

Tari Gergely

# A „mentális zavar” fogalom definíciós nehézségei

**a** mentális zavar meghatározására számos kísérlet született. A szöveg központi kérdése, hogy alkotható-e egy széles körben elfogadható értéksemleges, tisztán tudományos eredményekre támaszkodó definíció, amely az egészséges és beteg állapotok elkülönítését a szubjektív értékelő faktorokat kizárva is képes elvégezni. A vizsgálat során összefoglalom a biomedikális pszichiátia mentális zavar koncepcióira született kritikákat, és amellet érvelek, hogy a több szerzőnél felbukkanó biostatistikai és diszfunkciós kritériumok nem tudják levetkőzni normatív tulajdonságaikat. A dolgozat második részében a mentális zavar természeti fajta jellegét elemzem, és amellet érvelek, hogy az ilyen értelemben vett meghatározás nem következetes.

## *A mentális zavar definíciójának problémái*

Sokak intuíciója, hogy az egészséges és kóros mentális állapotok elkülönítése döntő mértékben a tudományos és technikai felkészültségünktől függ (Haslam 2000; Haslam–Ernst 2002; Adriaens – De Block 2013). Ehhez társul a vélekedés, miszerint az idegrendszeri folyamatok egyre kiterjedtebb megértésével, például a képalkotó diagnosztikai eljárásokkal (CT, MRI, Gamma-kamerák) csak idő kérdése, hogy magabiztosan navigálhassunk kóros és egészséges agyi működések között. Eszerint jól meghatározható atipikus agyi struktúrák felelőssé tehetőek valamilyen atipikus viselkedésért, amelyeket így patológiákként, betegségeként azonosíthatunk. Gyakorlatilag a XVIII. századtól fogva nyomás uralko-



dik a pszichiátrián, amely a különböző magatartásokat azonosítani próbálta az agy fiziológiás elváltozásaival. Így járt el Anne-Charles Lorry (1726–1783) is, aki az orvosi értelemben vett mélabút az idegrendszer rostjainak diszfunkcióira vezette vissza. Ilyen összefüggések alapján gondolkozott Pierre Cabanis (1757–1808) francia orvos is, aki hibának tartotta, ha a vizsgáldások során figyelmen kívül hagyták azokat a bizonyos szervi elváltozásokat, amelyek az erkölcsi és funkcionális zavarokkal összefüggésben állnak. Ezek és az ehhez hasonló feltételezések a század során egyre inkább meghatározták a tudományt (Földényi 2003, 269).

Wilhelm Griesinger (1817–1868) német pszichiáter, a tübingeni egyetem egykori professzora *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* című művében 1861-ben programadó volt a biológiai meg-alapozottságú pszichiátria területén:

„A patológia mint tiszta fiziológia bizonyítja, hogy kizárólag az agy lehet a helyszíne a normális és abnormális mentális működésnek. [...] Az agy minden mentális betegségben érintett, így tehát az elme-baj legközelebbi oka az agyi érintettség.” (Griesinger 1882, 3–4.)

A pszichiátria mint tudomány számára a tét ebben az időben óriási volt. Válaszút előtt állt, integrálódik-e az orvostudományba, felhasználva annak eszköztárát, vagy megmarad egyfajta obskúrus diszciplínaként, kétlaki társadalom- és természettudományos elméleti és módszertani háttérrel. Griesinger üzenete egyértelmű volt. Szakítani kell a bizonytalan filozófiai gyökerekkel, és a tudományos medicina paradigmáit felhasználva minden mentális zavart szervi problémára kell visszavezetni. A filozófia még csak mint távoli rokon sem volt tolerálható többé, teljes megújulás vált szükségessé: „Az empirizmusnak muszáj türelmesen várnia arra az időre, amikor az emberi lélek és az élet alkotóelemeinek kapcsolatát annak minden formájával végül fiziológiai, semmint metafizikai problémaként kezeljük majd.” (Griesinger 1882, 5.) Griesinger szerint vélhetően az összes emberi magatartás egy-egy idegrendszeri mintázattal azonosítható, amelyek kauzális rend alapján szerveződnek. Viselkedésünk elemei, bármilyen összetettek legyenek is, végső soron mégiscsak szomatikus meghatározottságúak, ebből következik, hogy amire megértésükhöz összpontosítanunk kell, feltétlenül empirikus kutatást igényel. Griesingernél ez formált alapot a pszichiátria tudományos medicinába való integrálásához. A XIX. századi pszichiátria hitt az emberi természet naturalista megközelítésében, ami alapján az elme, valamint annak normális és kóros működése legpontosabban természettudományos köntösben értelmezhető. Griesinger ezzel előfutára



és egyben megalapozója volt a betegségeket rendszerező nozologikus szemléletnek, amely a mai napig az elmekórtan fontos strukturáló és módszertani eleme.

Ehhez az irányzathoz kapcsolódóan fontos kitérnünk Emil Kraepelin (1856–1926) német pszichiáterre is, aki szintén jelentős hatást gyakorolt a mai modern pszichiátriai gondolkodásra, amelynek módszertani alapja a pszichiátriai tünetcsoportok rendszerezése és a pszichiátriai kórképek minél átfogóbb feltárása. Az orvostudomány elsődleges céljának tartotta, hogy az agy tudattartalmait a legapróbb összetevőkre szét kell bontani, és tanulmányozni a köztük fennálló kapcsolódási rendszert, ugyanis azt vélelmezte, hogy minden kórosnak és egészségesnek vélt magatartásnak megvan a maga szervi oka (Földényi 2003, 279). Ez a redukcionista attitűd az emberi egyformaságból építkezik, és többek között feltételezi, hogy „a hasonló okokból eredő betegségeknek ugyanazok lennének a tünetei, és ezért hullákon is ugyanazokat az elváltozásokat fedezhetnénk fel” (i. m., 295). A fenti prekoncepciókból egy szigorú tudomány képe bontakozik ki, amelyben az orvos a beteget mint szomatikus kódrendszert értelmezi: *a mentális beteg ebben az analógiában egy agypatológias kórforma variánsa, és semmi több.*

A mentális rendellenességek orvosi modellje, a betegségtételezés fenti módszere valamiért mégsem pontos. A valóságban ugyanis sokkal inkább jellemző, hogy egy zavarnak tartott viselkedésből (például depresszió) kiindulva következtetünk az ezt előidéző és/vagy fenntartó agyi struktúra abnormalitására, tehát a patologizáció folyamata fordított irányú (Kovács 2007, 119). Ez a megkülönböztetés lényegi a mentális zavar (*mental disorder*) fogalmi meghatározását illetően: fontos felismernünk, hogy a klinikai vizsgálatokat legtöbbször megelőzi valamilyen társadalmi, kulturális értékítélet, amely egy eltérő magatartásformát kiemel a közösség által tolerált „normális” tartományból. Így legalábbis kétséges, hogy a betegség fogalma le tudja-e vetkőzni ezt a normatív sajátosságát. Márpedig az egzakt mentális zavar definíció fundamentális szerepet játszik egy tudományos rendszertan megalkotásában, így fontosnak tartom áttekinteni a mentális zavar koncepcióinak főbb arculatait.

A mentális zavar fogalmának meghatározása több szempontból is nehézségekbe ütközik, vegyük sorra ezeket. Talán a legvitatottabb kérdés, hogy *felállítható-e egy olyan meghatározás, amely értéksemleges, és ezáltal tisztán tudományos eredményekre támaszkodva elkülönítheti a kóros állapotot az egészségestől?* A következőkben ezt a kérdést vizsgálom, illetve amellet érvelek, hogy tisztán biomedikális szemléletű egészség- és betegséghatározások felállítása, kiváltképp a mentális működések tekintetében, csak megkötésekkel lehetséges.



## Szociopolitikai meghatározás

Eltérő társadalmak vagy kultúrák igen különböző módokon közelíthetnek a betegségek meghatározásához. Rounsaville (2002, 4–6) olvasatában ez alapvetően négyféle lehet: (1) *szociopolitikai*, (2) *biomedikális*, (3) *kombinált biomedikális és szociopolitikai*, valamint (4) *oszténzív szemléletű*. A következőkben az első három típust ismertetem részletesebben.

A mentális zavar *szociopolitikai* megközelítése lényegében lefedi az antipszichiátriai mozgalom főbb gondolatait. Képviselőik – mint a fogalom megalkotója, David Cooper, az amerikai pszichiáter Thomas Szasz vagy Michel Foucault – alapjaiban megkérdőjelezték a pszichiátria tudományos létjogosultságát (Foucault 2000; Szasz 2002). Ezt elsősorban azért tették, mert álláspontjuk szerint nehéz, ha nem lehetetlen feladat megkülönböztetni a mentális betegséget a nonkonformista, erkölcsi kihágásoktól, az egyszerű devianciától (Kovács 2007, 24). A mentális zavar koncepciója így nem más, mint tudományos köntösbe bújtatott értékítélet, eszköz a többségi társadalom számára nemkívánatos magatartásformák ellenőrzésére és stigmatizálására. A mentális zavar értéksemleges meghatározásának hiányában a pszichiátria szubsztantív funkciója a fegyelmezés és az alapvetően társadalmi problémák orvosi eszközökkel történő szabályozása, érvel Szasz (2002, 20). A XIX–XX. századi pszichiátria hatalmi-politikai és társadalmi erőviszonyoktól való függését számos eset alátámasztja. A medikalizációra gyakori példa az úgynevezett *drapetomania* „betegsége”, amely a *drapetes* ('szökött rabszolga') és a *mania* szavakból származik. Ez a kategória a fogva tartás és a kényszermunka elől menekülő színes bőrű rabszolgákat patologizálta (Szasz 2009, 19). Az orvosi módszertan mint láthatatlan társadalmi kontroll egy évszázaddal később, a második világháborúban is érvényesült. A Szovjetunió területén nemegyszer előfordult, hogy az emigrálni próbáló katonákat szökésük során feltartóztatták, és politikai nyomásra gyógykezelésre ítélték. A disszidens így nem politikai bűnözővé, hanem az ideológia és a propaganda részeként elmebeteggé vált, mondván: hogy lenne normális az, aki a fronton harcolva nem akarja győzelemhez segíteni hazáját. Az antipszichiátria azonban a mentális zavar előbbi konstruktivista modelljével nehezen tartható. A szociopolitikai felfogás normativista, tehát a fogalom társadalmi-hatalmi függését hangsúlyozó elmélete hibát követ el, amikor a zavart egyszerűen a közösség normarendszertől való eltéréseként határozza meg, ezáltal megkérdőjelezve a terminus orvosi vonatkozását. Mivel az antipszichiátria szerint mentális betegségről nem, csak normáktól való eltérésről beszélhetünk (Szasz 2002), így minden normaszegést egyenrangúnak kellene tekintenünk,

és nem lenne alapunk elhatárolni a deviánst (például renitens munkakerülő) a tényleges (például neurodegeneratív betegséggel élő) betegtől. Egy ilyen rendszer azonban nem életszerű. Ezért feltétlenül törekednünk kell egy széles körben elfogadható meghatározás felállítására, amelyben ideális esetben a szubjektív értékelő faktorok körül elfogy a levegő.

## *Biomedikális meghatározás*

A naturalista *biomedikális* szemlélet XX. századi formája John Guyett Scadding (1967) nevéhez kapcsolható, aki a betegséget biológiai hátrányként (*biological disadvantage*) határozta meg:

[a mentális zavar] „Élő organizmusok által megjelenített abnormális jelenségek összessége, amelyhez meghatározott jellemvonás vagy jellemvonások csoportja társul, és eltér a fajra jellemző mintától oly módon, hogy biológiai hátrányt jelent számukra.” (Idézi: Varga 2011, 2.)

Scadding meghatározásában tehát ahhoz, hogy valamit mentális zavarként definiáljunk, nem szükséges figyelembe venni értékítéleteket, elegendő statisztikai megfigyelésekre hagyatkozni: (1) ami eltér a társadalmi átlagtól és (2) biológiailag hátrányos, mentális zavarként kezelendő. Ennek a kísérletnek kétségkívül vannak előnyei: felismeri ugyanis, hogy a normáktól való eltérés önmagában nem lehet betegség, hiszen közvetlen biológiai hátrány nem származik belőle. A társadalmi értékektől való függetlenség másik előnye a medikalizáció lehetőségének elfojtása, tehát egyre kevesebb társadalmi probléma kerül medikális kontroll alá (uo.). A biológiai előny és hátrány fogalmak bevezetésével Scadding élénk vitát indított el, amely egészen napjainkig meghatározza a mentális zavar definícióját. Vizsgáljuk meg ennek részleteit!

A biostatistikai szemléletmód nem egyedülálló. Scadding mellett érdemes kitérnünk Robert E. Kendell érvelésére is. Eszerint a skizofrénia és a mániás depresszió minden bizonnyal betegséggént kezelendő, hiszen a páciensek legalább két lényeges biológiai hátránytól szenvednek: kevesebb ideig élnek és fertilitásuk is csökkent. A fenti érvelés igazolása ugyanakkor több szempontból is nehézségekbe ütközik. A következőkben amellet fogok érvelni, hogy a csökkent nemzőképeség és a várható rövidebb élettartam nem lehetnek szükséges és elégséges követelményei a betegségnek. Egy egyszerű példát alkalmazva belátható, miért. Egy



hivatásos katona társadalmi előfordulása statisztikailag szintén meglehetősen ritka, és igen valószínű, hogy életkilátásai is csökkentek. Ebből azonban mégsem következtethetünk arra, hogy a harcoló alakulatok csupa mentális zavarban szenvedő emberekből állnának össze (Cooper 2005). Scadding és Kendell koncepciója mindent áttekintve legalábbis kiegészítésre szorul, ugyanis (1) a társadalmi átlag mint viszonyítási pont nehezen megfogható, és nem világos, milyen szempontok alapján válasszuk ki a referenciatartományt, hogy az egzakt, tudományos jellegét megőrizze, és ne legyen önkényes; (2) a biológiai hátrány fogalmának értéksemlegessége is erősen megkérdőjelezhető. Cooper példája élesen megvilágítja a problémát, miszerint egyes társadalmi csoportok, történelmi korok sajátja lehet a két megjelölt hendikep. A mentális zavar Kendell- és Scadding-féle meghatározása ezeket összegezve nem érte el a célját, ugyanis kifogásolható a kritériumok (társadalmi előfordulás és biológiai hátrány) egzakt és értéksemleges jellege.

Scadding alap gondolatai a mentális zavar következőkben tárgyalt naturalista koncepciói szempontjából is igen fontosak: Christopher Boorse (1975, 1976), majd Jerome Wakefield (1992, 1997, 2007) lényegében Scadding megállapítását dolgozták tovább, miszerint a faj természetes működésétől (jelentsen ez bármit is) való eltérés gyümölcsöző feltételként szolgálhat egy-egy kóros állapot leírásához. Boorse a betegség tisztán biomedikális, értéksemleges elméletét próbálta továbbfejleszteni, amelyben a mentális zavar fogalma szolgált kiindulópontként. Pszichiátriai fordulatra volt szükség, amelyben a tudomány hatáskörének korlátozása és az általa használt fogalmi eszköztár pontosítása (értéksemlegessé tétele) elengedhetetlenné vált (Fulford 2001, 81). Boorse mellett érvel, hogy a betegség a szervezet valamely *alrendszerének* diszfunkciója. Az alrendszer terminust meglehetősen tág értelemben használja. Ez jelenthet egy szervet (szív) vagy szervrendszert (idegrendszer) és az elme memóriáért vagy nyelvért felelős központját is. A diszfunkció feltétele összhangban van Kendell fenti tézisével, miszerint az organizmus végső célja a túlélés és a szaporodás, amelynek eléréséhez az alrendszerek kiegyensúlyozott és összehangolt működésére van szükség (Cooper 2002, 264). Boorse naturalista, érték-kizáró pozíciója a betegséget a *természetes funkciók* (*natural function*) interferenciájaként határozza meg, ami akkor következik be, ha a fajra jellemző funkcionalitásban eltérés (*deviation*) tapasztalható (Boorse 1975). Az embólia ennek fényében például betegségként értelmezhető, hiszen az érelzáródás a keringési rendszer diszfunkciója. Boorse szerint az ember összességében akkor egészséges, ha minden alrendszer elvégzi a statisztikailag tipikus működést. Az egészség tehát ebben a kontextusban tisztán funkcionális meghatározású.



Ezen a ponton egy rövid kitérőt kell tennünk, ugyanis Boorse koncepciójának megértéséhez pontosításra szorul, hogy mit ért *természetes funkció* alatt. A mentális zavar fogalmának naturalista megközelítésű meghatározása esetén ugyanis fontos tisztázni, beszélhetünk-e egyáltalán konkrét biológiai funkciókról, amelyek a társadalmi értéktulajdonítástól mentesek. Boorse felismerte az értéksemleges betegségfogalom megalapozásának fontosságát, ezért törekedett a definíció egzakt, tudományos tisztázására, aminek kulcsa szerinte a *teleologikus funkcionalitás*ban rejlik. Boorse fentebb ismertetett biostatistikai elmélete azonban problémákba ütközik. Vizsgáljuk meg, miért! Az első nehézség a funkció fogalmának naturalista meghatározásából adódik, amely Boorse értelmezésében a következőképpen fest. Elsőként ki kell jelölni egy referenciaosztályt, ami viszonyítási alapul szolgál az egészség és a betegség fogalmainak elhatárolásához. Ennek fényében a betegség nem más, mint a megfelelő referenciaosztálytól (csoport, faj, populáció) való funkcionális eltérés, és semmi egyéb mint deviancia és diszfunkció. Az evolúciós elmélethez köthető teleologikus szemlélet az emberi faj biológiai céljaként és érdekeként a túlélést és a szaporodást jelöli meg mint általános fajtipikus funkciókat. Boorse szerint a vizsgált organizmus minden működése ehhez viszonyítható, így azok a funkciók, amelyek az ember relatív fitnessét növelik, egészségesek (funkcionálisak), amik hátráltatják, kórosak (diszfunkcionálisak) (Nemes 2000). Ezek azonban csak látszólag mentesek az értékektől (Fulford 2001, 83; Varga 2011, 3–4). Bár a biológia tudományán belül széles körben elfogadott álláspont a teleologikus és funkcionális magyarázatok elismerése (Nemes 2000), a biomedikális értelmezésű diszfunkció fogalmának cáfolataiban gyakran találkozunk ennek elutasításával. Ezek többnyire abból indulnak ki, hogy bármely cél kijelölése szükségszerű axiológiai töltetű, hiszen a célfogalom önmagából adódóan kívánatos, elérendővé, végső soron *jóvá* tesz valamit, aminek elmulasztása, el nem érése ennek megfelelően negatív értéket hordoz.<sup>1</sup>

Vizsgáljuk meg az előbbi állítást a szexuális orientáció példáján keresztül. Ha a homoszexualitás státuszát nézzük, ez csak akkor tekinthető betegségnek vagy zavarnak, amennyiben a (hetero)szexuális orientációt egy alkalmas referenciaosztály lényegi tulajdonságaként tartjuk számon. Ez azonban elfogadhatatlan, hiszen az, hogy mit tekintünk alkalmas referenciaosztálynak, meghaladja a semleges tapasztalat korlátait (Varga 2011, 3). A fajra jellemző funkciók biológiai keretek közé zárt értelmezése csak látszólagosan küszöböli ki a referenciaosz-

<sup>1</sup> A biológiai funkciókról szóló filozófiai diskurzus részletesebb bemutatására jelen keretek között nincs lehetőség.



tályok kijelölése körüli önkényességet. Ahogy Scadding és Kendell kapcsán fentebb utaltam rá, az evolúciós (biológiai) diszfunkcionalitás nem szükséges és nem elégséges feltétele, hogy egy átlagtól eltérő jelenséget betegségként vagy zavarként tartsunk számon. A betegségkategóriák megalkotásakor a fajtipikus tulajdonságokra való támaszkodást ezért fenntartásokkal kell kezelnünk, hiszen a ma élő emberi fajra jellemző sajátosságok sok esetben eltérnek azoktól, amelyekkel egy korábbi, „természetes” környezethez alkalmazkodtak. Kétségtelen, hogy az ember az evolúció terméke, mindazonáltal a környezet mára egy az ember által személyre szabott mesterséges környezetté vált, amelyben az evolúciós „hátrányok”, például a csökkent fertilitás és akár a saját génállomány továbbörökítése korunkban technikai úton korrigálhatóvá vált. Összefoglalva tehát beláthatjuk, hogy a pusztá evolúciós diszfunkció önmagában nem teszi szükségsszerűvé a betegséget, így tehát Boorse értékizáró biomedikális definíciókísérlete nem múlta felül Scadding és Kendell koncepcióját.

Az eddigieket figyelembe véve azt gondolom, Ethan Gorensteinnek igaza van abban, hogy egészen addig nem fogunk tudni tisztán látni a fenti problémát illetően, míg nem választunk szét két szorosan egymásra épülő kérdést, amelyek az egészség-betegség elhatárolásakor gyakran összemosódnak (idézi: Zachar 2000, 171). Egyrésztől annak tisztázatlanságát, hogy a pszichiátriai kórképeknek, például a skizofréniának vagy a borderline személyiségzavarnak, vannak-e biológiai alapjaik, és ha igen, mik ezek. Ez alapvetően empirikus, tudományos kérdés. Másrészről, hogy ezek a tünetek miért vagy milyen szinttől számítanak betegségnek, a kezdetektől meghatározzák normatív társadalmi tényezők. Fontos felismerni, hogy csak mert egy átlagtól eltérő állapotnak vannak bizonyos kimutatható biológiai (azt lecsupaszítva pedig fizikai-kémiai) okai, még nem igazoltuk, hogy az valójában betegség: a maladaptivitás vagy a statisztikai átlagtól való eltérés kimutatása legtöbbször kiegészül valamilyen értékítélettel (például hátráltatja a munkavégzést, félelmet kelt stb.).

## *Kombinált szociopolitikai és biomedikális meghatározás*

Az eddigiekben láthattuk, hogy a mentális zavar tisztán biomedikális vagy szociopolitikai meghatározása nem szolgált kielégítő megoldással egy széles körben elfogadható definíció megalkotásához. Vizsgálódásunkat tovább folytatva, érdemes kiemelnünk Jerome





Wakefield (1992) koncepcióját, amely a *szociopolitikai és biomedikális szemlélet kombinációját* célozza, és a mentális zavart káros *diszfunkcióként* írja le. Wakefield célja valójában egy hibrid definíció megalkotása volt, amely integrálja a tudományos, biomedikális kritériumokat (diszfunkció), illetve a társadalom által formált szociopolitikai értékítéletet (káros) is. Lássuk részletesebben a káros diszfunkció analízisének (*harmful dysfunction*) előnyeit és hátrányait. A következőkben amellet fogok érvelni, hogy Wakefield meghatározása erényei mellett mégsem váltotta be a hozzá fűzött reményeket, mert (1) a diszfunkció fogalma nem függetleníthető normatív komponenseitől, illetve (2) a pszichiátria kontextusában igen nehéz meghatározni, mit jelent a funkcionalitás és a diszfunkcionalitás (Aragona 2009, 1).

Scadding, Kendell és Boorse definíciójának kudarca után továbbra is kérdéses maradt, alkothatók-e univerzális betegségfogalmak, amelyek nélkülözik az önkényes, akár visszaélésekre is okot adható értékkomponenseket. A betegségalkotás (ide értve a mentális zavarokat is) társadalmi megítélésével kapcsolatban négy általános kategóriát fontos megkülönböztetnünk (i. m., 2). A nominalista koncepció szerint betegség az, amelyet a társadalom és a szakma annak nevez. A társadalmi idealizmus a közösség egészséguideáljától való eltéréssel azonosítja a betegséget. A statisztikai alapú meghatározás, mint azt fentebb láthattuk, az átlagtól való eltérést tartja kórosnak. Realista nézőpontból a betegség valamely biológiai szerv vagy szervrendszer elváltozása és/vagy diszfunkciója, tehát egyszerű biomedikális szemléletet jelent. Wakefield „káros diszfunkció” koncepciója az utóbbi két felfogást próbálta szintetizálni, ami több tekintetben is értékes vállalkozás volt. Egyrészt szakított a korábbi nominalista-konstruktivista nézőponttal, ami a mentális zavar fogalmát kizárólag érték meghatározottságúnak tartotta, másrészt korlátozta a mentális zavar érték kizáró biomedikális szemléletét is. Wakefield a kombinált szociopolitikai és biomedikális koncepcióval azt állítja, hogy az értékfogalmak a mentális zavar meghatározásának elhagyhatatlan, szerves részét képezik, így minden redukcionista definíció, ami a terminust kizárólag tudományos (biológiai, kémiai, fizikai) módszerekkel ragadja meg, szükségszerűen hiányos marad (Wakefield 1992, 237). Ezt a felfogást alkalmazva a betegségalkotás folyamata két lépcsőben zajlik. Elsőként megállapítjuk, hogy a vizsgált jelenség diszfunkciónak, tehát valamely biológiai működés zavarának tekinthető-e, második körben a kár komponens normatív értékelése zajlik az aktuális szociokulturális standardok alapján.

Utóbbival, miszerint a társadalom értékítéletei formálják a betegségről alkotott képünket, talán nincs is igazán értelme vitatkoznunk. Valóban, az egyén vagy még inkább a közösség érzékenységi szintje



határozza meg, melyek azok a társadalmi normáktól eltérő magatartásformák, amelyek valamilyen (pedagógiai, kriminológiai, medicinális) kontrollt igényelnek. Azt viszont már nehezebb belátni, miért olyan magától értetődő Wakefield számára a mentális zavar fogalmában szereplő diszfunkció komponens értéksemlegességének tényszerűsége. A következőkben amellet fogok érvelni, hogy Wakefield elődeihez hasonlóan téved, amikor a diszfunkció feltételét értéksemlegesnek ítéli, tehát a diszfunkció nem függetleníthető annak normatív komponenseitől.

Hogyan lehetséges értéksemleges határvonalat felállítani funkció és diszfunkció között? Úgy gondolom, Wakefield az evolúció során kialakult természetes funkciók felhasználásával Boorse korábban ismertetett csapdájába esik, ugyanis a biológiai funkciók teleologikus felhasználását alkalmazza. Ezeket a mechanizmusokat mentális működéseinkre is érvényesnek tartja, csupán arra van szükség, hogy a többségi populáció környezetre adott válaszait tanulmányozva statisztikai átlagot állítsunk fel, amely kijelöl egy bizonyos normáltartományt. Ez azonban több hibát generál, vizsgáljuk meg ezeket egy példán keresztül! A DSM-IV egyszerű gyászra vonatkozó részénél a szerkesztők kiemelik, hogy „a veszteségre adott reakció részeként egyes gyászoló személyekben a major depresszív epizódra jellemző tünetek jelennek meg”, és „a major depresszív zavar diagnózisa nem adható, ha a tünetek a halálesetet követően két hónapon belül állnak fenn” (APA 2001, 258). Ebben a konkrét esetben a környezetre adott pszichés válasz (gyász) statisztikai alapon két hónapos maximum értékkel szerepel. A „normális” gyászreakció mint a környezeti stresszre adott evolúciós válasz időtartamának objektív meghatározása azonban nem fogadható el, amelyet csak megerősít az a közismert tény is, miszerint az adaptív válaszok nagyban különbözhetnek az egyének között (Aragona 2009, 6; Varga 2011, 5).

Wakefield másik pontatlansága ezen a helyen szintén észrevehető. A szerző diszfunkciókritériuma olyan agyi struktúrát feltételez, amely az evolúció során minden emberben azonos idegrendszeri felépítést és funkciókat eredményezett, így ezt elfogadva a fentihez hasonló feltételek megállapíthatóvá válnának. Ez a felfogás azonban nem veszi figyelembe a természetes kiválasztódás opportunistá jellegét, amelyet nem vezérel semmilyen cél vagy tervezés. Ennek köszönhető az a folyamatosan bővülő individuális variabilitás, amely miatt igazán nehézkessé válik az egészséges mentális működésektől elkülöníteni a kórosat, valamint szétválasztani a környezetre adott elfogadható és patológiás válaszreakciókat. Wakefield továbbá figyelmen kívül hagyja az emberi agy plaszticitását is, amely a környezeti hatásoktól nagyban függő posztnatális individuális fejlődésen megy keresztül, ami valószínűtlenné teszi a diszfunkció fenti értelmezését mint egy „természetes



funkció” zavarát (Jablensky 2007, 157). A diszfunkciókritérium tehát pontosan ott hibázik, ami ellen küzd, vagyis a sémák alkalmazásánál. Wakefield helyesen következtet a mentális zavar fogalmának normatív komponensére, amely nem hagyható el a definícióból, azonban téved, amikor a diszfunkciót értéksemleges feltételként használja. Az individuális különbségek nem engednek meg olyan fogalomhasználatot, mint amit Wakefield egyes pontokon elfogad. Jelenlegi tudásunk szerint az elme nem rendelkezik előre kialakított, fix érzelmi funkció sémákkal, ezért nehezen tudunk mit kezdeni Wakefield azon gondolataival, mint amelyet például a major depresszív zavar kritériumainak pontosításakor tőle olvashatunk: „a tünetek nem egyszerűen az *elvárható* és *elfogadható* válaszok negatív életkörülményekre vagy eseményekre”<sup>2</sup> (Aragona 2009, 8).

Egy „funkcióvesztés” diagnosztizálása ezenfelül mindig ki van téve a társadalmi relativizmusnak is. A DSM-IV-TR meghatározásában például a skizofrénia pszichopatológiai kritériumai között a tünetek olyan fokú súlyossága szerepel, amelyben „a zavar kezdetétől eltelt idő jelentős részében a tevékenység egy vagy több fontos területen (például munka, társas kapcsolatok, az önmagáról való gondoskodás) feltűnően alacsonyabb szintű teljesítmény[hez]” (APA 2001, 123) vezet. A tünetek hiába intenzívek, ha a beteg mögött megvan a támogató társadalmi környezet, amely segíti a hétköznapi feladatok ellátásában, munkavégzésben. A major depresszió megállapításához szintén kimagasló társadalmi diszfunkció megléte szükséges, ami erősen függ a szociális környezet hozzáállásától (Kéri 2009, 901).

Mi tekinthető elfogadható vagy éppen már elfogadhatatlan magatartásnak valamely környezeti stresszorra? A funkció-diszfunkció megkülönböztetés épp annyira igényli a társadalom és a szakma normatív hozzájárulását, mint a „kár” komponens esetében, így Wakefield próbálkozása a diszfunkciókritérium értéksemlegessé tételére nem vezetett sikerre.

## *A mentális zavar mint természeti fajta*

A mentális zavar fogalmi meghatározását övező viták megoldását sokan a pszichiátria neurológiai fordulatától várják. Munkám elején több ízben utaltam a biomedikális pszichiátria programjára, ami az agyi képzőanyagok fejlődésétől reméli egészség és betegség egzakt megkü-

<sup>2</sup> Saját kiemelések.



lönböztetését (Haslam 2000, 1032; Adriaens – De Block 2013, 107). A kérdés továbbra is az, hogy lehetséges-e egy nagy biztonságú módszer kidolgozása, ami képes a társadalmi és szakmai önkény kiküszöbölésére. Várhatjuk-e a technika fejlődésétől, hogy a fenti eljárások segítségével (1) a mentális zavar egzakt definícióját megalkothassuk; (2) és értéksemlegesen, a szubjektív faktorokat kizárva diagnosztizálhassuk? Napjainkban a diagnózis felállításában a pszichiáterrel folytatott klinikai interjú igen nagy szerepet tölt be, ami bizonyos korlátok között értelmezési szabadságot hagy az orvos számára, ezáltal egyes esetekben csökkenti a diagnózis pontosságába vetett hitet (Aragona 2009, 3; Kéri 2009, 901). A technikai fejlődés mellett azonban nem haladhatunk el szó nélkül, ezért fontos felülvizsgálunk az antipszichiátria korábbi axiómáját, ami a súlyos mentális zavarok esetében korábban megkérdőjelezett testi és agyi szerkezeti elváltozásokból építette fel kritikáját. Azonban például már 2005-ben rendelkezésre állt egy számítógépes mintaosztályozó program, ami az agy struktúrájának vizsgálatával, a puszta szemmel láthatatlan térfogateltérésekből képes volt a skizofrén és az egészséges személyek elkülönítésére 80 százalékos sikerrel (Kéri 2009, 902).

A XX. században a pszichiátria terápiás tekintetben is a biomedikális szemléletmód irányába mozdult el. Túlsúlyba került a farmakológiai terápiák alkalmazása az időigényesebb pszichoterápiákkal szemben. Ez a változás több szempontból figyelemreméltó, ugyanis a mentális zavar természetét tekintve a két módszer között alapvető eltérés van a fogalom értelmezésének tekintetében, továbbá a kezelés morális dimenziója is különbözik. Ahogy azt az eddigiekben megismertük, a biomedikális szemléletmód a mentális zavart a hibás agy termékeként, sérült molekulák eredményeként, tehát a személy individuális komponenseitől és élettörténetétől elvonatkoztatva igyekszik megragadni. Ennek terápiás vonatkozása, hogy az embert mint rosszul funkcionáló testet célozza meg, amelyben a személy eldologiasul (Haslam 2000, 1031). Kérdés, hogy ez egyáltalán probléma-e, ha a kezelés alapvetően sikeres, és rendelkezésre áll az az elméleti-szakmai háttér, ami a diagnózishoz és a terápia felépítéséhez szükséges. Ebben a fejezetben vizsgáljuk meg, mi állhat a mentális zavar biomedikális fogalmakkal való elgondolásának a hátterében, és milyen következményei vannak a zavarra adott válaszaink és megértésünk tekintetében. A következőkben amellet fogok érvelni, hogy a mentális zavar természeti fajtaként történő meghatározása nem tartható.

A probléma kibontásához vizsgáljuk meg a mentális zavar ontológiai státuszát, amely biomedikális nézőpontból egybeesik a zavar úgynevezett *betegségmodelljével*, amelynek alapjait már Scadding is

alkalmazta. Haslam ezt a következő négy pontban összegzi: (1) a mentális zavart a szervezetben zajló biológiai funkciók, struktúrák és folyamatok felborulása és abnormalitása okozza; (2) minden egyes zavar specifikus etiológiával (kóroktannal) bír, amelynek természetét a közös abnormalitás határozza meg; (3) minden zavar diszkrét (külön) kategória; (4) univerzalitástézis, vagyis hogy a zavar nem kultúra- és időfüggő, tehát a társadalmi és pszichológiai dimenziók oksági szerepe kizárható a betegség kialakulásában.

A mentális zavar betegségmodellje a kraepelini tradíció folytatásának tekinthető, ami a kórosnak tartott mentális működések szükséges és elégséges feltételeinek, vagyis definitív tulajdonságainak meghatározására tesz kísérletet. A neokraepelini koncepció központi tézisei az alábbi pontokban foglalhatók össze: (1) a pszichiátria az orvostudomány része, amely módszertanilag azonos a tudományos medicinával; (2) egészség és betegség fogalmai között jól elkülöníthető határ áll; (3) léteznek diszkrét (elkülönült) mentális betegségek; (4) a pszichiátria feladata a mentális betegségek biológiai oldalára fókuszálni (Roelcke 1997, 383). A pszichológus- és pszichiáter szakma egy része a tudományos hitelesség miatt a mentális zavarokat szomatikus kórképekkel kívánja leírni, mondván, az objektív orvostudományt a fiziológiai alapokon nyugvó betegségek szavatolják, amelyek lényegi különbözőségükből adódóan diszkrét kategóriákba rendezhetők (Zachar 2000, 171).

Az előzőek igazolják, hogy a betegségmodell és a neokraepelini koncepció a mentális zavar fogalmát *természeti fajtaként* (*natural kind*) kezeli. Ha egy fajta természeti, akkor beleillik valamilyen, az emberektől független csoportba, ami nem függ semmilyen konvenciótól, relatív (axiológiai, szociális) tényezőtől. Egy természeti fajtának összetéveszthetetlen ismertető jegyei vannak, amelyek definitív tulajdonságok, tehát minden kétséget kizáróan azonosítják a fajtához tartozást. A természeti fajta esszencialistái azt gondolják, minden természeti fajta magában hordoz valamilyen örök érvényű, univerzális tulajdonságot, vagyis esszenciát. Ez olyan tulajdonság vagy tulajdonságok halmaza, ami szükséges és elégséges feltételt jelent, hogy egy partikuláré az adott fajtához tartozhasson (Bird–Tobin 2015). Eszerint például a fűrésznek a járulékos tulajdonságain (szín, márka, méret stb.) kívül olyan szubsztantív tulajdonságai vannak, amelyek „fűrészségét” meghatározzák, és nem engedik összekeverni, mondjuk, a fogkefével, ezek tehát ebben az értelemben számítanak esszenciálisnak.

A természeti fajták egy lehetséges elgondolása szerint ezek a fajták metafizikailag reális entitások, és mivel számunkra valóságosan hozzáférhetők, ezáltal a biológiai fajokhoz hasonló önálló rendszertani egységekbe rendezhetők. Ez egybecseng a tudományos realizmus nézetével,



miszerint a sikeres tudományos stratégiák képesek az elméletektől független fenomének megjelenítésére és csoportosítására. Ilyen például a periódusos rendszer, ami a csoportosításhoz kizárólag a kémiai elemek természetes tulajdonságait használja fel. A természeti fajták klaszifikációjának az alábbi követelményeknek kell megfelelnie: (1) egy természetifajta-jelölt tagjainak legyen valamilyen természetes közös (általában intrinzikus) tulajdonsága; (2) a természeti fajták meg kell engedjenek induktív következtetéseket; (3) a természeti fajtáknak részt kell venniük természeti törvényekben; (4) a természeti fajtáknak ki kell alakítaniuk egy egyedi fajtát; (5) a természeti fajták hierarchikusak; (6) A természeti fajták kategorikusan különböznek.

A biomedikális pszichiátria neokraepelini vonulata a zavarokat természeti fajtaként határozza meg, hiszen minden diagnózis mögött fellelhetőnek vél szubsztantív tulajdonságokat. Eszerint „[a] mentális betegség magyarázó alapja a személyiség alatt fekszik, biológiai mikrostruktúrában, ami kilép az egyediségből” (Haslam 2000, 1032). Mi tehát a közös a természeti fajták filozófiai koncepciója és a betegségmodell között? Mindkét elmélet a természetességet hangsúlyozza. Ezenfelül feltételezi, hogy a jelenség (zavar) egy kauzális láncban vesz részt, aminek induktív potenciált is tulajdonít. Mivel minden kórformának megvannak a saját esszenciális tulajdonságai, ezért diszkrét kategóriákba rendezhetők. A betegségmodell tehát a mentális zavart természeti kategóriaként gondolja el, amelynek esszenciái neurológiai struktúrában reprezentálhatók és tudományos módszerekkel hozzáférhetők (Haslam 2000, 1038–1039).

Haslam laikusok bevonásával végzett vizsgálatai igen érdekes eredményeket tártak fel a mentális zavar ontológiai státuszát illetően. Ezek alapján úgy tűnik, általános az a vélekedés, miszerint a pszichiátriai páciensekben van valamilyen mikrostrukturális hasonlóság. A leggyakrabban ugyanazok az esszencialista hitek formálják a zavarról alkotott elképzeléseket, amelyek közül a legfontosabbak a következők: (1) a mentális zavarok alig változtak az idők során; (2) a mentális zavarok lényeges pontokon elkülöníthetők egymástól és az egészséges állapottól; (3) a zavar meghatározható egy bizonyos számú szükséges kritérium azonosításával; (4) az egyes mentális zavarok felépítése megegyező (monomorf); (5) a mentális betegségek változatlanok és gyógyíthatatlanok (Haslam–Ernst 2002; Adriaens – De Block 2013). Haslam egy másik tanulmányában további fontos eredményeket közöl, amelyek összességében feltárják, miszerint, ha a laikusok egy állapotnak biológiai okot tulajdonítanak, ezzel elutasítják a nem biológiai tényezőket. Hisznek továbbá a mentális zavarok állandóságában, kontrollálhatatlanságában, diszkrét jellegében és univerzalitásában, amelyek

voltaképpen a pszichiátriai állapotok értelmezésekor működő koherens természeti fajta ontológiát tükrözik (Haslam 2000, 1043; Adriaens – De Block 2013, 110).

A mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve (DSM) szintén a zavarok különválaszthatóságát favorizálja a kórképekhez tartozó kritériumok felsorolásával. Ez a diagnosztikai módszer a „tünetből mint okozatból következtet a betegségre mint okra” (Vass 2001, 353). Nozologikus módszere a hipotézisek empirikus tesztelése. Azonban adódik két fontos probléma, amely óvatosságra int a módszer alkalmazását illetően. Az egyik, hogy a betegek között fennálló *fenotipikus* különbözőség sokkal nagyobb, mint azt a laikusok vagy a szakmabeliek hajlamosak gondolni. A szubjektív állapotokhoz kötődő hipotéziseket ellenőrizni vagy legalábbis objektivitást tulajdonítani nekik meglehetősen nehézkes, ahogy azt korábban a gyász példáján vizsgáltuk (Ghaemi 2009, 4; Adriaens – De Block 2013, 113). A szükséges és elégséges tulajdonságok meghatározása, amelynek célja diszkrét kórképek létrehozása lenne, a gyakorlatban sokszor komorbiditást eredményez, vagyis előfordul, hogy a tünetek alapján a személy több diagnosztikus kategóriába is beleillik.

A másik kritika szerint a genotípusos különbözőségek is meggátolják a mentális zavar mint természeti fajta elfogadását. A pszichiátria és evolúciós genetika egyik közös kutatási iránya a mentális zavarokra hajlamosító géneket vizsgálja. Ezek fő kérdése, hogy mivel evolúciós szempontból ezek a mutációk károsnak bizonyulnak (létfenntartás, szaporodás), mégis miért nem eliminálta őket a természetes szelekció? A legtöbb káros mutáció ugyanis igen hamar kiürül a génállományból, azonban a reprodukivitást nem befolyásoló hibák generációkon keresztül tovább öröklődhetnek. Egy átlagos ember 500–2000 némileg káros mutációt örököl, és nagyon úgy tűnik, a nagyobb számú hibás gén nagyobb eséllyel eredményez deviáns magatartást (Adriaens – De Block 2013, 113). Mivel a genomunkban található több mint 10 ezer „agyi gén” bármikor mutálódhat, megkérdőjelezhető, hogy a mentális zavarok időtlen, diszkrét kategóriák, természeti fajták lennének. Keller és Miller „vízgyűjtő-analógiája” megoldást kínál az előbbi problémára. Eszerint az agy biológiai hálózatát egy hatalmas vízgyűjtőként kellene elképzelnünk, amelyben a fentebbi területeken található patakok (például mikrobiológiai folyamatok, mint a mutációk) elkerülhetetlenül hatást gyakorolnak a lentebb fekvő folyókra (pl. makrobiológiai folyamatok, mint a munkamemória, gondolkodási képesség). Ez az analógia bemutatja, hogy különféle mutációk hasonló hatásokat tudnak okozni, viszont az okozható agyi eltérések (folyók) számát messze meghaladja a mutációra fogékony génállomány (patakok) mérete. A mentális zavar



kategóriái összességében sokkal homogénebbnek bizonyulnak, mint ahogy azt heterogén etiológiájuk jósolná. Ez azonban megtéveszthet bennünket, és azt okozza, hogy hajlamosak vagyunk a mentális zavarokat természeti fajtaként elgondolni, holott nem azok (Adriaens – De Block 2013, 114).

Zárásként egy példán keresztül szeretném megvilágítani egy konkrét mentális zavar természeti fajtaként történő elgondolásának problémáját. A poszttraumatikus stressz szindróma (*posttraumatic stress disorder*, PTSD) ontológiai státuszát állandó vita övezi. Ez a vita nem a tünetcsoport realitását kérdőjelezi meg, hanem a kórkép természetét problematizálja (McNally 2012, 220). A döntő mértékben traumatológusokból álló csoport szerint a PTSD egy időtlen természeti fajta, amely valamilyen extrém stresszorra adott univerzális pszichobiológiai válaszként értelmezendő. A másik, történészekből, antropológusokból és néhány klinikusból álló csoport szerint azonban a PTSD csupán a vietnami háború után alkotott társadalmi konstrukció.

A szindróma természeti fajtaként való elgondolását a pszichológiai trauma biológiai bázisának feltárásával és interkulturális traumakutatással lehetne a legjobban alátámasztani. Az univerzalitás kritériumának megfelelően igazolni kell, hogy a PTSD történelmen átívelő jelenség, amelynek elképzelhető, hogy korszakonként különböző elnevezései voltak (például tüzéségi sokk az I. világháborúban). Ezek a kultúraközi kutatások azonban érdekes eredményeket mutatnak. Az angolszász háborús veteránok pszichiátriai aktáit áttanulmányozva Jones (i. m., 222) a mai PTSD-kritériumok közül kis átfedést talált a nyugalmazott katonák tüneteivel. A *flashback* élmények, amelyek ma meghatározóak a szindróma leírásában, az Öböl-háborút megelőzően csak elvétve fordultak elő. 640 I. világháborús katonából mindössze három számolt be ilyen panaszról (0,5 százalék), és a II. világháború után is 367-ből csak ötnél dokumentálták (1,4 százalék) (uo.). Ezek az eredmények legalábbis elbizonytalanítóak a PTSD mint természeti fajta megragadásában. Ma PTSD-s pácienseket a világ minden táján diagnosztizálnak, tehát krosszkulturálisnak bizonyul, ugyanakkor transzhistorikus, ezáltal pedig természetifajta-jellege továbbra is bizonytalan (uo.).

A kóros és az egészséges mentális működések elkülönítése a pszichiátria egyik legrégebbi, ugyanakkor legaktuálisabb feladatai közé tartozik, amely joggal tart igényt bioetikusok és pszichiáterek érdeklődésére egyaránt. A mentális zavar koncepcióinak áttekintésével amellet érveltem, hogy a betegségfogalom definíciója nem függetleníthető az érték-szemponctoktól, ezért tisztán biomedikális, kizárólag tényeken alapuló meghatározás a tudomány jelenlegi állása szerint nem alkotható. Ennek értelmében Foucault alábbi gondolata ma is épp oly érvényes:





„Az örület nem lelhető fel a maga vad állapotában. Nem is létezik máshol, mint egy társadalomban, nem léteznek azokon az érzékenységi formákon kívül, amelyek elszigetelik, az ellenézés formáin kívül, amelyek kirekesztik, vagy foglyul ejtik.” (Idézi: Sutyák 2007, 43.)

Ennek a felismerésnek morális szempontból is fontos következménye van (1) a definíció megalkotása; (2) a terápia megválasztása (farmakológiai és/vagy pszichoterápiás); (3) a betegségek klasszifikációja, nozológiája tekintetében, amiről okunk van feltételezni, hogy a diagnosztika fejlettségi fokától függetlenül kétbázisú: *tényeken* és *értékeken nyugszik*, ami végső soron igazolja a bioetika illetékességét a kérdésben (Kovács 2007, 92). Ezzel szorosan összefügg a mentális zavar természeti fajtaként való elgondolásának elvetése is, amit több ízben igyekeztem megcáfolni. Összefoglalva tehát (1) általános és elmekórtan között különbséget kell tennünk; (2) az egészség és a betegség fogalmai közötti határ sokszor homályos a különféle normatív tényezők miatt; (3) a betegségek diszkkrét jellege, kategorikus különbözősége bizonytalan; (4) intrinzikus, univerzális, tehát időtlen mikrostruktúrák megléte nehezen bizonyítható.

## Irodalom

- Adriaens, Pieter R. – De Block, Andreas 2013: Why We Essentialize Mental Disorders? *Journal of Medicine and Philosophy*, 38., 2013/2., 107–127.
- APA (American Psychiatric Association) 2001: *DSM-IV-TR* (ford. Animula Egyesület). Budapest, Animula Egyesület.
- Aragona, Massimiliano 2009: The concept of mental disorder and the DSM-V. *Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences*, 2., 2009/1., 1–14.
- Bird, Alexander – Tobin, Emma 2015: Natural kinds. In Zalta, N. Edward (szerk.): *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Stanford (CA), Stanford University.
- Boorse, Christopher 1975: On the distinction between disease and illness. *Philosophy @ Public Affairs*, 5., 1975/1., 49–68.
- Boorse, Christopher 1976: What a theory of mental health should be. *Journal of Theory of Social Behaviour*, 6., 1976/1., 61–84.
- Cooper, Rachel 2002: Disease. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 33., 2002/2., 263–282.
- Cooper Rachel 2005: *Classifying madness. A Philosophical Examination of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Dordrecht, Springer.
- Foucault, Michel 2000: *Elmebetegség és pszichológia. A klinikai orvoslás születése* (ford. Romhányi Török Gábor). Budapest, Corvina.
- Földényi F. László 2003: *Melankólia*. Pozsony, Kalligram.
- Fulford, K. William 2001: “What is (mental) disease?”: an open letter to Christopher Boorse. *Journal of Medical Ethics*, 27., 2001/2., 80–85.



- Ghaemi, S. Nassir 2009: Nosologomania: DSM & Karl Jaspers' Critique of Kraepelin. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 10., 2009/4.
- Griesinger, Wilhelm 1882: *Mental pathology and therapeutics* (ford. Robertson, C. Lockhart). London, New Sydenham Society.
- Haslam, Nick 2000: Psychiatric Categories as Natural Kinds: Essentialist thinking about Mental Disorder. *Social Research*, 67., 2000/4., 1031–1058.
- Haslam, Nick – Ernst, Donald 2002: Essentialist Beliefs About Mental Disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21., 2002/6., 628–644.
- Jablensky, Assen 2007: Does psychiatry need an overarching concept of mental disorder? *World Psychiatry*, 6., 2007/3., 157–158.
- Kéri Szabolcs 2009: A pszichiátriai betegség fogalma és értelmezése az újabb idegtudományi kutatások tükrében. *Magyar Tudomány*, 170., 2009/8., 899–906.
- Kovács József 2007: *Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában*. Budapest, Medicina.
- McNally, Richard 2012: The Ontology of Posttraumatic Stress Disorder: Natural Kind, Social Construction, or Causal System? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19., 2012/3., 220–228.
- Nemes László 2000: A biológia filozófiája: áttekintés. *Vulgo*, 2., 2000/1–2., 276–306.
- Roelcke, Volker 1997: Biologizing social facts: An early 20th century debate on Krapelin's concepts of culture, neurasthenia, and degeneration. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 21., 1997/4., 383–403.
- Rounsaville, Bruce J. et al. 2002: Basic Nomenclature Issues for DSM-V. In Kupfer, David J. et al. (szerk.): *A research agenda for DSM-V*. Arlington, American Psychiatric Association.
- Sutyák Tibor 2007: *Michel Foucault gondolkodása*. Máriabesnyő–Gödöllő, Attraktor.
- Szasz, Thomas 2002: *Az elmebetegség mítosza* (ford. Kádár András). Budapest, Akadémiai.
- Szasz, Thomas 2009: *Antipsychiatry: quackery squared*. Syracuse (NY), Syracuse University Press.
- Varga, Somogy 2011: Defining mental disorder. Exploring the “natural function” approach. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 6., 2011/1.
- Vass Zoltán 2001: A pszichiátriai diagnózis többértékű logikája: prototipikus kategóriák, szignáldetekciós elmélet és fuzzy tagsági függvények. *Pszichológia*, 21., 2001/4., 353–369.
- Wakefield, Jerome C. 1992: Disorder as Harmful Dysfunction: A conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychological Review*, 99., 1992/2., 232–247.
- Wakefield, Jerome C. 1997: Diagnosing DSM-IV – Part I: DSM-IV and the concept of disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35., 1997/7., 633–649.
- Wakefield, Jerome C. 2007: The Concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry*, 6., 2007/3., 149–156.
- Zachar, Peter 2000: Psychiatric Disorders Are Not Natural Kinds. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 7., 2000/3., 167–182.