

Psychiatria oparta na wartościach – teoria czy praktyka?

Andrzej Kapusta, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej

Celem artykułu jest omówienie koncepcji praktyki i psychiatrii opartej na wartościach (*Values Based Practice* – VBP) Billa Fulforda. Autor przedstawia założenia VBP w świetle koncepcji bioetycznych, kodeksów medycznych oraz medycyny opartej na dowodach (*Evidence Based Medicine* – EBM). Koncepcja VBP ukazana jest jako rodzaj praktyki mającej przyczynić się do poprawy decyzji terapeutycznych skoncentrowanych na osobie pacjenta. W tekście pojawiają się pytania o teoretyczne założenia VBP oraz jej rzeczywistą efektywność w podejmowaniu decyzji klinicznych. Autor wyjaśnia również dlaczego Fulford nie widzi w swojej koncepcji potrzeby budowania własnej teorii metafizycznej czy antropologicznej, lecz dostrzega konieczność wsłuchiwania się w złożoność i konfliktowość decyzji klinicznych oraz wartość namysłu nad doskonaleniem codziennej praktyki.

Problematyka zdrowia psychicznego znajduje się w centrum zainteresowania nie tylko ekspertów – psychiatrów, psychoterapeutów, pracowników socjalnych, lecz także przedstawicieli nauk społecznych i humanistycznych, oraz w oczywisty sposób samych pacjentów i ich rodzin. Zagadnienia zdrowia psychicznego należą do ważnych społecznych i politycznych priorytetów, takich jak poprawa jakości życia obywateli, walka z dyskryminacją i społecznym wykluczeniem, budowa efektywnego systemu opieki zdrowotnej, badania empiryczne poprawiające efektywność terapii. Zdrowie psychiczne jest więc głęboko uwikłane w społeczne oczekiwania oraz indywidualne wybory, staje się częścią społecznych i politycznych debat, ale także tematem zainteresowań artystów, badaczy kultury i antropologów. W kontekście przemian społeczno-kulturowych, migracji społecznej i kulturowej różnorodności pojawiają się oczekiwania co do sposobu budowania i funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej, szczególnie zaś sposobu i jakości podejmowania decyzji klinicznych uwzględniających perspektywę różnych podmiotów uwikłanych w ten proces. Celem artykułu jest omówienie koncepcji praktyki i psychiatrii opartej na wartościach (*Values Based Practice* – VBP) Billa Fulforda, która odpowiada na wyzwania

współczesnych nauk o zdrowiu i praktyki klinicznej. Koncepcja VBP ukazana jest w świetle zagadnień bioetycznych, kodeksów medycznych oraz medycyny opartej na dowodach (*Evidence Based Medicine* – EBM). Jej celem jest poprawa decyzji terapeutycznych skoncentrowanych na osobie pacjenta. W tekście pojawiają się pytania o teoretyczne i etyczne założenia VBP oraz dylematy jakie za sobą pociągają.

Praktyka oparta na wartościach

Praktyka oparta na wartościach (*Values Based Practice*, VBP) jest podejściem, które ma na celu doskonalenie praktyki podejmowania decyzji w obszarze opieki zdrowotnej w sytuacji pojawienia się złożonych i będących w konflikcie wartości¹. VBP jest definiowane w dialogu i w opozycji do takich koncepcji bioetycznych jak kazuistyka i pryncypializm oraz traktowana jest jako dopełnienie praktyki opartej na dowodach (*Evidence Based Medicine*, EBM) i eksperckich kodeksów etycznych. W tym sensie nie kwestionuje potrzeby budowania i doskonalenia dotychczasowych teorii etycznych i kodeksów zawodowych, wskazuje jednak na konieczność wypracowania szczególnych umiejętności podejmowania decyzji w obszarze ocen klinicznych. Myślenie kazuistyczne (*case studies*) odnosi się do rzeczywistych przykładów i sytuacji klinicznych z nadzieją na to, że wnikliwa analiza konkretnej sytuacji przyczyni się do rozwiązania większości pojawiających się tam problemów moralnych. Istnieje jednak niebezpieczeństwo, że podejście takie stosowane w izolacji od innych ujęć może spowodować, że będziemy się zasadniczo kierować własnym, często w pełni nieuświadomianym, systemem wartości. Temu niebezpieczeństwu ma zapobiec pryncypializm (etyka zasad), który pozwala dokonać rozumowania etycznego i zwrócić uwagę na wartości o których pierwotnie nie myśleliśmy lub uznaliśmy za nieistotne dla rozwiązania bieżącego problemu. W odróżnieniu od etyki zasad oraz kodeksów etycznych, które zalecają „słuszne” wartości, VBP koncentruje się na procesie dochodzenia do decyzji oraz sztuce uzgadniania równowagi między różnymi wartościami. Szczególnie, jeżeli różne kodeksy zawodowe preferują nieco odmienne wartości (ważne dla danej grupy ekspertów) i jednocześnie nie są w stanie bezpośrednio zaproponować procedury odniesienia postulowanych zaleceń do indywidualnego przypadku. VBP traktuje kodeksy jako poważne źródło namysłu nad wartościami, które należy uwzględnić, aby podjąć zrównoważoną decyzję. VBP chce być również dopełnieniem EBP. Pragnie powiązać badania naukowe z unikalnymi wartościami poszczególnych ludzi zaangażowanych w procesy decyzyjne.

1 Zob. K.W.M. Fulford, *Ten principles of values-based medicine*. Chapter 14. [w:] *The Philosophy of Psychiatry: A Companion*, red. J. Radden, New York, Oxford University Press 2004, s. 205–234.

Wartości pojmuje się tutaj dosyć szeroko jako wszystko, co jest wartościowe dla podmiotów, czy to w sposób pozytywny, czy negatywny, i co prowadzi do podjęcia działania (np. potrzeby i preferencje). Wartości pacjenta można określić jako jego wyjątkowe preferencje, troski i oczekiwania, które wnosi on do spotkania klinicznego i terapeutycznego, i które muszą zostać włączone w proces podejmowania decyzji klinicznych, o ile mają służyć pacjentowi². Fulford pragnie rejestrować wyłącznie faktyczne użycia słowa „wartość” (należące do wielkiej rodziny wzajemnie powiązanych słów), aby uniknąć ograniczenia się jedynie do pewnego typu wartości (np. wartości etycznych) oraz zapobiec nadawaniu im perswazyjnego znaczenia. Szczególnym przedmiotem zainteresowania są wartości złożone i konfliktowe, które często odgrywają ważną rolę w sytuacjach pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi. Wartości złożone mają różne rzeczy dla różnych ludzi. Przykładowo, „najlepszy interes” pacjenta może nie pokrywać się z „interesem” jego rodziny, opiekującego się nim lekarza oraz systemu opieki zdrowotnej. Wartości konfliktowe są ze sobą niezgodne. Dobro pacjenta, pojmowane przez grupę terapeutyczną, polegające na zapewnieniu mu stałej opieki i dozoru, może nie uwzględniać i być w konflikcie z jego głęboko zakorzenionym pragnieniem autonomii i niezależności. Podejście VBP podkreśla praktyczny wymiar decyzji podejmowanych w praktyce klinicznej i odwołuje się jedynie do wartości, preferencji i postaw, które są już w grze i są reprezentowane (często nie do końca świadomie) przez strony uwikłane w procesy decyzyjne (np. pacjenci, ich rodziny, klinicyści, pracownicy socjalni, decydenci, itp.). Pojawia się nawet pytanie, czy mamy do czynienia z teorią wartości, czy też z techniką ich rozpoznawania i nabywania umiejętności decyzyjnych w sytuacjach niejednoznacznych i konfliktowych. Albowiem zasadniczym celem VBP jest wspieranie zrównoważonych decyzji w ramach różnorodności stanowisk charakterystycznej dla konkretnej sytuacji, przy jednoczesnym poszukiwaniu, w celu znalezienia skutecznego rozwiązania, wartości wspólnie podzielanych. Wydaje się to możliwe dzięki przyjęciu „demokratycznej” przesłanki wzajemnego szacunku wobec różnorodności i odmienności wartości. Szacunek wobec różnicy i odmienności prowadzi do wykluczenia tych wartości, które z definicji je negują (np. rasizm) oraz prowadzi do większego nacisku na proces negocjacji wartości, niż dochodzenia do wartości „właściwych”.

2 Dla celów dydaktycznych Woodbridge i Fulford podają listę pomocną w namyśle nad własnymi i cudzymi wartościami. Są to: samokontrola, uczciwość, troskliwość, ambicja, pogodność, odpowiedzialność, niezależność, otwartość, grzeczność, zdolność do wybaczenia, inteligencja, chęć pomocy, obowiązkowość, kompetencja, logiczność, odwaga, kreatywność, czystość. Zob. K. Woodbridge, K.W.M. Fulford, *Whose Values? A workbook for values-based practice in mental health care*, London, Sainsbury Centre for Mental Health 2004, s. 109)

Procedura dochodzenia do właściwych decyzji w praktyce klinicznej.

Fulford proponuje dziesięcioelementowy proces dochodzenia do właściwych decyzji w praktyce klinicznej, który składa się z:

- (1-4) kluczowych umiejętności klinicznych;
- (5-6) profesjonalnych relacji;
- (7-9) praktyki opartej na dowodach;
- (10) partnerstwa w podejmowaniu decyzji.

Praktyka oparta na wartościach nie oznacza jednak, że to podejście ma zastąpić dotychczasowe koncepcje i kodeksy etyczne. VBP wpisuje się w szereg narzędzi (m.in. koncepcje bioetyczne, kodeksy etyczne, badania empiryczne) niezbędnych do podjęcia decyzji. Właściwy proces decyzyjny wymaga wysiłku namysłu oraz odniesienia do własnych doświadczeń oraz dialogu z innymi osobami otwartymi na tego typu refleksję.

Umiejętności kliniczne, na które VBP zwraca szczególną uwagę, to:

- (1) świadomość wartości;
- (2) rozumowanie etyczne;
- (3) wiedza;
- (4) komunikacja dotycząca wartości.

Świadomość odnosi się do różnorodności wyznawanych wartości, zarówno własnych, jak i cudzych. Świadomość osobistych wartości pojawia się na ogół wówczas, gdy sprawy idą w złym kierunku, albo kiedy musimy podjąć poważne decyzje. Jest ona szczególnie cenna, gdy pracujemy z użytkownikami usług i ich rodzinami, współpracownikami, specjalistami oraz laikami w dziedzinie medycyny i zdrowia psychicznego. Najważniejsze w podejmowaniu decyzji może być dla nas jej właściwe wykonanie, ochrona siebie lub unikanie konfliktów. Podstawą do podjęcia decyzji mogą okazać się wytyczne ustalone przez pracodawcę lub inną organizację zawodową, porady kolegów, albo własne odczucie właściwie wykonywanego zadania. Dopiero w wyniku odpowiedniego treningu i namysłu eksperci i pacjenci mogą dostrzec, jak różne motywy i doświadczenia mają wpływ na ich postrzeganie problematycznej sytuacji. Szczególną trudność w podejmowaniu decyzji na ogół sprawia brak wystarczających informacji, zdenerwowanie i niezadowolenie innych ludzi oraz ciężar podjętej odpowiedzialności. Fulford podkreśla różnorodność wartości z jakimi mamy do czynienia i częste napięcie między wartościami osobistymi a reprezentowanymi przez pracodawcę i organizację zawodową.

Obecność wartości w kodeksach etycznych, Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego i innych doku-

mentach, w tym o wadze prawnej, można badać prowadząc ich analizę językową. Odbywa się to przez poszukiwanie obecnych tam osądów wartościujących, takich jak „efektywny”, „ograniczony”, „najlepszy”, oraz tego co jest pożądane, ważne i priorytetowe. Zapisy kodeksowe i dokumenty prawno-etyczne, a także opisy wyników badań empirycznych przyjmują często język pozornie neutralny i faktualny³. Tego rodzaju analiza nawiązuje do tradycji filozofii lingwistycznej, która jest zapleczem teoretycznym dla VBP⁴. Następną umiejętnością kliniczną jest znajomość strategii rozumowania na temat wartości, znajomość i dobre poruszanie się w ramach różnych koncepcji wartości. Według Fulforda w etyce medycznej i psychiatrycznej zasadniczo poszukujemy „właściwych” wartości, celem analiz jest zamknięcie i rozstrzygnięcie problemu (idealne rozwiązanie). VBP posiada zaś intencję otwierającą, zdolności rozumowania mają służyć otwarciu na różnorodność uznawanych wartości.

Fulford wskazuje na dwie, w pewnym sensie przeciwstawne, koncepcje etyczne: kauzalizm i pryncypializm. Kauzalizm jako podejście „oddolne” docenia wagę informacji szczegółowych na temat danej sytuacji. Ogólnie przyjęte zasady (wartości) nie determinują w takim stopniu rozstrzygnięć i decyzji, jak umożliwia to wystarczająca ilość informacji na temat danej sytuacji. Tego rodzaju podejście wydaje się szczególnie ważne w opiece zdrowotnej, gdzie mamy do czynienia z rzeczywistymi sytuacjami i dylematami ludzkimi. Jednakże istnieje niebezpieczeństwo, że ostatecznie w trakcie podejmowania decyzji będziemy się kierować własnymi preferencjami, ignorując wartości, które aktualnie są poza naszym zasięgiem. W poszukiwaniu tych innych wartości może pomóc pryncypializm (etyka zasad), który zakłada, że niezależnie od tego, jak złożone są sytuacje kliniczne, istnieją istotne w procesie podejmowania decyzji wartości ogólne, do których zalicza m.in. zasadę autonomii, sprawiedliwości, dobroczynności, nieszkodzenia⁵. Odniesienie tych zasad do konkretnego przypadku pozwala ujawnić szereg pierwotnie nie dostrzeganych wartości, chociaż grozi nadmiernym zaostrzeniem konfliktu wartości i koncentrowaniem się na jednych wartościach kosztem drugich. VBP chce tego uniknąć i otworzyć nas na refleksję, uwrażliwić na dialog, ponadto głosi niekodyfikowalność wartości moralnych, brak wiary w ich siłę wobec złożoności samej rzeczywistości społecznej. Kolejną inspiracją

3 Na temat sporu o wartościujący charakter oceny zaburzeń psychicznych zobacz A. Kapusta, *Spór o pojęcie choroby psychicznej*, [w:] *Bioetyka*, red. W. Chańska, J. Różyńska, Warszawa, Wolters Kluwer 2013, s. 165-176.

4 Zob. J.L. Austin, *A plea for excuses. Proceedings of the Aristotelian Society*, (1956–1957), 57, s. 1–30, przedruk w: *The Philosophy of Action*, red. A. R. White, Oxford, Oxford University Press, 1968, s. 19–42. Zob. także: H. Putnam, *The Collapse of the Fact / Value Dichotomy and Other Essays*, Cambridge, MA – London, Harvard University Press 2002.

5 Zob. T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, przeł. W. Jacórzyński, Warszawa, Książka i Wiedza 1996.

w poszukiwaniu wartości są kodeksy etyki. One również wskazują na „właściwe” wartości. Fulford jednakże podkreśla, że kodeksy, pomimo tego, że usurpują sobie prawo do uniwersalności różnią się między sobą. Inaczej wartości rozkładają się w przypadku kodeksu etyki lekarskiej, kodeksu psychoterapeuty czy pielęgniarki. Można je więc traktować jako wartości wspólne dla danej grupy zawodowej, jako wartości ramowe i podstawę dla podejmowania autorytatywnych decyzji, ale żaden z nich nie ma ważności absolutnej

VBP pragnie nie tylko rozpoznać „słuszne” wartości, lecz również wskazać na sposoby dochodzenia do pozytywnych rozwiązań pomimo różnorodności perspektyw. W tym sensie kładzie nacisk na jakość procesu decyzyjnego i umiejętność dochodzenia do konsensusu. Chociaż słowo „konsensus” zostaje tutaj zastąpione słowem „dyssensus” oznaczającym „zgodę na brak zgody” i w efekcie dopuszcza utrzymywanie różnych wartości w grze. Tego rodzaju deliberytywne podejście może zajmować bardzo dużo czasu i z tego powodu może być trudne do zastosowania w sytuacjach klinicznych, które często charakteryzują się brakiem czasu i koniecznością podejmowania szybkich decyzji. Wydaje się więc, że VBP ma przyczynić się do nabycia umiejętności efektywnego wykorzystania zasobów, wykazywać na to, jak pracować mądrzej, a nie ciężiej. Przykładowo, można zastanowić się, czy lekarz ma czas, aby siadać przy łóżku chorego, czy jedynie obsługiwać go na stojąco. Jednakże prosty zabieg rozmowy z pacjentem siedząc na krześle, a nie stojąc, wydłuża w doświadczeniu pacjenta poczucie poświęconego mu czasu. Tego rodzaju namysł był już obecny w pracach Donalda Schona, który wprowadził określenie „myślenia w działaniu”, czy „refleksyjnej praktyki”⁶.

Wiedza dotycząca wartości to przykładowo indywidualne narracje jednostek, wiedza pochodząca z badań społecznych i psychologicznych czy uzyskana za pomocą analiz filozoficznych takich jak fenomenologia, hermeneutyka czy analiza dyskursu. Fulford i Collombo⁷ zwracają uwagę na „rzeczywiste” modele zaburzeń psychicznych *implicite* przejmowane przez określone grupy ekspertów w dziedzinie zdrowia psychicznego. Wyróżniają oni odmienność ujmowania diagnozy, etiologii, leczenia, prognozy, funkcji hospitalizacji, roli społeczności terapeutycznej, praw i obowiązków pacjenta oraz społeczności w ramach modeli medycznych (organicznych), społecznych, kognitywno-behawioralnych, psychoterapeutycznych, systemowych i konspiracyjnych (antypsychiatrycznych). Rzeczywiste sposoby pojmowania zaburzeń psychicznych nie zawsze pokrywają się z tymi deklarowanymi, nie zawsze są

6 Zob. D.A. Schön, *The reflective practitioner: how professionals think in action*, New York, Basic Books 1983.

7 Zob. K.W.M Fulford, A. Colombo, *Six models of mental disorder: a study combining linguistic-analytic and empirical methods*, „Philosophy, Psychiatry, and Psychology” 2004, nr 11 (2), s. 129–144.

uświadamiane, chociaż wpływają na decyzje kliniczne. Decyzje podejmowane przez zespoły zawierające przedstawicieli różnych grup ekspertów są według Fulforda w stanie dostrzec perspektywę różnych wartości i są potencjalnie w stanie odnieść się do potrzeb i oczekiwań pacjentów i ich rodzin. VBP jest więc bardziej nastawiona na różnorodność wartości jako pozytywne źródło zrównoważonych i skoncentrowanych na pacjencie decyzji.

Dobra komunikacja jest problemem obecnym w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi. Na ogół zakładamy, że inni nas rozumieją, jednak w sytuacji trudności psychicznych – braku porozumienia i konfliktów – często przestaje to być oczywiste. Z perspektywy terapeutycznej istotne jest to, co rzeczywiście widzą i rozumieją pacjenci, jakie wartości kryją się za naszymi własnymi wypowiedziami, jakie czynniki czynią nas ślepych na wartości innych (np. dokonanie oceny zanim osoba przedstawi swój pogląd, filtrowanie informacji, spoglądanie na osobę poprzez schematy, błąd atrybucji, itp.).

VBP w swoim dziesięcioelementowym procesie dostrzega również wagę profesjonalnych relacji: (5) praktykę scentrowaną na osobie i (6) poszerzoną multidyscyplinarną pracę zespołową. Praktyka jest szczególnie skoncentrowana na wartościach pacjenta przy jednoczesnej świadomości wartości innych ludzi zaangażowanych w procesy decyzyjne⁸. Członkowie zespołu nie tylko winni posiadać różne umiejętności, ale także różne systemy wartości, odmienną wrażliwość. Ma to zapobiec nadmiernej instytucjonalizacji praktyk psychiatrycznych.

VBP uwzględnia perspektywę naukową i domaga się oparcia własnych decyzji na dwóch fundamentach: wartościach oraz faktach (7). Obie perspektywy mogą się wzajemnie dopełniać i kontrolować. Z jednej strony należy myśleć o wartościach i nie zapominać o dowodach, z drugiej zaś zasada (8) „skrzypiącego koła” podkreśla, że na ogół bolesne problemy i dylematy o charakterze moralnym nie powinny przesłaniać nam wagi faktów i dowodów. Co więcej, postęp techniczny może przyczynić się nie tyle do ujednoczenia i jednoznaczności naszych wyborów, lecz do otwarcia szeregu możliwości dylematów etycznych i możliwości wyborów (9).

Zasadą wieńczącą VBP jest (10) zasada partnerstwa, oparta na konsensusie / dysensusie czy wzajemnej nie/zgodzie podmiotów bezpośrednio uwikłanych we wspólne działania (a nie zewnętrznych ekspertów). Partnerstwo nie jest tylko obecne u podstaw VBP, ale znajduje wsparcie w EBP, gdzie obok najlepszych dowodów badawczych i klinicznej ekspertyzy uwzględnia się wartości samego pacjenta (w mniejszym stopniu jego rodziny i innych decydentów). Partnerstwo w VBP

8 W ten sposób VBP zbliża się do założeń etyki troski. Zob. M. Uliński, *Etyka troski i jej pogranicza*, Kraków, Wydawnictwo Aureus 2012.

obejmuje także użytkowników usług i ich rodzin (lub nieformalnych opiekunów), przedstawiciele opieki zdrowotnej i zawodów paramedycznych (również edukatorów) oraz decydentów (menadżerów, dyrektorów placówek, polityków).

VBP – teoria czy praktyka

VBP jest koncepcją uporządkowaną i posiadającą ogromny potencjał programowo-dydaktyczny. Koncepcja spotkała się również z szeregiem omówień i krytycznych analiz. Mona Gupta⁹ zarzuca Fulfordowi, że umiejscawia swoją koncepcję między EBM, które dostarcza faktów i przyjmuje perspektywę moralnej neutralności, a bioetyką, która oferuje zasady i kodeksy na wyższym (meta)poziomie. Przestrzeń między dwoma podejściami nie jest według Gupty tak szeroka jak to zakłada Fulford. Istnieją koncepcje etyczne, które nie tylko koncentrują się na wartościach wyższego poziomu (jako efektu etycznego rozumowania), ale zwracają uwagę na rozważanie i wyważanie wartości w świetle specyficznych cech danego przypadku klinicznego (np. preferencji pacjenta, jakości życia, kontekstu¹⁰). Również EBM nie tylko odwołuje się do wartości pacjenta, a tym bardziej nie zawsze jest postrzegana jako aksjologicznie neutralna. Zewnętrzne wartości mogą mieć wpływ na to, co jest przedmiotem badań, dofinansowania i publikacji, itp.

Pojawia się więc pytanie czy potrzebujemy obok bioetyki i EBM dodatkowego poziomu analiz? Czy nie mamy do czynienia z próbą wprowadzenia dodatkowego poziomu regulacji albo próbą dominacji jeszcze jednej perspektywy teoretycznej? Intencje Fulforda wydają się nieco inne. Celem VBM nie jest nadmierna regulacja albo hegemonia kolejnej koncepcji, lecz bardziej pełne podejście, które uwzględni różne, chociaż często ukryte, wartości obecne w grze. Podejście takie nie odpowiada jednak na pytanie, skąd się bierze normatywna moc VBP, dlaczego należałoby postępować zgodnie z rozwiązaniami ustalonymi dzięki zastosowaniu dziesięcioelementowej „procedury”? Podstawowym zarzutem wobec VBP jest jej filozoficzna nieokreśloność, która może zaowocować albo wprowadzeniem ukrytych wartości pod płaszczyzną demokratycznej procedury, albo w obliczu wydobywania jedynie wartości zastanych (choć skrytych), brakiem jakiegokolwiek gestu normatywnego. Według Tima Thor-

9 M. Gupta, *Values Based Practice and Bioethics: Close Friends Rather Than Distant Relatives. Commentary on Fulford. The Value of Evidence and Evidence of Values: Bringing Together Values Based and Evidence Based Practice in Policy and Service Development in Mental Health*, „Journal of Evaluation in Clinical Practice” 2011, nr 17 (5), s. 992-995.

10 Zob. A. Jonsen, M. Siegler, W. Winslade, *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, New York, McGraw-Hill Inc 1998.

ntona¹¹ filozofowie i etycy są skoncentrowani na efekcie ich własnych filozoficznych dociekań, mają na celu sformułowanie końcowego stanowiska lub rozstrzygnięcia. VBP w swych założeniach wydaje się być bliżej partykularyzmowi (kauzalizm) niż pryncypializmowi. Zasady służą jako „przypominacze” rzeczy, które należy wziąć pod uwagę, kiedy myślimy o poszczególnych przypadkach. Kauzalizm stanowi zaś odpowiedź na rzeczywiste cechy świata w jego złożoności. Jednakże, VBP nie polega ani na zgodności z zasadami, ani na zgodzie z realnymi cechami indywidualnego przypadku (na podstawie jakiegoś rodzaju intuicji), lecz na wsłuchaniu się w sporne przekonania i wartości. Można się jednak zastanowić, czy daje to w efekcie jakieś pozytywne rozwiązanie? Czy poszukiwanie równowagi wśród wartości, poszukiwanie wzajemnego konsensusu (lub stan akceptowanego dysensusu), daje w efekcie podstawę do jakiegokolwiek wiarygodnej decyzji? Thornton sugeruje, że proponowane teoretyczne (filozoficzne) rozwiązanie winno znajdować się na innym poziomie niż rejestrowanie i uwzględnianie w złożonej procedurze napotkanych wartości. Mówiąc ironicznie: od mieszania łyżeczką herbata nie staje się wcale słodsza.

Fulford nie uznaje jednak interpretacji, zgodnie z którą jego podejście jest tylko pewną techniką prowadzenia negocjacji i umiejętności komunikowania się z innymi. Jego koncepcja nawiązuje do „językowej fenomenologii Austina” i Wittgensteinowskiej terapii filozoficznej¹². Przejawia się to w poszukiwaniu „gramatycznych iluzji”, czyli odpowiedniej analizy złożonych pojęć (np. pojęcia choroby), filozoficznych badań terenowych, które polegają na aktywnej obserwacji używanych pojęć w codziennych kontekstach, tworzeniu „logicznych geografii”, czyli bardziej złożonego obrazu / mapy powiązań danego pojęcia¹³. Jest to bardziej opisowe podejście skoncentrowane na spoglądaniu i rzeczywistym widzeniu pewnych zależności. Cytując Wittgensteina:

Filozofia nie może w żaden sposób naruszać faktycznego użycia języka,
a więc może je w końcu tylko opisywać.
Albowiem nie może go też uzasadnić.
Zostawia ona wszystko tak jak jest¹⁴.

11 Zob. T. Thornton, *Radical Liberal Values Based Practice*, „Journal of Evaluation in Clinical Practice” 2011, nr 17 (5), s. 988-991.

12 Zob. K.W.M. Fulford, *Philosophy and medicine: the Oxford connection*, „British Journal of Psychiatry” 1990, nr 1 (157), s. 111-115.

13 K.W.M. Fulford, *Values-Based Practice: Topsy-Turvy Take-Home Messages from Ordinary Languages from Ordinary Language to Philosophy (and a few next steps)*, [w:] *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*, red. K.W.M. Fulford, M. Davies, R.G.T. Gipps, G. Graham, J.Z. Sadler, G. Stanghellini, Oxford, Oxford University Press, s. 385-388.

14 L. Wittgenstein, *Dociekania filozoficzne*, przeł. B. Wolniewicz Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2008, s. 75 §124.

VBP wydaje się więc podejściem o charakterze terapeutycznym, lecz nas z naszych dogmatycznych nawyków myślowych i otwiera na głosy dotąd ignorowane. W wypowiedziach Fulforda pojawia się również element emancypacyjny, walka z hegemonią jakiegokolwiek teorii, interesów i ideologii. Przypomina to krytyczną myśl Michela Foucaulta i jego krytykę społecznych praktyk i dominacji jakiegokolwiek dyskursu. Foucault ujawniał skryte mechanizmy władzy i represji, ale po to, aby nas uwrażliwić na dotychczasowe bezrefleksyjne formy społecznych praktyk. Zgodnie z duchem poststrukturalizmu, starał się niwelować wszelkie dualistyczne opozycje, żądając od nas konieczności wypracowania nowych praktyk i kategorii.

Z kolei Hutchinson¹⁵ w strategii VBP polegającej na rejestrowaniu obecnych w grze wartości dostrzega rys pozytywizmu i analogie do EBM. Prowadzi go to do postawienia następującego pytania: czy z faktu wyznawania przez różnych ludzi odmiennych wartości wynika jakaś norma działania? Deklaracja uznania normalności na bazie wartości (potrzeb, oczekiwań, preferencji) już istniejących wydaje się Hutchinsowi niewystarczająca. Stanowi to bowiem rodzaj naiwnej wiary w siłę procedury i możliwość zajęcia pierwotnie neutralnej postawy teoretycznej. VBP zakłada więc możliwość przyjęcia postawy liberalizmu, czyli dostrzegania i wyrażania (często ukrytych) wartości już uznawanych przez grupy lub jednostki, jako ostateczne uzasadnienie dla podjęcia jakiegokolwiek decyzji. Procedura służy rozstrzygnięciu sytuacji skomplikowanych, gdy następuje zderzenie wartości uznawanych przez odmienne jednostki i grupy. Hutchinson nie wierzy w możliwość przyjęcia takiego filozoficznie neutralnego i zdystansowanego stanowiska. Za każdą deklarowaną neutralnością można bowiem odnaleźć ukryte założenia zdroworozsądkowe, które nieprzepracowane posiadają charakter niespójny, chaotyczny i eklektyczny¹⁶. Dlatego bardziej uczciwe jest ujawnienie i opracowanie własnych filozoficznych założeń dotyczących ludzkiej natury, teorii poznania, koncepcji zdrowia, szczęścia, czy umysłu. Przed często spotykanym podejściem anty-filozoficznym w psychiatrii i badaniach z zakresu psychopatologii przestrzegał już Karl Jaspers, który jako zwolennik pluralizmu metodologicznego postulował konieczność ujawniania zarówno możliwości, jak i ograniczeń wyznawanej koncepcji teoretycznej oraz konieczność znajomości różnych perspektyw teoretycznych. Jednocześnie Jaspers postulował w swojej filozofii egzystencji rodzaj wiedzy egzystencjalnej niedostępnej dla dyskursu publicznego i uświadamianej jedynie w sytuacjach granicznych.

15 P. Hutchinson, *The philosopher's task: value-based practice and bringing to consciousness underlying philosophical commitments*, „Journal of Evaluation in Clinical Practice”, 2001, 17, nr 5, s. 999-1001, 2011.

16 Zob. A. Gramsci, *Listy z więzienia*, przeł. M. Brahmer, Warszawa, Czytelnik 1950.

W podobnym duchu metodologicznym bardziej współczesny badacz J. A. Marcum proponuje w toku dyskusji na temat natury medycyny jawne ustalenie założeń i konstruowanie modeli medycznych¹⁷. Pojęcia istotne dla praktyki medycznej, jak np. „zdrowie” i „choroba” funkcjonują zawsze w szerszym kontekście teoretycznym. Nasze poglądy na temat świata natury i świata społecznego kształtują charakter modeli medycznych oraz teorię i praktykę kliniczną. Odmienne postawy światopoglądowe, czyli rozstrzygnięcia w sprawach fundamentalnych, niosą ze sobą odmienne rozumienie takich pojęć jak „ciało”, „pacjent”, „terapia”, „przyczynowość” oraz „choroba”. Lekarz może, najczęściej nieświadomie, przyjmować odpowiednie postawy czy założenia metafizyczne wobec różnych medycznych tożsamości takich jak np. pojęcie choroby lub pacjenta. Aby opisać modele medyczne należy zastosować złożoną siatkę pojęciową¹⁸.

Fulford dostrzega VBP nie tylko jako rodzaj „teorii”, lecz pewien program praktyczno-badawczy, czy zbiór narzędzi, który może jedynie przetestować w ramach społecznej praktyk, realizacji projektów i programów ją wdrażających. Może to się odbywać przy współpracy z bieżącymi badaniami bioetycznymi i praktyką naukowo-badawczą¹⁹. Aby wprowadzić tego rodzaju szeroki program trudno jest zaczynać od konkretnej koncepcji antropologicznej lub modelu medyczno-naukowego, albowiem mogą stać się przedmiotem teoretycznego i aksjologicznego sporu, który usunie w cień rzeczywiste problemy pacjentów i społeczności terapeutycznej. Dlatego Fulford nie widzi potrzeby budowania własnej koncepcji metafizycznej czy antropologicznej, lecz dostrzega wagę wsłuchiwania się i wydobywania mozaiki i pstrokatości naszego życia aksjologicznego, przy jednoczesnej nadziei, że jest w tym doświadczeniu jakiś porządek i jednoczesna wola wzajemnego porozumienia i otwartości.

Wprowadzenie programu VBP w kontekście polskim wymagałoby przeglądu bieżącego prawodawstwa i kodeksów zawodowych pracowników działających w systemie opieki zdrowotnej, zbadania wartości reprezentowanych przez różne grupy zawodowe i oczekiwania pacjentów i ich rodzin oraz stowarzyszeń krytycznie nastawionych wobec funkcjonowania systemu opieki psychiatrycznej. Równie ważne byłoby uwrażliwienie osób pracujących w systemie opieki zdrowotnej

17 Zob. J.A. Marcum, *Humanizing Modern Medicine. An Introductory*, New York, Springer 2008.

18 Zob. tamże. Marcum przeciwstawia sobie zasadniczo dwie grupy pojęć, które pozwalają mu zestawić ze sobą istotne cechy modelu biomedycznego oraz humanistycznego (holistycznego). Pojęcia funkcjonują na zasadzie kontrastu: monizm mechanistyczny – dualizm / holizm, redukcjonizm – emergentyzm, fizykalizm (materializm) – organicyzm.

19 K.W.M. Fulford, *Values-based practice: Fulford's dangerous idea*, „Journal of Evaluation in Clinical Practice” 2013 nr 3 (19), s. 537-546.

na niuanse praktyki klinicznej i aksjologiczne wymiary własnych działań poprzez system szkoleń i programów edukacyjnych²⁰.

Zakończenie

Program VBP służy namysłowi nad doskonaleniem praktyki psychiatrycznej (szerzej medycznej) w sytuacji złożoności i konfliktowości momentów decyzyjnych. Większy nacisk kładzie się tutaj na uświadamianie przyjmowanych przez różne podmioty wartości i preferencji, niż na zbudowanie trafnej koncepcji medycyny, zdrowia i choroby, która jako słuszna i „prawdziwa” została by uznana przez wszystkich zaangażowanych aktorów. Ważną częścią VBP jest doskonalenie umiejętności podejmowania decyzji i wypracowanie praktyki pielęgnowania wzajemnie dyskutującej i „demokratycznej” wspólnoty terapeutycznej. Spór na ile VBP jest teorią, a na ile jedynie praktyką, czy programem edukacyjno-szkoleniowym, zależy od tego, jak pojmujemy same zadania filozofii i refleksji naukowo-teoretycznej. Program VBP niezależnie od trudności w określeniu jego teoretycznych podstaw nakierowany jest na zwalczanie i niebezpieczeństwo dominacji jednej perspektywy czy ideologii w sporach o sposoby pomocy ludziom w zdrowiu i chorobie. Wsłuchiwanie się w głos podmiotów będących w grze wydaje ważniejsza niż potrzeba budowania metafizycznych i antropologicznych koncepcji zdrowia i choroby. W tym sensie projekt zbliżony jest do Michela Foucaulta idei krytyki naszych bezrefleksyjnie przyjmowanych założeń, schematów myślenia i społecznych praktyk. Sukces tego programu nie będzie polegał na wypracowaniu teoretycznych podstaw terapii, lecz na tworzenia płaszczyzny do wspólnej dyskusji nad efektywnością podejmowania decyzji i organizowania systemów opieki zdrowotnej w pluralistycznym świecie wartości i nieuchronności wzajemnych konfliktów.

20 Informacja na temat The Collaborating Centre for Values-based Practice, instytucji zajmującej się wsparciem i rozwojem praktyki opartej na wartościach znajduje się na stronie <http://valuesbasedpractice.org> [22.08.2016].