

UCHODŹCY JAKO WYZWANIE DLA POLSKIEGO SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. WPROWADZENIE

Badania własne autorki¹ przeprowadzone w ośrodkach dla uchodźców w pierwszym okresie przyjmowania uchodźców przez Polskę oraz referaty zaprezentowane na konferencji *Jak pomóc uchodźcom znaleźć własne miejsce na Ziemi* (współorganizowanej przez Instytut Stosunków Międzykulturowych SWPS oraz Fundację Lekarze bez Granic), która odbyła się niemal dziesięć lat później (w grudniu 2006) wykazały, że jedną z dziedzin pomocy uchodźcom, w której mimo upływu czasu są ciągle ogromnie potrzebne zmiany, jest opieka zdrowotna. Ten stan rzeczy jest w dużej mierze spowodowany brakami w procesie kształcenia zarówno polskich lekarzy, jak i psychologów. Dotyczą one przygotowania reprezentantów tych dyscyplin do pracy z pacjentem z innej kultury niż kultura polska czy ogólniej kultura zachodnioeuropejska. Ponieważ przybywający do Polski uchodźcy rekrutują się w przeważającej mierze z reprezentantów kultur nie mieszczących się w powyższych kategoriach, rzeczą bardzo pilną staje się refleksja teoretyczna i praktyczna nad kulturowo adekwatnym niesieniem pomocy osobom należącym do innych kręgów kulturowych. Taką właśnie rolę mają spełnić poniższe rozważania. Zostaną w nich zaprezentowane zarówno teoretyczne, jak i praktyczne podstawy niesienia wrażliwej kulturowo pomocy psychologicznej pacjentom z innych kultur. Z uwagi na brak polskich publikacji poświęconych problemom zaburzeń psychicznych wśród mieszkańców naszych ośrodków dla uchodźców, rozważania te zostaną oparte na publikacjach dotyczących innych kontekstów kulturowych.

¹ H. Grzymała-Moszczyńska, E. Nowicka, *Goście i gospodarze*, Kraków 1998.

2. ROLA KULTURY JAKO CZYNNIKA PATOGENNEGO, TERAPEUTYCZNEGO I PATOPLASTYCZNEGO W ZABURZENIACH PSYCHICZNYCH

Mówiąc o relacji między kulturą a zdrowiem psychicznym, należy uwzględnić rolę kultury jako czynnika patogenego, terapeutycznego i patoplastycznego w zaburzeniach psychicznych. W pierwszym i drugim wypadku mamy do czynienia z właściwościami danej kultury, które przyczyniają się do wystąpienia zaburzeń bądź są stosowane do ich leczenia. W trzecim, z kulturowo specyficznym sposobem wyrazu zaburzeń. Do tej kategorii zaliczane są tzw. *culture bound syndroms*.

Patogeny wpływ kultury jest szczególnie widoczny w trakcie zmiany kontekstu kulturowego, w jakim funkcjonuje jednostka, i związanego z tą zmianą stresu akulturacyjnego. W tym miejscu warto tylko wskazać, że im niższy poziom dopasowania między różnorodnymi aspektami nowego środowiska a środowiska kulturowego kraju pochodzenia migranta, tym poziom stresu jest wyższy.

Przykładem **terapeutycznego** wpływu kultury jest promowanie zachowań pomagających utrzymać dobre zdrowie, zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Ważnym prozdrowotnym oddziaływaniem kultury jest wspieranie przez nią poczucia identyczności jednostki. Im bardziej dana grupa etniczna jest izolowana i ma mniejszą szansę na powrót do kraju ojczystego, tym funkcja ta jest ważniejsza. Interesującą ilustracją tej prawidłowości jest tworzenie poczucia identyczności przez kulturę tybetańską w grupie uchodźców w Dharamsali. Analiza poczucia zakorzenienia młodzieży tybetańskiej kształcącej się w religijnej szkole w Dharamsali wskazuje, że młodzież z tej szkoły czuła się bardziej zakorzeniona w poczuciu identyczności związanej z Tybetem, niż młodzież ze szkoły świeckiej w tej samej miejscowości. Działo się tak, dlatego że w szkole religijnej kultura tybetańska była bardziej obecna niż w szkole świeckiej, ponieważ religia stanowi niezwykle ważny składnik kultury tybetańskiej. Natomiast młodzież ze szkoły świeckiej, mimo że jej identyczność tybetańska była eksponowana, na przykład przez codzienne śpiewanie hymnu tybetańskiego przed rozpoczęciem lekcji, czuła się znacznie bardziej zdezorientowana w nowej sytuacji, jaką było znalezienie się w Indiach i przeżywała poczucie zagubienia². Poczucie identyczności jednostki pochodzącej z kultury tybetańskiej wiąże się też z silnym poczuciem przynależności do rodziny. Rodzina (będąca nie tylko rodziną wielopokoleniową, ale, co bardzo istotne, również bardzo rozbudowaną, przez włączenie do rodziny osób odlegle – w rozumieniu europejskim – spokrewnionych ze sobą), dostarcza wielorakich rodzajów wsparcia zarówno poprzez pomoc w

² C. von Somm, *Tibetan Culture in the Diaspora*, „Journal of Buddhist Ethics” 1998, vol. 5, s. 339-346.

rozwiązywaniu problemów życia codziennego, jak i oparcia w chwilach kryzysu. Rytuály rodzinne skupiają wielu członków rodziny. Tworzą i podtrzymują więzi wewnątrzrodzinne, co stanowi podstawę sieci wzajemnych zobowiązań w zakresie udzielania i otrzymywania pomocy. W wypadku mieszkających w polskich ośrodkach dla uchodźców Czechenów obserwujemy podobną sytuację. U dzieci budowane jest silne poczucie przynależności do rodziny i poczucia odpowiedzialności za jej dobre imię poprzez właściwe zachowanie, które nie naruszy honoru rodziny i narodu.

Ważnym czynnikiem kulturowym wpływającym na zdrowie psychiczne są też kulturowo akceptowane działania prewencyjne. Mogą one dotyczyć czynników, takich jak ilość snu czy umiejętność odreagowywania napięcia przy pomocy technik relaksacyjnych. Również światopogląd religijny, funkcjonujący w danej kulturze, zawiera usankcjonowany kulturowo sposób działań prewencyjnych, mających na celu zapobieżenie powstawaniu zaburzeń zarówno psychicznych, jak i fizycznych. Zilustrować to można na przykładzie działań proponowanych przez taoizm i buddyzm. Taoizm podkreśla jedność psychofizyczną człowieka i wskazuje na wagę, jaką dla zachowania zdrowia ma dbałość o właściwy sposób przeżywania emocji, a także o własne ciało. Zaleca życie zgodne z posiadanymi przez człowieka możliwościami, ale też w harmonii z otaczającą przyrodą. Warunkiem zdrowia jest przystosowanie do otaczającego świata oparte na samopoznaniu i samoakceptacji, a także utrzymywaniu emocjonalnego dystansu wobec świata.

Również buddyzm traktuje zdrowie łącznie jako stan ciała i ducha. Eliminacja przyczyn zaburzeń polega na ukształtowaniu całościowej postawy wobec świata, zmiany w przeżywaniu emocji i uzyskaniu dystansu wobec cierpienia. Konieczne jest przyjęcie postawy aktywnej, podjęcie silnego postanowienia o chęci bycia zdrowym i wyzwolenie się od czynników, które uzyskanie tego stanu uniemożliwiają. Odrzucenie destruktywnych emocji, nie krzywdzenie innych, w pełni świadome kontrolowanie stanów i funkcji własnego organizmu, a wreszcie osiągnięcie stanu koncentracji. Ważne jest wyeliminowanie dwóch podstawowych przyczyn zaburzeń, czyli niewiedzy i nieuważności. Eliminacja niewiedzy ma miejsce poprzez uzyskanie właściwego wglądu w rzeczywistość i poznanie właściwej natury rzeczy. Eliminacja nieuważności polega na uzyskaniu zdolności koncentracji, pozwalającej na dostrzeżenie momentu powstawania cierpienia i w konsekwencji zapanowania nad bolesnymi emocjami. Zarówno w wypadku buddyzmu, jak i taoizmu bardzo ważnym narzędziem pomagającym uzyskać pożądane stany organizmu jest praktyka medytacyjna, prowadząca do uzyskania kontroli nad procesami fizjologicznymi i emocjonalnymi zachodzącymi w organizmie.

Mówiąc o **patoplastycznym** aspekcie zaburzeń zdrowotnych, warto wskazać na tzw. symptomy specyficzne kulturowo (*culture bound syndroms*). Wśród badaczy zjawiska

nie ma zgody, co do tego, czy są charakterystyczne tylko dla danej kultury, czy też analogiczne symptomy występują w wielu różnych kulturach, nosząc tam odmienne nazwy. Nie ulega jednak wątpliwości, że kultura jest czynnikiem, który bardzo wyraźnie wpływa na wyrażanie przez jednostkę zaburzeń i symptomów. Przykładem może być depresja. W pewnych kulturach znacznie wyraźniej będą podkreślane jej fizyczne symptomy, niż zaburzenia nastroju. Tak więc osoby z Ameryki Łacińskiej czy z kręgu kultury śródziemnomorskiej będą narzekały na nerwy i bóle głowy, osoby ze Środkowego Wschodu będą mówiły o kłopotach z sercem, natomiast Azjaci o zmęczeniu, słabości i nierównowadze. Klinicysta musi być świadomy takich różnic w wyrazie kulturowym zaburzeń po to, aby unikać w ten sposób błędnej diagnozy³. Na przykład niektóre osoby mogą narzekać, że zostały z czarowaniem lub ktoś rzucił na nie urok, inne będą miały odczucie, że były nawiedzane przez zmarłych. Takie stwierdzenia mogą być zrozumiałe i akceptowane w kulturze, z której te osoby pochodzą, i nie powinny być błędnie traktowane przez terapeutę, wykształconego w kulturze zachodniej, jako symptom psychozy.

Pojęcie syndromów specyficznych kulturowo w literaturze przedmiotu odnosi się najczęściej do zaburzeń, występujących w kulturach nie-zachodnich. Helman⁴ definiuje je jako (...) *lokalne, ludowe kategorie diagnostyczne, unikalne dla określonej grupy osób, kultury czy obszaru geograficznego. Ich objawy są rozpoznawane przez członków danej grupy i wywołują standardową reakcję. Zaburzenia te niosą cały szereg symbolicznych znaczeń, moralnych, społecznych i psychologicznych, czytelnych zarówno dla osoby, która na nie cierpi, jak i dla otoczenia. Znaczenia tych zaburzeń wiążą się też z relacją między osobą cierpiącą a jej otoczeniem, z działaniem sił nadprzyrodzonych i ze środowiskiem naturalnym. W wielu wypadkach służą do wyrażenia antyspołecznych emocji i konfliktów społecznych, w kulturowo unormowany sposób*.⁵ DSM-IV podkreśla dodatkowo, że *Bardzo rzadko ma miejsce pełna równowaga między syndromem specyficznym kulturowo a jednostkami diagnostycznymi występującymi w DSM*⁶.

W psychiatrii porównawczej można znaleźć wiele opisów zaburzeń, takich jak „coro”, „latah”, „amok” czy „windigo”⁷. Inne, rzadziej występujące, to opisane przez

³ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*, Washington 2000 (APA, 2000).

⁴ C. Helman, *Culture, Health and Illness*, Arnold, London-New York-New Delhi 2001.

⁵ Helman, *Culture, Health...*, s. 186.

⁶ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*, Washington 2000: DSM-IV 1994, s. 844.

⁷ W.-T. Tseng, *Handbook of Cultural Psychiatry*, San Diego-Toronto 2001; A. J. Marsella, A. M. Yamada, *Culture and Psychopathology: Foundations, Issues, Directions*, w: *Handbook of Cultural Psychology*, oprac. S. Kitayama, D. Cohen, New York 2007, s. 797-818.

Ayim-Aboagye⁸ *abrafo bodam*, okresowo pojawiające się w Ghanie epizody psychotyczne u osób z rodzin przywódców klanu. Osoby cierpiące na nie popełniły w przeszłości rytualne zabójstwo, zabijając człowieka, ewentualnie zwierzę, by towarzyszyło zmarłemu przywódcy klanu do świata zmarłych. Epizody te mają miejsce tylko w obecności starszyny rodowej. Mogą one polegać na ataku fizycznym i próbie zabójstwa nawet najbliższej osoby. Po zakończeniu epizodu pojawia się amnezja obejmująca przebieg wydarzenia. *Zespół Atopke* – śmierć w wyniku przekleństwa, występuje również w Ghanie w plemieniu Ewe. Osoba, na którą rzucono przekleństwo, ślepnie na skutek – jak twierdzi – uderzenia pioruna i widoku błyskawicy. Po chwili następuje utrata słuchu i możliwości poruszania się, a wreszcie śmierć.

Na marginesie wspomnianych wyżej zaburzeń występujących wśród osób z kultur pozaeuropejskich warto wspomnieć, że również kultura zachodnia ma swoje specyficzne zaburzenia. Ellenberger (1960) opisał zjawisko tzw. *putzwut* – kompulsywnego sprzątanania u niemieckich i szwajcarskich gospodyń domowych. Można wymienić w tej grupie również „syndrom wściekłych kierowców”, „pracoholizm”, „uzależnienie od gier hazardowych”, „kompulsywną skłonność do zakupów”, „wypalenie zawodowe” czy zespół ADHD⁹. Również coraz częściej pojawia się uzależnienie od komputera czy też uzależnienie od telefonu komórkowego.

Kolejnym problemem, na którym się skupimy, jest zagadnienie tego, jak zarówno koncepcje tego, co jest zdrowe, jak i tego, co patologiczne są kształtowane poprzez kontekst kulturowy.

3. KULTUROWE KONCEPCJE ZDROWIA

Kultura nie tylko wpływa na zdrowie psychiczne jednostki, ale również określa, czym jest zdrowie i co, w konkretnej kulturze, oznacza bycie chorym. Przejdziemy zatem do prezentacji koncepcji zdrowia psychicznego uwzględniających specyfikę różnych kontekstów kulturowych. Należy ją poprzedzić kilkoma zastrzeżeniami. Po pierwsze, koncepcje te powstały na gruncie kultury zachodniej i związanej z nią tradycji judeo-chrześcijańskiej. Odzwierciedlają zarówno wzorce tej kultury, jak i normy postępowania, które do realizacji tych wzorców prowadzą. Po drugie, tak skonstruowane koncepcje są najczęściej traktowane etnocentrycznie jako normatywne dla wszystkich kręgów kulturowych. Po trzecie, normy te zaczynają być coraz częściej kwestionowane przez badaczy z kultur niezachodnich, którzy opierają się na materiale pochodzącym ze swoich

⁸ D. Ayim-Abogaye *Indigenous Psychiatry: Transcultural Study of Traditional Practitioners in West African Healing Communities with Focus on Ghana*, Abo 2006.

⁹ Helman, *op.cit.*

kręgów kulturowych¹⁰.

Najszerzej stosowana w psychiatrii jest tzw. negatywna koncepcja zdrowia psychicznego, zwana niekiedy definicją sądową, gdyż w oparciu o nią ferowane są orzeczenia biegłych powoływanych przez sąd w celu stwierdzenia poczytalności oskarżonych lub wiarygodności świadków. Zdrowie psychiczne jest traktowane jako brak choroby psychicznej, rozumianej zgodnie z obowiązującymi klasyfikacjami psychiatrycznymi. Na gruncie amerykańskim jest to czwarte wydanie podręcznika diagnostyczno-statystycznego (*Diagnostic Statistical Manual – IV*)¹¹, a na gruncie polskim Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób (*International Classification of Diseases-10*). Definicja ta budzi jednak wiele zastrzeżeń. Przede wszystkim wiele odczuć takich, jak brak celu w życiu czy poczucie pustki, które zdecydowanie nie sprzyjają poczuciu zdrowia psychicznego u jednostki, pozostaje w świetle tej definicji poza zasięgiem patologii. Trzeba również pamiętać o tym, że bardzo trudno jest jednoznacznie wskazać granicę między stopniem, w jakim nasilenie danego objawu mieści się jeszcze w stanie zdrowia psychicznego, a stopniem, w którym zaczyna ono charakteryzować stan choroby psychicznej. Zwracają na to uwagę te koncepcje zdrowia psychicznego, które odrzucają wyraźną granicę między normą a patologią, i mówią, iż w patologii nasilają się tylko te cechy osobowości, które można dostrzec również u osób zdrowych psychicznie. Wreszcie trzeba pamiętać, że samo wystąpienie danego objawu, uznawanego za objaw chorobowy, nie musi koniecznie oznaczać wystąpienia choroby. Objaw ten może bowiem należeć do innego kontekstu kulturowego. Przykładowo, zachowanie mistyków buddyjskich dążących do osiągnięcia nirwany było przez psychiatrów o orientacji psychoanalitycznej interpretowane jako samodzielnie wywoływana katatonია¹². Praktyki medytacyjne zaś traktowano jako relatywnie prymitywna (w porównaniu z psychoanalizą) forma oddziaływania na psychikę człowieka¹³. Również szamani różnych tradycji plemiennych byli charakteryzowani jako schizofrenicy, epileptycy czy też jako cierpiący na demencję¹⁴. Mówiąc ogólnie, oprócz innych zastrzeżeń, jakie budzi definicja zdrowia psychicznego

¹⁰ J. Al-Abdul-Jabbar, I. Al-Issa, *Psychotherapy in Islamic Society*, w: *Culture and Psychopathology*, oprac. I. Al-Issa, Baltimore 2000, s. 277-293; Ayim-Aboagye, *op.cit.*; Marsella, Yamada, *Culture and Psychopathology...*

¹¹ APA, 2000.

¹² F. Alexander, *Buddhistic training as an artificial catatonia*, "Psychoanalytic Review", 1931, 18, 2, s. 129-141.

¹³ M. Finn, *Transitional space and Tibetan Buddhism: The Object Relations and Meditation*, w: *Object relation theory and religion: Clinical applications*, oprac. M. Finn, A. Gartner, Westport-London 1992, s. 109-118.

¹⁴ K. Jankowski, *Psychologia wierzeń religijnych*, Warszawa 1990; J. Sieradzan, *Szamańska tradycja a szaleństwo mistyków*, w: *Oblicza gnozy*, oprac. E. Przybył, Kraków 2000, s. 181-233.

rozumianego jako brak choroby, trzeba również pamiętać, że jest ona skonstruowana w oparciu o poczucie i normy zdrowia psychicznego funkcjonujące w kulturze zachodniej i jej zastosowanie do innych kręgów kulturowych niesie poważne niebezpieczeństwo nieuzasadnionego odnajdywania patologii w odmienności kulturowej.

Drugą definicją należącą do grupy definicji negatywnych jest określenie zdrowia psychicznego jako braku niewłaściwych kulturowo zachowań społecznych¹⁵. Dużą zaletą tej definicji jest wskazanie na kulturowe uwarunkowanie sposobu rozumienia zdrowia psychicznego. Umożliwia ona dzięki temu analizy porównawcze zdrowia psychicznego osób należących do różnych tradycji religijnych, bez przyjmowania ustalonych *a priori* kryteriów normy i patologii psychicznej, zdefiniowanych w oparciu o kulturę własną badacza. Definicja ta zawodzi jednak w pewnych wypadkach. Przykładowo, kiedy mamy do czynienia z osobami zmieniającymi swą przynależność z jednej kultury do drugiej (np. na skutek migracji), wówczas zachowania właściwe jednej kulturze mogą okazać się skrajnie patologiczne i niewłaściwe w ramach innej i mogą łatwo zostać uznane za patologiczne. Powołanie się na radę dawno zmarłej osoby (otrzymaną od niej we śnie), odnośnie sposobu postępowania w konkretnej sytuacji jest całkowicie akceptowaną motywacją zachowania w kontekście kultury afrykańskiej, natomiast w kontekście kultury zachodniej staje się bezspornym wskaźnikiem zaburzenia psychicznego, dowodem przeżywania omamów wzrokowych lub słuchowych. Inne ograniczenie stosowalności tej definicji, to jej zastosowanie do zamkniętych kulturowo grup religijnych, jak na przykład Hutterytów. Ścisły kodeks zachowania obowiązujący w tej grupie powoduje, że stosunkowo niewielkie odstępstwo od jego norm jest oceniane przez grupę jako przykład zachowania patologicznego.

Kolejna z definicji podkreśla, że zdrowie psychiczne to stan wolności od poczucia winy i troski¹⁶. Jest to definicja będąca wskaźnikiem postępowania wielu psychoanalityków, którzy za cel stosowanej przez siebie terapii uważają właśnie pozbawienie pacjentów poczucia winy i wywoływanego przez nią neurotycznego lęku, przeżywanego na skutek uchybienia trudnym do realizacji ideałom. Definicja ta jest ponadto osadzona całkowicie na gruncie koncepcji psychoanalitycznej. Jak wykazują analizy¹⁷ koncepcja ta nie ma charakteru uniwersalnego. Jest normatywna dla pożądanego sposobu funkcjonowania człowieka Zachodu, należącego do klasy średniej.

Kolejna grupa definicji zdrowia psychicznego jest oparta na założeniach przeciwstawnych do ujęcia psychoanalitycznego. Koncentruje się ona wokół poczucia

¹⁵ A. Bandura, *Social Learning Theory*, New York 1977.

¹⁶ K. Horney, *Neurosis and human growth*, New York 1951.

¹⁷ T. M. Abel, R. Metraux, S. Roll, *Psychotherapy and Culture*, Albuquerque 1987.

samoakceptacji i samoaktualizacji jako jej wyznacznikach zdrowia psychicznego. Jest to definicja wynikająca z tradycji prac Rogersa¹⁸ i Maslowa¹⁹ i stanowi przykład maksymalistycznego spojrzenia na stan zdrowia psychicznego. Bardzo niewiele osób może mówić o pełnej akceptacji samego siebie, a jeszcze mniejsza ich liczba, że udało się im osiągnąć samoaktualizację. Powstaje więc praktyczna trudność w stosowaniu tej definicji, polegająca na określeniu stopnia, w jakim musi wystąpić u danej osoby samoakceptacja i samoaktualizacja, aby można było mówić w jej wypadku o zdrowiu psychicznym. Trzeba też pamiętać, że pojęcia te oznaczają różne rzeczy w kulturze Wschodu i Zachodu. Taoista dążący do samoaktualizacji i samoakceptacji będzie raczej zmierzał do przystosowania się do świata, natomiast samoaktualizujący się człowiek Zachodu będzie najczęściej pragnął podporządkowania sobie świata po to, by zyskać jak najpełniejszą możliwość zaspokojenia swoich potrzeb. Większość tych potrzeb taoista uzna za sztuczne i nieodzwierciedlające prawdziwej natury człowieka. Lao-Tsy zwraca uwagę na to, że przywiązanie do własnych osiągnięć i zalet zastawia na człowieka sidła, zmuszając go do stałego perfekcjonizmu w działaniu. Nastawienie takie stanowi poważne obciążenie dla organizmu, a przez to naraża człowieka na porażkę i chorobę.

Inną definicję zdrowia psychicznego proponuje Allport²⁰. Jego zdaniem w zdrowej osobowości musi znaleźć się miejsce na hierarchicznie usystematyzowaną filozofię życia, zapewniającą integrację osobowości. Na czele tej hierarchii może znaleźć się tzw. poczucie religijne (*religious sentiment*), z uwagi na to, że jest ono najbardziej „pojemne”, a co za tym idzie ma największą zdolność integrowania całokształtu osobowości. Nie jest to jednak, jak Allport wyraźnie zaznacza, jedyny sposób zintegrowania osobowości. Inna, równie ważna dla konkretnego człowieka i „pojemna” wartość może spełnić tę samą rolę. Zarzut, jaki można sformułować pod adresem tego ujęcia, jest analogiczny jak w wypadku poprzednim. W innych kontekstach kulturowych, przykładowo w społeczeństwie chińskim, za znacznie ważniejsze dla integracji osobowości jest harmonijne współżycie człowieka z innymi ludźmi, czy też osiągnięcie wyzwolenia, niż posiadanie rozbudowanej relacji między człowiekiem a bóstwem.

Ostatnia z omawianych definicji jest związana z poznawczym funkcjonowaniem człowieka. Zdrowie psychiczne jest w tym ujęciu związane ze zdolnością włączania do systemu poznawczego jednostki nowych informacji, z plastycznością ogólnego

¹⁸ C. Rogers, *Client-centered therapy*, Boston 1951.

¹⁹ A. H. Maslow, *Motivation and Personality*, New York 1954.

²⁰ G. W. Allport, *Osobowość i religia*, Warszawa 1988.

nastawienia wobec świata²¹. Ta definicja pozwala najlepiej różnicować między osobami skłonnymi do przyjmowania sztywnych autorytarnych systemów religijnych i osobami umiejącymi wychodzić poza literalną interpretację tekstów po to, by czynić z religii siłę służącą rozwojowi własnej osobowości. Do tej samej grupy definicji należą te, które podkreślają rolę uzyskiwania poczucia kontroli nad otoczeniem, a także zrozumienia tego, co się w otoczeniu dzieje. Szereg badaczy właśnie z zaspokojenia tych dążeń uczyniło kryterium zdrowia psychicznego jednostki²². Ujęcie to ma istotne ograniczenie. Mówiąc o poczuciu zrozumiałości otaczającego świata, nie precyzuje rozległości świata poddanego poznawczej i emocjonalnej kontroli jednostki. Z tego powodu pozwala na dokonywanie bardzo arbitralnych rozstrzygnięć w tym względzie. Ważnym uszczegółowieniem rozważań nad poznawczym wyznacznikiem zdrowia jest wprowadzone przez Antonovsky'ego pojęcie poczucia koherencji. Jest ono przez niego definiowane jako: *globalna orientacja człowieka, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że (1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego mają charakter ustrukturuwany, przewidywalny i wytłumaczalny; (2) dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; (3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania*²³. Tak więc szeroko rozumiane zadania, jakie stawia przed człowiekiem życie, jawią się na poziomie poznawczym jako sensowne, uporządkowane i warte zaangażowania, zaś na poziomie emocjonalnym jako nie zagrażające, gdyż jednostka posiada wystarczająco wiele zasobów, by sobie z nimi poradzić.

4. KULTUROWE KONCEPCJE PATOLOGII PSYCHICZNEJ

W miarę rozwoju badań antropologicznych coraz bardziej powszechne uznanie zyskiwał pogląd, że choroby psychiczne, występujące w wielu kulturach, w sposób znaczący różnią się od siebie, oraz że sposoby ich leczenia w różnych kulturach także różnią się od siebie. Kraepelin uznawany za ojca współczesnej psychiatrii, pod wpływem swojej podróży do Indonezji i Chin stwierdził, że pacjenci szpitali psychiatrycznych, z którymi zetknął się w tamtych kręgach kulturowych, tylko w niewielkim stopniu przypominali mu pacjentów

²¹ O. J. Harvey, D. E. Hunt, H. M. Schroeder, *Conceptual Systems and Personality Organization*, New York 1961.

²² M. E. P. Seligman, *Helplessness*, San Francisco 1975.

²³ A. Antonovsky, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować?*, Warszawa 1995, s. 34.

znanych z dotychczasowej praktyki medycznej. Odmienność ta zainspirowała Kraepelina²⁴ do zaproponowania utworzenia nowej dziedziny psychiatrii, tj. psychiatrii porównawczej, która miałaby się zająć porównawczym badaniem, w ramach różnych kultur, specyfiki poszczególnych chorób. Użyteczne dla tego celu podejście zaproponowali Rivers²⁵ i Singerist²⁶. Jest to paradygmat oparty na uznaniu, że system leczenia dostępny dla cierpiącego na konkretne symptomy chorego jest zdeterminowany przez kulturę, w której zawarte są symboliczne znaczenia tych symptomów oraz odnoszące się do nich normy postępowania. Kultura zawiera również wyraźnie określone źródła władzy istniejące w danym społeczeństwie. Glick²⁷ postawił hipotezę, że znajomość naczelnego, w danym kontekście kulturowym, źródła władzy (polityczne, religijne lub technologiczne) pozwala przewidzieć, jakie przyczyny zaburzenia (*illness*) i sposoby jego leczenia, będą tam stosowane. Społecznie uprawomocniona władza określa działanie systemu opieki nad chorym. Decyduje, czy będzie się odwoływał do tradycji politycznej, systemu wierzeń czy też do dorobku nauki. Władza ta decyduje więc w konsekwencji, jakie sposoby zostaną użyte do opanowania symptomów zaburzenia (wiara w nieomylność i umiejętność uzdrawiania przywódcy politycznego, rytuały religijne, farmakoterapia, psychoterapia). Wybór ten zależy od funkcjonującej w danej kulturze rzeczywistości symbolicznej, która dostarcza zaakceptowanych sposobów postępowania w konkretnej sytuacji. Pierwszym krokiem w praktycznym zastosowaniu takiego paradygmatu musi stać się rozróżnienie między dwoma aspektami choroby: dysfunkcją fizyczną, czyli symptomatologią oraz jej interpretacją przez dotkniętego nią człowieka i jego otoczenia społeczne. W języku polskim rozróżnienie takie nie jest stosowane, chociaż jest możliwe do przeprowadzenia. Pojęcie „choroba” odnosi się do obu tych aspektów jednocześnie. W języku angielskim dla zaburzenia jest zarezerwowane pojęcie „disease”, zaś dla psychospołecznego doświadczenia tego zaburzenia i przypisywanego mu znaczenia, pojęcie „illness”. *Illness* jest oparta na normach kulturowych, ponieważ przez ich pryzmat rozpoznajemy nasze objawy. Czynnikiem w istotny sposób zespalającym *illness* z *disease* jest system leczenia i postępowania z chorymi, wypracowany przez daną kulturę.

W społeczeństwach tradycyjnych leczenie przede wszystkim jest zwrócone na *illness*, czyli na zinterpretowanie dla potrzeb pacjenta i jego otoczenia natury zaburzenia i wskazanie zabiegów, które mają doprowadzić do jego usunięcia. Postępowanie to ma na

²⁴ E. Kraepelin, *Vergleichende Psychiatrie*, „Zentralblatt für Nerven und Psychiatrie”, 1904, 15, s. 433-437.

²⁵ W. H. R. Rivers, *Medicine, magic and religion*, New York 1924.

²⁶ H. Singerist, *A history of medicine*, vol. 1: *A historic and archaic medicine*, London 1951.

²⁷ L. B. Glick, *Medicine as ethnographic category: The Gimi of the New Guinea highlands*, „Ethnology”, 1967, 6, s. 31-56.

celu wyjaśnienie genezy zaburzenia i spowodowanie, aby jego przyczyna, a także przebieg i konsekwencje, stały się zrozumiałe dla chorego i jego otoczenia, czyli zapewnić *healing the illness*. Wyleczenie, to spowodowanie ustąpienia objawów zaburzenia i – co równie istotne – nadanie sensu przeżytemu doświadczeniu. Tym samym, przyjęty w danej kulturze system postępowania z chorym i chorobą nazywa, porządkuje i nadaje sens doświadczeniu zaburzenia, a także leczy osobiste, społeczne i rodzinne problemy, które tworzą *illness*. Natomiast w zachodnim modelu opieki zdrowotnej wyleczenie, w sensie medycznym, dotyczy usunięcia objawów (*disease*), przy niemal zupełnym pominięciu ustosunkowania się do związanych z nimi problemów jednostkowych i społecznych, czyli *illness*.

Przykładowo, symptomy chorób wieku dziecięcego są interpretowane w kontekście kultury chińskiej jako efekt „wystraszenia duszy dziecka”²⁸. W celu uleczenia konieczne jest odprawienie przez kapłana rytuału *chao hun*, który ma przywołać z powrotem „wystraszoną” duszę. Jeśli w następstwie interwencji medycyny zachodniej, na przykład serii zastrzyków, objawy ustąpią, to i tak konieczne jest odprawienie tego rytuału w świątyni po to, by kuracja została uznana przez rodzinę dziecka za kompletną, czyli spójną ze znaczeniem przypisywanym temu zaburzeniu.

Zaprezentowane analizy nie przynoszą rozstrzygnięcia dylematu, czy kultura wywiera pozytywny czy też negatywny wpływ na zdrowie psychiczne człowieka. Unaocniają natomiast wagę czynników, które trzeba uwzględniać, formułując takie pytanie, a także próbując na nie odpowiedzieć. Czynniki te, to obowiązujące w danej kulturze dyrektywy, dotyczące optymalnego, zdrowego funkcjonowania człowieka oraz wynikające z nich kryteria zaburzeń. Poszczególne kultury różnią się bowiem w stopniu tak znacznym, że nie istnieje możliwość przenoszenia ocen i kryteriów zaburzeń (oraz zdrowia) sformułowanych w ramach jednej kultury do innej, zdecydowanie od niej różnej.

W ramach kultury zachodniej dominuje horyzontalne spojrzenie na problem choroby psychicznej. Polega ono na poszukiwaniu bezpośrednich przyczyn choroby na poziomie organizmu jednostki. W tradycji Wschodu pojęcie choroby jest pojęciem wertykalnym. Jej diagnoza wynika z całościowego rozpatrzenia funkcjonowania człowieka; analiza i refleksja dotyczą nie tylko działania ludzkiego organizmu, ale również relacji człowieka z otoczeniem i – co ważne – z bóstwem. Dlatego w konsekwencji, proces leczenia musi zawierać jednoczesne oddziaływanie na ciało i umysł, a także dążenie do poprawy relacji między człowiekiem a otaczającym światem.

Dla kultury Zachodu choroba psychiczna jest najczęściej opisywana w kategoriach symptomów psychiatrycznych, przy czym dana choroba jest traktowana identycznie bez

²⁸ A. Kleinman, *Patients and healers in the context of culture*, Berkeley-Los Angeles-London 1980.

względu na to, u kogo występuje. Wynika to z założenia o identycznej budowie ludzkiego ciała, a w szczególności identycznej budowie układu nerwowego. Dla kultury Wschodu natomiast, zdrowie to harmonijne funkcjonowanie jednostki ludzkiej na wielu płaszczyznach jednocześnie. Choroba zatem, to zaburzenie harmonii na którejś z płaszczyzn. Badania porównawcze przeprowadzone wśród pacjentów szpitali psychiatrycznych pochodzących z rodzin japońskich, chińskich i anglosaskich przekonywująco udowodniły, że w zależności od zaplecza kulturowego pacjenta, choroby psychiczne mają różną postać i różny przebieg²⁹. W sposób paradoksalny koncentracja na objawach, a nie ich kontekście czyni bardzo trudną diagnozę zaburzeń występujących u uchodźców, a będących skutkiem urazów związanych z wojną, życiem z poczuciem stałego zagrożenia śmiercią zarówno swoją, jak i bliskich, bycia świadkiem tortur czy zabójstw. Uchodźcy często uskarżają się na objawy somatyczne, które nie znajdują uzasadnienia w wynikach badań specjalistycznych. Polski personel medyczny traktuje wówczas te zaburzenia jako narzekania, które nie wymagają interwencji. Spojrzenie wertykalne na problemy zdrowotne zgłaszane przez uchodźców pozwoliłoby na trafniejszą diagnozę tych zaburzeń jako będących elementem szoku pourazowego oraz na skuteczniejszą pomoc osobom, które na nie cierpią.

5. Kulturowe uwarunkowania diagnozy i poradnictwa psychologicznego

Wskazówki sformułowane przez Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne w roku 2003, dotyczące zawodowego funkcjonowania psychologów, zawierają zalecenia, że psychologowie w praktyce klinicznej powinni dostosowywać swoje postępowanie do norm kultury pacjenta. W DSM-IV z 1994 r. po raz pierwszy pojawiły się (co prawda na końcu podręcznika) działy omawiające kulturowe aspekty zaburzeń. Były to *Glossary of Culture-Bound Syndromes* oraz *Outline for the Cultural Formulation of Case*. Zalecenia zawarte w tym zarysie miały za zadanie pomóc osobom pracującym z pacjentami psychiatrycznymi z innych kultur, zapoznać się w sposób systematyczny z tradycją kulturową pacjenta, rolą kultury w sposobie wyrażania się symptomów choroby i tym, co z powodu różnic kulturowych może odgrywać znaczącą rolę w relacjach między pacjentem a terapeutą. Lista tych zaleceń wymienia 5 dziedzin, które terapeuta winien uwzględnić w momencie, kiedy dokonuje kulturowej oceny problemów pacjenta. Są to:

- a) kulturowa identyczność pacjenta;
- b) kulturowe wyjaśnienie przyczyn choroby z punktu widzenia pacjenta;

²⁹ A. J. Marsella, D. Kinzie, C. Gordon, A. J. Marsella, D. Kinzie, C. Gordon, *Ethnocultural variations in the expression of depression*, „Journal of Cross-Cultural Psychology” 1973, 4, 435-458. *Ethnic variations in expression of...*, 1973; Kleinman, *Patients and healers...*

- c) kulturowe czynniki związane z otoczeniem społecznym i poziomem funkcjonowania pacjenta, uwzględniając oczywiście stresory i system wsparcia;
- d) kulturowe elementy relacji pomiędzy klientem a terapeutą, włączając sposób, w jaki występujące tu różnice mogą wpłynąć na przebieg leczenia;
- e) kulturowa ocena diagnozy i sposobu leczenia, kiedy terapeuta włącza w to wszystkie czynniki kulturowe, pozwalające zaplanować najwłaściwszy sposób leczenia.

Pomocna operacjonalizacja tych zaleceń w formie szczegółowych pytań jest zawarta w dodatku do rozdziału Ponterotto, Gretchen, Chauhan³⁰. Natomiast w DSM-IV TR³¹ aspekty kulturowe włączone są do każdej z kategorii diagnostycznych.

Poważną trudnością związaną z pomocą pacjentom z kultur pozaeuropejskich jest rodzaj narzędzi klinicznych stosowanych do oceny prezentowanych przez nich zaburzeń psychicznych. Niemal wszystkie z tych narzędzi zostały zbudowane w krajach zachodnich, najczęściej angielskojęzycznych. Są natomiast stosowane poza swoim obszarem kulturowym. Konieczne staje się wówczas dostosowanie ich do warunków lokalnych. Próba zastosowania testów powstałych na Zachodzie do kultury afrykańskiej została opisana przez Zeldine'a³². Podjął on próbę przekładu i adaptacji kulturowej *Hamilton Depression Scale* w Senegal. Okazało się, że 1/3 twierdzeń zawartych w oryginalnym narzędziu musiała zostać wyeliminowana i zastąpiona występującymi w tej kulturze symptomami depresji. Tak więc strategia *backtranslation* nie wystarczy do wyeliminowania tego problemu. Draguns³³ zaleca, aby badacze dokonujący takich modyfikacji oryginalnego narzędzia diagnostycznego, opisywali zarówno napotymane trudności, jak i sposoby ich rozwiązania.

Oprócz trudności terminologicznych związanych ze stosowaniem narzędzi diagnostycznych w stosunku do osób z innej kultury, problemem jest również styl udzielania odpowiedzi. W wielu kulturach badani nie są w stanie wyrazić swoich odczuć w sposób jednoznaczny, odpowiadając na pytania tak lub nie. W kulturach azjatyckich badani unikają odpowiedzi tworzących zewnętrzne krańce skali „zdecydowanie tak” lub „zdecydowanie nie”, ponieważ nie chcą wyróżniać się na tle pozostałych członków grupy.

³⁰ J. G. Ponterotto, D. Gretchen, R. V. Chauhan, *Cultural Identity and Multicultural Assessment. Quantitative and Qualitative Tools for the Clinician*, w: *Handbook of Multicultural Assessment. Clinical, Psychological, and Educational Applications*, oprac. L. A. Suzuki, J. G. Ponterotto, P. J. Meller, San Francisco 2001, s. 67-99.

³¹ APA, 2000.

³² G. Zeldine, H. Collomb, G. Tourame i in., *A propos de l'utilisation d'une échelle d'évaluation en psychiatrie transculturelle*, „L'Encéphale” 1975, I, s. 133-145.

³³ J. G. Draguns, *Methodology in Cross-Cultural Psychopathology*, w: *Culture and Psychopathology*, oprac. I. Al-Issa, Baltimore 1982, s. 33-71.

Z kolei w kulturach śródziemnomorskich badani unikają odpowiedzi ze środkowej części skali „raczej tak” lub „raczej nie”, ponieważ nie chcą, aby uznano je za osoby niezaangażowane w wykonanie postawionego zadania. Poważną trudnością jest również kulturowe znaczenie określonych zachowań. Przykładowo stwierdzenie „chciałabym nie być taka nieśmiała” w kontekście amerykańskim dotyczy chęci zwalczania niepożądanego kulturowo cechy³⁴, natomiast w kulturze japońskiej, gdzie nieśmiałość jest zachowaniem znacznie bardziej powszechnym, a co więcej ocenianym pozytywnie, zgoda na takie twierdzenie będzie znaczyła coś całkowicie innego³⁵. Lonner, Ibrahim³⁶ wskazują na ograniczoną wartość i trudności w stosowaniu poza zachodnim kontekstem kulturowym takich narzędzi jak testy MMPI, CPI czy STAI (*State Trait Anxiety Inventory*). Podkreślają natomiast użyteczność podejścia konstruktywistycznego, w którym w oparciu o wypowiedzi pacjenta, czy analizę poglądów na dany temat (np. określonego zaburzenia) w jego grupie etnicznej, psycholog może w sposób bardziej precyzyjny dokonać diagnozy występującego problemu.

Innym sposobem radzenia sobie z różnicami kulturowymi jest stosowanie technik projekcyjnych³⁷. Wówczas trzeba jednak pamiętać, że o ile na przykład test Rorschacha w każdym kontekście kulturowym będzie równie enigmatyczny jako materiał bodźcowy, to jednak kultura będzie decydowała o sposobie poradzenia sobie z tą enigmatycznością³⁸.

Podobnie jak istnieją poważne trudności z zastosowaniem narzędzia diagnostycznego, tak równie poważnym problemem jest prowadzenie terapii z pacjentami z innego kręgu kulturowego. Cały szereg założeń, na których opiera się terapia w indywidualistycznej kulturze zachodniej, jest poza nią bardzo problematyczna. Uważany za pożądany w kulturze indywidualistycznej rozwój niezależnej, autonomicznej jednostki jest kwestionowany w kulturach kolektywistycznych, gdzie ludzie budują poczucie „ja-współzależnego”. To samo odnosi się do poczucia winy i wstydu. Wina jest emocją indywidualną, a wstyd jest na poziomie grupowym (dlatego, że zachowanie jednostki ma wpływ na rodzinę czy na grupę) W niektórych kulturach zbyt wielki nacisk położony na rozwój „ja” uważa się za niezdrowy. Japończycy określają istotę tego problemu

³⁴ P. G. Zimbardo, *Shyness: What It Is and What To Do About It?*, Reading, Mass.: Addison-Wesley, Publishing Company, Inc. 1977.

³⁵ T. Doi, *The Anatomy of Dependence*, Tokio 1973.

³⁶ W. J. Lonner, F. A. Ibrahim, *Appraisal and Assessment in Cross-Cultural Counseling*, w: P. B. Pedersen, J. G. Draguns, W. J. Lonner i in., *Counseling Across Cultures*, Thousand Oaks-London-New Delhi 1996, s. 293-322.

³⁷ W. H. Holtzman, *Projective techniques*, w: *Handbook of Cross-Cultural Psychology*, oprac. H. C. Triandis, J. W. Berry, Boston 1980, vol. 2, s. 245-278.

³⁸ Draguns, *op.cit.*

powiedzeniem: *gwóźdź, który wystaje, zostaje wbity*. W kulturze amerykańskiej głośne, asertywne osoby są oceniane pozytywnie, wzbudzają zainteresowanie, w kulturze japońskiej asertywność postrzegana jest jako zachowanie egoistyczne, będące działaniem niezgodnym z normami grupowymi.

W różnych kulturach występują różne, akceptowane sposoby wyrazu emocji³⁹. W kulturze zachodniej ceniona jest otwarta, widoczna na zewnątrz ekspresja emocji, podczas gdy w kulturach azjatyckich bardziej będzie cenione opanowanie emocjonalne.

Trzecia trudność opisywana przez Sue, Sue to poziom wglądu. Wiele tradycyjnych form poradnictwa i psychoterapii, na przykład psychoterapia analityczna czy humanistyczna uważa, że drogą do dobrego samopoczucia jest wgląd, czyli zrozumienie przez klienta dynamiki, która leży u podłoża przeżywanych przez niego problemów. W innych kulturach taka potrzeba głębokiej eksploracji własnych przeżyć nie jest uznawana za potrzebną. Uważa się, że zbyt częste myślenie o jakimś problemie może go tylko pogorszyć. Dorośli sugerują dzieciom, żeby nie skupiały się zbyt mocno na swoich problemach, ponieważ wtedy za dużo myślą o sobie, zamiast o rodzinie.

Czwarta specyficzna kulturowo cecha pacjenta, wpływająca na przebieg terapii, dotyczy gotowości do otwarcia się w obecności terapeuty i mówienia o swoich najbardziej prywatnych przeżyciach. W wielu kulturach takie ujawnianie swoich przeżyć jest zarezerwowane tylko dla najbliższych przyjaciół i rodziny. Bliskie relacje potrzebne do takiej otwartości są tworzone w ciągu dłuższego okresu, a nie na pięćdziesięciminutowej sesji, raz w tygodniu⁴⁰.

Piąta trudność związana z prowadzeniem terapii z osobami z kultury niezachodniej to postawa terapeuty. W podejściu zachodnim terapeuta ma być racjonalny, neutralny i logiczny jak naukowiec. Problemy związane ze zdrowiem psychicznym również są traktowane jako takie, które powinny być rozwiązywane w sposób obiektywny, linearny, zaś ocena postępu w ich rozwiązywaniu jest prowadzona przy pomocy takich narzędzi, jak testy osobowości czy inteligencji. W wielu innych kulturach dominuje podejście cyrkularne, holistyczne. Cenioną metodą jest raczej intuicja niż racjonalne, upraszczająco redukcjonistyczne rozwiązywanie problemu⁴¹.

Kolejny problem wynika z rozróżnienia między fizycznym a psychicznym funkcjonowaniem człowieka. Innymi słowy, ciało i umysł są postrzegane jako dwa niezależne byty. I tak samo rozróżnia się zdrowie psychiczne od fizycznego. To rozróżnienie nie funkcjonuje w innych kulturach. Dlatego członkowie tych kultur nie

³⁹ D. W. Sue, D. Sue, *Counseling the culturally diverse: Theory and practice*, New York 2003.

⁴⁰ *Ibidem*.

⁴¹ *Ibidem*.

widzą różnicę w zwróceniu się o pomoc do lekarza czy terapeuty. Oczekują od nich tego samego rodzaju pomocy⁴².

Siódma trudność to ambiwalentność; nieustrukturowana z punktu widzenia kultur wyraźnie akcentujących role społeczne różnych członków społeczeństwa, natura kontekstu terapeutycznego. Może to kreować poczucie sytuacji niewygodnej, niezręcznej i niejasnej. Kolejny problem związany ze specyfiką relacji wewnątrz kulturowych, to wzory się komunikowania. W niektórych kulturach osoba mająca autorytet, na przykład osoba starsza jest tą, która inicjuje interakcję. Nie należy się do niej odzywać tak długo, jak długo ona nie rozpocznie rozmowy. Ponieważ terapeuta może być postrzegany jako osoba obdarzona autorytetem, pacjent z innej kultury może oczekiwać, że to terapeuta będzie kierował przebiegiem sesji. Natomiast terapeuta może błędnie zrozumieć i zinterpretować zachowanie takiej osoby⁴³.

Kolejną blokadą w efektywnym poradnictwie międzykulturowym to oczekiwania pacjenta odnośnie rodzaju pomocy, jakiej może udzielić mu terapeuta. Osoba bezrobotna i bez środków do życia będzie oczekiwała od terapeuty raczej praktycznej rady, jak rozwiązać swoje bieżące problemy, znaleźć pracę czy mieszkanie, niż koncentrowała się na poznawaniu dynamiki swoich wewnętrznych konfliktów⁴⁴.

Poważną trudnością w kontakcie terapeutycznym jest też język. Jeśli język, w którym ma miejsce komunikacja z terapeutą, jest drugim językiem klienta, to jego znajomość może być niewystarczająca lub może on być zbyt ubogi. Możliwa jest też odwrotność tej sytuacji. Jeśli język klienta stanowi jakąś etniczną lub lokalną odmianę angielskiego (*black English* lub *ebonics*) to terapeuta może mieć kłopoty ze zrozumieniem przekazu klienta⁴⁵.

Al-Abdul-Jabbar i Al-Issa⁴⁶, komentując zastosowanie psychoterapii wśród arabskich pacjentów muzułmańskich, wskazują, że terapeuta winien przyjmować postawę asertywnego nauczyciela i starać się doradzać klientowi (który jest w sytuacji ucznia), jak powinien rozwiązać przeżywane konflikty i problemy. Ważnym czynnikiem terapeutycznym jest zbudowanie silnego związku emocjonalnego między terapeutą a pacjentem. Celem psychoterapii jest wzmocnienie jego „ja-współzależnego”, czyli przywrócenie pacjentowi zdolności do postępowania zgodnego z wymaganiami

⁴² *Ibidem.*

⁴³ *Ibidem.*

⁴⁴ *Ibidem.*

⁴⁵ *Ibidem.*

⁴⁶ Al-Abdul-Jabbar, Al-Issa, *Psychotherapy in Islamic Society...*, s. 277-293.

społeczeństwa i realizowania określonych ról rodzinnych i społecznych. Stosowanie tych reguł będzie niewątpliwie przydatne w pracy terapeutycznej z uchodźcami-muzułmanami.

6. ZAKOŃCZENIE

Podejścia terapeutyczne do pacjentów pochodzących z różnych grup kulturowych są opisywane między innymi w takich czasopismach, jak: *Hispanic Journal of Behavioral Science*, *Journal of Black Psychology*, *Journal of Multicultural Counseling and Development*. Również większość książek na temat poradnictwa wielokulturowego ma osobne rozdziały, które poświęcone są problemom przeżywanym przez poszczególne grupy etniczne i sugestiom, jak należy sobie z nimi radzić⁴⁷.

Strategie budowania efektywnej relacji terapeutycznej z osobami z kultur nie-zachodnich mogą też obejmować wykorzystanie elementów ich kultury etnicznej w formie muzyki, tańca, baśni, twórczości plastycznej⁴⁸.

Warunkiem efektywnej pracy z osobami z innej kultury jest zbudowanie przez terapeutę samoświadomości i zrozumienia swojego zaplecza kulturowego, a także wpływu, jakie ma to zaplecze na jego postawę i zachowanie wobec ludzi z innych kultur i grup społecznych⁴⁹. Sposobem na sprostanie temu wymaganiu jest jednak zmiana w sposobie kształcenia psychologów, mających prowadzić działalność w zakresie poradnictwa. Wymaga to krytycznej oceny etnocentrycznych zachodnio-europejskich i amerykańskich założeń dotyczących roli psychologa i natury ludzkiej. W kształceniu tym w większym niż do tej pory stopniu muszą występować elementy wiedzy o innych kulturach i globalnych zmianach kulturowych, mających miejsce w skali światowej⁵⁰.

⁴⁷ P. B. Pedersen, A. Ivey, *Culture-Centered Counseling and Interviewing Skills. A Practical Guide*, Westport-Connecticut-London 1993; *Counseling Across Cultures. Thousand Oaks*, oprac. P. B. Pedersen, J. G. Draguns, W. J. Lonner, J. E. Trimble, London-New Delhi 1996.

⁴⁸ Ch. M. Alexander, L. Sussman, *Creative Approaches to Multicultural Counseling*, w: *Handbook of Multicultural Assessment. Clinical, Psychological and Educational Applications*, oprac. L. A. Suzuki, J. G. Ponterotto, P. J. Meller, San Francisco 1995, s. 375-384.

⁴⁹ J. S. Mio, L. Barker-Hackett, J. Tumambing, *Multicultural Psychology: Understanding Our Diverse Communities*, Boston-Burr Ridge-Dubuque 2006.

⁵⁰ A. J. Marsella, P. Pedersen, *Internationalizing the counseling psychology curriculum: toward new values, competencies, and directions*, „Counseling Psychology Quarterly” 2004, 17, 4, s. 413-423.



BIBLIOGRAFIA

- Abel T. M., Metraux R., Roll S., *Psychotherapy and Culture*, University of New Mexico Press, Albuquerque 1987.
- Al-Abdul-Jabbar J., Al-Issa I., *Psychotherapy in Islamic Society*, w: *Culture and Psychopathology*, oprac. I. Al-Issa, University Park Press, Baltimore 2000, s. 277-293.
- Alexander Ch. M., Sussman L., *Creative Approaches to Multicultural Counseling*, w: *Handbook of Multicultural Assessment. Clinical, Psychological and Educational Applications*, oprac. L. A. Suzuki, J. G. Ponterotto, P. J. Meller, Jossey Bass A Wiley Company, San Francisco 1995, s. 375-384.
- Alexander F., *Buddhistic training as an artificial catatonia*, „Psychoanalytic Review”, 1931, 18, 2, s. 129-141.
- Al-Junun: Mental Illness in the Islamic World*, oprac. I. Al-Issa, International Universities Press, Inc., Madison 2000.
- Allport G. W., *Osobowość i religia*, IW Pax, Warszawa 1988.
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*, DC: Author, Washington 2000.
- Antonovsky A., *Rozwiktanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Fundacja IPN, Warszawa 1995.
- Ayim-Abogaye D., *Indigenous Psychiatry: Transcultural Study of Traditional Practitioners in West African Healing Communities with Focus on Ghana*, Abo Akademi University, Abo 2006.
- Bandura A., *Social Learning Theory*, General Learning Press, New York 1977.
- Depression*, „Journal of Cross-Cultural Psychology” 4, s. 435-458.
- Doi T., *The Anatomy of Dependence*, Kodansha International, Tokio 1973.
- Draguns J. G., *Methodology in Cross-Cultural Psychopathology*, w: *Culture and Psychopathology*, oprac. I. Al-Issa, University Park Press, Baltimore 1982, s. 33-71.
- Ellenberger H., *Cultural Aspects of Mental Illness*, „American Journal of Psychotherapy”, 1960, 14, s. 158-173.
- Finn M., *Transitional space and Tibetan Buddhism: The Object Relations and Meditation*, w: *Object relation theory and religion: Clinical applications*, oprac. M. Finn, A. Gartner, Praeger, Westport-London 1992, s. 109-118.
- Glick L. B., *Medicine as ethnographic category: The Gimi of the New Guinea highlands*, „Ethnology” 1967, 6, s. 31-56.
- Grzymała-Moszczyńska H., Nowicka E., *Goście i gospodarze*, Zakład Wydawniczy „Nomos”, Kraków 1998.
- Harvey O. J., Hunt D. E., Schroeder H. M., *Conceptual Systems and Personality Organization*, Wiley, New York 1961.
- Helman C., *Culture, Health and Illness*, Arnold, London-New York-New Delhi 2001.
- Holtzman W. H., *Projective techniques*, w: *Handbook of Cross-Cultural Psychology*, oprac. H. C. Triandis, J. W. Berry, vol. 2, Allyn and Bacon, Boston 1980, s. 245-278.
- Horney K., *Neurosis and human growth*, Norton, New York 1951.
- Jankowski K., *Psychologia wierzeń religijnych*, Czytelnik, Warszawa 1990.

- Kleinman A., *Patients and healers in the context of culture*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles-London 1980.
- Kraepelin E., *Vergleichende Psychiatrie*, „Zentralblatt für Nerven und Psychiatrie” 1904, 15, s. 433-437.
- Lonner W. J., Ibrahim F. A., *Appraisal and Assessment in Cross-Cultural Counseling*, w: P. B. Pedersen, J. G. Draguns, W. J. Lonner, J. E. Trimble, *Counseling Across Cultures*, Sage, Thousand Oaks-London-New Delhi 1996, s. 293-322.
- Marsella A. J., Pedersen P., *Internationalizing the counseling psychology curriculum: toward new values, competencies, and directions*, „Counseling Psychology Quarterly” 2004, 17, 4, s. 413-423.
- Marsella A. J., Kinzie D., Gordon C., *Ethnocultural variations in the expression of depression*, „Journal of Cross-Cultural Psychology” 1973, 4, 435-458. *Ethnic variations in expression of...*, 1973.
- Marsella A. J., Yamada A. M., *Culture and Psychopathology: Foundations, Issues, Directions*, w: Handbook of Cultural Psychology, oprac. S. Kitayama, D. Cohen, Guilford Publications, Inc., New York 2007, s. 797-818.
- Maslow A. H., *Motivation and Personality*, Harper, New York 1954.
- Mio J. S., Barker-Hackett L., Tumaming J., *Multicultural Psychology: Understanding Our Diverse Communities*, McGraw Hill, Boston-Burr Ridge-Dubuque 2006.
- Counseling Across Cultures. Thousand Oaks*, oprac. P. B. Pedersen, J. G. Draguns, W. J. Lonner, J. E. Trimble, SAGE Publications, London, New Delhi 1996.
- Pedersen P. B., Ivey A., *Culture-Centered Counseling and Interviewing Skills. A Practical Guide*, Praeger, Westport, Connecticut, London 1993.
- Ponterotto J. G., Gretchen D., Chauhan R. V., *Cultural Identity and Multicultural Assessment. Quantitative and Qualitative Tools for the Clinician*, w: *Handbook of Multicultural Assessment. Clinical, Psychological, and Educational Applications*, oprac. L. A. Suzuki, J. G. Ponterotto, P. J. Meller, Jossey Bass A Wiley Company, San Francisco 2001, s. 67-99.
- Rivers W. H. R., *Medicine, magic and religion*, Harcourt and Brace, New York 1924.
- Rogers C., *Client-centered therapy*, Houghton Mifflin, Boston 1951.
- Seligman M. E. P., *Helplessness*, W. H. Freeman, San Francisco 1975.
- Sieradzan J., *Szamańska tradycja a szaleństwo mistyków*, w: *Oblicza gnozy*, oprac. E. Przybył, Zakład Wydawniczy „Nomos”, Kraków 2000, s. 181-233.
- Singerist H., *A history of medicine*, vol. 1: *A historic and archaic medicine*, Oxford University Press, London 1951.
- Somm C. von. *Tibetan Culture in the Diaspora*, „Journal of Buddhist Ethics” 1998, vol. 5, s. 339-346.
- Sue D. W., Sue D., *Counseling the culturally diverse: Theory and practice*, Wiley, New York 2003.
- Tseng W.-T., *Handbook of Cultural Psychiatry*, Academic Press, San Diego-Toronto 2001.
- World Health Organization, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazania diagnostyczne*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa 1997.

Zeldine G., Collomb H., Tourame G. i in., *A propos de l'utilisation d'une échelle d'évaluation en psychiatrie transculturelle*, „L'Encéphale” 1975, I, s. 133-145.

Zimbardo P.G. *Shyness: What It Is and What To Do About It?*, Reading, Mass.: Addison-Wesley, Publishing Company, Inc. 1977.

	 <p>Artykuł powstał w ramach Działania III Partnerstwa „Międzykulturowe Centrum Adaptacji Zawodowej” realizowanego przez Stowarzyszenie Interwencji Prawnej finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Inicjatywy Wspólnotowej EQUAL</p>
---	--

**Tekst jest częścią publikacji
„Migranci na polskim rynku pracy. Rzeczywistość, problemy, wyzwania”
pod redakcją Witolda Klaus, wydaną przez Stowarzyszenie Interwencji
Prawnej, Warszawa 2007.**

© Stowarzyszenie Interwencji Prawnej