

ADAM ANCZYK, HALINA GRZYMAŁA-MOSZCZYŃSKA,
AGNIESZKA KRZYSZTOF-ŚWIDERSKA, JACEK PRUSAK
Akademia Ignatianum w Krakowie, Instytut Psychologii

WIELOKULTUROWOŚĆ W PRACY PSYCHOLOGA: ETYKA I PRAKTYKA W KONTEKŚCIE DIAGNOZY KLINICZNEJ I PRACY TERAPEUTYCZNEJ

Streszczenie: W artykule zawarto przegląd podstawowych zagadnień związanych z konsekwencjami wzrastającej wielokulturowości polskiego społeczeństwa dla etyki zawodowej psychologa w kontekście klinicznym. W pierwszej części omówiono kwestie związane z diagnostyką psychologiczną osób pochodzących z innych kultur, przybliżono pojęcie diagnozy wrażliwej kulturowo, a także specyfikę komunikacji interpersonalnej w środowisku wielokulturowym. W części drugiej skoncentrowano się na zagadnieniach związanych z psychoterapią i pomocą psychologiczną osobom wywodzącym się z różnych

kultur, ze szczególnym uwzględnieniem terapii rodzin zróżnicowanych kulturowo, gdzie zasady komunikacyjnej szkoły terapii systemowej dodatkowo zyskują na znaczeniu. W obu częściach szczególną uwagę poświęcono współczesnemu rozumieniu pojęcia kompetencji kulturowej w pracy psychologa praktyka.

Słowa kluczowe: czynniki kulturowe w diagnozie psychologicznej, diagnoza psychologiczna, etyka zawodu psychologa, komunikacja międzykulturowa, różnice kulturowe.

WPROWADZENIE

Wpływ perspektywy społeczno-kulturowej na badania nad diagnozą i leczeniem zaburzeń psychicznych przyczynił się do tego, że w obrębie nauk behawioralnych zaczęto uświadamiać sobie, że wzorce zarówno fizycznych, jak i psychicznych zaburzeń w danym społeczeństwie mogą zmieniać się z czasem wraz ze zmianami warunków społeczno-kulturowych. Obecnie wprost stwierdza się, że zaburzenia psychiczne definiuje się tylko i wyłącznie w odniesieniu do norm i wartości kulturowych, społecznych i rodzinnych (APA, 2013). Podkreśla się również wpływ procesów urbanizacji, modernizacji i industrializacji na zmienne kulturowe, które tym samym stały się wielopłaszczyznowe (Hogan, 2007; Wakefield, Garner, Pehrsson, Tyler, 2010). Odkrycia te

Adres do korespondencji: Adam Anczyk, anczyk.adam@ignatianum.edu.pl, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6906-3104>; Halina Grzymała-Moszczyńska, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2751-3204>; Agnieszka Krzysztof-Świdorska, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0819-0350>; Jacek Prusak, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3204-2251>.

wprowadziły nowe, ważne wątki do współczesnych poglądów na zaburzenia psychiczne, co w konsekwencji postawiło przed psychologami i psychoterapeutami potrzebę rozwinięcia nowego poziomu samoświadomości oraz nowe wymagania względem posiadanej wiedzy (Wakefield i in., 2010, s. 2).

Po pierwsze, wykazano, że pomimo występowania pewnych uniwersalnych objawów oraz ich wzorców to czynniki społeczno-kulturowe najczęściej decydują o tym, które zaburzenia się rozwiną, jaką przyjmą formę, jak często będą występować i jak będą przebiegać. Różnice kulturowe mogą dotyczyć także rokowań lub skutków zaburzeń psychicznych (Butcher, Hooley, Mineka, 2017). Po drugie, stwierdzono, że oprócz wpływu kultury na objawy poszczególnych zaburzeń istnieją również kulturowe różnice w całych wzorcach objawów pomiędzy kulturami różnych części świata określanymi jako „choroby ludowe” (*folk illnesses*), „choroby specyficzne kulturowo” (*cultural illnesses, culture specific illnesses*), których nie da się odnieść do biomedycznych jednostek chorobowych.

Choroby te są czasem specyficzne dla danej kultury, czasem dla szerszego regionu geograficzno-etnicznego, a niekiedy można odnaleźć ich odpowiedniki także w odległych kulturach (Penkala-Gawęcka, 1994). Na ich określenie utworzono termin: „zespoły uwarunkowane kulturowo” (*culture-bound syndromes*) (Simons, Hughes, 1985), które w klasyfikacjach zaburzeń zdrowia psychicznego (DSM-5; ICD-10) funkcjonują obecnie pod nazwą: zespoły uwarunkowane kulturowo (Shahrokh, Hales, 2009). Dodatkowo w DSM-5 definiowane są również kulturowe określenia cierpienia (*cultural idiom of distress*), czyli kulturowo osadzone określenia cierpienia, a także wyjaśnienie kulturowe lub postrzegana przyczyna zaburzenia (*cultural explanation or perceived cause*), co pozwala na objęcie diagnozą całego spektrum zjawisk psychopatologicznych uwarunkowanych kulturowo (APA, 2013). Zdaniem autorów DSM-5 te trzy koncepcje obejmują kulturowe sposoby rozumienia i opisywania doświadczeń chorobowych, które mogą pojawić się podczas spotkania klinicznego.

KOMPETENCJE KULTUROWE PSYCHOLOGA

Obok uwzględniającej zagadnienia kulturowe diagnozy, postulowanej m.in. przez APA, w ramach pomocy psychologicznej zaczęto mówić o terapii wrażliwej na różnice kulturowe, nazywanej również terapią wielokulturową, transkulturową, uwzględniającą różnice kulturowe (Mohamed, 2013). Zbierając dane z doniesień zaprezentowanych na *Western Association of Counselor Education and Supervision (WACES) Conference 2008* oraz *Association for Counselor Education and Supervision (ACES) Conference 2009*, American Counseling Association opublikowało model analizy sfer kultury szczególnie istotnych dla rozwoju kompetencji osób zajmujących się doradztwem psychologicznym w różnych dziedzinach (Wakefield i in., 2010). Publikacja oficjalnych wytycznych tego rodzaju świadczy o wadze zagadnienia. Podkreślono w niej ponownie, powołując się na wcześniejsze piśmiennictwo, znaczenie znajomości badań z zakresu konkretnych wymiarów kulturowych. Wskazano na istotną rolę krytycznego rozumowania i samoświadomości oraz doskonalenia zdolności diagnostycznych w środowisku wielokulturowym. Jest to ważne nie tylko dla efektywnego praktykowania, lecz także dla zaufania społecznego i pośród przedstawicieli innych dziedzin wobec zawodu psychologa (Wakefield i in., 2010). Zatem, w myśl tych wytycznych, w dobie społeczeństwa różnorodnego i otwartego, psycholog nieświadomy kulturowo,

a co gorzej etnocentryczny, jest skazany na utratę szacunku społecznego. Według autorów publikacji (*The Critical Counselor Domain Model*, w skrócie CCDM zapewnia strukturę dla autoanalizy w kontekście rozwoju kompetentnego kulturowo poradnictwa psychologicznego (Wakefield i in., 2010).

Przyłożenie miary kultury do relacji pomocy psychologicznej czy terapeutycznej pomiędzy psychologiem a klientem/pacjentem jest procesem złożonym. Zarówno klienci/pacjenci, jak i psychologowie pod każdą szerokością geograficzną mogą być pod wpływem wielu różnych kultur. W „erze globalizacji”, migracji i nowych mediów, nie można zakładać bowiem, że każdy z uczestników tej relacji został ukształtowany przez jedną, niezakłóconą innymi wpływami kulturę. Podobnie jest z kontekstem leczenia, który również może odzwierciedlać mozaikę różnorodnych wpływów kulturowych (Wakefield i in., 2010). Wyzwania związane z oceną kliniczną pacjentów szpitali i przychodni, jak również klientów gabinetów terapeutycznych, pochodzących z innych kultur dotyczą więc zarówno cech samych narzędzi testowych, jak i czynników społeczno-kulturowych, takich jak relacje, zachowania i rodzaje psychopatologii występujące w danej kulturze (Butcher, Hooley, Mineka, 2017). Należy przy tym uwzględnić rosnącą liczbę klientów/pacjentów o tożsamości dwu- lub wieloetnicznej (Diller, 2007). Co tym bardziej powinno uczulić profesjonalistów na niebezpieczną pokusę utrzymywania tradycyjnych zasad kontaktu z klientami opracowanych na podstawie w przeważającej mierze eurocentrycznych idei, postrzeganych jako prowadzących do najlepszych praktyk (Wakefield i in., 2010, s. 2).

Psychologowie doświadczają rozmaitych trudności w kontakcie z klientami/pacjentami pochodzącymi z obcych kultur. Autorzy omawianej publikacji zwracają uwagę na problemy komunikacyjne oraz problemy wynikające z braku zrozumienia światopoglądu klientów, w tym wyznawanych przez nich wartości (Wakefield i in., 2010, s. 3). Normy kulturowe wywierają duży wpływ na sposób, w jaki osoby poszukują pomocy i na czynniki decydujące o tym, co w danej kulturze uważa się za problematyczne, a co za tym idzie wymagające interwencji medycznej. Bardzo ważne jest więc, aby psycholog zdawał sobie sprawę z kwestii, które mogą mieć znaczenie podczas dokonywania oceny klinicznej i diagnozy osób pochodzących z różnych kultur oraz by stosował procedury testowe dostosowane do potrzeb takich klientów oraz mające potwierdzoną trafność psychometryczną. Umiejętności te wchodzi w zakres tzw. kompetencji kulturowych psychologa (*cultural competence*) (Hays, 2008) i stanowią o profesjonalizmie klinicysty (Gabbard i in., 2013). Dlatego też dwoma obszarami o szczególnym znaczeniu w pomocy psychologicznej i terapii wrażliwej na różnice kulturowe, na które chcielibyśmy zwrócić w dalszej części tekstu szczególną uwagę, są: (1) język i sposób komunikacji z klientem oraz (2) dynamika władzy w relacji terapeutycznej (Mohamed, 2013).

W literaturze przedmiotu mówi się więc o następujących kompetencjach (wiedzy i umiejętnościach) do prowadzenia pomocy psychologicznej i terapii wrażliwej kulturowo:

- świadomości założeń, które specjalista wnosi do procesu terapeutycznego (w tym rozpoznanie wszystkich uprzedzeń, postaw, stereotypów i przejawów rasizmu zarówno u siebie, jak i w społeczeństwie, w którym ma miejsce działalność terapeutyczna);
- znajomości historii własnej kultury oraz wiedzy na temat innych kultur;
- wiedzy z zakresu historii ucisku i rasizmu, która stanowi kontekst pracy z klientami pochodzącymi z odmiennych kultur;

- umiejętności funkcjonowania w rozmaitych kontekstach kulturowych;
- gotowości do weryfikacji i zmiany własnych przekonań oraz nastawienia w kwestiach dotyczących rasizmu i kultury;
- poświęcenia i wytrwałości w prowadzeniu działań antidyskryminacyjnych (Mohamed, 2013, s. 413).

Z kolei Deralda W. Sue ze współpracownikami (1995, s. 624–644) wskazuje na następujące kompetencje terapeuty wrażliwego kulturowo:

- poczucie komfortu w kontaktach z klientami odmiennej rasy, z innej grupy etnicznej czy kultury lub mających inny światopogląd;
- zrozumienie wpływu rasy, kultury i pochodzenia etnicznego na rozwój osobowości, wybór zawodu, zaburzenia psychiczne, a także sposób poszukiwania pomocy i dobór podejścia terapeutycznego;
- świadomość własnych negatywnych reakcji emocjonalnych w stosunku do pewnych grup społecznych, które to reakcje mogą niekorzystnie wpływać na klientów czy pacjentów. Terapeuta powinien być przygotowany na to, że będzie musiał konfrontować swoje przekonania i postawy z przekonaniem i postawami klientów (pacjentów) pochodzących z innych kultur;
- rozpoznanie własnych ograniczeń w zakresie kompetencji i umiejętności zawodowych;
- gotowość do konsultacji z uzdrowicielami lub przywódcami religijnymi, bądź duchowymi, w ramach współpracy z klientami (pacjentami), którzy należą do odmiennych kultur.

Należy również podkreślić, że profesjonalizm w ramach kompetencji kulturowych oznacza także odporność na zbytne poddanie się kulturowym oczekiwaniom i przekroczenia z tego powodu pewnych etycznych granic zawodowych (zob. Gabbard i in., 2013). Bardzo istotne analizy w tym zakresie przeprowadziła norweska antropolożka kulturowa Unni Wikan (2002), omawiając postawy społeczeństwa norweskiego w stosunku do nieakceptowanych w Norwegii praktyk kulturowych w grupach imigrantów (obrzezanie dziewczynek, małżeństwa dzieci). Zachowania te były czasem przemilczane bądź tolerowane „w imię szacunku dla specyfiki danej kultury” danej grupy imigrantów. Tego rodzaju postawy, występujące czasami w niektórych krajach europejskich, pokazują ślepy zaułek praktyki społecznej, traktującej kulturę jako powód do akceptacji wszelkich zachowań. W tym kontekście, artykuł 3 Kodeksu Etycznego Psychologa Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, dotyczący prymatu Praw Człowieka nad kulturą, zyskuje na znaczeniu (PTP, 2018).

W STRONĘ DIAGNOZY WRAŻLIWEJ KULTUROWO

Podstawą wrażliwej kulturowo terapii i poradnictwa psychologicznego jest bez wątpienia wrażliwa kulturowo diagnoza (Guindon, Sobhany, 2001). Na potrzebę diagnozy uwzględniającej kontekst kulturowy wskazuje też American Counselling Association (Wakefield i in., 2010). Statystyki zaś pokazują rosnącą potrzebę rozwoju umiejętności w tym zakresie. James N. Butcher, Jill M. Hooley, Susan Mineka (2017) w swoich badaniach podają, że w ostatnich latach wykonuje się coraz więcej opinii psychologicznych dla klientów o różnym pochodzeniu etnicznym. Ma to związek z rosnącą liczbą imigrantów i uchodźców zarówno w Polsce, jak i w innych krajach europejskich, którzy wymagają takiej oceny na potrzeby leczenia bądź postępowania sądowego (np.

Polska w 2017 r. wydała najwięcej pozwoleń na pobyt imigrantów spoza UE spośród krajów Unii Europejskiej: "In 2017, one out of five first residence permits was issued in Poland (683 000, or 22% of total permits issued in the EU)" (EUROSTAT, 2018). Wielu z nich ma trudności z adaptacją do nowych warunków życia w odmiennym środowisku kulturowym.

Osoby nieprzystosowane kulturowo do środowiska, w którym żyją, uzyskują w testach i wywiadach wyniki wskazujące na poważniejsze zaburzenia (Okazaki, Okazaki, Sue, 2009). Przykładowo tak może się zdarzyć w wypadku Azjatów, u których wysoki poziom kolektywizmu może prowadzić do diagnozy osobowości zależnej lub w przypadku zaburzeń psychotycznych u członków kultur, gdzie powszechniejsza jest wiara w możliwość ingerencji duchów w świat fizyczny (Anczyk, Grzymała-Moszczyńska, 2013). Dlatego też bardzo ważne jest, aby klinicysta dokładnie ocenił, z jakiego środowiska pochodzi klient (pacjent), jakie wyznaje wartości i jakie prezentuje postawy – wówczas bowiem staje się możliwe zmniejszenie negatywnego wpływu tych czynników na proces podejmowania decyzji dotyczących diagnozy i leczenia (Wakefield i in., 2010).

Należy na przykład określić psychologiczną odpowiedniość testu dla danej populacji, bowiem sens lub kulturowe znaczenie poszczególnych elementów testu powinny być podobne dla różnych grup kulturowych, a normy przyjęte do porównywania klientów (pacjentów) – właściwe. Stosując testy powstałe w kulturze zachodniej, należy uwzględnić takie czynniki jak: język klienta (pacjenta), jego status społeczno-ekonomiczny, pochodzenie etniczne, płeć, religia, orientacja seksualna. Aby ocenić, czy wersja zaadaptowana do warunków innej kultury mierzy te same zmienne, psycholog w imię profesjonalizmu zawodowego powinien znać dostępne wyniki badań na temat zastosowania danego narzędzia w docelowej populacji. Poza tym klinicyści muszą zwracać również uwagę na rzetelność stosowanych narzędzi testowych i ich wpływ na klientów czy też pacjentów z różnych grup etnicznych i kulturowych.

Przykładowo sformułowanie pozycji testowych może mieć zupełnie różny wydźwięk emocjonalny w zależności od kultury pochodzenia osoby badanej. W konsekwencji przedstawiciele poszczególnych grup mogą osiągnąć różne czy nawet wychodzące poza normę wyniki w poszczególnych skalach testów (zob. Butcher, Han, 1996; Butcher, Tsai, Coehlo, Nezami, 2006; Hays, 2008). Kodeks etyczny Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (APA, 2002) zaleca więc, aby w celu uczciwego i skutecznego leczenia osób pochodzących z innego kręgu kulturowego czy mniejszości etnicznej psycholog brał pod uwagę różne czynniki, mogące wpływać na sposób rozwiązania testu. Ważne jest bowiem, aby ewentualne czynniki obciążające nie rzutowały na rozumowanie w ogólnym procesie oceny. Przykładowo może być to sposób rozumienia i kontekst poszczególnych pojęć, sposób odbioru przestrzeni, a nawet sama zdolność rozwiązania testu. Nie wspominając nawet o tak oczywistych, wydawałoby się, sprawach jak inne cechy ocenianej osoby, takie jak odmienności sytuacyjne, językowe i kulturowe, które mogą wpływać na jej sądy lub ograniczać dokładność jej interpretacji.

Diagnoza jest zatem początkiem wspólnej drogi psychologa czy psychoterapeuty i pacjenta ku uzgodnionym celom. Bezwzględnie należy pamiętać, że właściwym celem diagnozy jest pomoc, co samo w sobie być może pozwala uniknąć wielu wątpliwych etycznie strategii w sytuacji diagnostycznej. Przykładowo prowokacji niepożądanych reakcji emocjonalnych. Oczywiście diagnoza, zwłaszcza psychiatryczna czy psychologiczna, w warunkach różnic kulturowych nastęrcza znacznie więcej trudno-

ści i niesie ze sobą większe ryzyko nadużyć. Najbardziej oczywistym z nich jest ocena zachowania klienta z perspektywy etnocentrycznej, co wiąże się z brakiem świadomości relatywizmu norm kulturowych.

KOMUNIKACJA Z KLIENTEM /PACJENTEM W DOBIE WIELOKULTUROWOŚCI

Środkiem do osiągnięcia celu diagnozy jest zdobycie informacji umożliwiających adekwatne leczenie. Język stanowi tu pierwszą barierę, którą tylko częściowo rozwiązuje sama znajomość adekwatnych słów czy też pomoc tłumacza. Warto pamiętać, że obecność tłumacza stanowi trzeci element spotkania diagnostycznego i jak każdy element ma istotny wpływ na efekt interakcji, chociażby przez samą swoją obecność czy możliwą zmianę atmosfery spotkania (de Barbaro, 1999; Wądołowska, 2014).

Należy również pamiętać, że praca diagnostyczna z tłumaczem ma własną specyfikę i zasady, których należy przestrzegać. Jakość współpracy i zawiązanie przymierza z tłumaczem wpływają na jakość komunikacji w procesie diagnozy i pomocy pacjentowi, a ta z kolei na jakość samej diagnozy i skuteczność pomocy. Warto również pamiętać, że tłumacz może również pełnić rolę konsultanta kulturowego, co może okazać się naprawdę nieocenioną pomocą (Wądołowska, 2014). Diagnoza, nieważne jakiej sfery funkcjonowania dotyczy, jest zawsze przejściem od fenomenu do systemu (Wciórka, 2011).

Innymi słowy, wszystko, co wydarza się w gabinecie diagnosty i jest przez niego doświadczane, stanowi bazę diagnozy, w której ostatecznie grupujemy objawy celem przypisania ich jednostkom diagnostycznym w ramach obowiązującej klasyfikacji i na bazie tegoż sklasyfikowania wyznaczamy możliwe drogi pomocy. A zatem weryfikacja rozumienia obserwowanych i doświadczanych fenomenów stanowi pierwszy krok do skutecznej pomocy. Konsultacja, nie tylko językowa, lecz także kulturowa, rozumienie fenomenów rozgrywających się w zaciszu gabinetu może uczynić bardziej adekwatnym. W procesie diagnozy – zatem sytuacji komunikacyjnej – poza samymi słowami mamy do czynienia z kontekstem językowym oraz jego kulturową warstwą znaczeniową. Nieodłączną cechą komunikacji interpersonalnej są jej wielopoziomowość i złożoność. I tak możemy zetknąć się z jej poziomem faktycznym, gdzie wymiana jest swobodna, instrumentalnym, gdzie zaangażowane osoby dążą do określonych celów i poziomem afektywnym, któremu towarzyszy wyższy poziom zaangażowania i wymiana uczuciowa (Dobek-Ostrowska, 1999).

Z punktu widzenia psychologii poznawczej możemy rozważać różne procesy zaangażowane w komunikację: myślenie, kodowanie i dekodowanie komunikatu (Shannon, Weaver, 1964). W komunikacji interpersonalnej można też mówić o poziomach werbalnym i niewerbalnym (Nęcki, 1992). Komunikacja interpersonalna to nie tylko wymiana informacji. To również wymiana na poziomie symbolicznym, która wywołuje określone skutki i prowadzi do szeregu sprzężeń zwrotnych (Budzyńska-Dawidowska, 1999). Zatem ma ona również swój wyraźny aspekt systemowy – wpływa tym samym na wiele poziomów organizacji rzeczywistości społecznej (Drożdżowicz, 1999). To właśnie ze względu na możliwe skutki nie tylko dla jednostek, lecz także całych ich grup, komunikacja interpersonalna ma istotny wymiar etyczny. Na wagę wymiaru etycznego odpowiedniej komunikacji uczestnikami procedur psychologicznych wskazuje kodeks Etyczny Psychologa (PTP, 2018). Punkty dotyczące konieczności jasnego informowania o procedurach i wynikach w procesie komunikacji międzykulturowej zyskują dodatkowy kontekst.

Z systemowym wymiarem komunikacji interpersonalnej koresponduje wyraźnie kwestia jej kontekstu, w sensie wpływu otoczenia społecznego, ale też w sensie kontekstu poznawczego rozumianego jako pewien bagaż doświadczeń. Zarówno jedno, jak i drugie rozumienie kontekstu zawiera w sobie tzw. kontekst kulturowy, który umożliwia trafną interpretację (odkodowanie) komunikatu w danej kulturze. Kultura niesie bowiem ze sobą pewien system znaczeń i symboli podzielanych przez daną zbiorowość (Hańderek, 2015). Komunikat ma zatem wymiar symboliczny, inherentny i niezbędny dla jego rozumienia. W niektórych kulturach to właśnie kontekst wyznacza sposoby komunikowania się czy też wybór używanego języka (Matsumoto, 2007).

Wszystkie te poziomy, aspekty i procesy pomiędzy interlokutorami czy też ich grupami są istotne dla zrozumienia natury komunikacji międzykulturowej, także w gabinecie psychologa. Dodatkowo doświadczenie migracji, jako pewien bagaż specyficznych i niejednokrotnie bardzo trudnych przeżyć, wydaje się komplikować komunikację interpersonalną. Znajomość języka, która umożliwia kodowanie i dekodowanie informacji, stanowi najłatwiej przekraczalną barierę. Jakkolwiek pamiętać należy, że język jest, w swojej subtelnej warstwie, również nośnikiem wartości charakterystycznych dla danej kultury, a także sam w sobie spełnia rolę kulturotwórczą (Chiu, Leong, Kwan, 2007). Jednakże to, co naprawdę stanowi wyzwanie, możemy odkryć poza słowami. Klasycznie rozumianej kompetencji kulturowej w zakresie komunikacji wydaje się sprzyjać nie tylko wiedza o odmiennościach kulturowych, lecz także właśnie wiedza o złożoności komunikacji interpersonalnej w ogóle (Sue, Constantine, 2007). Na styku tych dwóch obszarów wiedzy rodzi się świadomość wyzwań etycznych komunikacji interpersonalnej w dobie wzrastającej wielokulturowości społeczeństw Europy, w tym i Polski.

Szczególnie wyzwań tych jest sporo, gdy komunikacja interpersonalna odbywa się na poziomie instrumentalnym – poszczególne osoby lub grupy mają określone intencje, dążą do określonych celów, którym może, ale nie musi sprzyjać współpraca czy porozumienie. Wydaje się, że ani wymiana swobodna, ani afektywna nie niosą ze sobą aż tak dużego ryzyka nadużyć w komunikacji. Przykładem nieoczywistej sytuacji o charakterze instrumentalnym może być sytuacja korzystania z poradnictwa bądź psychoterapii, gdzie pozornej zbieżności celów może towarzyszyć zupełnie różne, uwarunkowane kulturowo, ale też związane z kontekstem poznawczym – bagażem doświadczeń – ich rozumienie (Stangierska, Horst-Sikorska, 2007). Pacjent czy klient przychodzi po pomoc. Doradca czy psychoterapeuta chce tej pomocy udzielić. I tu pojawia się pierwsza trudność komunikacyjna, a co za tym następuje wyzwanie etyczne. Rozumienie czym jest, a czym nie jest „pomoc” i jakie są jej usankcjonowane kulturowe granice w konkretnym kontekście może się bardzo różnić, jeśli osoby te posługują się odmiennym systemem znaczeń, wzorów zachowań i wartości. Można też stwierdzić, że niejednokrotnie różnica kulturowa „rozgrywa się nie w przestrzeni, lecz w czasie” – świat, w którym dorasta jedno pokolenie, jest światem zupełnie innym niż ten, który kształtował inne. Tego rodzaju spojrzenie na różnice kulturowe otwiera drogę do szerszego ujęcia kompetencji kulturowej jako zdolności radzenia sobie z wszelkimi odmiennymi, nieraz o dużo mniej oczywistym charakterze (Chiu, Hong, 2018; Hansen, Pepitone-Arreola-Rockwell, Greene, 2000, s. 653). Na wagę odpowiedniej postawy wobec różnic kulturowych wskazuje również w artykule 4 polski Kodeks Etyczny Psychologa (PTP, 2018).

RELACJA POMOCY A DYNAMIKA WŁADZY

Relacja pomocy osobie z innej kultury niesie ze sobą wiele specyficznych, potencjalnych zakłóceń procesu komunikacji związanych ze stereotypami czy wyobrażeniami dotyczącymi innych kultur (Wakefield i in., 2010). Podstawową kwestią jest potencjalnie nieuświadomiona postawa etnocentryczna diagnosty, która, jakkolwiek naturalna na pewnym etapie kontaktu, na subtelnym poziomie może zakłócać relację pomocy (Barzykowski, Grzymała-Moszczyńska, Dzida, Grzymała-Moszczyńska, Kosno, 2013). Ocena innych kultur z perspektywy własnej może prowadzić nie tylko do braku prawdziwego porozumienia i przymierza terapeutycznego, ale nawet do zaostrożenia diagnozy. Tam, gdzie towarzyszy nam poczucie wyższości, wychodzimy bowiem poza relację pomocy, a nawet nieświadomie i zupełnie bezwiednie wchodzimy w relację dominacji nad drugim człowiekiem.

Tradycyjnie rozumianym celem psychoterapii i pomocy psychologicznej jest dobro pacjenta czy też klienta. A to może być rozumiane na wiele, kulturowo ukształtowanych, jak też bardzo indywidualnych sposobów. Czy psycholog ma prawo pomagać pacjentowi z naruszeniem jego granic rozumienia pomocy i stosując swoją własną definicję „dobra pacjenta”? W kontekście wielokulturowości czy współczesnego pluralizmu wartości odpowiedź nie jest jednoznaczna. Prawo odbiorców pomocy psychologicznej do własnej definicji dobra i szczęścia jest zaś istotnym przedmiotem dyskusji w literaturze przedmiotu (Sikora, Bogatyńska-Kucharska, Szafranski, 2017).

Kwestie pozornie jasne w kontekście wielokulturowości mogą stać się wyzwaniem: nie dla każdego wartością jest chociażby własny komfort, co w świecie „zachodniego” indywidualizmu wydaje się tak oczywiste. Komunikacja, która wychodzi z punktu widzenia kolektywistycznych wartości, może posługiwać się innymi znaczeniami, chociażby dlatego, że wartości te wpływają na zakres wolności wypowiedzi czy otwartość na nowe idee (Hitchcock, 1994). Wartości te definiują, co oznacza „ja”, a co „my” dla danej osoby. W tym kontekście łatwo pomylić różnicę kulturową z tendencjami do nadmiernej zależności od otoczenia czy też z nawet swego rodzaju trudnościami na poziomie poczucia tożsamości. Dodatkowo należy również zwrócić uwagę, jak na kwestie komunikacji w psychoterapii wpływa tzw. wysoko- lub niskokontekstowość kultury – akcent kładziony na werbalne lub niewerbalne elementy komunikacji (Matsumoto, 2007).

Kultura jest również źródłem zachowań o komunikacyjnym charakterze. To, co w jednej perspektywie kulturowej jest istotnym kontekstem wypowiedzianych słów, w innej jest tylko szumem informacyjnym, który dla dobra porozumienia pomiędzy stronami dyskursu należy pominąć (Głodowski, 2006). Doradca, a zwłaszcza psychoterapeuta, musi zwrócić zatem szczególną uwagę na kontrolę niewerbalnych aspektów swojego komunikowania się z klientem czy pacjentem, zwłaszcza gdy ma do czynienia z osobą z kultury wysokokontekstowej. W kulturach wysokokontekstowych to właśnie głównie odpowiednie zachowania w określonych warunkach tworzą treść komunikatu. Nieświadomy tej różnicy psycholog czy psychoterapeuta może stać się przysłowiowym słoniem w składzie porcelany. Pomijając informacje zawarte poza językiem, może przekraczać granice klienta, nawet o tym nie wiedząc.

Kluczem do porozumienia z klientem czy też pacjentem i wspólnej realizacji uzgodnionych w tym dyskursie celów wydaje się zatem wysoka samoświadomość, ale

też świadomość złożoności komunikacji w warunkach wielokulturowości, a także jej wagi dla funkcjonowania jednostek i całych grup społecznych jako różnego rodzaju powiązanych wzajemnie systemów (Budzyńska-Dawidowska, 1999). W pewnych ujęciach tę właściwość nazywamy właśnie kompetencją kulturową osoby zajmującej się profesjonalnie pomocą (Kwiatkowska, Grzymała-Moszczyńska, 2008). Bardziej filozoficznie możemy mówić o swego rodzaju wyjściu poza własne uwarunkowania kulturowe celem spotkania z drugim człowiekiem, gdzie właśnie dialog ma wymiar wspólnototwórczy, ponieważ jest formą wspólnego poszukiwania wartości (Drózd, 2015; Kłoczowski, 2006).

Problemy w komunikacji z pacjentem mogą stanowić zachętę do poddania superwizji ewentualnych problemów diagnostycznych i terapeutycznych. Etnocentryzm, czy towarzyszące mu często stereotypowe postrzeganie przedstawicieli innych kultur, może bowiem kryć w swoim jądrze problem do głębszej pracy superwizyjnej, a także własnej pracy terapeutycznej. Żaden terapeuta nie jest wolny od indywidualnego kontekstu poznawczego własnego doświadczenia i powinno ono podlegać nieustannej refleksji. Bez tej refleksji można w procesie diagnozy pomylić szum informacyjny z istotną informacją kontekstową czy też przypisać płynącym od pacjenta informacjom zupełnie inne, uwarunkowane kulturowo bądź relacyjnie, znaczenie (Kaslow, 2004).

Anegdotyczny, jakkolwiek prawdziwy przykład, stanowi w psychoterapii psychodynamicznej mylenie poczucia humoru, które jest dojrzałym, ale bardzo specyficznym kulturowo mechanizmem obronnym, z wesołkowatością, która może być objawem psychozy. Może się tak zdarzyć wówczas, gdy diagnosta nie zrozumiał dowcipu opowiedzianego przez klienta/pacjenta, a jednocześnie nie miał wystarczającej kompetencji kulturowej, by zwrócić uwagę na własne tło kulturowe i podać w wątpliwość swoje rozumienie usłyszanej wypowiedzi. Mianowicie – w przytoczonej sytuacji – zdrowa osoba pochodząca z innego kręgu kulturowego niemal otrzymała diagnozę psychozy.

Najczęściej wymieniane w literaturze przedmiotu podejście do diagnozy pacjenta z innej kultury jest dosyć oczywiste – klinicysta musi zdobyć wiedzę na temat tła kulturowego pacjenta, aby móc kompetentnie się do niej ustosunkować. Jeśli takich kompetencji mu brakuje, sugerowane jest, aby w trakcie spotkań z danym klientem (pacjentem) poprosił o instruktaz w tej kwestii (Gabbard i in., 2013). Jednakże kompetencja kulturowa psychologa w roli diagnosty jest rozumiana nie tylko jako wiedza o odmiennościach i ich możliwych konsekwencjach. Jest to także zdolność do refleksji nad własnym tłem kulturowym, która wspierana konsultacjami językową i kulturową, a także głębszą konsultacją superwizyjną, pozwoliłaby uniknąć różnego typu zagrożeń. W centrum zainteresowania zaś winna znaleźć się świadomość podstawowego celu diagnozy, jakim jest pomoc wolna od chęci dominacji wynikającej z bezwiednego i naturalnego etnocentryzmu (Barzykowski i in., 2013).

PORADNICTWO PSYCHOLOGICZNE I TERAPIA WOBEC WYZWAŃ WIELOKULTUROWOŚCI

Efektywność poradnictwa psychologicznego i terapii zależy w dużej mierze od tego, czy specjalista potrafi stworzyć wspólnie z klientem (pacjentem) więź opartą na wzajemnym zaufaniu i chęci współdziałania (Cooper, 2010). Aby uzyskać kompetencje kulturowe, klinicyści muszą się odwołać do określonego modelu postępowania. Jeden z nich to świadomość i wrażliwość kulturowa, czyli uczciwa próba dostrzeżenia tego, że każdy

klient (pacjent) wzrastał w konkretnym kontekście kulturowym, który musi być brany pod uwagę, gdy tworzymy jego całościowy profil. W tym przypadku w DSM-5 (APA, 2013) zaproponowano schemat ustrukturalizowanego wywiadu, który koncentruje się na zrozumieniu podejścia pacjenta (klienta) do własnych problemów.

Wywiad na temat ukształtowania kulturowego (*Cultural Formulation Interview* – CFI, wersja polska zob. Krzysztof-Świdorska, 2015) zawiera szesnaście pytań, które klinicysta może wykorzystać, aby w trakcie procesu dokonywania ewaluacji pacjenta (klienta) uzyskać informacje o potencjalnym wpływie kultury, z której ten się wywodzi, na decyzje dotyczące jego stanu psychicznego. Są to pytania o nastawienie klienta (pacjenta) do jego obecnych problemów, o postrzeganie przez niego wpływu innych osób na jego problemy oraz o to, w jaki sposób kultura, z której się wywodzi, może oddziaływać na jego zdolności radzenia sobie z przeżywanymi trudnościami. Poza tym w wywiadzie znajdują się również pytania o doświadczenia klienta (pacjenta) związane z szukaniem pomocy w trapiących go aktualnie problemach w ramach własnej kultury. Celem wywiadu jest próba poznania poglądów osoby badanej na własne zaburzenia z jej perspektywy kulturowej, bez szuffadkowania tych problemów z perspektywy diagnosty.

Inny model postępowania klinicznego to tzw. empatia kulturowa (Gabbard i in., 2013), która polega na autentycznym docenieniu doświadczeń klienta (pacjenta) zdobytych na ścieżce życiowej, odmiennej od drogi przebytej przez klinicystę. Mentalizacja wewnętrznego i zewnętrznego świata drugiej osoby to bowiem podstawowa umiejętność, jaką musi posiadać klinicysta, jeśli chce być dobrym specjalistą w ocenie, diagnozie i pomocy psychologicznej. Aby bowiem ujrzeć punkt widzenia drugiej osoby bez nadmiernego osądzania czy skrywanej pogardy, trzeba wyjść poza własne uprzedzenia i narcyzm. W tym modelu duży akcent kładzie się na wypracowanie na bieżąco świadomości tego, w jaki sposób w każdej chwili interakcji między klinicystą a klientem (pacjentem) oddziałują na siebie ich doświadczenia kulturowe, czy też – używając języka psychoanalizy – na wrażliwą kulturowo analizę przeniesienia i przeciwprzeniesienia oraz oporu (Mohamed, 2013).

Według niektórych koncepcji teoretycznych, nastawionych na mniej dyrektywne metody pracy z klientem, zarówno psychoanalitycznych, jak i humanistycznych, terapeuci powinni poczekać z poruszaniem pewnych kwestii, aż klienci sami podejmą dany temat. Inne z kolei podkreślają, że to do terapeutów należy wskazanie różnic między nimi a klientami (pacjentami), a przez to zachęcenie ich do rozmowy na ten temat przy jednoczesnym zaznaczeniu niesymetrycznego podziału władzy w relacji terapeutycznej. Uważa się bowiem, że terapeuci, którzy przepracują w sobie wymienione kwestie, będą w stanie bardziej kreatywnie współpracować z osobami z innych kultur (Mohamed, 2013).

TERAPIA RODZIN JAKO SZCZEGÓLNE WYZWANIE W DOBIE WIELOKULTUROWOŚCI

Zagadnienie kultury łączy się w kontekście terapii z zagadnieniem rodziny na co najmniej dwa sposoby. Po pierwsze, rodzina jest środowiskiem, w którym odbywa się proces kulturotwórczy (Dyczewski, 2003). Kultura jest przekazywana, rewidowana i odtwarzana w rodzinie oraz innych systemach społecznych i instytucjach (APA, 2013). Po drugie, wielokulturowy kontekst diagnozy i terapii, a także wynikające z niego dy-

lematy etyczne, wpływa również na proces diagnozy i terapii rodzin, gdzie, zwłaszcza wedle przedstawicieli szkoły komunikacyjnej, która rozwinęła się w ramach terapii systemowej, problemy w porozumiewaniu się stoją za niemal każdą przeżywaną trudnością (Harwas-Napierała, 2014).

Medialnym przykładem, jak w odniesieniu do rodziny pozornie oczywiste pojęcia są różnie pojmowane kulturowo, wydaje się sytuacja polskich rodzin w Norwegii. Rozumienie dobra dziecka w tamtejszym kontekście kulturowym jest wysoce zindywidualizowane, podczas gdy w Polsce, nawet w kontekście litery prawa, jest ono ściśle powiązane z systemem rodzinnym, w jakim dziecko rozwija się i wzrasta w kierunku zdolności pełnienia różnorodnych ról społecznych (Krzysztof-Świdorska, 2018). Konsekwencją tej różnicy jest wybór sposobu pomocy dziecku. W norweskim kontekście kulturowym łatwiej jest podjąć decyzję o przeniesieniu dziecka do innej rodziny, która obejmie nad nim pieczę zastępczą, zapewniając mu optymalny poziom rozwoju w okresie pracy nad poprawą warunków rodzinnych. Natomiast w kontekście polskim pomoc dla dziecka jest realizowana poprzez wsparcie, jakie otrzymuje cała jego rodzina, której jest częścią.

Rola psychologa we wsparciu dla rodziny zróżnicowanej kulturowo może zostać metaforycznie określona jako rola „tłumacza emocji”, które mogą pojawiać się w różnych kontekstach życia rodzinnego. Metafora ta tym bardziej zyskuje wagę w ramach komunikacyjnego podejścia do terapii rodzinnej, w którym każdy gest, czyn czy sytuacja niosą ze sobą komunikat i prowadzą do sprzężeń zwrotnych w systemie, jakim jest rodzina (Budzyńska-Dawidowski, 1999). A zatem wszystkie zachowania generowane przez członków rodziny nie tylko są informacją dla innych jej członków, ale też niosą ze sobą pewien ładunek emocjonalny, co też powoduje wzajemne ich oddziaływanie w sposób, który uniemożliwia rozróżnienie skutku i przyczyny. Własny stan psychiczny poszczególnych jej członków również stanowi informację o znaczeniu danego zachowania. W rodzinie monokulturowej jest to tak subtelne, że niemal niezauważalne, a w rodzinie wielokulturowej stanowić może nie lada wyzwanie.

Zarówno psychologia międzykulturowa, jak i współczesna psychologia rodziny bazująca na podejściu systemowym wiodą nas do tego samego wniosku: prawidłowe odczytywanie znaczeń zachowań w ramach rodziny jest jedyną drogą do jej dobrego funkcjonowania i rozwoju. Z metafory psychologa we wsparciu dla rodziny zróżnicowanej kulturowo jako „tłumacza emocji” wynika, że psychologa działającego w zakresie pomocy rodzinie wielokulturowej dotyczą wszystkie te zasady i ograniczenia, które dotyczą tłumaczy pracujących przy udzielaniu pomocy psychologicznej osobom obcojęzycznym, pochodzącym z innej kultury (Wądołowska, 2014). Powinien zatem uwzględnić różnice obyczajowe, w rozumieniu kontekstu wypowiedzi i nadawaniu im znaczeń, które zachodzą zarówno pomiędzy kulturami poszczególnych członków rodziny, jak i tymi kulturami a jego własną kulturą. Ostatnie jest to bardzo istotne nie tylko dlatego, by uniknąć nieporozumień, ale też by uniknąć pułapki etnocentryzmu jako pewnej naturalnej reakcji, zwłaszcza w sytuacji doradztwa wielokulturowego (Barzykowski i in., 2013). Należy również zaznaczyć, że w pewnych konfiguracjach kulturowych – gdy psycholog podziela kulturę pochodzenia z jednym z członków rodziny – niezwykle rośnie ryzyko uwikłania po jednej ze stron potencjalnych konfliktów, a zatem psychologowi trudniej jest zachować neutralność oraz pozycję pomagającego i towarzyszącego rodzinie profesjonalisty.

Refleksja nad kulturą własną i jej ograniczeniami również może mieć walor modelu zachowania w sytuacji różnic międzykulturowych, czyli stanowić swego rodza-

ju standard. W pewnych granicach może być ona zatem otwarta wobec osób, którym psycholog udziela pomocy – możemy rozmawiać z klientami i pacjentami o tym, co nas różni. Granice tych rozmów są związane z rozgraniczeniem między refleksją nad własną kulturą a refleksją osobistą. Tę ostatnią należy w przeważającej mierze zachować na spotkania superwizyjne.

Można zatem powiedzieć, że praca z rodziną wielokulturową wymaga jeszcze większej autorefleksji i lepszej samokontroli niż praca psychologiczna z rodziną z kultury własnej. Jest to bez wątpienia istotna część tzw. kompetencji kulturowej, związanej z otwartością w sytuacji różnego typu odmienności (Hansen, Pepitone-Arreola-Rockwell, Greene, 2000). Dzieci, których tożsamość jest budowana przez świadomych wychowawczo rodziców, w warunkach odmienności staje się bogatsza i lepiej zintegrowana, co bardziej przygotowuje je do funkcjonowania w warunkach stale rosnącej kulturowej różnorodności (Schwartz i in., 2009).

W przypadku pracy z rodziną, a zwłaszcza z rodziną wielokulturową, niezwykle ważna jest też pewna świadomość znaczenia systemowego swojej roli jako psychologa. Psycholog, jako osoba z własnym kontekstem poznawczym, czyli pewnym bagażem doświadczeń i własnym tłem kulturowym nie pozostaje nigdy, nawet przy dużej wadze przykładanej do własnej neutralności i profesjonalizmu, obojętny dla rodziny (de Barbaro, 1999). Staje się, a przynajmniej stać się powinien, dodatkowym elementem systemu, wpływającym nań w subtelny, niedyrektywny, a tym samym niezwykle skuteczny sposób. Psycholog, rozumiejąc swoją rolę jako swego rodzaju tłumacza odmienności i towarzysza wspólnej drogi, nie wykazuje bowiem tendencji do przekraczania granic intymności i prywatności rodziny, a także narzucania swojej wizji dobrostanu systemu rodzinnego czy też charakteru udzielanej pomocy.

Należy przy tym zaznaczyć, że są to obecnie standardy pracy z rodziną w ogóle. Niemniej w sytuacji wielokulturowości dużo trudniej jest je spełnić. Zwłaszcza, że wymagają ogromnej kulturowej samoświadomości, za którą konsekwentnie idą pokora, uważność i wrażliwość na odmienne postrzeganie rzeczywistości, wynikające z odmiennych wartości (Hitchcock, 1994). To właśnie utrzymanie się w roli takiego właśnie „tłumacza emocji”, które mogą pojawiać się w różnych kontekstach życia rodzinnego, stanowi największe wyzwanie pracy z rodziną wielokulturową. W pewien, jakkolwiek dalece niewystarczający na potrzeby klientów o odmiennej kulturze, sposób, wspomina o poszanowaniu różnic, w tym odmiennych systemów wartości punkt 4 obowiązującego Kodeksu Etycznego Psychologa (PTP, 2018).

PODSUMOWANIE

Kompetencje kulturowe umożliwiają postawienie dokładnej diagnozy i zwiększają skuteczność leczenia. Wrażliwość na kwestie kulturowe poprawia poziom wyczulenia na punkt widzenia osoby poszukującej pomocy psychologicznej i umacnia przymierze terapeutyczne. Dzięki kompetencjom kulturowym wyostrza się u klinicysty rozumienie takich zjawisk jak stygmatyzacja, normy, różnice, patologie i dewiacje, a tym samym poszerza się wiedza kliniczna i większa profesjonalizm wykonywanych usług. Kompetencje kulturowe pozwalają również na lepsze zrozumienie różnorodnych sposobów funkcjonowania psychiki człowieka oraz stanu danej osoby, która szukając pomocy zgłosiła się z konkretnym problemem do profesjonalisty od zdrowia psychicznego.

BIBLIOGRAFIA

- Anczyk, A., Grzymała-Moszczyńska, H. (2013). *Granice szaleństwa – granice kultury*. W: A. Anczyk, H. Grzymała-Moszczyńska (red.), *Granice szaleństwa – granice kultury* (s. 7–25). Katowice: Wydawnictwo Sacrum.
- APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington: American Psychiatric Association.
- APA (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57, 1060–1073.
- Barbaro de, B. (1999). *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Barzykowski, K., Grzymała-Moszczyńska, H., Dzida, D., Grzymała-Moszczyńska, J., Kosno, M. (2013). *One są wśród nas. Wybrane zagadnienia diagnozy psychologicznej dzieci i młodzieży w kontekście wielokulturowości oraz wielojęzyczności*. Warszawa: ORE.
- Budzyna-Dawidowski, P. (1999). Komunikacja w rodzinie. W: B. de Barbaro (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny* (s. 56–69). Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Butcher, J.N., Han, K. (1996). Methods of establishing cross-cultural equivalence. W: J.N. Butcher (red.), *International adaptations of the MMPI-2* (s. 44–66). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J.N., Hooley, J.M., Mineka, S. (2017). *Psychologia zaburzeń. DSM-5*. Sopot: GWP.
- Butcher, J.N., Tsai, J., Coelho, S., Nezami, E. (2006). Cross cultural applications of the MMPI-2. W: J.N. Butcher (red.), *MMPI-2: The practitioner's handbook* (s. 105–135). Washington: American Psychological Association.
- Chiu, C., Hong, Y. (2018). Cultural competence: dynamic processes. Retrieved 03.04.2018. <https://www.researchgate.net/publication/228355348>.
- Chiu, C., Leung, A.K., Kwan, L. (2007). Language, cognition, and culture: Beyond the Whorfian hypothesis. W: S. Kitayama, D. Cohen (red.), *Handbook of cultural psychology* (s. 668–688). New York: Guilford Press.
- Cooper, M. (2010). *Efektywność psychoterapii i poradnictwa psychologicznego. Wyniki badań i praktyka kliniczna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Diller, J.V. (2007). What it means to be culturally competent. W: J.V. Diller (red.), *Cultural diversity: A primer for the human services*. Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.
- Dobek-Ostrowska, B. (1999). *Podstawy komunikowania społecznego*. Wrocław: Astrum.
- Drożdż, M. (2015). Dialog jako doświadczenie etyczne. *Studia Socialia Cracoviensia*, 7, 9–21
- Drożdżowicz, L. (1999). Ogólna teoria systemów. W: B. de Barbaro (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny* (s. 9–17). Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Dyczewski, L. (2003). *Rodzina twórcą i przekazicielem kultury*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- EUROSTAT (2018). *Residence permits for non-EU citizens*. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/9333446/3-25102018-AP-EN.pdf/3fa5fa53-e076-4a5f-8bb5-a8075f639167> (dostęp: 01.06.2018).
- Gabbard, G.O., Roberts, L.W., Crisp-Han, H., Ball, V., Hobday, G., Rachel, F. (2013). *Profesjonalizm w psychiatrii*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Głodowski, W. (2006). *Komunikowanie interpersonalne*. Warszawa: Hansa Communication.
- Guindon, M.H., Sobhany, M.S. (2001). Toward cultural competency in diagnosis. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 23, 269–282.
- Hansen, N.D., Pepitone-Arreola-Rockwell, F., Greene, A.F. (2000). Multicultural competence: Criteria and case examples. *Professional Psychology – Research and Practice*, 31, 652–660.
- Harwas-Napierała, B. (2014). Specyfika komunikacji interpersonalnej w rodzinie ujmowanej jako system. W: I. Janicka, H. Liberska (red.), *Psychologia rodziny* (s. 47–93). Warszawa: PWN.

- Hańderek, J. (2015). Pojęcia i definicje kultury. W: P. Mróz (red.), *Filozofia kultury* (s. 23–42). Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Hays, P.A. (2008). *Addressing cultural complexities in practice: Assessment, diagnosis, and therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Hogan, M. (2007). Introduction: Cultural diversity competence: A proactive response to change and cultural complexity. W: M. Hogan (red.), *Four skills of cultural diversity competency: A process for understanding and practice*. Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.
- Hitchcock, D.I. (1994). *Asian Values and the United States: How much Conflict?* Washington: Centre to Strategic and International Studies.
- Kalsow, N. (2004). Competencies in Professional Psychology. *American Psychologist*, 59, 774–781.
- Kłoczkowski, J.A. (2006). *Filozofia dialogu*. Poznań: W Drodze.
- Krzysztof-Świdarska, A. (2015). *Wywiad Ukształtowania Kulturowego (CFI). Thum. A. Krzysztof-Świdarska*, manuskrypt.
- Krzysztof-Świdarska, A. (2018, Listopad). *Conceptualizing “the best interest of the child”: the case of Poland*. Referat na konferencji “Decisions and Justification in Child Protection Services”, Kraków, Akademia Ignatianum.
- Kwiatkowska, A., Grzymała-Moszczyńska, H. (2008). Psychologia międzykulturowa. W: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (s. 451–487). GWP: Gdańsk.
- Matsumoto, D. (2007). Culture, context and behavior. *Journal of Personality*, 75, 1285–1319.
- Mohamed, C. (2013). Terapia wrażliwa na różnice kulturowe. W: C. Feltham, I. Horton (red.), *Psychoterapia i poradnictwo. T. 2* (s. 406–422). Sopot: GWP.
- Nęcki, Z. (1992). *Komunikowanie interpersonalne*. Wrocław: Ossolineum.
- Okazaki, M., Okazaki, S., Sue, S. (2009). Clinical personality assessment with Asian Americans. W: J.N. Butcher, *Oxford Handbook of Personality Assessment* (s. 377–395). Oxford: Oxford University Press.
- Penkala-Gawęcka, D. (1994). Antropologiczne spojrzenie na chorobę jako zjawisko kulturowe. *Medycyna Nowożytna*, 1/2, 5–16.
- Polskie Towarzystwo Psychologiczne (2018). *Kodeks Etyczny Psychologa PTP. Projekt nowelizacji Kodeksu Etyczno-Zawodowego Psychologa*. <http://ptp.krakow.pl/wp-content/uploads/2018/12/Nowelizacja-Kodeksu-2122018.pdf> (dostęp: 07.01.2019).
- Schwartz, S.J., Zamboanga, B.L., Weiskirch, R.S., Wang, S.C. (2009). The relationships of personal and cultural identity to adaptive and maladaptive psychosocial functioning in emerging adults. *The Journal of Social Psychology*, 150, 1–33.
- Shahrokh, N.C., Hales, R.E. (2009). *Amerykański słownik psychiatryczny*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Shannon, C.E., Weaver, W. (1964). *The mathematical theory of Communications*. University of Illinois Press, Urbana-Champaign.
- Sikora, K., Bogatyńska-Kucharska, A., Szafrański, M. (2017). *Projekt nowelizacji Kodeksu Etyczno-Zawodowego Psychologa PTP*. Wystąpienie na konferencji ogólnopolskiej „Dylematy Etyczne Psychologów”. Kraków: Akademia Ignatianum.
- Simons, R.C., Hughes, C.C. (red.). (1985). *The culture-bound syndromes*. Dordrecht: Reidel.
- Stangierska, I., Horst-Sikorska, W. (2007). Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 1, 58–68.
- Sue, D.W., Arrendondo, P., McDavis, R.J. (1995). Appendix III. W: J.G. Ponterotto, J.M. Casas, L.A. Suzuki, C.M. Alexander (red.), *Handbook of multicultural counselling*. Thousand Oaks: Sage.
- Sue, D.W., Constantine, M.G. (2007). Racial microaggressions as instigators of difficult dialogues on race: Implications for student affairs educators and students. *College Student Affairs Journal*, 26, 136–143.
- Wakefield, M.A., Garner, D.L., Pehrsson, D., Tyler, T. (2010). *A model for analyzing critical cultural domains in counse-*

- lor development. http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas10/Article_72.pdf. dostęp: 07.01.2019
- Wądołowska, M. (2014). *Praca z tłumaczem w terapii i diagnozie psychologicznej. Specyfika pracy oraz zalecenia dla psychologów i terapeutów pracujących z tłumaczami na rzecz osób obcojęzycznych*. Warszawa: Stowarzyszenie Centrum Inicjatyw Międzykulturowych.
- Wciórka, J. (2011). Klasyfikacje zaburzeń psychicznych. W: S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.), *Psychiatria kliniczna*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Wikan, U. (2002). *Generous betrayal. Politics of culture in the New Europe*. Chicago: The University of Chicago Press.

MULTICULTURALISM IN THE WORK OF PSYCHOLOGISTS: ETHICS AND PRACTICE IN A CONTEXT OF CLINICAL DIAGNOSIS AND THERAPEUTIC WORK

Abstract: The article contains a review of basic notions connected with the consequences of an increasing multiculturalism of Polish society for the professional ethics of a psychologist in a clinical context. In the first part the issues connected with a psychological diagnosis of people of different cultural background are presented. Also, a notion of a culturally sensitive diagnosis and a specificity of interpersonal communication in a multicultural environment are described. In the second part, issues regarding psychotherapy and psychological help for people of different

cultural backgrounds, with a particular attention drawn to a therapy of families culturally diverse, where the rules of communicative school of the system therapy gain an additional value are described. In both parts of the article, a particular attention is given to the contemporary understanding of the notion of cultural competency in the work of psychologists-practitioners.

Keywords: cultural factors in psychological diagnosis, psychological diagnosis, ethics of psychologists' profession, intercultural communication, cultural differences.