, Helen E. *Science as Social Knowledge: Values and Objectivity in Scientific Inquiry*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1990.
- MacDonald, Fiona. "An English-Speaking Teenager Has Woken Up From a Coma Speaking Fluent Spanish." ScienceAlert. Accessed January 9, 2019. <https://www.sciencealert.com/people-keep-waking-up-from-head-injuries-speaking-a-different-language>.
- Malebranche, Nicolas, Thomas M. Lennon, and Paul J. Olscamp. *Malebranche: The Search After Truth: With Elucidations of the Search After Truth*. Cambridge, England: Cambridge University Press, 1997.
- Manning, Kathryn Y., Amy Schranz, Robert Bartha, Gregory A. Dekaban, Christy Barreira, Arthur Brown, Lisa Fischer, et al. "Multiparametric MRI changes persist beyond recovery in concussed adolescent hockey players." *Neurology* 89, no. 21 (2017), 2157-2166.
- Mayer-Gross, William. *Clinical Psychiatry: By Eliot Slater and Martin Roth*, 3rd ed., xiv-xv and 1-6. London: Ballière Tindall and Cassell, 1969.
- Merleau-Ponty, Maurice. *Phenomenology of Perception*. London, England: Psychology Press, 2002.
- Merleau-Ponty, Maurice. *Phenomenology of Perception*. London, England: Routledge, 2013.
- Merleau-Ponty, Maurice. *The Primacy of Perception: And Other Essays on Phenomenological Psychology, the Philosophy of Art, History, and Politics*, 114-117. Evanston, IL: Northwestern University Press, 1964.
- Moerman, Daniel. *Meaning, Medicine and the "Placebo Effect."*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.
- Murphy, Dominic. *Psychiatry in the Scientific Image*. Bradford Books, 2012.
- Nagel, Thomas. "The View from Nowhere." *Zeitschrift für Philosophische Forschung* 43, no. 2 (1989), 399-403.
- News. "Toddler's Family Thanks 'Spiderman? Who Saved Boy." NewsComAu. Last modified May 29, 2018. <https://www.news.com.au/lifestyle/real-life/news-life/family-of-toddler-saved-by-french-immigrant-thanks-spiderman-for-rescue/news-story/936d52a190c326fcd6692896250f7a4c>.
- Nutt, David J., Trevor W. Robbins, Gerald V. Stimson, Martin Ince, and Andrew Jackson. *Drugs and the Future: Brain Science, Addiction and Society*. Amsterdam, Netherlands: Elsevier, 2006.

- Omalu, Bennet. "Chronic Traumatic Encephalopathy." *Progress in Neurological Surgery*, 2014, 38-49.
- Petitmengin, Claire, Michel Baulac, and Vincent Navarro. "Seizure anticipation: Are neurophenomenological approaches able to detect preictal symptoms?" *Epilepsy & Behavior* 9, no. 2 (2006), 298-306.
- Petitmengin, Claire, and Jean-Philippe Lachaux. "Microcognitive science: bridging experiential and neuronal microdynamics." *Frontiers in Human Neuroscience* 7 (2013) 617.
- Pezawas, Lukas, Andreas Meyer-Lindenberg, Emily M. Drabant, Beth A. Verchinski, Karen E. Munoz, Bhaskar S. Kolachana, Michael F. Egan, Venkata S. Mattay, Ahmad R. Hariri, and Daniel R. Weinberger. "5-HTTLPR polymorphism impacts human cingulate-amygdala interactions: a genetic susceptibility mechanism for depression." *Nature Neuroscience* 8, no. 6 (2005), 828-834.
- Pickering, Neil. "The likeness argument." *The Metaphor of Mental Illness*, 2005, 13-36.
- Polifroni, E. C., and Marylouise Welch. *Perspectives on Philosophy of Science in Nursing: An Historical and Contemporary Anthology*, 343. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 1999.
- Popper, Karl. *Conjectures and Refutations: The Growth of Scientific Knowledge*. London, England: Routledge, 2014.
- Posner, Michael. "Seeing the mind." *Science* 262, no. 5134 (1993), 673-674.
- Ratcliffe, Matthew. *Feelings of Being: Phenomenology, Psychiatry and the Sense of Reality*. New York, NY: Oxford University Press, 2008.
- Ratcliffe, Matthew. *Rethinking Commonsense Psychology: A Critique of Folk Psychology, Theory of Mind and Simulation*. Basingstoke, England: Palgrave Macmillan, 2007.
- Redding, Richard. "The brain disordered defendant. Neuroscience and legal insanity in the Twenty-First Century." *American University Law Review* 56, no. 1 (2006), 1-62.
- Rego, Mark. "What are and (what are not) the existential implications of antidepressant use?" *Philosophy, Psychiatry and Psychology* 12 (2005), 119-128.
- REUS, VICTOR I. "The American Psychiatric Publishing Textbook of Mood Disorders Edited by Dan J. Stein, M.D., Ph.D., David J. Kupfer, M.D., and Alan F. Schatzberg, M.D. Arlington, Va., American Psychiatric Publishing, 2006, 792 pp. \$119.00. Victor Reus." *American Journal of Psychiatry* 163, no. 10 (2006), 1844-1845.
- Richards, Michael. "Morality and Biology in the Spanish Civil War: Psychiatrists, Revolution and Women Prisoners in Málaga." *Contemporary European History* 10, no. 03 (2001).
- Rickert, Heinrich. *Science and History: A Critique of Positivist Epistemology: Translated from the German*. 1962.
- Rickert, Heinrich. *The Limits of Concept Formation in Natural Science: A Logical Introduction to the Historical Sciences (Abridged Edition)*. Cambridge, England: CUP Archive, 1986.

- Ricoeur, Paul. *Freud and Philosophy: An Essay on Interpretation*, 87-93. New Haven, CT: Yale University Press, Book II., 1970.
- Ricoeur, Paul, and Denis Savage. *Freud and Philosophy: An Essay on Interpretation*. Motilal Banarsidass Publishe, 2008.
- Rinofner-Kreidl, Sonja, and Harald A. Wiltsche. *Karl Jaspers' Allgemeine Psychopathologie zwischen Wissenschaft, Philosophie und Praxis*. Königshausen & Neumann, 2008.
- Robinson, Daniel N. *Wild Beasts & Idle Humours: The Insanity Defense from Antiquity to the Present*. American Mathematical Soc., 1996.
- Robinson, Gillian, and John F. Rundell. *Rethinking Imagination*, 110-115. London, England: Routledge, 1993.
- Rogan, Joe. "Mike Tyson on Doing DMT | Joe Rogan." *YouTube*. January 17, 2019. <https://www.youtube.com/watch?v=EmJsTf6hCRM>.
- Rubin, Todd G., Eva Catenaccio, Roman Fleysher, Liane E. Hunter, Naomi Lubin, Walter F. Stewart, Mimi Kim, Richard B. Lipton, and Michael L. Lipton. "MRI-defined White Matter Microstructural Alteration Associated with Soccer Heading Is More Extensive in Women than Men." *Radiology* 289, no. 2 (2018), 478-486.
- Sacks, Oliver. *Hallucinations*. London, England: Pan Macmillan, 2012.
- Sala, Sergio D. *Mind Myths: Exploring Popular Assumptions about the Mind and Brain*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 1999.
- Scheff, Thomas J. *Labeling Madness*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 1975.
- Schiff, Nicholas D. "Central Thalamic Contributions to Arousal Regulation and Neurological Disorders of Consciousness." *Annals of the New York Academy of Sciences* 1129, no. 1 (2008), 105-118.
- Schneider, Kurt. *Clinical psychopathology*. New York: Grune & Stratton, 1959.
- Shapiro, Arthur K., and Elaine Shapiro. *The Powerful Placebo: From Ancient Priest to Modern Physician*. Baltimore, MD: JHU Press, 2010.
- Sherman, Rachel, and John Hickner. "Academic Physicians Use Placebos in Clinical Practice and Believe in the Mind–Body Connection." *Journal of General Internal Medicine* 23, no. 1 (2007), 7-10.
- SHOWTIME BOXING. "Tyson Fury on Mental Health & Recovery | Full Interview | SHOWTIME Boxing." *YouTube*. November 2, 2018. <https://www.youtube.com/watch?v=N5qTvdFFW8c>.
- Simon, Bennett. *Mind and madness in ancient Greece: the classical roots of modern psychiatry*. Ithaca, NY: Cornell University Pr, 1980.
- Simon, Bennett. "Mind and Madness in Ancient Greece: The Classical Roots of Modern Psychiatry." *Philosophy and Phenomenological Research* 41, no. 1 (1980), 245-246.

Sophie Eastaugh, for CNN. "Pokemon Go Player Claims He Shed Pounds." CNN. Last modified July 29, 2016. <https://edition.cnn.com/2016/07/29/health/pokemon-go-sam-clark-lost-weight/index.html>.

Spence, Sean A. "Free Will in the Light of Neuropsychiatry." *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 3, no. 2 (1996), 75-90.

Stanford. "Buddha (Stanford Encyclopedia of Philosophy)." Stanford Encyclopedia of Philosophy. Accessed February 4, 2019. <https://plato.stanford.edu/entries/buddha/>.

Stein, Dan J. *Philosophy of Психофармакология*, 4-5. Cambridge, England: Cambridge University Press, 2011.

Stein, Dan J., David J. Kupfer, and Alan F. Schatzberg. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Mood Disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Pub, 2007.

Stuart Mill, John. *Collected works of John Stuart Mill*. London, England: Psychology Press, 1996.

Szasz, Thomas. "The myth of mental illness." *American Psychologist* 15, no. 2 (1960), 113-118.

Szasz, Thomas S. *Cruel Compassion: Psychiatric Control of Society's Unwanted*. Syracuse, NY: Syracuse University Press, 1998.

Tedeschi, Richard G., Crystal L. Park, and Lawrence G. Calhoun. *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis*. London, England: Routledge, 1998.

Thornton, Tim, Kwm Fulford, and George Christodoulou. "Philosophical Perspectives on Health, Illness and Clinical Judgement in Psychiatry and Medicine." *Psychiatric Diagnosis* (2009), 15-27.

Thullier, Jean. *Ten Years That Changed the Face of Mental Illness*. Oxfordshire, England: Taylor & Francis, 1999.

The Times. May 25, 1923.

Toon, P. D. "Defining 'disease'--classification must be distinguished from evaluation." *Journal of Medical Ethics* 7, no. 4 (1981), 197-201.

Trevena, Judy, and Jeff Miller. "Brain preparation before a voluntary action: Evidence against unconscious movement initiation." *Consciousness and Cognition* 19, no. 1 (2010), 447-456.

Van Rooij, Antonius J., Christopher J. Ferguson, Michelle Colder Carras, Daniel Kardefelt-Winther, Jing Shi, Espen Aarseth, Anthony M. Bean, et al. "A weak scientific basis for gaming disorder: Let us err on the side of caution." *Journal of Behavioral Addictions* 7, no. 1 (2018), 1-9.

Van Voren, Robert. "Political Abuse of Psychiatry--An Historical Overview." *Schizophrenia Bulletin* 36, no. 1 (2009), 33-35.

Veale, David M., and Christina Lambrou. "The Importance of Aesthetics in Body Dysmorphic Disorder." *CNS Spectrums* 7, no. 06 (2002), 429-431.

W.H.O. "Gaming Disorder." World Health Organization. Accessed January 8, 2019.
<https://www.who.int/features/qa/gaming-disorder/en/>.

Warren, Jason. "Synaptic Self: How our Brains Become who we Are Synaptic Self: How Our Brains Become Who We Are" LeDoux Joseph 406 pp Price ISBN 0-333-781872 (h/b) London: Macmillan." *Journal of the Royal Society of Medicine* 95, no. 7 (2002), 373-374.

Weber, Max. "*Objectivity*" in *Social Science and Social Policy*, 76. 1904.

Weber, Max. *Roscher und Knies und die logischen Probleme der historischen Nationalökonomie*. New York: Free Press, 1975.

Weber, Max. *The meaning of 'ethical neutrality' in sociology and Economics*. In *the Methodology of the Social Sciences*, 11. 1949.

Wenzel, Thomas, and Boris Droždek. *An Uncertain Safety: Integrative Health Care for the 21st Century Refugees*. Basingstoke, England: Springer, 2018.

Wrathall, Mark. *How to Read Heidegger*. Granta Books, 2014.

Wright, John P. *Hume's 'A Treatise of Human Nature': An Introduction*. Cambridge, England: Cambridge University Press, 2009.