

الاضطراب (المرض) النفسي¹

- موسوعة ستانفورد للفلسفة
ترجمة: سارة اللحيان

حول الاضطراب النفسي ومقارباته، نص مترجم ومنشور على [\(موسوعة ستانفورد للفلسفة\)](#). ننوه بأن الترجمة هي للنسخة المؤرشفة في الموسوعة على [هذا الرابط](#)، والتي قد تختلف قليلاً عن [النسخة الدارجة](#) للمقالة، حيث أنه قد يطرأ على الأخيرة بعض التحديث أو التعديل من فيئة الأخرى منذ تنمة هذه الترجمة. وختاماً، نخص بالشكر محرري موسوعة ستانفورد، وعلى رأسهم د. إدوارد زالتا، على تعاونهم، واعتمادهم للترجمة والنشر على مجلة حكمة.

¹ Radden, Jennifer, "Mental Disorder (Illness)", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2019 Edition), Edward N. Zalta (ed.), forthcoming URL = <https://plato.stanford.edu/archives/spr2019/entries/mental-disorder/>.

تُنسب مفاهيم الاضطراب النفسي أو المرض النفسي إلى جملة من الانحرافات عن الأفكار السوية، المنطق، المشاعر، السلوكيات، والأفعال التي يعتبرها أصحابها أو يصنفها الآخرون على أنها مختلفة اجتماعياً، أو شخصياً، وحرّياً بما أن تعالج. من أمثلة هذه الاضطرابات: الفصام، الاكتئاب، الوسواس القهري، إساءة استعمال العقاقير، والهوس. يلعب مفهوم الاضطراب أو المرض النفسي دوراً في العديد من المجالات، كالطب، والعلوم الاجتماعية مثل علم النفس، الأنثروبولوجيا، والعلوم الإنسانية، كالأدب، والفلسفة. في هذا المدخل ستكون المناقشات الفلسفية محور تركيزنا الأساسي، والذي يختلف عن مدخل فلسفة الطب النفسي في إشارته لعدّة مناهج مختلفة - ليس فقط فلسفة العلم والعقل، بل حتى تلك التي نشأت من تقاليد النظرية الاجتماعية والظاهرية.

لا يناسب الاضطراب النفسي - كفاءة - الدور الذي يلعبه في الطب النفسي المعاصر. رغم أنه يعرف الآن على نطاق واسع كأشكال من اضطراب (أو مرض)، إلا أن بعض الحالات كتلك التي ذكرت سلفاً، لم تكن مفهومة دائماً. (Porter 2002) حتى مع اعتباره اضطراباً أو مرضاً، إلا أن هذا الوضع كثيراً ما ألح إلى عجز أخلاقي وعضوي. (Irwin 2013) تُوجّه هذه التنبيهات انتباهنا إلى طب الطب النفسي الحيوي المعاصر الذي لا يقبل التسوية، والذي عُرف بانعدام قيمته كـ "نموذج طبي" مع تشابهاته وافتراضاته الحالية، إضافة إلى المسألة العامة حول كيفية النظر إلى التصنيفات النفسية كمواضيع في علم الطبيعة. تلقى هذا النموذج تحليلاً فلسفياً ونقداً شديداً متواصلاً، حتى من أولئك الذين ينكرون أن هذه الحالات عجز بالطلق. ستشكل هذه المسائل الأساسية جزءاً كبيراً من المدخل التالي، إلى جانب المسائل التي نشأت عن التطورات الحديثة في علم النفس المعرفي، وعلم الأعصاب. ذلك لأنها تركز على الأفكار التي تتمحور حول فلسفة العقل والأخلاق (على سبيل المثال: علاقة العقل بالجسد، ومسائل الهوية والمسؤولية)، فتحليل الاضطراب النفسي له آثار واسعة على تلك المجالات. لكن هذه الحالات - كظواهر إكلينيكية - تعكس واقعا اجتماعياً يومياً لا مفر منه، لتعطي الاستفسارات النظرية مقتضيات عملية، أخلاقية، وقانونية ملحة.

1-المصطلح

2-علم النفس الشعبي، التحليل المفاهيمي، والعلم

3-الذهن في المرض النفسي

- الأسباب الداخلية، المظاهر (الأعراض) المتواصلة
- العلامة الذهنية
- المقتضيات الميتافيزيقية

4- الاضطراب في الاضطراب النفسي

- الانقسام واللاعقلانية
- المعاناة والعجز
- الاختلال الوظيفي في التحليلات ذات المرحلتين
- التعريفات الرسمية

5- المقاربات الظاهرانية

6-التصنيف

- أهداف البحث وفائدته
- المقاربات الفنية وذات الأبعاد

7-حالة النوع الطبيعي

8-القيم والاضطرابات النفسية

- التقييمية (المعيارية) والموضوعية (الطبيعية)
- المواقف الشخصية والاجتماعية تجاه الاضطراب وتشخيصه
- الأخلاقيات البيولوجية والعصبية الطب نفسية

9-أمراض نفسية معينة

- الذهان
- الإدمان
- فقدان الشهية العصابي
- الاعتلال النفسي (السيكوباتي)
- الاكتئاب

10-معادة الطب النفسي، النظرية النسوية، مابعد الطب النفسي ونقده، وسياسات الهوية

- معاداة الطب النفسي
- النظرية النسوية
- ما بعد الطب النفسي ونقده
- سياسات الهوية

11-الآمال المستقبلية

- المراجع
- أدوات أكاديمية
- مصادر أخرى على الإنترنت
- مداخل متعلقة

1- المصطلح

تبدو اللغة هنا، إلى حد كبير، مثيرة للجدل. بالرغم من وجود الاستثناءات، إلا أن الأمراض النفسية نُسبت، وعلى مدى طويل، إلى "الشر"، "الضلال المتعمد"، "الشؤم"، وعلى أقل تقدير كانت غير مرحب بها. (1) على سبيل الدقة، زُوِّدت تلك الحالات المذكورة في الدليل التشخيصي والإحصائي الحالي للجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-5 [APA 2013]) و التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل الصحية ذات الصلة لعام 1992 (ICD-10 [WHO 1992])، بعناوين ومصطلحات تصنيفية جديدة، إذ تسعى تلك المراجعات في الغالب إلى الحد من الوصم والربط السلبي. (2) وقد نَوّه المؤلفون إلى استخدام ما يلي: "الاضطراب النفسي"، "العجز النفسي"، "الاضطراب الطب نفسي"، "المرض النفسي"، "الجنون"، "الكرب النفسي". كان هناك جدل مرتبط بهذه المصطلحات مثلما حدث مع وصمات تشخيصية معينة (مثل "الفصام") لأن البعض يشكك فيما إذا كانت هذه الاختلافات النفسية تعدّ، على الإطلاق، شكلا من أشكال المرض أو الاضطراب النفسي. رغم أنه لا يستخدم على نطاق واسع، إلا أن مصطلح "الاختلاف النفسي" المحايد بشكل كبير، يلائم وبشكل أفضل كل جانب من هذا الخلاف، وليس المقصد من اختيار المصطلح المستخدم فيما يلي تعزيز الاضطراب أو النظرة للمرض.

تتطلب ثلاثة تغييرات في اللغة انتباها خاصا. فكثيرا ما أُستبدل مصطلح "مرض" في "المرض النفسي" بـ "اضطراب"، ولم يكن هناك، على ما يبدو، سبب متين يتجاوز تجنب اللغة الطبية الصريحة. كان ثمرة نهوض علم النفس المعرفي أن جذب معه توجهها موازيا حيث يُقدّم "المعرفي" و "الإدراكي" كمكافئين أو بديلين لـ "النفسي". تضم هذه اللغة الجديدة حول "الإدراك" تقسيمات علم النفس المبكرة للعاطفة والإدراك، وكما نصت عليه العقائدية فإن العواطف "معرفية". (3) أخيرا، يعكس الاستخدام المتزايد "للنفس والسلوك" والتي تختصر أحيانا إلى "السلوكية" (كما في "الصحة السلوكية") قرارات ثابتة أيضا، مثل إدراج الإدمان والسلوك القهري لفئة الاضطرابات، مع أولوية وجود أعراض قابلة للقياس بصورة محددة.

سنرى فيما يلي، أن مصطلح "الاضطراب النفسي" قد حلّ بديلا عن "المرض النفسي" وذلك لأنه أكثر شيوعا في الكتابات الفلسفية. وإن لم ينص على خلاف ذلك، فإن "الاضطراب النفسي" سيشير ليس فقط إلى الحالات "النفسية" مثل الذهان والاضطرابات المؤثرة، بل أيضا إلى الحالات "السلوكية" مثل الإدمان واضطرابات الشخصية. وفي كثير من الأحيان، كان التحول من "النفسي" إلى "المعرفي" إشارة إلى الإخلاص للمعتقدات

النظرية الثابتة. على أي حال، يأتي استخدام "المعري" و "الإدراكي" هنا فقط كمصطلحات فنية ضمن تحليلات نظرية معينة.

2- علم النفس الشعبي، التحليل المفاهيمي، والعلم

يوظف كلا من الحس السليم لعلم النفس الشعبي وطب الطب النفسي، مفاهيم الاضطراب أو المرض النفسي. (فعلى سبيل المثال يشير مصطلح "الاكتئاب" إلى حالات مزاجية وسلوكيات متشابهة، سواء أستخدم من قبل محترفين أو غير محترفين). ولربما أدى ذلك إلى تعزيز الالتباس، فبينما تضارب عند الحدود التي تلاقي فيها الاضطرابات النفسية أنواعا أخرى من الاضطرابات. فعوضا من الأعراض النفسية التقليدية مثل "للهستيريا"، تُظهر المتلازمات ("النفس جسدية"، "الجسدية"، "التحويل") شللا جسديا، حالات جلدية طفيفة، وأمراضا معوية (Shorter 2006؛ Micale 1995؛ Scull 2009). لكنها، مع ذلك، بقيت اضطرابات نفسية في أفهام العامة وحظيت بمكان في التصنيفات النفسية القياسية منذ زمن طويل. من الغريب أيضا أن بعض الحالات التي تُظهر أعراضا نفسية واضحة هي النتاج السببي للأمراض والأضرار التي يعاني منها الدماغ، مثل (الضلالات التي تأتي مصاحبة للنزيف الدماغية). إلا أنها، مع ذلك، اعتبرت شكواً عصبية عوضا عن نفسية، وأستبعدت رغم ذلك من فئة الاضطرابات النفسية وفقا للتصنيفات التشخيصية، ومفاهيم الحياة اليومية. مثل ذلك حينما تؤثر بعض الحالات على البصر، مثل العمى، بالرغم من أن الإدراك يصنف على أنه قدرة عقلية، إلا أنها تغيب عن التصنيفات التشخيصية.

هناك آراء مختلفة حول العلاقة المفاهيمية بين اللغة العامية والإكلينيكية، وقد لفتت هذه المشكلة الفلاسفة وغيرهم بعدة أساليب، اعتمادا على افتراضات أساسية متفاوتة. يصر البعض على أن الالتباس والتضارب الحاصل، هو في الحقيقة ناتج من أن مفهوم الاضطراب النفسي المستخدم في تصور وتصنيف الاضطرابات النفسية يرتبط ارتباطا وثيقا بالمفاهيم الموازية في علم النفس الشعبي. بالاستناد لما قاله دومينيك ميرفي، فإن الالتباس والتضارب في الحدود بين الاضطرابات النفسية، العصبية، والعضوية، إنما ينشأ بسبب قبول تصنيف علم النفس الشعبي المتضارب، غير الملائم للمهمة التصنيفية العلمية الصحيحة، والذي يبحث عن تفسير سببي لأنه مقيد بالأمل في نظرية عن "التركيب الخفي" للمجال التصنيفي. إن الخطوة الأولى نحو تحقيق تصنيف

علمي للطب النفسي تكمن في التخلي عن المعرفة الحدسية، وفئات علم النفس الشعبي للمعيار السوي، وقبول التقسيمات الناشئة عن البحث العلمي من خلال اتحاد الطب النفسي مع علم الأعصاب المعرفي (Murphy 2007). يتخوف ميرفي من أن عدم وجود طريقة مبدئية ومنهجية لتحديد فئة الاضطرابات النفسية، سوف تؤدي إلى إثبات عدم دقة أي تصنيف يستخدم حالياً لتصنيف الاضطرابات. إن القول المأثور القديم الذي يقول بأنه عند معرفة الأسباب العضوية، ستتحول جميع الاضطرابات النفسية إلى أعراض عصبية، يُرجح أن تكون فئة علم النفس الشعبي، غير المقبولة، للاضطراب النفسي مؤقتة في حد ذاتها، وستُردّ على مهل - وهي نتيجة توقعها مناصري الاختزال النفس-جسدي دون ندم. (see Guze 1992; Churchland 1989).

وقد ألحّ آخرون على أهمية صون فئة الاضطراب النفسي، وذلك عبر تبني منهجيات أكثر تحفظاً (Brülde & Radovic 2006). لقد قدمت اللغة اليومية والتصنيفات التقليدية التي بنيت حولها، هيكلًا مشتركًا للبحث والممارسة الإكلينيكية، وإن حدث أي تزايد في ضبابية الحدود بين الاضطرابات النفسية وتلف الدماغ، إلى جانب الأمراض التي يعالجها أطباء الأعصاب، فإن حدود الكفاءة المهنية سوف تضع بين ذلك. إن الخوف من فرط التشخيص، ومنح قوة هائلة لطب الطب النفسي ومصانع الأدوية النفسية، والتخلي عن قرارات الخبراء بشأن الصحة النفسية ومفاهيم السعادة التي حُلّت، بطريقة لائقة، من غير العلماء، كل ذلك قد شكّل تحدياً للمكانة الاجتماعية التي يحتلها طب الطب النفسي. (انظر فقرة 10).

لم يكن ذلك لأجل أسباب اجتماعية وسياسية، واعتبارات التطبيق العملي والعادة التي دعمتها مفاهيم الحس السليم. بل إن الدور المعرفي المعطى للتحليل المفاهيمي، كان على المحك أيضاً. هناك خلاف حول المقدار الذي يجب أن تسترشد به تحليلات الاضطرابات النفسية من خلال الفئات واللغة اليومية، سواء طُرح باعتبار للشروط الضرورية والكافية، أو بحرية أكثر. تسلّم بعض التحليلات بأكثر من الملاحظات المستمدة من العلوم التجريبية والمعرفية، وربما تلتزم بتفسير العقل والأداء النفسي باستخدام مصطلحات روحانية وافتراسات معيارية لا تقبل التطبيق داخل هيكل جسدي على وجه محدد. (انظر فقرة 4، 5، 8). إضافة إلى ذلك، فإن هناك من يعتبر الاضطرابات النفسية كينونات ذات بنية اجتماعية، وأن وجودها وتصنيفها يعتمد بالضرورة على الملامح المجتمعية للعالم (انظر فقرة 10).

يتضمن التصنيف المتحول لهذه الافتراضات التأسيسية المتنوعة ثلاث مسائل متداخلة: ماهية الاضطرابات النفسية؛ ما مدى ما يمكن أن نعرفه عنها حالياً؛ والمقاربات المختلفة لتحليلاتها. بالتالي، فإن تفسيرات الموضوعيين (أو أتباع المذهب الطبيعي) تتمسك بأن الاضطرابات النفسية عناصر قابلة للاكتشاف تجريبياً، ويمكن أن تقدم وصفاً عديم القيمة، بينما تنكر تحليلات التقييميين (أو المعياريين) إمكانية وجود مثل هذا الوصف عديم القيمة (ستناقش في فقرة 8.1). يميّز المراجعون بأنهم مستعدون للتخلي عن المفاهيم الحالية، عن المحافظين الذين يفضلون الإبقاء على بعض التصنيفات التقليدية (على الأقل). سنبحث، أخيراً، في طبيعة الاضطراب النفسي إما من خلال بحث علمي قائم على العلوم المعرفية، أو عبر تحليل مفاهيمي مستمد بشكل جزئي، أو كلي، من المعايير الاجتماعية والثقافية.

3. الذهن في الاضطراب النفسي

كانت هناك ممارسة شائعة تقضي بتشخيص الاضطرابات النفسية أو "الوظيفية" حينما لا تتوفر سمات جسدية واضحة. لكن هذه اللغة قد رُفضت الآن وبشكل صريح، ولم تتفوق إلا من ثقة متزايدة بأن جميع الاضطرابات تتضمن حالات جسدية (Sykes 2010 ؛ APA 2013: 309). ومع هذا، فقد فُسر "الذهن" في الاضطراب النفسي بصورة مختلفة. في هذا المقطع، سنلقي النظر على الآراء المختلفة حول "ممكن" الذهنية في الاضطراب، إضافة لآراء أخرى مختلفة حول مضمونها.

3،1 الأسباب الداخلية والمظاهر (الأعراض) المتواصلة

في علم الأمراض النفسية هناك نماذج تقليدية مكونة من جزأين، ظهور عمليات الاختلال الوظيفي الداخلية للفرد، والأسباب المسؤولة عنها، والتي تعدّ من أكثر العلامات والأعراض التي يمكن ملاحظتها بسهولة، وإجمالاً نقول أن هذين الجزئين هما ما يشكل مفهوم المرض. حينما تستخدم هذه النماذج مع الأمراض النفسية (المرض، أو الاضطراب)، تحدد بعض من تلك العمليات الضمنية على أنها نفسية، استناداً إلى الفئات التقليدية لعلم النفس (الإدراك، العاطفة، المعرفة، الذاكرة، وغيرها). فعلى سبيل المثال، تمثل الهلاوس اختلالاً في القدرات الإدراكية، وتؤثر اضطرابات الهوس والاكتئاب على الانضباطية، أما الضلالات فتجعل الأداء المعرفي معيباً.

بالتالي، يحدد الاضطراب على أنه نفسي متميز عن الجسد، حينما تكون أسبابه الداخلية تنطوي على قدرات نفسية (Wakefield 1997). على النقيض من ذلك، ورغم أنها محكومة بالتقسيمات الاختيارية التقليدية، إلا أن التفسيرات الأخرى تنسب العجز النفسي ليس إلى الملامح الضمنية ولكن إلى تأثيراتها على الأداء الاجتماعي والشخصي للفرد. (Rashed & Bingham 2014؛ Wakefield 1992، 1997). على سبيل المثال، بسبب حالات الحزن والشك الذاتي التي تعاني منها المريضة، فقد أدى ذلك إلى تعيها، وأن من يعاني من الاكتئاب يكون بحاجة لطلب المساعدة الطبية. (انظر فقرة 2،4).

تشكل السمات الداخلية والملاحظة خارجياً جزءاً في التفسيرات ذات المرحلتين. (وفقاً لجورج غراهام فإن هذا ينطبق على الأقل على الاضطرابات النفسية النمطية، 2010). تدخل كلا من السمات الداخلية والتي تلحظ بسهولة في تعريف DSM للاضطراب النفسي:

متلازمة تتميز باضطراب إكلينيكي خطير في إدراك الفرد، تنظيم مشاعره، أو سلوكه، والتي تعكس اختلالاً في العمليات النفسية، البيولوجية، أو النمو التابع للأداء النفسي. (APA 2013: 20, emphasis added)

إن الأوضاع المختلفة المتعلقة بالاضطراب النفسي التي رسمت آنفاً - تؤكد الحالات الداخلية، والمظاهر الملحوظة وقد نوقشت في المقطع 4. وكل وضع يوضح مدى القابلية للإصابة. إن التفسيرات التي تصر على السمات المتأصلة تعتمد بشكل منتظم على عمليات أو كيانات افتراضية، وتتوقع ذلك من خلال الاكتشافات المستقبلية التي ستظهر معرفة بالآليات السببية المخفية عن الأنظار في وقتنا الحالي. (لهذا الوضع تاريخ طويل؛ للحصول على أحدث إصدار انظر ميرفي 2007). ربما شُرحت التصنيفات بواسطة مكائنها كعلم جديد، وقد اختبر هذا المعتقد من خلال التصنيفات المضطربة، والبحوث التي لا تستند على أسس واضحة، وغيرها من المسؤوليات، إضافة إلى نماذج غير مكتملة للاختلال النفسي (انظر فقرة 4 و6). إذا تمكنا من التغلب على هذه العوائق، فمن المتوقع أن يقودنا التركيز على المسببات الداخلية إلى نماذج تفسيرية قوية، ومن شأن ذلك أن يضع الأساس للتدخلات الهادفة والقيمة، إضافة إلى الوقاية والعلاج الفعالين اللذين ينشدهما الجميع. (انظر مدخل فلسفة الطب النفسي). إن توجيه التركيز على أعراض الاختلال الوظيفي أو العجز، له سلبيات مماثلة

تتعلق بالنسبية. فلربما كان الضبط المختل لعرض واحد، سمة طبيعية، محببة، أو مفيدة لشخص آخر؛ وعليه يجب تمييز الاضطراب النفسي كمفهوم عن الانحراف، وكذلك عن الاستجابة الطبيعية للفقد والانتكاسات التي تشكل التجربة الإنسانية المشتركة (نوقشت هذه المسائل في فقرة 4 و 8 و 10).

2،3 العلامة الذهنية

تأتي الآراء حول طبيعة الذهن في الاضطراب النفسي من التفسيرات الفلسفية، وكذلك من علم النفس المعرفي. ففي بعض التفسيرات الفلسفية المنبثقة من التقاليد الظاهرانية، يتميز الذهن بسمات معينة: فيرتبط مثلا بعلاقة خاصة بإدراك الوعي، والأشخاص، أو ربما يؤخذ ليظهر مدى "المفهومية" المميزة أو القصدية المقصورة على السلوكيات النفسية (انظر فقرة 5). بالمثل، يركز التنظير حول المعنى واللغة على أسباب الاستجابة للتفكير والفعل عند كافة الناس والتي يمكن من خلالها فهم الاضطراب وشرحه. (Campbell 1999، 2001، 2013؛ Thornton 2007).

اتخذت التفسيرات التأويلية للقدرات المعرفية في علم النفس المعرفي عدة أشكال مختلفة على مر السنين: كنماذج معالجة للمعلومات، والتي كانت تتكون من عمليات حسابية وتمثيلية؛ وشبكات ارتباطية؛ ومؤخرا ظهرت تفسيرات عصبية مباشرة. يجب التمييز، أيضا، بين إعادة التشكيل الفلسفي لعلم النفس المعرفي والعلم المعرفي، عن علم النفس المعرفي الذي يمارسه علماء النفس - رغم أن النقاش حول "الذهن" يحدث بشكل متواضع عند كليهما. عوضا عن ذلك، يتجه التركيز على المعرفي عندما، يستوعب "المعرفي" القدرات، الحالات، والعمليات التي اعتدنا أن نعتبرها غير معرفية، مثل الأحاسيس والعواطف. إن القبول الواسع لهذه التحولات في العديد من الكتابات النظرية والبحثية التي تناولت الاضطراب النفسي، قد ذهبت نوعا ما، نحو تحصيل المزيد من المفاهيم الفلسفية للعقل والنفس، بالرغم من أن القدرات المعرفية سليمة المنطق، والتي يُفهم أنها تتضمن القصدية، قد بقيت نقطة انطلاق للبرنامج البحثي للعلم المعرفي، فروع علم النفس المعرفي، وعلم الأعصاب المعرفي، والتي تعالج عادة العمليات "النفسية" مثل التفكير والوعي.

يكمُن تركيز علم النفس المعرفي عادة في الحساب والتمثيل. حيث تصور الحالات النفسية/ المعرفية (التمثيلية) سمات العالم الخارجي (بالإضافة إلى حالات نفسية أخرى وكيانات مجردة)، فتشتغل العمليات النفسية/ المعرفية

على تلك الرموز الداخلية، وعملية تحويلها ومعالجتها. (انظر Von Eckardt 1993؛ Cratsley & Samuels 2013؛ Friedenberg & Silverman 2011، انظر مدخل العلم المعرفي). رغم أنها عُيِّنت على أنها قدرات تعرف بـ "نفسية"، إلا أن الحقل المعرفي يفسرها عادة على أنه ميزات أو عمليات تملك دورا سببيا في تحديد السلوك، أو القدرات السلوكية التي لا تقدم أي مقاومة للوسم الطبيعي (Chalmers 1996). وهناك اختلاف حول من يرشح "علامة معرفية" مميزة – وكذلك الحاجة إلى واحدة منها. (for discussion of this question, see Varga 2018).

3,3 المقتضيات الميتافيزيقية

على عكس ما كان يخشى أحيانا، إلا أن وفرة الاضطرابات النفسية لا تتطلب تبنيًا للثنائية الميتافيزيقية غير المرغوبة. إن الاضطرابات النفسية حالات أو أوضاع تُنسب إلى أشخاص، لكن هذه الحاجة لا تستلزم أن تكون هذه الحالات غير جسدية بطبيعتها، كما أنها لا تستلزم وجوب شرحها بعبارات علمية-عصبية فقط. إذ ينسجم الحفاظ على الفصل بين الاضطرابات النفسية والجسدية مع شكل من أشكال الفيزيائية الضعيفة، فالسماح للأداء النفسي أو الذهني الذي ينطوي على وظيفة مثل الإدراك، المنطق، والذاكرة، يعتمد على طريقة عمل الدماغ. (see Schaffner 2013 and the [entry on health](#)).

4. الاضطراب في الاضطراب النفسي

إلى أي مدى يمكن تمييز الاضطرابات النفسية عن الحالات والأوضاع النفسية غير المضطربة؟ إن الاكتئاب، القلق، الفصام، الهوس، الأفعال القهرية وما شابهها، نماذج جوهرية للاضطراب النفسي، لكن التصنيف النفسي يصادق على عدة أوضاع أخرى أيضا. من هذه المجموعة الكبيرة وغير المتجانسة ظاهريا، يمكن الحكم على الفئة الواسعة على أنها فئة عائلية متشابهة. في الواقع، ومن خلال عدسة ثقافية أو تاريخية مختلفة، يمكن أن تظهر الاختلافات المجتمعة التي تعرف اليوم باسم الاضطرابات النفسية اعتبارية، مفككة، ومتنوعة. مع ذلك، بتحفيز من الآمال الجوهرية (وبدافع من القلق بشأن "الإمراض" غير المبرر للحالات والسلوك الطبيعي)، فقد استمر البحث عن مفهوم موحد للمرض أو الاضطراب النفسي ضمن البحوث الفلسفية. وقد حددت السمات

المميزة، بما في ذلك الانفصال، واللاعقلانية، ووجود العجز والمعاناة، مصحوبة بعدة أشكال للاختلال الوظيفي. هناك مقترح لتعريفات تحليلية رسمية، وستوضح في فقرة 4،4.

4.1 الانقسام واللاعقلانية

تركز أعمال الفلسفة القديمة على صحة النفس (أو السعادة) أكثر من مرضها. مع ذلك، هناك تلميحات إلى أن الروح الموحدة هي الروح الصحية (وكذلك الروح العقلانية والروح الفاضلة) فالروح التي تفتقر إلى الوحدة ستكون مضطربة. من خلال تقديم تفسير للروح المتناغمة، التي تحقق عناصرها العقلانية واللاعقلانية تكاملاً موحداً، ترك لنا أرسطو، على سبيل المثال، صورة للحالة المتنازعة والمكسورة للروح غير الصحية. (5) ارتبط التأكيد على الانقسام هنا بالردائل والعقلانية: فالروح الموحدة بالكامل هي روح فاضلة وعقلانية، أما الروح المنقسمة فهي فاسدة وغير عقلانية في انقساماتها غير الصحية. وبينما يلتزمون هم بتفسير مختلف عن المشاعر وقائم على المعرفة، وتحليل أفلاطوني للرديلة، فإن هذا الارتباط مع الردائل والفضائل هو سمة مميزة للتحليلات الرواقية اللاحقة. (Irwin 2013). يعاود مفهوم المرض النفسي كعجز نفسي (وكذلك الارتباط بين الصحة، العقلانية، والفضيلة) بالظهور في الفلسفة اللاحقة (سبينوزا، على سبيل المثال)، وكذلك في تقاليد التحليل النفسي. في الوقت الحالي، يتناسب مجموع بعض الأعراض في وصف الاضطراب مع التأكيد الكلاسيكي على الانقسام (مثل على ذلك، الإدمان، وثنائي القطب)؛ أما في البعض الآخر، بما في ذلك معظم اضطرابات الشخصية، فإن تصويرها بهذه المصطلحات، يعدّ أقل إقناعاً. (انظر Worrell & Denham 2016).

كميزة تعزى إلى لاعقلانية الاضطراب النفسي أو "لا معقوليته" والتي ارتبطت بالتركيز على النظام والمنطق خلال "عصر المنطق"، لقد أصبحت تُرى (إلى جانب ظهور العلم التجريبي) على أنها الأساس لفئات ونظريات الطب النفسي المعاصرة. (6) تُحدد المعايير الثقافية وعلم النفس الشعبي الحدسي، في وقتنا الحاضر، حدود الاضطراب النفسي، وتتعارض هذه الحدسيات مع بعض الحالات المعينة (مثل الإدمان، واضطرابات "الشخص" أو شخصيته). مع ذلك، تظل الحالات والقدرات المضطربة والعاجزة بنوداً جوهرية للاضطراب، والذي يتفق عليه اتفاقاً حدسياً. متميزاً بفكر مضطرب لا يمكن فهمه، فاشلاً في ضبط معتقداته للاستجابة لأدلة جديدة، متناقضاً بين الفكر والفعل، اتهامات وهمية، ذهان وأنماط تفكير ذهاني كل هذه السمات تُقيّم بانتظام كسمات

أولية للاضطراب النفسي. لذلك فإن التحليل العقلاني للاضطراب ربما ينسجم، لكن مع نسخة مختزلة من فئة ممتددة وشاملة حالياً.

لا تزال أشكال العقائد اللاعقلانية المضطربة دعامة أساسية لكثير من السياسات والتحليلات القانونية الخاصة بالاضطراب النفسي. على سبيل المثال، تقييمات المسؤولية الجنائية، والكفاءة لتحمل المحاكمة، والقدرة على تولي عقود إلزامية، تقيّم من حيث قدرة المدعى عليه على الفهم والعلم. (Reznek 1987؛ 1996، Robinson، 2013؛ Adshead 2008). ظاهرياً، أضعف تفسير الاضطراب النفسي على أنه رغبة بالعقلانية أمام دليل الاقتصاديات السلوكية الذي يظهر أن التصرف والتمسك بمعتقدات مستندة على أسس متينة، ومستجيبة للأسباب، لا يحدث مع عامة الناس إلا نادراً، ويبدو أنه لا يمكن تمييز الأوهام الإكلينيكية عن التحيزات المشتركة والخرافات، فيما يتعلق ليس فقط بانتشارها، بل حتى بطريقة تبنيتها والحفاظ عليها. (Bortolotti 2009، 2013).

إن الثقة بأن اللاعقلانية تعرّف الاضطراب النفسي تأكلت بشكل مشابه، حينما فُهمت على أنها أداء اجتماعي فعال وازدهار شخصي، إذ تكمن الصحة النفسية في سمات مثل التفاؤل غير المبرر، والميل المشوه لتأكيد وتذكر تجارب النجاح بدلا من الفشل "كأوهام إيجابية" (Taylor & Brown 1988؛ 2009، McKay & Dennett؛ Jefferson et al. 2017). في الأسطر التالية، إقرار بعض الضلالات، الأوهام، والهلوس:

مقبولة تماماً، وتكون أحيانا أساليب تفاعلية جديدة بالثناء، التزام بتخيل وتمثيل عالم أفضل للذات وللآخرين... صناعة حياة أخلاقية وذات معنى. (Flanagan & Graham 2017: 309)

لكن كما يلح ذلك، فإن وسم الاضطراب على أنه رغبة بالعقلانية أو عدم ذلك، يعتمد في النهاية على المفاهيم المعيارية الموجهة للصحة النفسية أو السعادة، ودور العقلانية في تلك المفاهيم، وليس على الحقائق المادية أو منطقية العواقب.

4,2 المعاناة والعجز

تعتمد الأوصاف الأخرى للاضطراب على إحدى أو كلا مجموعات السمات حول المعاناة، الضيق، والألم النفسي من ناحية، والعجز، وعدم الأهلية، والاختلال الشخصي أو السلوكي من ناحية أخرى. هذه هي السمات المذكورة في سلسلة من التعليقات التمهيديّة المؤثرة في الأدلة التشخيصية والإحصائية (DSMs و ICDs). تقدم لنا صياغة النسخة الخامسة من DSM افتقارها للاتساق هنا:

عادة ما ترتبط الاضطرابات النفسية بضيق أو عجز معتبر في الأنشطة الاجتماعية، المهنية، أو غيرها من الأنشطة المهمة. (APA 2013: 20, emphasis added)

وهنا مقطع، لائق نسبياً، يشابه السابق تماماً، وهو من التصنيف الدولي للأمراض:

تستخدم كلمة "الاضطراب" ... هنا للتلميح بوجود مجموعة من الأعراض أو السلوكيات الملحوظة إكلينيكيًا، وترتبط في معظم الحالات بكارب يعيق الأداء الشخصي للفرد. (WHO 1992: 5, emphasis added)

ولأن الكرب والألم النفسي والمعاناة يشكلان جزءاً من التجربة الإنسانية الطبيعية، ولأن وجود الكرب يستخدم أيضاً لفصل الاضطراب عن الانحراف الاجتماعي، تتبع كل واحدة من هذه البيانات شروطاً إضافية. (WHO 1992: 5).

بالإضافة إلى ذلك، ومثلما أن الفصل في صياغة الدليل التشخيصي والإحصائي مُدرَك ظاهرياً، إلا أن العديد من الاضطرابات تفشل في إظهار دليل على الكرب أو المعاناة.

ربما تطرح الافتراضات التحليلية النفسية-والنفس ديناميكية كربات ضمنية تكون مقنّعة أو محجوبة، مثلما تشير بعض الظواهر المخادعة لبعض الحالات إلى قلق وجودي خفي عن الوعي. (Ratcliffe 2008, 2017). لكن إذا وضعنا هذه التفسيرات جانبا، لطالما أُعتبر الكرب سمة كلية، إن لم تكن غير ثابتة، للاضطراب. ففي التفسيرات التي تركز على الأعراض، يوضع الضيق كعاقبة للمتلازمة، فيصبح الكرب بارزا كشكل من العجز الوظيفي. (Stein et. al. 2010). تتوحد المعاناة والاختلال في تحليل "الاعتلال-الكربي"، بدلا من المعايير المشتركة (سواء منفردة أو مجتمعة، كما في تعريفات الدليل التشخيصي والإحصائي والتصنيف الدولي للأمراض الآنفة)، حيث تعين حالة الاضطراب مع (وتعرف ك) كرب " مُعطلّ، لا يمكن التحكم به" (Bolton 2013). هناك شك فيما إذا كان هذا التحليل ينطبق على كامل فئة الاضطراب النفسي المعروف حاليا: ويزداد قبوله الظاهري مع ما كان يسمى "الحالات المرتبطة بالكرب" مثل الاكتئاب والقلق "العماد الأكبر للمرض" (Bolton 2012: 10; see also §4).

للتوفيق بين الاستثناءات التي لا تبدو كربا أو عجزا (مثل حالات الهوس) يوسم الاضطراب أحيانا ليس بالكرب أو الاختلال بل بتزايد مخاطر مثل هذه النتائج. (Gert & Culver 2004). لكن الحذر من الاضطراب ليس اضطرابا، واللغة الحذرة تشجع على مشاكل مقلقة حول التشخيص المفرط والإيجابية الزائفة. (Schwartz 2008; Stein et al. 2010; Bolton 2013; Broome, Fugar--)) (Poli, & Wuyts 2013).

إضافة لذلك، فإن الكربات مثل تلك التي تعدّ جزءا حتميا في الوضع البشري واستجابة طبيعية لتقلبات الحياة، قد فُهمت بشكل فضفاض. وعندما تعكس أو إن عكست المعاناة الطبيعية (وحتى العادية) مرضا، فلطالما عُدّ ذلك مصدرا للخلاف المجتمعي والفلسفي. (Wilkinson 2000; Horwitz & Wakefield 2007). كان هناك اعتراض في النقاشات حول "الحزن الطبيعي" التي صاحبت مراجعة النسخة الخامسة للدليل التشخيصي والإحصائي، وذلك حول إقصاء الحداد الذي كان معنيا "مؤقتا" من تشخيص الحداد والحزن، وكان مقترح إزالته لأنه يصيّر المشاعر الطبيعية الإنسانية "مرضا" و "اعتلالا". (Zachar 2014; Wakefield 2012). ربما نتوقع أن يُفصل بين الكرب الطبيعي والمرضي، وبشكل أوسع، بين سمات الاضطراب النفسي من ناحية الكرب، لتحديد على أنها كرب ينبعث من الاضطراب نفسه، بدلا من كونه طارئا. لكن على حد سواء، نتائج الاضطراب نفسه هي الكُرب الناتجة عن الوصم، التمييز الذي يتبع

التشخيص والعلاج، إضافة إلى مجموعة من العواقب السلبية الأخرى المتكررة في تشويشها وإرعابها لحياة الأفراد الشخصية، الذات، والعلاقات. (Tekin 2011).

بالتالي يجب تحديد الكرب المرضي بشكل أكبر، كنتيجة للأسباب المتأصلة للفرد أو اضطرابه. تتكهن الأبحاث التي تحدد وتشرح العناصر الفيزيائية لتنظيم الأثر، أن العلامات البيولوجية ستسمح في النهاية بتمييز الكرب الذي يكون على سبيل المثال، عرضا لاكتئاب، عن ذلك الذي يكون بمثابة استجابة طبيعية. (Horwitz & Wakefield 2007) في محاولة لتقليص هوامش الاضطراب، فإن مثل هذه العلامات الحيوية قد يُرحب بها من قبل أولئك الذين يشجبون التشخيص المفرط، حتى لو أن التفسير التقييمي لزمن العلامات الحيوية، وما إذا كانت تحدث بشكل صحي وغير صحي، لا يزال مطلوباً.

بدلاً من عزو المرض على أساس أي حقائق معلومة سلفاً عن الجسد، يجادل محمد راشد و رايتشل بينغهام بأن التجربة الذاتية للكرب ومدى ضعف الأداء الوظيفي للفرد من يوم لآخر، هي ميزة جوهرية للاكتئاب: من ناحية نظرية فإن مثل هذا العزو يأتي على أساس أنها "عاقبة المتلازمة كما تظهر للفرد" (Rashed & Bingham 2014: 245). ومثلها ميزات الضيق الجوهرية، فالآخرون يؤكدون على أن الأعراض النفسية قد تُشكّل اضطراباً نفسياً، حتى وإن نُجمت عن عوامل حيوية أو اجتماعية. بالتالي، في حالة الاكتئاب بدون دليل على مؤشرات حيوية معروفة، فإن مقاصدنا تشير إلى أن الاضطراب يمكن عزوه على أساس أعراض نفسية فقط. على الجانب الآخر، في حالة وجود علامات حيوية دون وجود أي دليل على أعراض نفسية، فلا يمكن تقديم أي عزو. ولربما تتحول هذه المقاصد مع الزمن، فمن المعروف أن التوكيد يقتصر على كيف يفهم معظم الناس والأطباء النفسيين، وكيف يعرفون، يشخصون، ويعالجون الاكتئاب. (Sinnott-Armstrong & Summers forthcoming). لكن اليوم على الأقل، يعزى الاضطراب استناداً على أعراض الاكتئاب مع، أو بدون علامات حيوية.

تنسج التحليلات التي تسم الكرب المحسوس كميزة مُنشئة لبعض الأوضاع النفسية المعطاة (مثل الاكتئاب)، مع النماذج الحديثة التي تركز على الشبكات الإحصائية المترابطة سببياً، والتي تشكل تراكماً للأعراض. هذه التراكمات تصور على أنها مقوية من خلال حلقات التغذية الراجعة التي تعمل مجتمعة على ربط الأعراض المتنوعة بشكل مستقل عن أي سبب جوهري، سابق، ومعروف. ينشأ في حالة الاكتئاب مدّ من الأعراض من مصادر مختلفة وخلال تفاعلاتها الحلقية، لتشكل، وتزيد من سوء، وتبقي على الاضطراب ككيان مفهوم

ومستقر نسبيا. (Kendler, Zachar, & Craver 2011; Borsboom & Cramer) (2013).

في بعض الأحيان، تقوم التفسيرات التي تركز على الأعراض بضمّ المعاناة مع العجز كما لاحظنا من قبل. لكن من ناحية أخرى، منع الشخص المتأثر من عمل شيء، أو عجزه عن أداء أمر يعجز عنه الآخرين، يُدرج على أنه تصورات عن العجز، الضعف، عدم القدرة، والاعتلال الوظيفي أو الشخصي، ومن شأن ذلك أن يعرض لنا وصفا بديلا يمكنه أن يسلم بوجود الاضطرابات دون معاناة شخصية واضحة (بالأخص، الهوس، بعض اضطرابات الشخصية، وبعض أنواع الإدمان).

لقد تحالف الاختلال الوظيفي مع العجز، أو عولج كمكافئ تقريبي، لكن العجز أيضا قد وُضع كمعارض للاختلال الوظيفي. بدلا من تفسيره على أنه داخلي للشخص، غالبا ما يظهر العجز على أنه شرطي معتمد على السياق (بما في ذلك الاستعدادات الجسدية والاجتماعية). فهي تفرض حدودا على قدرة الشخص على أداء الأنشطة اليومية مثلما يفعل الناس القادرين عادة، وعلى هذا الرأي، يدعون إلى توفيق ملائم مشابه لتشبيث مخففات السرعة على أولئك الذين يستخدمون الكراسي المتحركة. (Oliver 1996; Polvora) (2011). ربما لم تكتمل التشبيهات التي تربط الطب النفسي بإعاقات أخرى، وعلى أي حال، لا يمكن تحقيق التوفيق بسهولة كتشبيث مخففات السرعة. (see Amundson & Tresky 2007; Rashed) (forthcoming).

3،4 اختلال وظيفي في التحليلات ذات المرحلتين

يشكل الاختلال الوظيفي عنصرا مركزيا في التعريف التحليلي للاضطراب النفسي الذي نوقش على نطاق واسع، والمقدم في المقطع الثالث. يطبق مفهوم الاختلال الوظيفي في تحليل ويكفيلد للاختلال الوظيفي الخطر، بطريقتين مميزتين، الطريقة الأولى موضوعية بشكل صريح، والأخرى غير ذلك. (انظر 4،4) في البدء، يحدث الاختلال الوظيفي في بعض الأجزاء أو أجزاء من النظام العصبي أو الجسم. يسبب هذا الاختلال الوظيفي بالمقابل، اختلالا وظيفيا في بعض أجزاء أو أجزاء النظام الاجتماعي أو الشخصي للفرد. (والذي يضع أساس الحكم القياسي للضرر) فقط النوع الأول من الاختلال الوظيفي يزعم أنه يسمح بوصف غير تقييمي. ومثلما

رأينا، فإن الاختلال الوظيفي المميز للاضطراب النفسي يعدّ جزءاً من نموذج قياسي مجهول السبب، مع سمات العجز تلك والتي تفهم على أنها أعراض، ومظاهر مسببة لعمليات مرضية، ضمنية. تلقت ملائمة ذلك النموذج للأوضاع النفسية نقداً متواصلاً خلال القرن العشرين (انظر 10،1). وتضمنت التحديات الأخيرة نماذج الشبكة البديلة (قدمت في 2،4) حيث ينبعث الاختلال الوظيفي العرضي ليس من بعض آليات العجز الداخلية، بل يبرز تدريجياً بدلاً من ذلك من تجارب متفاعلة، تبني بشكل تراكمي مجموعة من أعراض العجز من خلال حلقات التغذية الراجعة. (Kendler, Zachar, & Craver 2011; Borsboom & Cramer 2013). لدعم هذا النموذج البديل، تجمع أدلة من العلوم الاجتماعية يجمعها نطاق من العوامل لإحداث الاضطراب: وهي عوامل خطر فردية، ولكنها من جوانب السياق الأوسع الذي يجد الفرد فيه نفسه. (Bolton 2010; Kirmayer, Lemelson, & Cummings 2015).

لتجنب تحليل أكثر رسمية، تعتمد بعض التعاريف على حالات نموذجية (من ضمنها "اعتلال-الكرب" (see Graham 2010, for example). البعض الآخر أكثر طموحاً، ويقترح تعاريف تحليلية من ناحية الحالات الكافية والضرورية. وهناك من يهدف إلى تغطية بعض الحالات الطبية، إلى جانب الاضطرابات النفسية. (لمن يصرّ على عدم تلازم توقف الاضطراب النفسي على الجسدي، لا يوجد تمييز مهم معترف به بين الاضطرابات النفسية والجسدية. (i)-(iv) [Pârvan 2015]), في الأسفل عينة من تلك الجهود.

1- المرض هو غياب الأداء الطبيعي للآلية أو العملية لدى الشخص والتي تنتقص من بقاء الشخص أو تكاثره (Boorse 1977). وتؤكد التحسينات الجديدة حول هذه النسخة المبكرة من التعريف على الأداء الحيوي والحالة السوية الإحصائية، بحيث تكون الأمراض، من ناحية النظرية الحيوي-إحصائية، حالات داخلية تخفض القدرة الوظيفية إلى أدنى المستوى النموذجي للأنواع (المتعلق بالعمر والجنس) (Boorse 1997). شكلت الانتقادات الموجهة لهذا التعريف تحدياً لطموحه ليكون عديم القيمة، عرضه لفئة مرجعية مختارة عشوائياً، وفاشلاً في احترام التمييز المقبول بين "المرض" وخلله الضمني. (Bolton 2008)

2- الحالة هي اضطراب نفسي إذا، فقط إذا كان أ- تسببت الحالة في ضرر أو حرمان الشخص من منفعة وفقاً لمعايير ثقافة الشخص، و(ب) نتجت الحالة من عجز بعض الآليات الداخلية لأداء وظيفتها الطبيعية، حيث أن الأداء الطبيعي هو أثر من الجزء التفسيري لتطور الوجود وبناء الآلية. (Wakefield 1992). سنجد الانتقادات لهذا التعريف لاحقاً في هذا المقطع وفي المقطع رقم 5. بالإضافة إلى ذلك، تقدم التعاريف

في المصطلحات النظرية التطورية فئة من عوامل الخطر الغريزية التي تتناقض مع الطريقة التي تمتزج فيها العوامل الطبيعية، الفردية، والاجتماعية في الاضطراب. (Bolton 2008). وتعتمد الصيغة على افتراضات تجريبية لا أساس لها حول الطريقة التي يقوم عليها الانتقاء الطبيعي للوظيفة الطبيعية (Lilienfeld & Marino 1995؛ Murphy & Stich 2000). قوبلت النسبية في (أ) أعلاه بالتحدي (Gert & Culver 2004: 421; Bolton 2008). وبدلا من عرض الاختلال الوظيفي، يمكن تفسير بعض الاضطرابات العقلية على الأقل بمصطلحات قريبة من خلال سمات لا تتوافق مع سياق الشخص بسبب سماتها التطورية أو النمائية. (Garson 2015).

3- إن المرض النفسي حالة للشخص، مختلفة عن رغباته ومعتقداته العقلانية، مثل كونه يعاني، أو تحت خطر تزايد معاناته، (موت، ألم، عجز، خسارة حرته أو فرصه، أو فقدان للسعادة) شر، في غياب لسبب دائم ومميز. (Gert & Culver 2004). إن مفهوم السبب الدائم ضمني وغامض بشكل غير مقبول، يسمح للحالات أن تعتبر اضطرابات وهي ليست كذلك، بديها، هي ليست باضطرابات على الإطلاق. (Murphy 2007) على سبيل المثال، تترك بعض الاضطرابات تغيرات دائمة غير مرضية في الشخصية التي تصمد أمام أي ضغوطات مباشرة، مثل التوقعات المتشائمة للغاية، وزيادة خطر المعارضة. (Radden 2009).

4- تكون الحالة مرضية إذا، و فقط إذا كانت حالة نفسية/جسدية تتطلب تدخلا طبيا، وتضر بالأفراد العاديين للأنواع في الحالات الطبيعية. (Reznek 1987: 163-4). طالبت الانتقادات التي وجهت لهذا التعريف بخط الأساس المعياري للسكان، وللتدخل الطبي، انظر التعليقات في 1-2-4 أعلاه. إن فشل الإحالة للتدخل الطبي المطلوب للتسليم بمخاوف التشخيص المفرط والأمراض، غالبا ما يحفز البحث عن تعريف في المقام الأول: وتستدعي المطالبة به أيضا ترحيبا بالمناقشات والمخاوف بشأن تحسينه. (See Elliott 2003; Savulescu, ter Meulen, & Kahane 2011).

5- تتضمن الأمراض حرمانا ما، ولكن المرض علاقة حرمان أكثر من كونه كينونة مانعة، فهو يعتمد على المرض في وجوده، فلا ينظر إلى الشخص على أنه ناقص وجوديا أو متخلف لأنه يعاني الحرمان. استنادا على أنطولوجية أوغسطين للمرض، كمال الجسد، والإنسان الشخص، تجادل ألكساندرا بارفان بأن المرض يقف في علاقة وجودية ضرورية مع المريض كشخص. (من هذه النقطة ينطلق النهج العلاجي، أي بالنظر إلى علاقة

المريض بمرضه، وهدف إعادة تشكيل الشخص على أنه محروم وليس ناقص. [Pârvan 2015, 2016]. هذا التفسير محدود بقدر ما يتطلب الالتزام بأنطولوجيته الأوغسطينية.

5- المقاربات الظاهرية

إن أعراض الاضطراب النفسي هي في الأصل، إن لم تكن على وجه الحصر، حالات، أي منها يمكن أن يزعم السلطة. (وبما أن وصف تلك الحالات للأشخاص يمكن أن يضلل بقصد أو بدونه، فإن مثل هذه التقارير الظاهرية الفضاضة (أو المقاربة للتجربة) قد تقدم حدودا معرفية بوصفها بيانات. (Kontos 2016). يمكن أن يوفر علم النفس تقييمات سلوكية موثوقة للاضطراب، ويلمح إلى وجوده من خلال فحوصات الأداء المخبرية. لكن لا يمكن إثبات اضطراب نفسي بشكل مستقل (على سبيل المثال، من خلال فحص الدم أو المسح). لذلك تلعب تقارير الشخص الأولى دورا مميزا في فهم الاضطراب للطبيب، مع الامتنان لأولئك الذين ينشئون تحليلات فلسفية بالمثل. (Flanagan 2011; Varga 2015). وعلى نطاق أوسع، نوقشت الأمراض النفسية العامة لكارل ياسبرز 1913 والتي تجمع الوصف الإكلينيكي المقرب مع الطريقة والافتراضات الوجودية والظاهرية للمفكرين أمثال هوسرل وهايدغر. (Jaspers 1913 [1963]). (إن ربط ياسبرز المعرفة الفلسفية بالإكلينيكية قد جعلته أحد المنشئين المسلم بهم في مجال البحث الذي يعرف بفلسفة الطب النفسي والأمراض النفسية.) والمربك أنه ليس كل مقارنة طبية "ظاهرية" فضاضة تركز على تجربة المريض، إذ يلتزم التقرير بكافة المعتقدات للمذهب الفلسفي للظاهرية، المستقاة من تلك التقاليد. (Parnas & see Parnas & Sass 2008).

بقي العنصر الظاهري للتحليل الفلسفي متأثرا بمفكرين أمثال هوسرل، وهايدغر، ومركزا على التقرير الأول والمباشر للشخص. (على سبيل المثال، التجربة الذاتية في الذهان) (Parnas & Sass 2008)، تجربة الاضطراب المؤقتة (Fuchs 2005, 2013)، الحالات التي تعاني من الضلالات (Parnas & Sass 2013, 2011, 2005; Gallagher 2008)، والاضطراب المؤثر. (Ratcliffe 2008; Ratcliffe & Stephan 2014; Jacobs et. al. 2014). في هذه التقاليد، لا يكون علم النفس، ولا علم الأمراض النفسية علوما تجريبية بالمعنى المعتاد، لأنها تنطوي على أشكال مميزة من الشرح. إن

المقاربة التأويلية المتضمنة للمعاني التي تنادي بـ *Verstehen*، (الفهم)، تعدّ طريقة مميزة، وتفسيرية لإدراك الفعل الإنساني، وقد ظهرت ضمن العلوم الاجتماعية للقرن التاسع عشر. (See Jaspers 1913 [1963]; Phillips 2013, Wiggins & Schwartz 2011; Spitzer & Uehlein 1992). تؤدي هذه الاختلافات في المقاربة إلى توجهات مختلفة نحو الأساسيات، وقد وُضعت الكتابات التي تتبع التقاليد الألمانية والفرنسية مقابل المقاربة "الأنجلو-تجريبية" التي حكم عليها أكثر تحت تأثير العلم التجريبي، وأظهرت تركيزاً أكبر على الموضوعية والقياس. (Mullen 2011).

تؤدي هذه الاختلافات إلى نظريات متباينة حول علم النفس كعلم. وسواء كان هناك تحطياً للفئات التشخيصية ونماذج الأمراض الطبية بأكملها أم لا، إلا أن الأعراض والحياة الشخصية للمريض يلزم أن تكون موضع الاهتمام الرئيس أو الوحيد، وهذا أمر، (Stanghellini 2004); أما الأمر الآخر، تحديد ما إذا كانت التجارب المرتبطة بالذهان على وجه خاص، يجب أن تكون منفصلة بشكل قاطع عن العمليات النفسية النموذجية للغاية. (Sass 2001; Parnas & Sass 2008). ومع التأكيد على التحديات الفريدة التي يفرضها التفسير في الطب النفسي، يجادل سوموجي فارغا حول علم تأويلي مميز للطب النفسي يركز على أفكار ترتبط بجانب التفسير الذاتي للبشر، وعليه فالاضطراب النفسي ثابت في رابطة لا متماثلة تؤكد على هوياتنا الذاتية. (Varga 2015).

هناك خلاف حول التطبيق الصحيح للطريقة الظاهرية. (Mishara 2007; Sass, Parnas, & Zahavi 2011). لكن من المحتمل أن يعرض علم الأمراض النفسية تحدياً كبيراً، كأن ينادي بسلسلة من المقاربات. (Ratcliffe 2011; Wiggins and Schwartz 2011; Gallagher 2013). لقد قُدمت محاولات للجمع بين المقاربات الظاهرية والتجريبية، على سبيل المثال ما عمله ماثيو راتكليف عن الحالات المؤثرة التي تستخدم لطرق البحث الاجتماعي. (Ratcliffe 2008; Ratcliffe & Stephan 2014). وقد أثرت الجهود لربط التنظير الظاهري بالنتائج في علم الأعصاب عن منهجية هجينة لعلم الأعصاب الإكلينيكي الظاهري الذي ينادي بدراسة أولية للتجربة الذاتية، بحيث تفحص فقط لعلم الأحياء العصبي الأساس. (Mishara 2007: 34).

إن الاتحاد السهل للمنهجيات التجريبية والظاهرية، قد دُعم بواسطة بعض تفسيرات الإدراك المجسد. لقد استدعت المفاهيم المتعلقة بالعقل المدبر، المجسد، المرسخ، والمنطقي تأكيداً على الطريقة التي شكل بها الوعي

Varela, Thompson, & Rosch) ومنظور الإنسان الأول أساس كافة العمليات الإنسانية. (1991; Durt, Fuchs, & Tewes 2017; Di Paolo & De Jaegher 2017). وعندما يطبق هذا على الاضطراب النفسي، فإن الانحراف عن الافتراضات والتمثيلات المعرفية الكلاسيكية يلمح إلى أن الاضطراب ينشأ، في بعض الحالات وربما جميعها، من انزعاج في التفاعل الجسد مع البيئة، وليس من اختلالات وظيفية تحدث في الآليات الإدراكية عالية المستوى. (Drayson 2009; Stanghellini 2004; Maiese 2016). [7]

6- التصنيف

بينما يركز القسم الثالث على ما يمكن أن يفصل الاضطرابات النفسية عن الاضطرابات غير النفسية، وانشغل القسم الرابع عن كيفية فصل الحالات المضطربة عن الحالات غير المضطربة، يعالج القسم السادس جانبا آخر من التصنيف: والمتعلق بالخلافات حول الاضطرابات المختلفة لاضطرابات نفسية وهمية، والكيفية التي يجب أن تميز عن بعضها البعض.. هذه الخلافات مثلها مثل العديد من الخلافات بشأن الطب النفسي تمتد لتخصصات، الطب، العلوم (من ضمنها علم الأعصاب، وعلم النفس) والفلسفة.

تتشترك أدلة التشخيص والإحصاء التصنيفية إلى جانب أدلة التصنيف الدولي للأمراض (DSMs and ICDs) بسمات واسعة في توفيرها مخططا ففويا لفصل الاضطرابات النفسية: فكل اضطراب مجهول النشأة، على الأقل بشكل جزئي فيما يخص العوامل المرضية الداخلية للشخص، وكل واحد يحدد ليس على أساس التفسير السببي، بل على "الوصفي" باستخدام معيار (طباق) متعدد الخصائص، ليوظف مع ملاحظة إكلينيكية للمرضى الأفراد (من ضمنها تقريرهم الشخصي). بعيدا عن خدمة المؤسسات التي تقدم خدمات، فإن تماثلها يهدف إلى تعزيز موثوقية خبير التشخيص؛ والأبحاث المستندة على هذه التصنيفات الموثوقة، وكان من المرجو أن يُسمح في النهاية بالتحقق من هذه الفئات. (APA 1980) (إن فشل هذا الأمل في تحقيق نتاجه الموعود في نتائج البحوث، قد حفز بشكل جزئي معيار نطاق البحث المنقح (RDoC)، الذي سيشرح لاحقا في هذا المقطع)

يمكن ترتيب النقاشات الفلسفية لتصنيف الطب النفسي وفقا لولائها للدليل التشخيصي والتصنيف الدولي للأمراض، والافتراضات المصاحبة لها. بعد العمل المبكر الذي قام به كارل هيملبل 1961 الذي صوّر مطالبة الطب النفسي للوضع العلمي على أنه يعتمد على حيادية القيمة لتصنيفاته، كان الكثير من النقاش حول التصنيف نقديا للغاية، مانحا القليل من الفائدة للمقارنة، مرتابا بوعد المصدقية، مشككا بمنهجيته ومطالباته للسلطة العلمية، غير مقتنع بالنظام الفتوي المستخدم، بالإضافة إلى تركيزه المجهول والفردى، ومشككا في مطالبته بكونه، أو لكونه قادرا على أن يكون عديم القيمة. يركز التحليل الفلسفي غالبا على أوصاف أعراض معينة، متغاضيا أو متنكرا لفئات التشخيص التي يفترض أنها مظاهر إكلينيكية، ففي بعض الحالات تقدم وتستخدم فئات منقحة مثل "الحالات المرتبطة بالكرب" (Bolton 2012)، "اضطرابات الهيئة الجسدية" (Morris 2013) و "الهلوسات الحقيقية" (Ratcliffe 2017). وقبل آخرون الكينونات المصنفة بقوة. (أمثال، ساس، زافي، فريث وزملاؤه)

قامت الانتقادات الموجهة لتصنيفات الدليل التشخيصي والإحصائي والتصنيف الدولي للأمراض بمعالجة أغراضها البحثية وفائدتها، مقارباتها الفتوية وقيمة الحياد المفترضة. (وقد نوقشت المطالبة بقيمة الحياد في المقطع الثامن. تعترف هذه التصنيفات بوجود العديد من القيم الشاملة، بما فيها القيم المنهجية الكامنة في أهدافها في تحقيق المصدقية. بل وأكثر من ذلك، القيم غير المدعومة (مثل رهاب المثلية وكراهية النساء).

6,1 أهداف البحث وفائدته

حتى من قبل المنخرطين في الطب النفسي، خلص الجميع، وعلى نطاق واسع، على أن التصنيفات المنتشرة معينة كأدوات بحثية، حيث أنها تقدم نتائج تميل لعدم الاتساق، غير متكررة، غير محددة، أو غامضة، متضمنة فئات تُظهر مشاكل متعلقة بالبناء والمصدقية التنبؤية، بالإضافة إلى نمط ظاهري غير دقيق، متردد على نطاق واسع، باعتلال مشترك شامل. (Cuthbert & Insel 2013; Poland 2014). بعد إعادة النظر في عيوب المخطط التصنيفي والبحث المعتمد عليه، خلص جيفري بولاند وبارابارا فون إيكاردت إلى أنه يوفر خطة رديئة لنطاق الأمراض النفسية، والتي تؤدي بدورها إلى أزمة في ممارسة أبحاث الصحة النفسية. (Poland & Von Eckardt 2013).

أدت المخاوف المتعلقة بالبحث إلى ثورة داخل الطب النفسي، لتصدر في معايير أبعاد جديدة، يتم من خلالها تناول نطاق البحث (معيار النطاق المنقح). تُوظف وحدات منفصلة للتحليل (الجينات، الخلايا، الدوائر الكهربائية، والتقارير الذاتية إلخ) في مجالات بحثية محددة (مثل أنظمة التكافؤ الإيجابية والسلبية، الأنظمة المعرفية، أنظمة العمليات الاجتماعية، وأنظمة الإثارة/التنظيمية) وتداخل وحدات التحليل في مجال البحث، لتقدم قطعاً متسلسلة تربط السمات الطبيعية والشاذة. وسواء كانت الأهداف التالية المتوافقة تماماً قد أُختبرت أم لا، فالهدف هنا هو تشجيع البحث الدقيق والعلاجات عالية الفعالية. (Cuthbert & Insel 2013; Perring 2016). وحينما نرد على بعض المخاوف المتعلقة بالنموذج التصنيفي السابق، فهذا النموذج بدوره قد تعرض للانتقاد، من بين جميع سماته، وذلك بسبب مفهومه عن المصادقية، افتراضاته حول تماثل التوزيعات الطبيعية، قبوله المستمر للافتراضات الإكلينيكية والطبية التي تنسب الاضطراب للفرد بدلاً من السياق الاجتماعي الواسع، إيجاده مكاناً صغيراً للقوة الشخصية، وافتراض نموذج فردي مستقل لتحدي الذات بواسطة التحليل الفلسفية لهذا اليوم. (See essays in Poland & Tekin 2017).

في دفاع جزئي ضد الاعتراضات على التصنيفات الموجودة في الدليل التشخيصي والإحصائي، تستخدم اليزابيث لالوميرا التناقض بين التصورات (إجراءات التطابق) والمفاهيم (تمثيلات تثبيت المرجع). ربما لا تزال الاضطرابات النفسية تطابق المفاهيم المعلومة نظرياً، المفهومة بشكل غير كامل، والتي تعرف حالياً فقط من خلال التصورات الوصفية التي تمكّن ممارسات التطابق في التشخيص والرعاية. (Lalumera 2016).

2،6 المقاربات الفئوية وذات الأبعاد

تلتزم التصنيفات من نوع الدليل التشخيصي والإحصائي بنموذج مرض كلاسيكي من القرن التاسع عشر، حيث أن كل مرض يعتبر كينونة بشكل منفصل، يتكون من مجموعة أعراض تبرز من حالات أو عمليات عضوية أساسية داخل الفرد المريض. كانت قابلية تطبيق كل جانب من جوانب هذا النموذج للاضطراب النفسي موضع تحدّ. فالبعض قد يبدل فكرة المصادقية (المتضمنة لرابطة بين الاسم المصنف والمرض الأساس) بالمفهوم الإحصائي للمصادقية التنبؤية أو التكهنية التي تتحرك دون الإشارة للأسباب الرئيسة. بدلاً من التقيد المتحفظ، بدأ أن العديد من الاضطرابات النفسية مستمرة مع حالات طبيعية. في اختيار تفسيري وتعريفي،

والذي من خلاله بقيت البيانات غامضة، يمكن القول أن الاضطرابات النفسية لا تمثل سوى ذيل التوزيعات الطبيعية للسّمات المعينة في عموم السكان. (Machery 2017). لكن وحدة هذه التوزيعات الطبيعية وقعت معرض شك أيضا. (Poland & Tekin 2017).

تبرز بعض الحالات التشخيصية (وإجهاد اضطراب ما بعد الصدمة الذي لا يناع عليه) من عناصر أفرادها المحيطين بالسياق الاجتماعي، الثقافي، والاقتصادي. يلاحظ أن الحالات التي ترتبط بالأسباب الجينية المجهولة، الأسباب العصبية والبيولوجية أو العوامل المعرّضة، ترسم أيضا مسارا متأثرا بقوة بالبيئة أكثر من العوامل الفطرية (المفترضة)، بالتالي يوضع الضغط على فرضيات "السبب العام"، بينما تُشرح المتلازمة بواسطة عامل فطري وحيد. (Borsboom & Cramer 2013). لا يمكن للحالات، العمليات، والجينات العضوية الداخلية أن تشرح لوحدها أي من، أو ربما كافة الاضطرابات النفسية. (8)

ومع التوسع مع كل إضافة جديدة، أثارت مجموعة الاضطرابات المعدودة والموصوفة في هذه التصنيفات تحذيرا بشأن حدود الاضطراب النفسي وتآكل حالة السواء، إضافة لحالات الصحة النفسية واختلافاتها، والدور غير الملائم الذي يلعبه طب الطب النفسي، وأخيرا، العلم في إملاءه معايير الأداء الوظيفي النفسي السليم. إضافة للسرديات الناقدة للطب النفسي والعلم الحديث، تؤكد انتقادات فلسفية أخرى على أن هذا "الإمراض" يزيد من تأثير علوم الأعصاب في قلبه التوقعات الثقافية وتقليل قوة الفرد، وظهور قوة المعايير النفسية بواسطة صناعة الأدوية النفسية. (Phillips 2009, 2013; Rose & Abi-Rached 2013; Moncrieff 2008; Sadler 2005, 2013, Whitaker & Cosgrove 2015; Valenstein 2002).

على النقيض من المخاوف المسموعة الشائعة حول فرط التشخيص، لا يزال هناك هجوم مستمر ضد حرمان البعض من التشخيص والعلاج رغم إصابتهم باضطرابات نفسية قابلة للتشخيص، ومرّد ذلك في الغالب إلى الوصم، والحال الاقتصادي-الاجتماعي للمجتمعات التي تعاني من نقص في الخدمات. تعدّ النتائج الوبائية لحدوث الاضطراب، كمنفصلة عن تشخيصه، ناقصة بشكل ملحوظ (مثلا بسبب وصم الذات، والخوف من التمييز، إضافة لتشويه تأثير البلاسيبو وتضليل طرق البحث المعرضة للإيجابيات الزائفة. (Jopling 2009; Horwitz & Wakefield 2007; Poland & Von Eckardt 2013). تبقى البيانات الوبائية غامضة ومبهمة، تاركة تلك التخمينات المناقضة بلا حل، بل ربما يستحيل حلها.

لقد أصبحت التصنيفات التشخيصية للدليل التشخيصي والإحصائي والتصنيف الدولي للأمراض مؤثرة بشكل ملحوظ في جميع أنحاء العالم، وتظهر لنا اليوم في حراك دائم. لكن إذا نظرنا لها داخل سياقها الاجتماعي، السياسي، والأخلاقي الواسع، والذي يتضمن توفير العلاج الفعال والمتفاوت في الطب النفسي بشكل واضح، فإن الموقف المناسب الذي يجب اتخاذه حيال ذلك لا يزال حرجا ومتشككا، كما أوضحه كريستيان بيرنج. (Perring 2016: 87).

7- حالة النوع الطبيعي

قام فلاسفة العلوم باستكشاف ما إذا كانت الأمراض النفسية تصلح لأن تصنف كأنواع طبيعية، وقد جرى ذلك على فئات تشخيصية معينة أو مجموعة أعراض (على سبيل المثال، الاكتئاب، اضطراب الفصام، والتوحد) بالإضافة إلى أعراض منفصلة. (Cooper 2007; Samuels 2009) كان هناك اقتراح لتفسير "مجموعة الخصائص المتوازنة" للأنواع الطبيعية، يدعمه اعتراف بأن فئة الأنواع البيولوجية لن تستوفي المعيار الأساس للتصنيف كأنواع طبيعية. (Ellis 2001; Cooper 2007; Murphy 2007;) (Samuels 2009) (انظر مدخل إلى الأنواع). المتوقع هنا أن النوع الطبيعي يلزمه أن يكون قادرا على إعداد تفسيرات واستدلالات استقرائية، وتمكين للتدخل البشري الفعال. من خلال الارتباط بخصائص سببية مشتركة مثل الجينات، سيضمن جانبها المتوازن أن مجموعات الخصائص التي تشكل الاضطرابات المنفصلة أو (الأعراض) ستبقى مستقرة بما يكفي للتصرف بنفس الطريقة في استجابتها لنفس الأوضاع، وذلك بسبب آلية توليد-التشابه التي تشرح حدوثها المشترك. هذا الاستقرار المماثل والخصائص التنبؤية الناشئة، ربما لا تنبثق من خصائص سببية مشتركة مثل الجينات، بل كنتيجة لحلقات التغذية الراجعة التي تلزم الأعراض ببعضها في مجموعات مستقرة أقترحت أيضا. (See essays in Kincaid and Sullivan 2014).

تبدو الفئات النفسية مشابهة للأنواع البيولوجية أكثر من تشابه الذهب، المغنيسيوم، أو العناصر الذرية، على سبيل المثال: عند امتلاك حدود مبهمة، تبدو وكأنها ترتاح في المواد، بدلا من تشكيل كينونات فعوية منفصلة. لكن الاختلافات غالبا ما كانت ترى على أنها عميقة، كما ستظهر لنا الأمثلة التالية: 1- هناك من يتخذ الفئات النفسية ليوضح ترتيبا مختلفا للوجود، كما رأينا في القسم الخامس. مع أشكاله المميزة للشروحات

السببية. (Jaspers 1913 [1963]; Bolton 2008; Wiggins & Schwartz 2011;) (Kusters 2016). 2- يشير آخرون إلى أن الفئات النفسية يمكن أن تغير، ويمكن أن تتغير في النهاية، فالأشخاص المصنفين يشكّلون أنواعا "تداخلية" داخل تأثيرات حلقيّة. لقد أنكر الاضطراب النفسي حالة الأنواع الطبيعية بالتحديد، على أسس غير مستقرة الخواص والتي نتجت عند وسمها أو تصنيفها. (Hacking 1995). وفي المثال الأخير، حاول البعض إظهار أن العلاقة بين الأمراض النفسية والأنواع البيولوجية تختلف وفقا للدور الذي يُلعب بواسطة القيم في تأسيسها للأمراض النفسية. Wakefield 1992; this claim is discussed in §8). لم تذهب أي من تلك الاختلافات دون نقد. فالعقل التام للدماغ المختزل سيرفضها (1) . وما يخص (2) فقد كان تصنيف الأنواع البيولوجية خاضع لعدم الاستقرار الذي تشكل من التأثيرات الحلقيّة. وبالمثل، جرى النقاش في الرد على (3) وهي أن القيم تدخل أيضا تصنيف الأنواع البيولوجية، وبمجرد أن نصل إلى الفئات المطلوبة في التحليل، تُشكل السمات غير التقييمية المعدل الملحوظ لمثل هذه الأنواع. (Cooper 2007).

سيكون من الممكن (رغم عدم ضروريته) قبول التماثل المتعلق بين فئات الطب النفسي والفئات الأخرى المعروفة كأنواع طبيعية في تعاريف غير أساسية، وذلك من خلال تبني اختزال بيولوجي كامل. لكن رغم ذلك، يمكن للغايات المتنوعة التي يمكن أن تصنف بها الأمراض أن توضع للدفاع ضد إيجاد إجابة واحدة حول نوع الحالة في الاضطرابات النفسية، مركزة على الأغراض التي تخدّمها لعة الاضطراب، والفئات التي أثبتت ثمارها هنا. 1- أُدرجت الأمراض النفسية إلى فئة "الأنواع العملية" حيث تعتمد العضوية في هذه الطبقة على بعض المعايير الخارجية المرتبطة عمليا في السياق الإكلينيكي، مثل درجة معينة من العجز الوظيفي، وتبقى غير مرتبطة للبناء الأساسي للنوع (Zachar 2014). إضافة لهذا، وإلى جانب الأنواع العملية، قد تُصنف الاضطرابات النفسية بشكل أكبر وفقا لحالتها على أنها أنواع ذات أبعاد، منفصلة، ومبهمّة الأنواع، وهناك سبب صغير لافتراض أن الاضطرابات النفسية بأكملها من نوع واحد. (Haslam 2002, 2014). 2- سواء كانت تُظهر أو لا تُظهر الاستقرار المطلوب للتصنيفات في أنواع طبيعية حقيقية، فإن الأمراض النفسية تستحوذ بالفعل على خصائص مرتبطة، ومستقرة بما يكفي لتوجيه العلاج الإكلينيكي، كما وضحتها Serife Tekin مستخدمة الافتقار للوعي بالأمراض النفسية "التبصير" المعروف عند المرضى الذين يعانون من بعض التشخيصات. إن الإدراك الذاتي المستقر، المتضمن رؤية مريض بشكل خاطئ، يمكن علاجه بفعالية باستخدام

استراتيجيات لبناء الثقة، التي تتجنب اللغة الطبية التي تجبر الشخص على الاعتراف بمرضه بشكل صريح.
(Reimer 2010; Tekin 2016).

8- القيم والاضطرابات النفسية

لعبت القيم دوراً متماسكاً في طريقة تصنيف الاضطرابات النفسية، تصورها، تجربتها كتشخيص شخصي وعلاجها. تندرج التفسيرات الفلسفية داخل الأطر التقييمية والموضوعية، وذلك تبعاً لولائها لفكرة إمكانية وجود علم عديم القيمة للطب النفسي. (these are considered in §8.1). تؤثر القيم أيضاً على السلوكيات الشخصية والاجتماعية تجاه الاضطراب والتشخيص، بطرق أكثر إلحاحاً، وتعد أكثر إلحاحاً كنتيجة أخلاقية. (انظر 2،8). وتبحث هذه المسائل مع البحوث الحيوانية-أخلاقية الموجهة بشكل خاص نحو الطب النفسي. (3،8).

8،1- التقييمية (المعيارية) والموضوعية (الطبيعية)

تحتوي مفاهيم وتصنيفات وخصائص الاضطراب النفسي في الوقت الحاضر على العديد من القيم، بعضها صريح، والبعض الآخر ضمني، بعضها أخلاقي، والبعض الآخر غير أخلاقي. (Sadler 2005, 2013) لقد حددت التحيزات غير المقبولة مراراً وتكراراً، ومثّلت في فئات مثل المثلية الجنسية (مع رهاب المثلية) متلازمة ما قبل الحيض (تخصيص حالة اضطراب للأداء الطبيعي بلا مبرر) اضطراب الشخصية المازوشية (جعل الأدوار الجندرية المبعوض للنساء مرضية) اضطرابات السلوك المعارضة والماندفة (التي تُظهر تحيزات عنصرية. (Sadler 2005, 2013; Potter 2014; Poland 2014). من دون شك أن القيم لعبت دوراً في الخطاب حول الاضطراب النفسي. والسؤال الراهن هو ما إذا كانت القيم الأخلاقية ترتبط ارتباطاً لا مفر منه بتصوير الاضطرابات النفسية وتصنيفها على مستوى النظريات، مما يشكل جزءاً أصيلاً من تعريفها. تُوضع هذه "التقييمية" ("المعيارية"، أو "البنوية") كمقابل لـ "الموضوعية" ("الطبيعية")، التي تسعى إلى تفسير طبيعي عديم القيمة للاضطراب النفسي. لقد سيطرت النقاشات حول هذه الأسئلة على الأبحاث الفلسفية في الطب النفسي وعلم الأمراض النفسية على مدى عقود، واكتمل العديد منها حول محاولات لتعريف الاضطراب

النفسي بطرق عديدة القيمة (انظر 4). (الدى لتصورات الطبيعية أو الموضوعية مقتضيات تتجاوز هذه النقاشات الأكاديمية، التي يجب أن تضاف. على سبيل المثال: تنشغل مسألة اجتماعية مرتبطة بعواقب عملية بالتوقعات حول دواء عديم القيمة لدى الخاضعين والمدرجين في التشخيص، بغض النظر عن حقائق الأمر.) يشير أصل الكلمة إلى أن "المرض" و "الاضطراب" يحتويان على قيم (مثل تفضيل الصحة على عدم الصحة). لا يكشف التناقض بين التقييم والموضوعية عن أي شيء مميز حول الاضطراب النفسي في هذا الصدد، لكن نظرية الطب المبني على القيم تؤكد على أنه بسبب تشاركهما فإن القيم في بقية الطب ليست دوما مثيرة للجدل. عندما تعتمد نظرية الطب المبني على القيم كمقاربة علاجية، فيمكن الاعتراف بهذه القيم المتنازع عليها، والآراء المختلفة المدعومة، والخاضعة للتفاوض. (Fulford 2004, 2014).

كما وُضح سابقا (4،4)، فقد أُقترحت تعريفات فلسفية تهدف إلى تجنب كل القيم، معتمدة على احتكامها للمعايير الإحصائية التي يزعم أنها ذات قيمة محايدة، وبالتالي، فهي متكيفة وظيفيا. تكمن نقاط الضعف في التعريف الإحصائي لبورس (1997)، حيث يُحدد الأداء الطبيعي وفقا للفئة المرجعية للشخص، والتي تحددها معايير مثل العمر والجنس، وكلاهما تغطيان فئة مرجعية مناسبة، وتعيد هذه العملية إدخال القيم بشكل حتمي عند نقطة منحني التوزيع المستمر حيث يمنح الانحراف عن الوسط حالة الاختلال الوظيفي، وهو تقييم يتضمن أيضا أحكاما معيارية. (Bolton 2008). حينما ندرك بأن سمة ما، تعاني من اختلال وظيفي من الناحية التطورية دون أن تُعَدَم قيمتها، وتُقيم دون أن تكون دليلا على وجود خلل وظيفي، فإن تعريف ويكفيلد المكون من جزأين يستوعب بشكل صريح العنصر التقييمي الذي يمثل الفئة. إن هذه المحاولة لتقديم تفسير طبيعي، عديم القيمة، مبني على أساس التطور "للأداء" و "اختلاله"، قد خضعت لنطاق عريض من الاعتراضات المؤذية، بما في ذلك الادعاء بأن الاختلال البيولوجي لا يملك، كما هو مزعوم، قيمة محايدة تحمل أفضلية في كفاءتها التطورية. إن إدراك ما يمكن أن يكون استجابة قصوى من حيث استدامة الأنواع، يقدم أحد هذه الاعتراضات الأخرى، حيث لا يمكن التوصل إلى استنتاج متفق عليه بشأن هذا بطريقة محايدة من حيث القيمة، أو ربما بأي طريقة أخرى. (See Murphy & Stich 2000).

عادة ما تُصوّر التقييمية والموضوعية على أنهما متنافرتان متعاكستان، رغم أن المجالات المختلفة التي تحدث فيها مطالبات بشأن الاضطراب (بما في ذلك الاستخدام العادي، النسخ المرتبة مفاهيميا لـ "الصحة" و "المرض"، تفعيل الاختلال الوظيفي، ومبرر هذا التفعيل)، تعكس الحاجة إلى تحليل أكثر دقة لدور القيم في الصحة

والمرض. (Kingma 2014) ولأسباب أخرى، كانت هناك أيضا مقاومة للتناقض البين بين التقييمية والموضوعية. على سبيل المثال، واستنادا لواقعية قيمة الممتلكات الثانوية لماكدويل، فجدير بالأحكام المتعلقة بالاضطراب النفسي ألا تكون تعسفية وذاتية بشكل تام، طالما أن تلك القيم تؤخذ على أنها سمات حقيقية للعالم. تعني الموضوعية هنا، في هذه الطبيعة المريحة، عدم الحاجة إلى موضوع خاص للتأديب، والإدراك، وتأطير الأحكام، لتقدم تباينا بين الأحكام الصحيحة وغير الصحيحة، الحقيقة والباطلة، للأحكام ذات الصلة (Thornton 2007)

2،8- السلوكيات الشخصية والاجتماعية تجاه الاضطراب والتشخيص

تتعلق المناقشة الحالية بتقييمات سلبية في المقام الأول، ورغم ما رأينا سابقا، تنشأ التقييمات الإيجابية في تقاليد تثمن الجنون (حيث يصر الكثيرون في حركة التنوع-العصبي أن طيف التوحد والاضطرابات النفسية الأخرى هي اختلافات بشرية تشابه الاختلافات الجندرية، والتي يجب أن تمنح تكيفا محترما (وليس علاجًا إكلينيكيًا)). لقد أدت السلوكيات الاجتماعية السلبية تجاه الاضطراب الملحوظ إلى الوصم ووصم الذات، والتمييز (Hinshaw 2007). حيث أن الرجل المجنون والمرأة كذلك، يكونان عنوانا للخوف، سوء الفهم، الانتقاص، أو الإدانة، بحيث يضحخ فشلهم وتنكر بشريتهم. (Gilman 1985). مثلما اتضح لنا، فقد استبدلت الحداثة الترتيبات الأخلاقية المهملة، بالرعاية والحماية (وبقيت الآثار الحقيقية للإصلاح والتكلفة مسألة لم تحل في النقاش التاريخي. (9). في الوقت نفسه، فإن الحماية والاستثناءات الرسمية، مثل الدفاع عن الجنون قد اعترفت بالاضطراب النفسي كحجة للتبرئة من ارتكاب الأخطاء والإهمال. بصرف النظر عن التغير في السلوكيات، بقيت هذه المسائل المتعلقة بالمسؤولية، على أي حال، مثار نزاع لم يحل. (C. Edwards 2009).

لقد ثبت أن تأثير التشخيص على هؤلاء الأشخاص المميزين تأثير ممتد، غالبا ما يكون شخصيا قابلا للتحويل، ونادرا ما يكون لطيفا ومتسقا. لفت هذا التأثير انتباه الباحثين إلى تقرير الشخص الأول، وإلى مذكرات الجنون البليغة المتاحة بشكل متزايد للدراسة. أدى ذلك إلى التنظير في الكتابة الفلسفية الرسمية، وكذلك في بلاغة الحركة الاجتماعية، ومجموعات المصالح السياسية المعنية بالهوية. (انظر 10). تشدد حركة النقاهة على سبيل

المثال، على الطريقة التي تتقلص بها الذات والهوية من خلال التشخيص، والتي تتسبب في تأكل سمات إيجابية أخرى تشكل الشخص بأكمله. (See Jacobson & Greenley 2001; Pouncey & Davidson 2013; Lukens 2010;) وتضع الانتقادات الموجهة للتشخيص تأكيدها على الآثار اللا إنسانية و "الموضوعية" التي تتضاعف جراء الوصم من المواقف الاجتماعية بشأن الوسوم النفسية، وتوليد الوصم الذاتي. Sadler 2005; Hoffiman & Hansen 2017; Haslam & Kvaale 2015; Weiss, Ramakrishna, & Somma 2006; Hinshaw 2009; Thornicroft 2006).

لم يعترف بالتأثيرات الشخصية والاجتماعية للتشخيص في حياة الأفراد وضمن الرعاية الصحية النفسية، بل حتى الوجه الاجتماعي للرعاية النفسية، إلا في وقت متأخر. تحت التأثيرات الحديثة للتفسيرات الحيوية الوراثية التي تصاحب بانتظام تشخيصات الاضطرابات النفسية على زيادة الاهتمام بهذه السلوكيات: إذ لا يمكن قراءة نتائج البحوث كدليل على اختلال مجسد، إلى جانب اختزال المرضى إلى آليات معطلة؛ بل بدلا من ذلك، يجب توعية المرضى بأن "قوتهم وتفاؤلهم لن تتلاشى إذا كانت مشاكلهم تحوي بعدا بيولوجيا" (Haslam & Kvaale 2015: 402–403).

3،8- الأخلاقيات الطب النفسية البيولوجية والعصبية

إن السلوكيات الاجتماعية والقيم المتخذة تجاه الاضطرابات النفسية، إضافة للسمات المرتبطة بمثل هذه الاضطرابات نفسها، قد أدت لنهوض أخلاقيات بيولوجية مختلفة النبرة عن تلك التي تبحث المسائل الأخلاقية في معظم الطب العام. على سبيل المثال، يثير الوصم المنتشر لبعض الاضطرابات مسائل سرية وخصوصية إضافية. غالبا ما ترتبط مفاهيم الاضطراب وعلاجه بالذات وهوية الشخص المراد علاجه بطرق مميزة، وذلك بسبب التأثيرات القوية والمدمرة لتجربة الاضطراب. (Tekin 2011, forthcoming). ينظر إلى العجز الإدراكي، المنطقي، والعاطفي، الذي يشير مؤقتا إلى اضطراب شديد، على أنه يعرض السمات عالية القيمة للخطر، والمتمثلة في الاستقلال العقلائي، المسؤولية، والشخصية الموحدة والمتماسكة، مما يؤدي لتحديات حول الاستقلالية والقدرة على القرار. (R.B. Edwards 1997; Radoilska 2012; Sadler,)

(Fulford, & van Staden 2015). والأهم من ذلك، يثير العلاج مسائل أخلاقية أساسية، لأنه يستخدم أساليب قسرية بشكل منتظم.

حكم على هذه الممارسات القسرية على أنها شأن أخلاقي خطير في الوثائق السياسية الحديثة. فعلى سبيل المثال، يبدو العلاج القسري منتهكا للحقوق المنصوص عليها في اتفاقية الأمم المتحدة لذوي الإعاقة (2006). من ضمن المسائل الفلسفية هنا، مسألة ما إذا كانت هناك مبادئ تركز على الشخص وتبدو أكثر أبوية من غيرها، والتي من شأنها أن تتدارك وتبرر العلاج القسري؛ كيف يعرف القسر، على ماذا تحتوي الموافقة السليمة، إضافة للربط بين القسر وعواقب الوصم. (Kallert, Mezzich, & Monahan 2011; Cratsley 2019; Pouncey & Mertz 2019). يبحث التنظير الحديث في "استثنائية الاضطراب النفسي" (علاجاً مختلفاً للحالات النفسية والجسدية) ويقترح اختبارات للقدرة يمكن أن تنطبق على أي شخص يعاني من انخفاض قدراته، بغض النظر عن السبب. (Szmukler & Dawson 2011; Szmukler 2016).

بالنظر إلى المستقبل، يستكشف مجال الأخلاقيات العصبية ذي الصلة، التطورات والإمكانات في علم الأعصاب التي تملك إلحاحاً متزايداً، أو أهمية خاصة للأمراض النفسية (See Bluhm, Jacobson, & Maibom 2012; Roskies 2007; Glannon 2015; Caruso & Flanagan 2018). يمكن أن يكون انتهاك "خصوصية المرض النفسي" مؤثراً بشكل غير متناسب على من يعانون من اضطرابات وأعراض موصومة، ويمكن للمستقبل أن يكون متصوراً حيث تقوض السلطة الدلالية أوصاف أعراض الشخص الأول بواسطة تشخيصات تتأكد صحتها بشكل مستقل من خلال التصوير أو تكنولوجيات أخرى؛ وأيضاً يُرجح أن السمات الجندرية التقليدية مثل التشاعر ستخلد التحيز في الأساليب العلمية العصبية والنتائج. (Maibom 2012). بصورة أعم، يبدو أن هذه المعرفة الجديدة قد تعزز الميل من علاج الاضطراب إلى التنبؤ به، بناء على عوامل الخطر الملحوظة، والتي تنتج بدورها مبادرات مثل التطابق، والعلاج المبكر، والأوضاع "العرضية" في المرضى الصغار واليافعين، والذي يرجح أن تؤثر على تطور الهوية والإدارة الذاتية. (Broome, Fusar-Poli, & Wuyts 2013; Whitaker & Cosgrove 2015). (انظر مدخل إلى الفلسفة، علم الأعصاب، والأخلاقيات العصبية).

تشكل مفاهيم المسؤولية، إلى جانب تلك المختصة بشخصية الفرد، استقلاليتها، تقلص قدرته، استجابته للعلاج، وحقوقه، جانباً لا مفر منه من المجال الواسع لأخلاقيات الطب النفسي المتضمن للأخلاقيات العصبية. هناك منطقتين استخدمنا في التوضيح، الأولى تتعلق بالمسؤولية واللوم. حيث تُعامل سلوكيات اللوم عادة على أنها الإتمام المناسب لتحديد المسؤولية. (Watson 2004) من خلال التأكيد على العلاقة بين المسؤولية والقدرة (الأخلاقية- المحايدة) فككت حنة بيكارد المسؤولية عن اللوم، حيث تجادل بأن الموقف السليم لمقدم الرعاية يركز على موقف متعاطف يسند إليه المسؤولية دون لوم، على الأقل فيما يخص السلوك المتعمد الواضح لمن شخصوا باضطرابات تؤثر على قدرتهم. ذلك لأنها أحد أهم العوامل المساعدة على التحسن والشفاء. (Pickard 2011).

هناك مسائل ترتبط ارتباطاً وثيقاً بهذه المخاوف الفلسفية المتعلقة بالمسؤولية، وهي مسائل تتضمن اضطرابات في الشخصية، نظراً لعلاقتها الطويلة الملحوظة بضعف الشخصية الطبيعي، وطبيعتها ذات الأبعاد الواضحة الكامنة بصعوبة في تصنيفات الطب النفسي. (Sinnott-Armstrong 2008; Radden 2011; Pickard 2011). من بين مجموعات الدليل التشخيصي والإحصائي (تصنيف مجموعة ب لاضطرابات الشخصية، من ضمنها الشخصية الحدية، النرجسية، والمعادية للمجتمع)، فقد لوحظت سمات إضافية مميزة تصف أعراضها باستخدام لغة أخلاقية. وقد ناقش لويس تشارلانداً أمر التعامل معها بشكل أفضل باستخدام الإقناع، والأساليب التي تذكرنا "بالعلاج الأخلاقي" للزمن الماضي، بدلاً من استخدامها ككينونات طبية. (Charland 2004).

لقد تأثرت التحديات الفلسفية المألوفة للأخلاق، والافتراضات الطبية والأخلاقية التي قدمت في المقطع بالانتقادات-صعب فصلها عنها- التي وجهت لطب الطب النفسي خلال النصف الثاني من القرن العشرين، التي اتخذت محلاً ليس فقط داخل النطاق الأكاديمي، بل تجاوزته أيضاً. وسوف نناقش ذلك في القسم العاشر.

9-أمراض نفسية محددة

نقدم هنا فئة الذهان التي تستعمل لحالات الاضطراب الشديدة، التي تؤثر على القدرات الإدراكية (هلاوس) والمنطق (ضلالات)، متبوعة بعينة من الاضطرابات المعينة؛ ومن بين العديد منها التي نالت اهتماماً فلسفياً:

الإدمان، فقدان الشهية العصبي، اضطراب العقل (عند أصحاب الشخصية المعادية للمجتمع) والاكتئاب. تشمل التحليلات الفلسفية للفئات التشخيصية الأخرى اضطرابات مقاومة (Potter 2014)، اضطراب الشخصية الحدية، (Potter 2009)؛ اضطراب الوسواس القهري (Glas 2013; Szalai 2016)؛ اضطراب الهوية الانقسامية، (Braude 1991; Radden 1996; Worrell & Denham 2016; Maiese 2016)؛ القلق، (Horwitz & Wakefield 2012)، وحالات التطور العصبي مثل اضطراب طيف التوحد. (Baron-Cohen, Lombardo, & Tager-Flusberg 2013).

9،1- الذهان

تعمل شدة الهلاوس والضلالات، مع العواقب الثابتة، تقريبا، لمصير أصحابها في المحيط الإكلينيكي، القانوني، الاجتماعي، الشخصي، على تمييزهم عن العديد من النزاعات العامة المختصة بالاضطراب المشار له في هذا الصدد. كان المرض وحدثه مرتبطا بالهلاوس محل تساؤل، وكذلك كانت أصول وظواهر الهلاوس. (Leudar & Thomas 2000; Ratcliffe 2017; Henriksen, Raballo, & Parnas 2015). لقد جذبت الضلالات اهتمام الفلاسفة، وذلك لكونها مبهمة، وهو ما يتحدى المعرفة والنظريات المتعلقة بالمعنى، اللغة، المعتقد، والاهتمام. (Coltheart & Davies 2000; Bortolotti 2009) وقد كانت أيضا دافعا للعمل التعاوني الهام بين عدة علوم؛ فبالإضافة لكونها اضطرابات نفسية، تحدث الضلالات كأعراض لمرض عصبي وإصابة بالدماغ، وبالتالي فقد أخضعت لدراسة تجريبية معتبرة. يتناول البحث الفلسفي المتعلق بالضلالات مسائل وضحها، وحالتها المتعلقة بحالات عقائدية طبيعية، إضافة لنماذجها التوضيحية.

بقيت مسألة وضوح الضلالات محل خلاف. حيث يُعبر عن الضلالات باستخدام بناء جملة عادي، وبعضها يتضمن محتوى، رغم أنه غير دقيق، وغير محتمل، إلا أنه مفهوم تماما. وقد أصر ياسبرز على أن هذه الضلالات تعد ثانوية، أما الضلالات الأساسية فعلى النقيض من ذلك، تتميز بأنها عديمة المعنى، وقد عُدَّ عزو المعنى إليها سوء تطبيق للنهج التأويلي. (Jaspers 1913 [1963]; Gorski 2012) و تبني آخرون، متأثرين

بفتغنشتاين، رأياً يقضي بأن الضلالات كلام لا معنى له. (Berrios 1991). وقد وُظفت النتائج حول علم الدماغ لتأكيد الرأي السابق. إن الضلالات افتراضات تعكس أفكاراً وشظايا سردية محصورة في الوضع المعرفي الافتراضي، وذلك بسبب نشاط الدماغ الذي يمنع عمليات التقييم النقدي. (Gerrans 2014). في المقابل، أكد آخرون، ممن أعقبوا فرويد، على أن الضلالات تكون مفهومة دائماً، لكن يمكن فهمها داخل السياق الذي يخص حياة الشخص كلها، أفكاره، وقيمه. (Bentall 2004; Wickham & (Bentall 2016, Mullen & Gillett 2014

إن الضلالات أشبه بالمعتقدات، لكن النزاع نشأ حول ما إذا كانت معتقدات، أو خيالات، أو أشكال من الإحباط، أو شكل هجين مميز. بطريقة ما، يجب أن يكتيف الموقف العقائدي (الضلالات أو المعتقدات)، وهي إن قورنت مع المعتقدات التقليدية، سنجد أن الضلالات لا تستجيب للدليل التعويضي وهي مجرد موجه سلوكي ضعيف. (انظر مدخل إلى الضلالات). هذه السمات نفسها قادت إلى التأكيد على أن الضلالات هي خيالات عُرفت خطأً على أنها معتقدات، وذلك عبر ارتباطها بالخيال أكثر من الإيمان. (Currie & Ravenscroft 2002; Broome & Bortolotti 2009). على ما يبدو أن جزء منها متخيل وجزء آخر معتقد، كما كان هناك اقتراح يقضي بكونها شكل هجين، بناء على أساس هذه العناصر المتناقضة. (Egan 2009).

غدت تفسيرات الضلالات، متعددة العواملية على نحو متزايد. وقد افترضت النماذج المتأثرة المبكرة التي برزت من الأبحاث التي أجريت على الضلالات ذات الموضوع الواحد، والتي نتجت عن تلف الدماغ مثل متلازمة كابرغاس، عيبان: التجربة الأولية الشاذة، أو إدراك يقتضي وجود اختلال في الدماغ، مضافاً إليه بعض من الإخفاق في نظام "تنبيت المعتقد" والذي من خلاله يعاد النظر بشكل نقدي للمعتقدات الأولية على ضوء المعتقدات الأخرى. (Davies et al. 2001; Davies & Davies 2009***not in bib*; (Young 2011). العامل الثاني في نظريات "العاملان" هو الاستدلال الخاطيء، ويتميز في بعض التفسيرات بدرجةه فقط عن الأشكال الأخرى للمنطق مثل تحيزات العزوة (Bentall 2004). في نموذج "خطأ التنبؤ" البديل، تتعارض الانحرافات الإدراكية مع التوقعات "المنحرفة" السابقة، عندما تكون مصحوبة بتحيز منطقي، مما يؤدي إلى حدوث الضلالات. (Stone & Young 2007; Mishara & Corlett 2009). وتُظهر الضلالات "متعددة المواضيع" والمعقدة التي تُرى في كثير من الأحيان في عيادة الطب النفسي، والتي

يدفعها بشكل جزئي التأثيرات الاجتماعية والبيئية، تحديات للعلوم المعرفية، لأنها تتضمن أنظمة إدراكية عالية، والتي على ما يبدو تقاوم وحدات التحليل والفساد.

2،9- الإدمان

تتبعك السلوكيات الاجتماعية تجاه المسؤولية عن سلوكيات الإدمان وتجاه حالته المضطربة، في التحليلات الفلسفية والمواقف النظرية. (West 2006; Poland & Graham 2011; Flanagan) (2017). إن التفسيرات التي تترجم الإدمان كاضطراب، تقلص من المسؤولية القائلة بفكرة الإغراء القهري، والفشل المتكرر في ضبط النفس. (Vohs & Heatherton 2000). تبدو الاعتراضات على الرأي القائل "بقوة الإرادة" شاملة لعدم قدرتها على التمييز بين من لا يرغب بالإقلاع وبين من يعجز عنه. (Foddy & Savulescu 2010; Levy 2013). إضافة لهذه الصعوبات، فإن ظاهرة الإدمان ليست موحدة. (Kennett 2013). إذ يرى آخرون أن الإدمان محفز على بنية قياسية من المعتقدات والرغبات، وأن سلوك الإدمان يعكس ببساطة أولوية الشخص العليا. (Foddy & Savulescu) (2010). تقترح الجهود للجمع بين هذه الأوضاع المعاكسة تفاعلا بين أنظمة تتحكم في الرغبات المسيطرة. (Holton & Berridge 2013). بالمثل، فقد وُصف المدمنين على أنهم يدخلون في تقييم خاطئ يعمل على شرح مقاومتهم للدليل المعاكس، مثبت بشكل أكبر بسلوك مندفع غير واع. (Summers) (2015; Lewis 2015). أسباب الاستجابة المنخفضة، وتناقص المسؤولية قد حلت أيضا على ضوء العجز في "القدرة المتوسعة" -أي قدرة الإنسان على بسط إرادته بمرور الوقت لتشكيل مستقبل الشخص. (Levy 2006). وفي تفسير آخر، يمكن أن يفهم الإدمان على أنه مرض، أو عجز من حيث عدم القدرة على إدراك الأهداف الحيوية، مع انخفاض صحة المدمن بشكل جزئي على الأقل بسبب النزعة النفسية. (Nordenfelt 1995).

9,3 فقدان الشهية العصابي

من بين اضطرابات الأكل، كان الجوع الطوعي المعروف بفقدان الشهية العصابي موضوعا للتكهن والتنظير المكثف. وذلك بسبب رابطة الجندري القوي، فسر هذا السلوك على أنه محاولة بذل قوة بواسطة مجموعة (فتيات وشابات) تتميز بالضعف، في شكل من أشكال ضبط النفس المتطرف نحو الكمال، لخلق جسد غريب، غير مألوف. (Svenaeus 2013). ارتبط دور القوة الفردية في هذه الأنشطة على وجه الخصوص بالهوية وتكوين الهوية الذاتية. (Tan, Hope, & Stewart 2003; Tan, Stewart,) (Fitzpatrick, & Hope 2010; Gillett 2009; Morris 2013). ويبدو أن الاضطراب يحدث بشكل متكرر في الأماكن الغربية أو المتعرضة للتغريب، ممن لها سلطة وثراء. كانت الآثار الضمنية حول مظهر المرأة جمالية، وكذلك الأولويات الغربية لأخلاق ضبط النفس والصفات الأثيرية اللاجسدية المرتبطة بخفة الوزن (Bordo 1993; Giordano 2005). لم يتلق الجوع القسري أي تشخيص طبي في العديد من السياقات التاريخية وعبر الثقافات، تماما مثل ممارسات إيذاء النفس الأخرى، حيث تميل التفسيرات للدوافع الدينية، الأيديولوجية، السياسية للفرد. لذلك تستحق دوافع المريضة بفقدان الشهية الاهتمام، خاصة معتقداتها، سلوكياتها، ومشاعرها. (Giordano 2005; Svenaeus 2013; Morris 2013). لم تنجح الجهود المبذولة لعزل الاختلال الوظيفي الإدراكي، التي كان من المفترض أن تشرح سلوكيات فاقد الشهية. (Morris 2013). هناك فرضية أكثر تعقيدا، تنتظر انتباه علم الأعصاب، وهي فرضية تتضمن التفاعل بين "مخططات الجسد" العاجزة، (التمثيلات الجسدية، ما يسبق الشعور غير اللغوي) التي تتشوه، وتولد أيضا، بواسطة سلوكيات فاقد الشهية. (See Morris 2013; Gadsby 2017).

9,4 الاعتلال النفسي (السيكوباتي)

رغم فشلهم الواضح في إدراك الفرق بين التجاوزات الأخلاقية والتقليدية، هناك تساؤل عما إذا كان السيكوباتيين "المعتلين نفسيا" (ممن شخصوا باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع) يتحملون، بشكل ملائم، مسؤولية سلوكياتهم وتصرفاتهم (Sinnott-Armstrong 2008; Adshead 2013); وعما إذا كانوا يحملون معتقدات أخلاقية سوية دون أن يكونوا متحيزين بواسطتها، وبذلك يقدمون مثالا مضادا على

الداخلية المحفزة؛ إضافة لملاحظة الاختلال الوظيفي للأميجدلا (اللوزة)، وعمّا إذا كان هذا الأمر يصلح لأن يكون عذرا. (Levy 2007). إن المرضى الذين يعانون من تلف في الفص الجبهي البطني يظهرون أعراضا مشابهة للاعتلال النفسي السيكوباتي (Roskies 2003): والتساؤل هنا هو عن مدى التشابه الذي يظهره هؤلاء المرضى الذين يعانون من "اعتلال نفسي مكتسب"، وحول إمكانية أو وجوب إعفاء السيكوباتيين الطبيعيين من المسؤولية. (Kennett & Fine 2008; Sinnott-Armstrong 2008). إن العجز الواضح الذي يظهره المعتل النفسي في (التشاعر، العقلانية، وقوة الإرادة) قد أكتشف على ضوء ما تحويه " وجهة النظر الأخلاقية" (Schramme 2014). ومعلوم أن منهجيات العلاج تعتمد بشكل حاسم على فهم هذه الصفات (Maibom 2014). لمزيد من النقاش حول الاعتلال النفسي (انظر مدخل إلى الطب النفسي).

9،5 الاكتئاب

ارتبطت اضطرابات المزاج بالحالات الجسدية بشكل قوي، منذ عهد النظريات الخلطية للعصور القديمة. (10). ومن أهم الفرضيات العديدة التي يواجهها الفلاسفة بشأن الاكتئاب هي الميل نحو التغييرات الهرمونية البيولوجية (خصوصا عندما يفسرون الارتباط الجندري للاكتئاب) والتفسيرات المستمدة من علم النفس التطوري. (Varga 2012, 2016; Bluhm 2011). يؤكد عمل مرتبط أيضا على أن تفسيرات الاكتئاب يجب أن تستميل الهياكل المجتمعية الأوسع، بدلا من نقاط الضعف الفردية. (Bluhm 2011; Bluhm, & Maibom 2012). نوقش الخط الغامض بين اضطرابات المزاج والحالات الطبيعية للكرب في فقرة سابقة (4،2). لقد دفعت بفرضيات مغايرة حول الاكتئاب "الحقيقي" كما رأينا، بما فيها الدلالات التي تشير إلى اختلال في وظائف المخ. (Horwitz & Wakefield 2007) ومعايير تحكم إلى درجة العجز في المعاناة. (Bolton 2013).

يلقي وصف أول عرض للشخص من مذكراته، ودراسات الحالة بشكل عميق، تحليل مجموعات البيانات الكبيرة، ضوءا على الاضطراب بعدة طرق: كتصوّره وتصنيفه (Hoffman & Hansen 2017); ارتباط الحالات المؤثرة بالشخص (Ratcliffe & Stephan 2014; Browne 2018); حالة

الاضطراب الظاهرية المبنية على المزاج (Radden 2013); علاقة الاكتئاب بالاستقلالية، ونظريات السرد للعاطفة في السياقات العلاجية (Radoilska 2012; Biegler 2011); التجربة المؤقتة، (Fuchs 2008; Ratcliffe 2008, 2013, 2001), وغيرها الكثير.

10- معاداة-الطب النفسي، نظرية النسوية، ما بعد ونقد الطب النفسي، وسياسات الهوية

1,10 معاداة الطب النفسي

برزت معاداة الطب النفسي من أفكار مفكري منتصف القرن العشرين مثل توماس زاس، ر.د لاينج، وميشيل فوكو. وقد تضمنت العديد من هذه المعاداة انتقادات سياسية واجتماعية ومطالبات بالتحرك، مع عواقب العالم الحقيقي المرتبطة بإلغاء المؤسسات، حركات حقوق الإنسان، والتحول نحو الرعاية النفسية الصحية التي تركز على الاستقلال الذاتي. في تنظير اللغة الإنجليزية، رفض زاس ولاينج ملائمة التشابه في "مشاكل معيشية" معينة، مع اضطرابات طبية، مصرين على أن سوء تطبيق النموذج الطبي للصحة النفسية كان رمزاً للتجاوز في المؤسسة الطبية. تاريخياً، قام فوكو بتصوير الممارسات والخطابات داخل المجتمع ومؤسساته، التي شكلت عصر المعرفة، وقد ركز على ممارسة القوة النفسية التي برزت مع العلم الحديث، وازدادت ممارستها من خلال آليات الحماية، المراقبة، والتحكم.

في هذا السياق، لم تعد القوة هي القوة الوحشية حدثاً، بل اتخذت، بدلاً من ذلك شكلاً أكثر براعة وانتشاراً، بحيث يضبط بشكل تدريجي الجسد وكذلك الذات. (Foucault 1965, Bracken & Thomas 2012; Iliopoulos 2012; Rose 2010, 2013). بقيت أفكار فوكو الساحقة ركيزة في "ما بعد الطب النفسي" و "نقد الطب النفسي" الذي ظهر خلال بداية القرن الواحد والعشرين.

10,2 النظرية النسوية

ما فتى هذا التداخل مع تلك الأفكار محل نقد من النظرية النسوية منذ بدايتها. يشمل ذلك اعترافات بإضفاء الطابع المؤسسي الفعلي وغير المبرر على المرأة، إضافة إلى التركيز على أضرار الحرمان من التمكين، الإسكات،

وعدم العدل في المعرفة. Dotson 2011; Sanati & Kyratsous 2015; entry on Feminist Social Epistemology). حتى يومنا هذا، يؤثر الإرث على الاضطراب النفسي، فالتصورات الثنائية قد حصرت النساء والأنوثة في سمات مثل عدم المنطقية، العاطفية، الذاتية، الجسدنة، والجنون. (بعكس سمات الرجال القيّمة) (G. Lloyd 1984; Potter 2009). لقد ركز المفكرون النسويون سابقاً على "أمراض" الصفات الطبيعية للمرأة، فضلاً عن تشويهه وتجاهل الاضطرابات المرتبطة بالجنس، العلاج المنفصل غير المتكافئ، نقاط الضعف في الصحة النفسية والتي ارتبطت بأدوار المرأة التقليدية وهويتها، والتشخيص والعلاج المفهوم كأدوات للتحكم الأبوي الاجتماعي. (Russell 1995; Ussher 2011).

لطالما رفضت النسوية التفسيرات السببية التقليدية لاضطرابات المرأة، والمستمدة من الميول البيولوجية الطبيعية المزعومة، مشيرة بدلاً من ذلك إلى آثار التنشئة الاجتماعية القمعية للمرأة وإلى عواقب تحجيم قيمة سمات المرأة وقدراتها. (Bluhm 2011). بالمثل فقد أكدت على التجسيد وعلاقته بالذات. (Bluhm, 2012). يركز عمل حديث، جله متأثر بالنظرية الاجتماعية والمقاربات الظاهرانية، على تقاطع الجنس مع الهامشية، الانحجاب، اختفاء المعيارية والقمع في التجربة المعيشية. (Nissim-Sabat 2013; Zeiler & Folkmarson Käll 2014).

10،3 ما بعد الطب النفسي ونقده

تتخذ الاعتراضات ضد الافتراضات الحديثة للطب النفسي مسألة مع النموذج الذي يعكس به الاضطراب آليات وعمليات الدماغ المعيبة، والذي يعمل على تعزيز حالة الطب النفسي وإضعاف تمكين أولئك المصابين بالاضطرابات. (Bracken & Thomas 2005, Iliopoulos 2012). وهناك زعم بأن علوم الدماغ ستضخم تقليص تمكين الدماغ، مع قوة وسلطة كانت تعزى سابقاً إلى الإنسان واستبدلت بـ "إدارة العقل" البيولوجية العلمية. (Phillips 2009, 2013; Rose and Abi-Rached 2013). وهناك دراسة أخرى أحدث جاءت من منتصف القرن العشرين، عبارة عن مجموعة من المخاوف تعرف باسم نقد الطب النفسي: نقد تأثير صناعة الأدوية. Phillips 1996, 2013; Moncrieff 2008;

يتناول الاضطراب النفسي المتأثر بالتأويلات، يهدف لأن يكون أكثر حساسية لمعنى الأعراض. (Bracken & Thomas 2010); والترويج لعلاقة أكثر تعاون وكفاءة بين مقدمي الرعاية ومن يتلقونها. (Double & Timimi 2008; Cohen & Timimi 2006). لقد مالت بعض البحوث، المرتبطة بهذه الأفكار، إلى الخبرة الفريدة "لمستخدمي الخدمة" أو "الناجون" في تحليلها الاضطرابات النفسية. (Faulkner & Leyzell & Cooper 2017; Gergel 2012; Cooper 2017). وقد حُللت هذه التجديدات استنادا على النظرية النقدية، أساليب البحث السردية، عوائق تمثيل السلطة، والإنتاج المشترك للمعرفة. (Voronka 2016; Russo & Sweeney 2016).

10,4 سياسات الهوية

إلى جانب مقعد على طاولة واضعي السياسات، طالبت الدعوات التي برزت من الحركات السياسية والمكونة من متلقي الرعاية النفسية؛ بسلطة تمثيلية تستند على تجربة الشخص للأعراض النفسية، شكاوى المعاملة الظالمة من قبل "الناجين" من التشخيص والرعاية؛ مساواة الصحة النفسية مع غيرها من الإعاقات، أو الصحة النفسية مع غيرها من الحالات الصحية؛ ملاحظة الشذوذ العصبي من مؤيدي نموذج التنوع العصبي للاضطراب (Ortega 2009); ومن حركة "فخر الجنون" إدعاء يقضي بأن الجنون هو صفة يمكن أن نرسم عبرها القوة والهوية الثقافية. تجوهلت هذه المطالبات بشكل واسع داخل الطب النفسي أو الكتابات الفلسفية حتى اليوم، وقد قُيم ادعاء حركة "فخر الجنون" بشكل نقدي مؤخرا استنادا على النظرية الاجتماعية لفلاسفة مثل هونيت وتايلور. (Rashed forthcoming).

11- الآمال المستقبلية

إلى أي مدى يمكن أن يذهب العمل الفلسفي، حسب توقعاتنا، فيما يختص بالاضطراب النفسي؟ من المؤكد أن هناك مسألة واحدة تختص ببقاء أي دور أو أدوار لعلم النفس المنطقي. أحد مظاهر ذلك، هو التنافس حول من بيده أن يقرر، هل هي الصحة النفسية، العلم أم المجتمع؟ وهل يجب أن نُوجّه بالقيم المختصة بالمنفعة

التي يسعى لها العلم الحديث؟ أم أن تصورات السعادة المترفة هي ما يجب علينا اتباعه؟ حتى مع منح السلطة للعلم الحديث في التجاوز في تحديد المثل العليا للصحة النفسية، إلا أن المجتمع، والفلسفة معنيان بالتنافس حول المسائل المعيارية مثل الإحالة بكثرة إلى الحياة السوية، وما الذي يمكن أن يحدّ من التفكير فيما يتعلق بالتنوع العصبي بدلا من العجز، على ضوء المقتضيات البديلة التي تحملها هذه القيم التقليدية الليبرالية المعنية بالمسؤولية والذات. والمتوقع أنه حتى من خلال طرق التحقق، الفهم، والتحسين الموعود للاضطراب النفسي الموعود، فلن يحل علم الأعصاب، بل سيزيد ويشعّب مثل هذه الأسئلة، وربما لاتجاهات بالكاد حلمنا بها.

- Adshead, Gwen, 2008, “Psychopaths and Moral Identity”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 20(4): 339–343. doi:10.1353/ppp.2013.0056
- [APA] American Psychiatric Association, 1980, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, third edition, Washington DC: Psychiatric Press.
- —, 2013, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fifth edition, Washington DC: Psychiatric Press.
- Amundson, Ron and Shari Tresky, 2007, “On a Bioethical Challenge to Disability Rights”, *Journal of Medicine and Philosophy*, 32(6): 541–561. doi:10.1080/03605310701680924
- Baron-Cohen, Simon, Michael Lombardo, and Helen Tager-Flusberg (eds.), 2013, *Understanding Other Minds: Perspectives from Developmental Social Neuroscience*, Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/acprof:oso/9780199692972.001.0001
- Barrett, Drue H., Leonard W. Ortmann, Angus Dawson, Carla Saenz, Andreas Reis, and Gail Bolan (eds.), 2016, *Public Health Ethics: Cases Spanning the Globe*, (Public Health Ethics Analysis, 3), Cham: Springer International Publishing. doi:10.1007/978-3-319-23847-0 [[Barrett et al. 2016 available online](#)]
- Berrios, German E., 1991, “Delusions as ‘Wrong Beliefs’: A Conceptual History”, *British Journal of Psychiatry*, 159(S14): 6–13. doi:10.1192/S0007125000296414
- Berrios, German E. and Roy Porter (eds.), 1995, *A History of Clinical Psychiatry: The Origin and History of Psychiatric Disorders*, London: Athlone.
- Bentall, Richard P., 2004, *Madness Explained: Psychosis and Human Nature*, London: Penguin.
- Biegler, Paul, 2011, *The Ethical Treatment of Depression: Autonomy through Psychotherapy*, (Philosophical Psychopathology: Disorders of the Mind), Cambridge, MA: MIT Press. doi:10.7551/mitpress/9780262015493.001.0001
- Bluhm, Robyn, 2011, “Gender Differences in Depression: Explanations from Feminist Ethics”, *IJFAB: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, special issue: *Feminist Perspectives on Ethics in Psychiatry*, 4(1): 69–88. doi:10.3138/ijfab.4.1.69
- Bluhm, Robyn, Anne Jaap Jacobson, and Heidi Lene Maibom (eds.), 2012, *Neurofeminism: Issues at the Intersection of Feminist Theory and Cognitive Science*, London: Palgrave Macmillan UK. doi:10.1057/9780230368385

- Bolton, Derek, 2008, *What Is Mental Disorder?: An Essay in Philosophy, Science, and Values*, Oxford: Oxford University Press.
doi:10.1093/med/9780198565925.001.0001
- —, 2010, “Conceptualisation of Mental Disorder and Its Personal Meanings”, *Journal of Mental Health*, 19(4): 328–336.
doi:10.3109/09638237.2010.492483
- —, 2012, “Classification and Causal Mechanisms: A Deflationary Approach to the Classification Problem”, in *Philosophical Issues in Psychiatry II: Nosology*, Kenneth S. Kendler and Josef Parnas (eds.), Oxford: Oxford University Press, 6–11. doi:10.1093/med/9780199642205.003.0002
- —, 2013, “What Is Mental Illness?”, in Fulford et al. 2013: 434–450.
doi:10.1093/oxfordhb/9780199579563.013.0028
- Boorse, Christopher, 1977, “Health as a Theoretical Concept”, *Philosophy of Science*, 44(4): 542–573. doi:10.1086/288768
- —, 1997, “A Rebuttal on Health”, in *What Is Disease?*, James M. Humber and Robert F. Almeder (eds.), Totowa, NJ: Humana Press, 1–134. doi:10.1007/978-1-59259-451-1_1
- Borsboom, Denny and Angélique O.J. Cramer, 2013, “Network Analysis: An Integrative Approach to the Structure of Psychopathology”, *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1): 91–121. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608
- Bordo, Susan, 1993, *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*, Berkeley: University of California Press.
- Bortolotti, Lisa, 2009, *Delusions and Other Irrational Beliefs*, Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/med/9780199206162.001.1
- —, 2013, “Rationality and Sanity: The Role of Rationality Judgements in Understanding Psychiatric Disorders”, in Fulford et al. 2013: 413–433.
doi:10.1093/oxfordhb/9780199579563.013.0030
- Bracken, Patrick and Philip Thomas, 2005, *Postpsychiatry: Mental Health in a Postmodern World*, Oxford: Oxford University Press.
doi:10.1093/med/9780198526094.001.0001
- —, 2010, “From Szasz to Foucault: On the Role of Critical Psychiatry”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 17(3): 219–228.
- —, 2013, “Challenges to the Modernist Identity of Psychiatry: User Empowerment and Recovery”, in Fulford et al. 2013: 123–138.
doi:10.1093/oxfordhb/9780199579563.013.0011
- Braude, Stephen E., 1991, *First Person Plural: Multiple Personality and the Philosophy of Mind*, New York: Routledge. Revised edition 1995.

- Broome, Matthew and Lisa Bortolotti (eds.), 2009, *Psychiatry as Cognitive Neuroscience: Philosophical Perspectives*, Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/med/9780199238033.001.0001
- Broome, Matthew, Paolo Fusar-Poli, and Philippe Wuyts, 2013, “Conceptual and Ethical Issues in the Prodromal Phase of Psychosis”, in Fulford et al. 2013: 779–802. doi:10.1093/oxfordhb/9780199579563.013.0046
- Browne, Tamara Kayali, 2018, *Depression and the Self: Meaning, Control and Authenticity*, Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/9781316481578
- Brülde, Bengt and Filip Radovic, 2006, “What Is Mental About Mental Disorder?”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 13(2): 99–116. doi:10.1353/ppp.2007.0001
- Burmeister, Margit, Melvin G. McInnis, and Sebastian Zöllner, 2008, “Psychiatric Genetics: Progress amid Controversy”, *Nature Reviews Genetics*, 9(7): 527–540. doi:10.1038/nrg2381
- Campbell, John, 1999, “Schizophrenia, the Space of Reasons, and Thinking as a Motor Process”:, *Monist*, special issue: *Cognitive Theories of Mental Illness*, 82(4): 609–625. doi:10.5840/monist199982426
- —, 2001, “Rationality, Meaning, and the Analysis of Delusion”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 8(2): 89–100. doi:10.1353/ppp.2001.0004
- —, 2013, “Causation and Mechanisms in Psychiatry”, in Fulford et al. 2013: 935–949. doi:10.1093/oxfordhb/9780199579563.013.0055
- Caruso, Gregg and Owen Flanagan (eds.), 2018, *Neuroexistentialism: Meaning, Morals, and Purpose in the Age of Neuroscience*, New York: Oxford University Press. doi:10.1093/oso/9780190460723.001.0001
- Castel, Pierre-Henri, Angela Verdier, and Louis Sass, 2014, “A New History of Ourselves, in the Shadow of Our Obsessions and Compulsions”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 21(4): 299–309.
- Chalmers, David J., 1996, *The Conscious Mind: In Search of a Fundamental Theory*, Oxford: Oxford University Press.
- Charland, Louis C., 2004, “Character: Moral Treatment and the Personality Disorders”, in Radden 2004: 64–77.
- Churchland, Patricia Smith, 1989, *Neurophilosophy: Toward a Unified Science of the Mind-Brain*, Cambridge, MA: MIT Press.
- Cohen, Carl I. and Sami Timimi (eds.), 2008, *Liberatory Psychiatry: Philosophy, Politics and Mental Health*, Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511543678

- Coltheart, Max and Martin Davies (eds.), 2000, *Pathologies of Belief*, (Readings in Mind and Language), Oxford: Blackwell Publishers.
- Cooper, Rachel, 2004, “Why Hacking Is Wrong about Human Kinds”, *The British Journal for the Philosophy of Science*, 55(1): 73–85. doi:10.1093/bjps/55.1.73
- —, 2007, *Psychiatry and Philosophy of Science*, Stocksfield, UK: Acumen Publishing Limited.
- —, 2017, “Classification, Rating Scales, and Promoting User-Led Research”, in Poland, and Tekin 2017: 197–220.
- Cratsley, Kelso, 2019, “The Ethics of Coercion and Other Forms of Influence”, in Tekin and Bluhm (eds.) 2019: 283–304.
- Cratsley, Kelso and Richard Samuels, 2013, “Cognitive Science and Explanations of Psychopathology” in Fulford et al. 2013: 413–433. doi:10.1093/oxfordhb/9780199579563.013.0027
- Currie, Gregory and Ian Ravenscroft, 2002, *Recreative Minds: Imagination in Philosophy and Psychology*, Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/acprof:oso/9780198238089.001.0001
- Cuthbert, Bruce N. and Thomas R. Insel, 2013, “Toward the Future of Psychiatric Diagnosis: The Seven Pillars of RDoC”, *BMC Medicine*, 11(1): 126. doi:10.1186/1741-7015-11-126
- Davidson, Larry, 2013, “Cure and Recovery”, in Fulford et al. 2013: 197–213. doi:10.1093/oxfordhb/9780199579563.013.0015
- Davies, A.M.A and Martin Davies, 2009, “Explaining Pathologies of Belief”, in *Psychiatry as Cognitive Neuroscience: Philosophical Perspectives*, M. Broome and L. Bortolotti (eds.), Oxford: Oxford University Press, pp 285–323.
- Davies, Martin, Max Coltheart, Robyn Langdon, and Nora Breen, 2001, “Monothematic Delusions: Towards a Two-Factor Account”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 8(2): 133–158. doi:10.1353/ppp.2001.0007
- Dawson, John and George Szukler, 2006, “Fusion of Mental Health and Incapacity Legislation”, *British Journal of Psychiatry*, 188(06): 504–509. doi:10.1192/bjp.188.6.504
- De Jaegher, Hanne, Ezequiel Di Paolo, and Shaun Gallagher, 2010, “Can Social Interaction Constitute Social Cognition?”, *Trends in Cognitive Sciences*, 14(10): 441–447. doi:10.1016/j.tics.2010.06.009
- Di Paolo, Ezequiel and Hanne De Jaegher, 2017, “Neither Individualistic, Nor Interactionist”, in Durt, Fuchs, and Tewes 2017: 87–104.
- Dotson, Kristie, 2011, “Tracking Epistemic Violence, Tracking Practices of Silencing”, *Hypatia*, 26(2): 236–257. doi:10.1111/j.1527-2001.2011.01177.x

- Double, D. B. (ed.), 2006, *Critical Psychiatry: The Limits of Madness*, London: Palgrave Macmillan UK. doi:10.1057/9780230599192
- Drayson, Zoe, 2009, “Embodied Cognitive Science and Its Implications for Psychopathology”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 16(4): 329–340. doi:10.1353/ppp.0.0261
- Durt, Christoph, Thomas Fuchs, and Christian Tewes (eds.), 2017, *Embodiment, Enaction, and Culture: Investigating the Constitution of the Shared World*, Cambridge, MA: The MIT Press. doi:10.7551/mitpress/9780262035552.001.0001
- Edwards, Craig, 2009, “Ethical Decisions in the Classification of Mental Conditions as Mental Illness”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 16(1): 73–90. doi:10.1353/ppp.0.0219
- Edwards, Rem Blanchard (ed.), 1997, *Ethics and Psychiatry: Insanity, Rational Autonomy, and Mental Health Care*, second edition, Amherst, N.Y: Prometheus Books. First edition was 1982.
- Egan, Andy, 2009, “Imagination, Delusion and Self-Deception”, *Delusion and Self-Deception: Affective and Motivational Influences on Belief Formation*, Tim Bayne and Jordi Fernández (eds.), (Macquarie Monographs in Cognitive Science), New York: Psychology Press, 263–280.
- Elliott, Carl, 2003, *Better than Well: American Medicine Meets the American Dream*, New York: W.W. Norton&Co.
- Ellis, Brian, 2001, *Scientific Essentialism*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Faulkner, Alison and Sarah Layzell, 2000, “Strategies for Living: A Report of User-Led Research into People's Strategies for Living with Mental Distress”, London: Mental Health Foundation.
- Flanagan, Owen, 2011, “What Is It Like to Be an Addict?”, in Poland and Graham 2011: 269–292. doi:10.7551/mitpress/9780262015509.003.0011
- —, 2017, “Addiction Doesn’t Exist, But It Is Bad for You”, *Neuroethics*, 10(1): 91–98. doi:10.1007/s12152-016-9298-z
- Flanagan, Owen and George Graham, 2017, “Truth and Sanity: Positive Illusions, Spiritual Delusions, and Metaphysical Hallucinations”, in Poland and Tekin 2017: 293–313.
- Fletcher, Paul C. and Chris D. Frith, 2009, “Perceiving Is Believing: A Bayesian Approach to Explaining the Positive Symptoms of Schizophrenia”, *Nature Reviews Neuroscience*, 10(1): 48–58. doi:10.1038/nrn2536
- Foddy, Bennett and Julian Savulescu, 2010, “A Liberal Account of Addiction”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 17(1): 1–22. doi:10.1353/ppp.0.0282

- Foucault, Michel, 1965, *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason* (*Folie et Dérailson: Histoire de la folie à l'âge classique*), Richard Howard (trans.), New York: Vintage. This is an abridged version of the 1961 French original.
- Friedenberg, Jay and Gordon Silverman, 2011, *Cognitive Science: An Introduction to the Study of Mind*, Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Frith, Christopher D., 1992, *The Cognitive Neuroscience of Schizophrenia*, Hillsdale NJ: Erlbaum.
- Fuchs, Thomas, 2001, “Melancholia as a Desynchronization: Towards a Psychopathology of Interpersonal Time”, *Psychopathology*, 34(4): 179–186. doi:10.1159/000049304
- —, 2005, “Corporealized and Disembodied Minds: A Phenomenological View of the Body in Melancholia and Schizophrenia”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 12(2): 95–107.
- —, 2013, “The Phenomenology of Affectivity”, in Fulford et al. 2013: 612–631. doi:10.1093/oxfordhb/9780199579563.013.0038
- Fulford, K.W.M., 2004. “Facts/Values: Ten Principles of Value-based Medicine”, in Radden 2004: 205–234.
- —, 2014, “Values-Based Practice: The Facts”, in *Debates in Values-Based Practice*, Michael Loughlin (ed.), Cambridge: Cambridge University Press, 3–19. doi:10.1017/CBO9781139855976.003
- Fulford, K.W.M., Martin Davies, Richard G.T. Gipps, George Graham, John Z. Sadler, Giovanni Stanghellini, and Tim Thornton (eds.), 2013, *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*, Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/oxfordhb/9780199579563.001.0001
- Gadsby, Stephen, 2017, “Distorted Body Representations in Anorexia Nervosa”, *Consciousness and Cognition*, 51: 17–33. doi:10.1016/j.concog.2017.02.015
- Gallagher, Shaun, 2005, *How the Body Shapes the Mind*, Oxford: Clarendon Press. doi:10.1093/0199271941.001.0001
- —, 2011, “Interpretations of Embodied Cognition”, *The Implications of Embodiment: Cognition and Communication*, Wolfgang Tschacher and Claudia Bergomi (eds), Exeter: Imprint Academic, 59–71. [[Gallagher 2011 available online](#)]
- —, 2013, “Intersubjectivity and Psychopathology”, in Fulford et al. 2013: 258–274. doi:10.1093/oxfordhb/9780199579563.013.0019

- Garson, Justin, 2015, “Psychiatry and the Mismatched Mind”, in his *The Biological Mind: A Philosophical Introduction*, New York and London: Routledge, 169–187 (chapter 8).
- Gergel, Tania L., 2012, “Medicine and the Individual: Is Phenomenology the Answer?”, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(5): 1102–1109. doi:10.1111/j.1365-2753.2012.01926.x
- Gergel, Tania and Gareth S. Owen, 2015, “Fluctuating Capacity and Advance Decision-Making in Bipolar Affective Disorder—Self-Binding Directives and Self-Determination”, *International Journal of Law and Psychiatry*, 40: 92–101. doi:10.1016/j.ijlp.2015.04.004
- Gerrans, Philip, 2014, *The Measure of Madness: Philosophy of Mind, Cognitive Neuroscience, and Delusional Thought*, Cambridge, MA: The MIT Press. doi:10.7551/mitpress/9780262027557.001.0001
- Gert, Bernard and Charles M. Culver, 2004, “Defining Mental Disorder”, in Radden 2004: 415–425.
- Ghaemi, S. Nassir, 2010, *The Rise and Fall of the Biopsychosocial Model: Reconciling Art and Science in Psychiatry*, Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Gillett, Grant, 2009, *The Mind and Its Discontents*, second edition, Oxford: Oxford University Press, 281–305. doi:10.1093/med/9780199237548.001.0001
- Gilman, Sander L., 1985, *Difference and Pathology: Stereotypes of Sexuality, Race, and Madness*, Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Giordano, Simona, 2005, *Understanding Eating Disorders: Conceptual and Ethical Issues in the Treatment of Anorexia and Bulimia Nervosa*, Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/0199269742.001.0001
- Glannon, Walter (ed.), 2015, *Free Will and the Brain: Neuroscientific, Philosophical, and Legal Perspectives*, Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9781139565820
- Glas, Gerrit, 2013, “Anxiety and Phobias: Phenomenology, Concepts, Explanations”, in Fulford et al. 2013: 551–573. doi:10.1093/oxfordhb/9780199579563.013.0035
- Gorski, Mike, 2012, “Karl Jaspers on Delusion: Definition by Genus and Specific Difference”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 19(2): 79–86.
- Graham, George, 2010, *The Disordered Mind: An Introduction to Philosophy of Mind and Mental Illness*, first edition, New York: Routledge.
- Guze, Samuel B. 1992, *Why Psychiatry is a Branch of Medicine*, Oxford: Oxford University Press.

- Hacking, Ian, 1995, “The Looping Effects of Human Kinds”, in *Causal Cognition: A Multidisciplinary Debate*, Dan Sperber, David Premack, and Ann James Premack (eds.), Oxford: Oxford University Press, 351–383.
doi:10.1093/acprof:oso/9780198524021.003.0012
- —, 1998, *Mad Travellers: Reflections on the Reality of Transient Mental Illnesses*, Charlottesville and London: University Press of Virginia.
- Harcourt, Edward, 2013, “Aristotle, Plato, and the Anti-Psychiatrists: Comment on Irwin”, in Fulford et al. 2013: 47–52.
doi:10.1093/oxfordhb/9780199579563.013.0005
- Haslam, Nick, 2002, “Kinds of Kinds: A Conceptual Taxonomy of Psychiatric Categories”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 9(3): 203–217.
doi:10.1353/ppp.2003.0043
- —, 2014, “Natural Kinds in Psychiatry: Conceptually Implausible, Empirically Questionable, and Stigmatizing”, in Kincaid and Sullivan 2014: 11–28.
- Haslam, Nick and Erlend P. Kvaale, 2015, “Biogenetic Explanations of Mental Disorder: The Mixed-Blessings Model”, *Current Directions in Psychological Science*, 24(5): 399–404. doi:10.1177/0963721415588082
- Hempel, Carl Gustav, 1961, “Introduction to problems of taxonomy” in *Field Studies in Mental Disorders*, Joseph Zubin, (ed), New York: Grune and Stratton, 3–22.
- Henriksen, Mads Gram, Andrea Raballo, and Josef Parnas, 2015, “The Pathogenesis of Auditory Verbal Hallucinations in Schizophrenia: A Clinical-Phenomenological Account”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 22(3): 165–181. doi:10.1353/ppp.2015.0041
- Hinshaw, Stephen P., 2009, *The Mark of Shame: Stigma of Mental Illness and an Agenda for Change*, Oxford: Oxford University Press.
doi:10.1093/med:psych/9780199730926.001.0001
- Hoffman, Ginger A., 2019, “‘Aren’t Mental Disorders Just Chemical Imbalances?’ ‘Aren’t Mental Disorders Just Brain Dysfunctions?’ and Other Frequently Asked Questions About Mental Disorders”, in Tekin and Bluhm (eds.) 2019: 59–92.
- Hoffman, Ginger A. and Jennifer L. Hansen, 2017, “Prozac or Prosaic Diaries?: The Gendering of Psychiatric Disability in Depression Memoirs”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 24(4): 285–298. doi:10.1353/ppp.2017.0041
- Holton, Richard and Kent Berridge, 2013, “Addiction Between Compulsion and Choice”, in Levy 2013: 239–268.
doi:10.1093/acprof:oso/9780199862580.003.0012

- Horwitz, Allan V. and Jerome C. Wakefield, 2007, *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*, New York: Oxford University Press.
- —, 2012, *All We Have to Fear: Psychiatry's Transformation of Natural Anxieties into Mental Disorders*, New York: Oxford University Press.
- Iliopoulos, John, 2012, "Foucault's Notion of Power and Current Psychiatric Practice", *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 19(1): 49–58. doi:10.1353/ppp.2012.0006
- Irwin, Terence H., 2013, "Mental Health as Moral Virtue: Some Ancient Arguments", in Fulford et al. 2013: 37–46. doi:10.1093/oxfordhb/9780199579563.013.0004
- Jacobs, Kerrin, Achim Stephan, Asena Paskaleva-Yankova, and Wendy Wilutzky, 2014, "Existential and Atmospheric Feelings in Depressive Comportment", *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 21(2): 89–110. doi:10.1353/ppp.2014.0021
- Jacobson, Nora and Dianne Greenley, 2001, "What Is Recovery? A Conceptual Model and Explication", *Psychiatric Services*, 52(4): 482–485. doi:10.1176/appi.ps.52.4.482
- Jaspers, Karl, 1913 [1963], *General Psychopathology*, J. Hoenig and Marian W. Hamilton (trans.), Chicago: University of Chicago Press. Translation of the seventh edition of *Allgemeine Psychopathologie*, first edition published 1913.
- Jefferson, Anneli, Lisa Bortolotti, and Bojana Kuzmanovic, 2017, "What Is Unrealistic Optimism?", *Consciousness and Cognition*, 50: 3–11. doi:10.1016/j.concog.2016.10.005
- Jopling, David A., 2008, *Talking Cures and Placebo Effects*, Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/med/9780199239504.001.0001
- Kallert, Thomas W., Juan E. Mezzich, and John Monahan (eds.), 2011, *Coercive Treatment in Psychiatry: Clinical, Legal and Ethical Aspects*, Chichester, UK: Wiley-Blackwell. doi:10.1002/9780470978573
- Kanaan, Richard A. A. and Philip K. McGuire, 2011, "Conceptual Challenges in the Neuroimaging of Psychiatric Disorders", *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 18(4): 323–332. doi:10.1353/ppp.2011.0051
- Karp, David Allen, 2017, *Speaking of Sadness: Depression, Disconnection, and the Meanings of Illness*, updated and expanded edition, New York: Oxford University Press. First edition in 1996.
- Kendler, K. S., P. Zachar, and C. Craver, 2011, "What Kinds of Things Are Psychiatric Disorders?", *Psychological Medicine*, 41(6): 1143–1150. doi:10.1017/S0033291710001844

- Kennett, Jeanette, 2013, “Just Say No? Addiction and the Elements of Self-Control”, in Levy 2013: 144–164.
doi:10.1093/acprof:oso/9780199862580.003.0008
- Kennett, Jeanette and Cordelia Fine, 2008, “Internalism and the Evidence from Psychopaths and ‘Acquired Sociopaths’”, in Sinnott-Armstrong 2008: 173–190.
- Kincaid, Harold and Jacqueline A. Sullivan (eds.), 2014, *Classifying Psychopathology: Mental Kinds and Natural Kinds*, (Philosophical Psychopathology), Cambridge, MA: The MIT Press.
- Kirmayer, Laurence J., Robert Lemelson, and Constance A. Cummings (eds.), 2015, *Re-Visioning Psychiatry: Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience, and Global Mental Health*, Cambridge: Cambridge University Press.
doi:10.1017/CBO9781139424745
- Kingma, Elselijn, 2014, “Naturalism about Health and Disease: Adding Nuance for Progress”, *Journal of Medicine and Philosophy*, 39(6): 590–608.
doi:10.1093/jmp/jhu037
- Kontos, Nicholas, 2016, “Can What’s in Your Head be All in Your Head?” in Moseley and Gala 2016: 7–28.
- Kristeva, Julia, 1987 [1989], *Soleil Noir: Dépression et mélancolie*, Paris: Gallimard. Translated by Leon S. Roudiez as *Black Sun: Depression and Melancholia*, New York: Columbia University Press, 1989.
- Kusters, Wouter, 2016, “Philosophy and Madness. Radical Turns in the Natural Attitude to Life”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 23(2): 129–146.
doi:10.1353/ppp.2016.0012
- Lalumera, Elisabetta, 2016, “Saving the DSM-5? Descriptive conceptions and theoretical concepts of mental disorders”, *Medicina & Storia*, XVI(9–10): 109–127.
- Leudar, Ivan and Philip Thomas, 2000, *Voices of Reason, Voices of Insanity: Studies of Verbal Hallucinations*, London: Routledge.
- Levy, Neil, 2006, “Autonomy and Addiction”, *Canadian Journal of Philosophy*, 36(3): 427–447. doi:10.1353/cjp.2006.0018
- —, 2007, “The Responsibility of the Psychopath Revisited”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 14(2): 129–138. doi:10.1353/ppp.0.0003
- —, 2011, “Addiction, Responsibility, and Ego Depletion”, in Poland and Graham 2011: 89–112. doi:10.7551/mitpress/9780262015509.003.0004
- — (ed.), 2013, *Addiction and Self-Control: Perspectives from Philosophy, Psychology, and Neuroscience*, Oxford: Oxford University Press.
doi:10.1093/acprof:oso/9780199862580.001.0001

- Levy, Neil, Thomas Douglas, Guy Kahane, Sylvia Terbeck, Philip J. Cowen, Miles Hewstone, and Julian Savulescu, 2014, “Are You Morally Modified?: The Moral Effects of Widely Used Pharmaceuticals”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 21(2): 111–125. doi:10.1353/ppp.2014.0023
- Lewis, Benjamin R., 2015, “‘The Drugs Didn’t Mix’: On the Overvaluation of Misvaluation”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 22(1): 41–43. doi:10.1353/ppp.2015.0013
- Lilienfeld, Scott O. and Lori Marino, 1995, “Mental Disorder as a Roschian Concept: A Critique of Wakefield’s ‘Harmful Dysfunction’ Analysis”, *Journal of Abnormal Psychology*, 104(3): 411–420. doi:10.1037/0021-843X.104.3.411
- Lloyd, Dan, 2011, “Through a Glass Darkly: Schizophrenia and Functional Brain Imaging”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 18(4): 257–274. doi:10.1353/ppp.2011.0046
- Lloyd, Genevieve, 1984, *The Man of Reason : “Male” and “Female” in Western Philosophy*, London: Methuen.
- Machery, Edouard, 2017, “Kinds or Tails?” in Poland and Tekin 2017: 15–35.
- Maibom, Heidi Lene, 2012, “In a Different Voice?”, in Bluhm, Jacobson, and Maibom 2012: 56–72. doi:10.1057/9780230368385_4
- —, 2014, “To Treat a Psychopath”, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 35(1): 31–42. doi:10.1007/s11017-014-9281-9
- Maiese, Michelle, 2016, *Embodied Selves and Divided Minds*, Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/med/9780199689231.001.0001
- Matthews, Eric, 2009, “Against Definition”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 16(1): 53–57. doi:10.1353/ppp.0.0216
- McKay, Ryan T. and Daniel C. Dennett, 2009, “The Evolution of Misbelief”, *Behavioral and Brain Sciences*, 32(6): 493–561. doi:10.1017/S0140525X09990975
- Micale, Mark S., 1995, *Approaching Hysteria: Disease and Its Interpretations*, Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Mishara, Aaron L, 2007, “Missing Links in Phenomenological Clinical Neuroscience: Why We Still Are Not There Yet”:, *Current Opinion in Psychiatry*, 20(6): 559–569. doi:10.1097/YCO.0b013e3282f128b8
- Mishara, Aaron L. and Phil Corlett, 2009, “Are Delusions Biologically Adaptive? Salvaging the Doxastic Shear Pin”, *Behavioral and Brain Sciences*, 32(6): 530–531. doi:10.1017/S0140525X09991464
- Moncrieff, Joanna, 2008, *The Myth of the Chemical Cure: A Critique of Psychiatric Drug Treatment*, London: Palgrave Macmillan.

- Morris, Katherine J., 2013, “Body Image Disorders”, in Fulford et al. 2013: 592–611. doi:10.1093/oxfordhb/9780199579563.013.0037
- Moseley, Daniel D. and Gary Gala (eds.), 2016, *Philosophy and Psychiatry: Problems, Intersections, and New Perspectives*, New York: Routledge.
- Mullen, Richard, 2011, “Psychopathology Divergent: Phenomenology and Empiricism”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 18(2): 157–161. doi:10.1353/ppp.2011.0020
- Mullen, Richard and Grant Gillett, 2014, “Delusions: A Different Kind of Belief?”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 21(1): 27–37. doi:10.1353/ppp.2014.0002
- Murphy, Dominic, 2007, *Psychiatry in the Scientific Image*, Cambridge, MA: MIT Press.
- Murphy, Dominic and Stephen Stich, 2000, “Darwin in the Madhouse: Evolutionary Psychology and the Classification of Mental Disorders”, in *Evolution and the Human Mind: Modularity, Language and Meta-Cognition*, Peter Carruthers and Andrew Chamberlain (eds.), Cambridge: Cambridge University Press, 62–92. doi:10.1017/CBO9780511611926.005
- Nissim-Sabat, Marilyn, 2013, “Race and Gender in Philosophy of Psychiatry: Science, Relativism, and Phenomenology”, in Fulford et al. 2013: 139–158. doi:10.1093/oxfordhb/9780199579563.013.0012
- Nordenfelt, Lennart, 1995, *On the Nature of Health: An Action-Theoretic Approach*, second revised and enlarged edition, (Philosophy and Medicine, 26), Dordrecht: Springer Netherlands, first edition 1987. doi:10.1007/978-94-011-0241-4
- Ortega, Francisco, 2009, “The Cerebral Subject and the Challenge of Neurodiversity”, *BioSocieties*, 4(4): 425–445. doi:10.1017/S1745855209990287
- Oliver, Mike, 2004, “The Social Model in Action: If I had a Hammer”, in *Implementing the Social Model of Disability: Theory and Research*, Colin Barnes and Geof Mercer (eds), Leeds: Disability Press, 18–31. [[Oliver 2004 available online \(pdf\)](#)]
- Parnas, Josef and Louis A. Sass, 2008, “On Varieties of ‘Phenomenology’: On Description, Understanding, and Explanation in Psychiatry”, *Philosophical Issues in Psychiatry: Explanation, Phenomenology, and Nosology*, Kenneth S. Kendler and Josef Parnas (eds.), Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Pârvan, Alexandra, 2015, “Patients’ Substantialization of Disease, the Hybrid Symptom and Meta Physical Care”, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(3): 380–388. doi:10.1111/jep.12250

- —, 2016, “Monistic Dualism and the Body Electric: An Ontology of Disease, Patient and Clinician for Person-Centred Healthcare: Monistic Dualism and the Body Electric”, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 22(4): 530–538. doi:10.1111/jep.12570
- Perring, Christian, 2016, “Commentary on Kinghorn: Evaluating Traditions in Psychiatry”, in Moseley and Gala 2016: 80–88.
- Phillips, James 1996, Key Concepts: Hermeneutics. *Philosophy, Psychiatry and Psychology* 3:61–9.
- Phillips, James (ed.), 2009, *Philosophical Perspectives on Technology and Psychiatry*, Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/med/9780199207428.001.0001
- —, 2013, “Technology and Psychiatry”, in Fulford et al. 2013: 176–196. doi:10.1093/oxfordhb/9780199579563.013.0014
- Pickard, Hanna, 2011, “Responsibility Without Blame: Empathy and the Effective Treatment of Personality Disorder”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 18(3): 209–224. doi:10.1353/ppp.2011.0032
- —, 2016, “Denial in Addiction: Denial in Addiction”, *Mind and Language*, 31(3): 277–299. doi:10.1111/mila.12106
- Poland, Jeffrey, 2014, “Deeply Rooted Sources of Error and Bias in Psychiatric Classification”, in Kincaid and Sullivan 2014: 29–63.
- Poland, Jeffrey and Barbara Von Eckardt, 2013, “Mapping the Domain of Mental Illness”, in Fulford et al. 2013: 735–752. doi:10.1093/oxfordhb/9780199579563.013.0044
- Poland, Jeffrey and George Graham (eds.), 2011, *Addiction and Responsibility*, Cambridge, MA: The MIT Press. doi:10.7551/mitpress/9780262015509.001.0001
- Poland, Jeffrey and Serife Tekin (eds.), 2017, *Extraordinary Science and Psychiatry: Responses to the Crisis in Mental Health Research*, Cambridge, MA: The MIT Press. doi:10.7551/mitpress/9780262035484.001.0001
- Polvora, 2011, “Diagnosis ‘Human’”, *Wax and Feathers: The Icarus Project Zine*, April 2011. [[Polvora 2011 available online \(pdf\)](#)]
- Porter, Roy, 2002, *Madness: A Brief History*, New York: Oxford University Press.
- Potter, Nancy Nyquist, 2009, *Mapping the Edges and the In-between: A Critical Analysis of Borderline Personality Disorder*, Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/med/9780198530213.001.0001
- —, 2014, “Oppositional Defiant Disorder: Cultural Factors That influence Interpretations of Defiant Behavior and their Social and Scientific Consequences”, in Kincaid and Sullivan 2014: 175–194.

- Pouncey, Claire L. and Jonathan M. Lukens, 2010, “Madness versus Badness: The Ethical Tension between the Recovery Movement and Forensic Psychiatry”, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 31(1): 93–105. doi:10.1007/s11017-010-9138-9
- Pouncey, Claire and Jon F. Mertz, 2019, “Informed Consent in Psychiatry: Philosophical and Legal Issues”, in Tekin and Bluhm (eds.) 2019: 257–282.
- Pūras, Dainius, 2017, *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, 6–23 June 2017, Human Rights Council, United Nations, A/HRC/35/21. [[Pūras 2017 available online](#)]
- Radden, Jennifer 1996, *Divided Minds and Successive Selves*, Cambridge, MA: MIT Press.
- — (ed.), 2004, *The Philosophy of Psychiatry: A Companion*, Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/acprof:oso/9780195149531.001.0001
- —, 2009, “Epidemic Depression and Burtonian Melancholy”, in Jennifer Radden (ed), *Moody Minds Distempered: Essays on Melancholy and Depression*, New York: Oxford University Press, 97–110.
- —, 2011, *On Delusion*, London: Routledge.
- —, 2013, “The Self and Its Moods in Depression and Mania”, *Journal of Consciousness Studies*, 20(7–8): 80–102.
- —, 2018, “Public Mental Health and Prevention”, *Public Health Ethics*, 11(2): 126–138. doi:10.1093/phe/phx011
- Radoilska, Lubomira, (ed) 2012, *Autonomy and Mental Disorder*, Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/med/9780199595426.001.0001
- Rashed, Mohammed Abouelleil, forthcoming, *Madness and the Demand for Recognition a Philosophical Inquiry into Identity and Mental Health Activism*, New York: Oxford University Press.
- Rashed, Mohammed Abouelleil and Rachel Bingham, 2014, “Can Psychiatry Distinguish Social Deviance From Mental Disorder?”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 21(3): 243–255. doi:10.1353/ppp.2014.0043
- Ratcliffe, Matthew, 2008, *Feelings of Being: Phenomenology, Psychiatry and the Sense of Reality*, Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/med/9780199206469.001.0001
- —, 2011, “Phenomenology Is Not a Servant of Science”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 18(1): 33–36. doi:10.1353/ppp.2011.0001

- —, 2017, *Real Hallucinations: Psychiatric Illness, Intentionality, and the Interpersonal World*, (Philosophical Psychopathology), Cambridge, MA: The MIT Press.
- Ratcliffe, Matthew and Achim Stephan (eds.), 2014, *Depression, Emotion and the Self Philosophical and Interdisciplinary Perspectives*, Exeter, UK: Imprint Academic.
- Reimer, Marga, 2010, “Treatment Adherence in the Absence of Insight: A Puzzle and a Proposed Solution”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 17(1): 65–75. doi:10.1353/ppp.0.0273
- Reznek, Lawrie, 1987, *The Nature of Disease*, (Philosophical Issues in Science), London: Routledge & Kegan Paul.
- Robinson, Daniel N, 1996, *Wild Beasts and Idle Humours: The Insanity Defense from Antiquity to the Present*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- —, 2013, “The Insanity Defense as a History of Mental Disorder”, in Fulford et al. 2013: 18–36. doi:10.1093/oxfordhb/9780199579563.013.0003
- Rose, Nikolas, 2010, “Normality and Pathology in a Biomedical Age”, *Nature, Society and Environmental Crisis*, Bob Carter and Nickie Charles (eds.), (Sociological Review Monograph Series), Malden, MA: Wiley Blackwell.
- Rose, Nikolas S. and Joelle M. Abi-Rached, 2013, *Neuro: The New Brain Sciences and the Management of the Mind*, Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Roskies, Adina L., 2003, “Are Ethical Judgments Intrinsically Motivational? Lessons from ‘Acquired Sociopathy’”, *Philosophical Psychology*, 16(1): 51–66. doi:10.1080/0951508032000067743
- —, 2007, “Neuroethics beyond Genethics. Despite the Overlap between the Ethics of Neuroscience and Genetics, There Are Important Areas Where the Two Diverge”, *EMBO Reports*, 8(S1): S52–S56. doi:10.1038/sj.embor.7401009
- Russo, Jasna and Angela Sweeney, 2016, *Searching for a Rose Garden Challenging Psychiatry, Fostering Mad Studies*, Wyastone Leys, UK: PCCS Books.
- Russell, Denise, 1995, *Women, Madness, and Medicine*, Cambridge: Polity Press.
- Sadler, John Z., 2005, *Values and Psychiatric Diagnosis*, Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/med/9780198526377.001.1
- —, 2013, “Values in Psychiatric Diagnosis and Classification”, in Fulford et al. 2013: 753–778. doi:10.1093/oxfordhb/9780199579563.013.0045

- Sadler, John Z., K. W. M. Fulford, and Cornelius Werendly van Staden (eds.), 2015, *The Oxford Handbook of Psychiatric Ethics*, Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/oxfordhb/9780198732365.001.0001
- Samuels, Richard, 2009, “Delusion as a Natural Kind”, in Broome, and Bortolotti 2009: 49–80. doi:10.1093/med/9780199238033.003.0004
- Sanati, Abdi and Michalis Kyratsous, 2015, “Epistemic Injustice in Assessment of Delusions”, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(3): 479–485. doi:10.1111/jep.12347
- Sass, Louis Arnorsson, 2001, “Self and World in Schizophrenia: Three Classic Approaches”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 8(4): 251–270. doi:10.1353/ppp.2002.0026
- Sass, Louis, Josef Parnas, and Dan Zahavi, 2011, “Phenomenological Psychopathology and Schizophrenia: Contemporary Approaches and Misunderstandings”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 18(1): 1–23. doi:10.1353/ppp.2011.0008
- Savulescu, Julian, Ruud ter Meulen, and Guy Kahane (eds.), 2011, *Enhancing Human Capacities*, Oxford: Blackwell Publishing. doi:10.1002/9781444393552
- Schaffner, Kenneth F., 2013, “Reduction and Reductionism in Psychiatry”, in Fulford et al. 2013: 1003–1022. doi:10.1093/oxfordhb/9780199579563.013.0059
- —, 2016, *Behaving: What’s Genetic, What’s Not, and Why Should We Care?*, Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/acprof:oso/9780195171402.001.0001
- Schramme, Thomas (ed), 2014, *Being Amoral: Psychopathy and Moral Incapacity*, Cambridge, MA: The MIT Press.
- Schwartz, Peter H., 2008, “Risk and Disease”, *Perspectives in Biology and Medicine*, 51(3): 320–334. doi:10.1353/pbm.0.0027
- Scull, Andrew, 2009, *Hysteria: The Biography*, Oxford: Oxford University Press.
- Shorter, Edward, 1997, *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, New York: Wiley.
- —, 2006, “Hysteria and Catatonia as Motor Disorders in Historical Context”, *History of Psychiatry*, 17(4): 461–468. doi:10.1177/0957154X06073012
- Singh, Ilina, Walter P. Sinnott-Armstrong, and Julian Savulescu (eds.), 2013, *Bioprediction, Biomarkers, and Bad Behavior: Scientific, Legal, and Ethical Challenges*, Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/acprof:oso/9780199844180.001.0001

- Sinnott-Armstrong, Walter (ed.), 2008, *Moral Psychology, volume 3: The Neuroscience of Morality: Emotion, Brain Disorders, and Development*, Cambridge, MA: MIT Press.
- Sinnott-Armstrong, Walter and Jesse S. Summers, forthcoming, “Are Mental Illnesses Biopsychosocial?”, in *Rethinking the Biopsychosocial Model*, Will Davies, Rebecca Roache, Julian Savulescu, and Pierre Loebel (eds.), Oxford: Oxford University Press.
- Spitzer, Manfred and Friedrich A. Uehlein, 1992, “Phenomenology and Psychiatry”, in *Phenomenology, Language & Schizophrenia*, Manfred Spitzer, Friedrich Uehlein, Michael A. Schwartz, and Christoph Mundt (eds.), New York, NY: Springer New York, 35–45. doi:10.1007/978-1-4613-9329-0_3
- Stanghellini, Giovanni, 2004, *Disembodied Spirits and Deanimated Bodies: The Psychopathology of Common Sense*, Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/med/9780198520894.001.0001
- Stein, D. J., K. A. Phillips, D. Bolton, K. W. M. Fulford, J. Z. Sadler, and K. S. Kendler, 2010, “What Is a Mental/Psychiatric Disorder? From DSM-IV to DSM-V”, *Psychological Medicine*, 40(11): 1759–1765. doi:10.1017/S0033291709992261
- Stone, Tony and Andrew W. Young, 2007, “Delusions and Brain Injury: The Philosophy and Psychology of Belief”, *Mind & Language*, 12(3–4): 327–364. doi:10.1111/j.1468-0017.1997.tb00077.x
- Summers, Jesse S., 2015, “What Is Wrong with Addiction”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 22(1): 25–40. doi:10.1353/ppp.2015.0011
- Svenaeus, Fredrik, 2013, “Anorexia Nervosa and the Body Uncanny: A Phenomenological Approach”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 20(1): 81–91.
- Sykes, Richard, 2010, “Medically Unexplained Symptoms and the Siren ‘Psychogenic Inference’”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 17(4): 289–299. doi:10.1353/ppp.2010.0034
- Szalai, Judit, 2016, “Agency and Mental States in Obsessive-Compulsive Disorder”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 23(1): 47–59. doi:10.1353/ppp.2016.0001
- Szmukler, George, 2016, “Coercion in Psychiatric Treatment and Its Justifications”, in Moseley and Gala 2016: 125–146.
- Szmukler, George and John Dawson, 2011, “Reducing Discrimination in Mental Health Law—The ‘Fusion’ of Incapacity and Mental Health Legislation”, in Kallert, Mezzich, and Monahan 2011: 97–119. doi:10.1002/9780470978573.ch7

- Tan, Jacinta O.A., Tony Hope, and Anne Stewart, 2003, “Anorexia Nervosa and Personal Identity: The Accounts of Patients and Their Parents”, *International Journal of Law and Psychiatry*, 26(5): 533–548. doi:10.1016/S0160-2527(03)00085-2
- Tan, Jacinta O.A., Anne Stewart, Raymond Fitzpatrick, and Tony Hope, 2010, “Attitudes of Patients with Anorexia Nervosa to Compulsory Treatment and Coercion”, *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(1): 13–19. doi:10.1016/j.ijlp.2009.10.003
- Taylor, Shelley E. and Jonathon D. Brown, 1988, “Illusion and Well-Being: A Social Psychological Perspective on Mental Health”, *Psychological Bulletin*, 103(2): 193–210. doi:10.1037/0033-2909.103.2.193
- Tekin, Şerife, 2011, “Self-Concept Through the Diagnostic Looking Glass: Narratives and Mental Disorder”, *Philosophical Psychology*, 24(3): 357–380. doi:10.1080/09515089.2011.559622
- —, 2016, “Are Mental Disorders Natural Kinds?: A Plea for a New Approach to Intervention in Psychiatry”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 23(2): 147–163. doi:10.1353/ppp.2016.0013
- —, forthcoming, “The Missing Self in Scientific Psychiatry”, *Synthese*, first online: 9 February 2017. doi:10.1007/s11229-017-1324-0
- Tekin, Şerife and Robyn Bluhm (eds.), 2019, *The Bloomsbury Companion to the Philosophy of Psychiatry*, London: Bloomsbury Academic.
- Thornicroft, G., 2006, *Shunned: Discrimination against People with Mental Illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Thornton, Tim, 2007, *Essential Philosophy of Psychiatry*, Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/med/9780199228713.001.1
- United Nations, 2006, *Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)*, Department of Economic and Social Affairs. [[United Nations 2006 available online](#)]
- Ussher, Jane M., 2011, *The Madness of Women: Myth and Experience*, (Women and Psychology), New York: Routledge.
- Valenstein, Elliot, 2002, *Blaming the Brain: The Truth About Drugs and Mental Health*, New York: Simon and Schuster.
- Varela, Francisco J., Evan Thompson, and Eleanor Rosch, 1991, *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience*, Cambridge, MA: MIT Press.
- Varga, Somogy, 2012, “Evolutionary Psychiatry and Depression: Testing Two Hypotheses”, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 15(1): 41–52. doi:10.1007/s11019-010-9305-9

- —, 2015, *Naturalism, Interpretation, and Mental Disorder*, Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/med/9780198747253.001.0001
- —, 2016, “Evolutionary Approaches to Depression: Prospects and Limitations”, in *Evolutionary Thinking in Medicine*, Alexandra Alvergne, Crispin Jenkinson, and Charlotte Faurie (eds.), Cham: Springer International Publishing, 347–356. doi:10.1007/978-3-319-29716-3_22
- —, 2018, “Demarcating the Realm of Cognition”, *Journal for General Philosophy of Science*, 49(3): 435–450. doi:10.1007/s10838-017-9375-y
- Vohs, Kathleen D. and Todd F. Heatherton, 2000, “Self-Regulatory Failure: A Resource-Depletion Approach”, *Psychological Science*, 11(3): 249–254. doi:10.1111/1467-9280.00250
- Von Eckardt, Barbara, 1995, *What Is Cognitive Science?*, Cambridge, MA: MIT Press.
- Voronka, Jijian, 2016, “Disciplines, Difference, and Representational Authority: Making Moves Through Inclusionary Practices”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 23(3): 211–214. doi:10.1353/ppp.2016.0020
- Wakefield, Jerome C., 1992, “The Concept of Mental Disorder: On the Boundary between Biological Facts and Social Values”, *American Psychologist*, 47(3): 373–388. doi:10.1037/0003-066X.47.3.373
- —, 1997, “Diagnosing DSM-IV—Part I: DSM-IV and the Concept of Disorder”, *Behaviour Research and Therapy*, 35(7): 633–649. doi:10.1016/S0005-7967(97)00018-1
- —, 2012, “Editorial: DSM-5: Proposed Changes to Depressive Disorders”, *Current Medical Research and Opinion*, 28(3): 335–343. doi:10.1185/03007995.2011.653436
- Waring, Duff R., 2016, *The Healing Virtues: Character Ethics in Psychotherapy*, Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/med/9780199689149.001.0001
- Watson, Gary, 2004, *Agency and Answerability: Selected Essays*, Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/acprof:oso/9780199272273.001.0001
- Weiss, Mitchell G., Jayashree Ramakrishna, and Daryl Somma, 2006, “Health-Related Stigma: Rethinking Concepts and Interventions”, *Psychology, Health & Medicine*, 11(3): 277–287. doi:10.1080/13548500600595053
- West, Robert, 2006, *Theory of Addiction*, Oxford: Blackwell.
- Whitaker, Robert and Lisa Cosgrove, 2015, *Psychiatry under the Influence: Institutional Corruption, Social Injury and Prescriptions for Reform*, New York, NY: Palgrave Macmillan.

- Wickham, Sophie and Richard Bentall, 2016, “Are Specific Early-Life Adversities Associated With Specific Symptoms of Psychosis?: A Patient Study Considering Just World Beliefs as a Mediator”, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(8): 606–613. doi:10.1097/NMD.0000000000000511
- Wiggins, Osborne P. and Michael A. Schwartz, 2011, “Phenomenological Psychiatry Needs a Big Tent”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 18(1): 31–32. doi:10.1353/ppp.2011.0013
- Wilkinson, Stephen, 2000, “Is ‘Normal Grief’ a Mental Disorder?”, *The Philosophical Quarterly*, 50(200): 289–304. doi:10.1111/j.0031-8094.2000.00186.x
- Worrell, Franklin and Alison Denham, 2016, “Fragments of the Self: Dissociation, Agency, and Integration”, in Moseley and Gala 2016: 214–237.
- [WHO] World Health Organization, 1992, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, Geneva: World Health Organization. [[WHO 1992 available online](#)]
- Young, Garry, 2011, “Beliefs, Experiences and Misplaced Being: An Interactionist Account of Delusional Misidentification”, *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 10(2): 195–215. doi:10.1007/s11097-010-9168-9
- Zachar, Peter, 2014, *A Metaphysics of Psychopathology*, (Philosophical Psychopathology), Cambridge, MA: The MIT Press.
- Zeiler, Kristin and Lisa Folkmarson Käll (eds.), 2014, *Feminist Phenomenology and Medicine*, Albany, NY: SUNY Press.

أدوات أكاديمية

[How to cite this entry.](#)

[Preview the PDF version of this entry](#) at the [Friends of the SEP Society](#).

[Look up this entry topic](#) at the [Indiana Philosophy Ontology Project](#) (InPhO).

[Enhanced bibliography for this entry](#) at [PhilPapers](#), with links to its database.

مصادر أخرى على الإنترنت

- [International Network for Philosophy and Psychiatry](#)
- [Association for the Advancement of Philosophy and Psychiatry](#)
- [Project PERFECT](#)

مقالات مرتبطة

[cognitive science](#) | [delusion](#) | [feminist philosophy, interventions: social epistemology](#) | [health](#) | [natural kinds](#) | [neuroethics](#) | [neuroscience, philosophy of](#) | [psychiatry, philosophy of](#) | [rationality](#) | [species](#)

Acknowledgments

Several colleagues offered suggestions about earlier drafts of this entry, for which I am extremely grateful: Edward Harcourt, Lisa Bortolotti, Jeff Poland, Derek Bolton, Somogy Varga, Kelso Cratsley, John Sadler, George Graham, Alexandra Pârvan, Şerife Tekin, and Christian Perring. My special thanks for invaluable comprehensive critique are owed to Ginger Hoffman and two anonymous readers assigned by the Encyclopedia.