

Psychiatrii”, w którym wyodrębniono specjalny dział zatytułowany „Clinical Cases Section” (Przypadki kliniczne), poświęcony studiom przypadków diagnozowanych w konkretnych grupach kulturowych (Tanaka-Matsumi, 2001). Opisy przypadków obejmują kliniczną historię choroby (zaburzenia), charakterystykę środowiska kulturowego i tożsamości kulturowej pacjenta, kulturowe wyjaśnienie choroby, opis czynników kulturowych związanych ze środowiskiem psychospołecznym i poziomem funkcjonowania jednostki, charakterystykę kulturowych elementów relacji klinicysta–pacjent oraz ogólną ocenę kulturową. Takie inicjatywy z pewnością będą się przyczyniać do wzrostu kulturowej trafności systemów klasyfikacji zaburzeń psychicznych.

### **12.3.2. Międzykulturowa diagnoza zaburzeń psychicznych**

Poza opracowaniem trafnej i rzetelnej klasyfikacji zaburzeń psychicznych niezwykle ważne jest stworzenie narzędzi, które trafnie i rzetelnie mierzyłyby zachowania, emocje oraz inne parametry psychologiczne związane z chorobami psychicznymi. Do takich narzędzi należą kwestionariusze, scenariusze wywiadów lub wystandaryzowane zadania wymagające od osoby badanej podjęcia określonych zachowań.

Nietrudno się domyślić, że wiele spośród problemów związanych z trafnym i rzetelnym pomiarem dowolnej zmiennej psychologicznej w celach badawczych odnosi się też do narzędzi pomiaru psychopatologii. Na przykład przeniesienie narzędzia diagnostycznego opracowanego w jednej kulturze do innego środowiska kulturowego i stosowanie go wśród członków innej grupy kulturowej może być utrudnione ze względu na specyficzne kulturowo przejawy stresu (cierpienia) psychicznego. Kleinman (1995) zwraca uwagę na fakt, że w wielu pozycjach danego narzędzia diagnostycznego mogą występować sformułowania tak charakterystyczne dla kultury, w której to narzędzie powstało (na przykład „mieć doła”), że przełożenie ich wprost na język innej kultury nie miałoby sensu. Draguns (1997) dokonał niedawno przeglądu kilku zagadnień związanych tym obszarem pomiaru psychologicznego, między innymi ekwiwalencji bodźców, charakterystyki badanych prób, porównywalności konstruktywów teoretycznych, urządzeń wykorzystywanych w badaniach eksperymentalnych oraz wpływu osoby badającej. Te problemy (a także kilka innych) sprawiają, że trafny i rzetelny pomiar psychopatologii w różnych kulturach jest zadaniem niezwykle trudnym i złożonym.

Z krytycznej analizy narzędzi diagnostycznych używanych w różnych kulturach wyłania się niewesoły obraz rzeczywistości. Większość tradycyjnych narzędzi diagnozy klinicznej opiera się na standardowej definicji psychopatologii i odwołuje się do standardowego zbioru kryteriów klasyfikacji zaburzeń. Takie narzędzia mogą być bezużyteczne w kulturach, w których obowiązują inne definicje, niezależnie od jakości przekładu na język danej kultury; ponadto mogą maskować lub pomijać specyficzne kulturowo przejawy zaburzeń (Marsella, 1979).

Problemy diagnostyczne, jakie napotykamy w międzykulturowych badaniach poświęconych schizofrenii i depresji, ilustrują ograniczenia tradycyjnych metod diagnostycznych.

Na przykład w omówionych wcześniej badaniach WHO schizofrenię diagnozowano przy użyciu metody zwanej badaniem stanu obecnego (*Present State Examination* – PSE). Leff (1986) zwraca uwagę na etnocentryczne zniekształcenia takich procedur, jak PSE czy CMI (*Cornell Medical Index*). Autorzy psychiatrycznego badania kwestionariuszowego przeprowadzonego wśród członków nigeryjskiego plemienia Joruba musieli uzupełnić PSE o dolegliwości specyficzne kulturowo, na przykład „poczucie powiększonej głowy i gęsia skórka”.

Standardowe narzędzia służące do diagnozowania depresji również mogą pomijać ważne kulturowe przejawy tego zaburzenia u mieszkańców Afryki (Beiser, 1985) i u rdzennych Amerykanów (Indian północnoamerykańskich; Manson, Shore i Bloom, 1985). Autorzy zakrojonego na dużą skalę badania dotyczącego depresji wśród rdzennych Amerykanów (Manson i Shore, 1981; Manson i in., 1985) opracowali specjalne narzędzie – skalę depresji u Indian północnoamerykańskich (*American Indian Depression Schedule* – AIDS) – służące do diagnozowania choroby depresyjnej w tej grupie kulturowej. Badacze ustalili, że u cierpiących na depresję Indian Hopi występują symptomy nieujęte w standardowych miarach depresji, takich jak DIS (*Diagnostic Interview Schedule*) czy SADS (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*). Te narzędzia, oparte na kryteriach diagnostycznych przedstawionych w podręczniku DSM-III (American Psychiatric Association, 1987), nie obejmowały krótkotrwałych, lecz ostrych stanów dysforycznych doświadczanych czasami przez Indian Hopi (Manson i in., 1985).

Narzędziem powszechnie używanym w badaniach dzieci jest Lista Zachowań Dziecięcych (*Child Behavior Checklist* – CBCL; Achenbach, 2001) wykorzystywana do diagnozowania problemów emocjonalnych i behawioralnych u dzieci z różnych krajów świata, takich jak Tajlandia, Kenia i Stany Zjednoczone (Weisz, Sigman, Weiss i Mosk, 1993; Weisz i in., 1988); Chiny (Su, Yang, Wan, Luo i Li, 1999); Izrael i Palestyna (Auerbach, Yirmiya i Kamel, 1996); oraz Australia, Jamajka, Grecja i dziewięć innych krajów (Crijnen, Achenbach i Verhulst, 1999). Większość badań wykazała, że w porównaniu ze swymi rówieśnikami z innych kultur (zwłaszcza ze społeczeństw kolektywistycznych) dzieci amerykańskie na ogół przejawiają wyższy poziom zachowań słabo kontrolowanych (tak zwanej eksternalizacji zachowań – na przykład gwałtownych zachowań typu *acting out* i zachowań agresywnych) oraz niższy poziom zachowań nadmiernie kontrolowanych (internalizacji zachowań – na przykład lęklivosti i somatyzacji). Zatem CBCL (w niektórych wypadkach w nieco zmodyfikowanej wersji) jest powszechnie używana w wielu kulturach do oceny problematycznych zachowań dzieci. Jednak w badaniu przeprowadzonym wśród rodziców z indiańskiego plemienia Dakotów, które miało na celu ocenę adekwatności i użyteczności CBCL w tej kulturze, indiańscy rodzice mieli trudności z udzieleniem odpowiedzi na część pytań kwestionariusza, ponieważ nie uwzględniono w nich dakockich

wartości i tradycji kulturowych, a także dlatego, że badani rodzice obawiali się, iż udzielone przez nich odpowiedzi zostaną błędnie zinterpretowane przez członków kultury dominującej, którzy nie mają wystarczającej wiedzy o kulturze dakockiej (Oosterheld, 1997). To spostrzeżenie – podobnie jak wyniki innych badań – podkreśla doniosłe znaczenie dokonania krytycznej analizy narzędzia diagnostycznego przed zastosowaniem go w kulturze innej niż ta, w której powstało.

Część badaczy (Higginbotham, 1979; Lonner i Ibrahim, 1989; Marsella, 1979) przedstawiła wskazówki pomocne w opracowaniu miar, które mogłyby być wykorzystywane do diagnozy zaburzeń psychicznych w różnych kulturach. Ich zdaniem wrażliwe kulturowo metody diagnostyczne powinny uwzględniać społeczno-kulturowe normy zdrowego przystosowania oraz kulturowe definicje psychopatologii. Higginbotham podkreśla również istotne znaczenie tradycyjnych systemów leczenia oraz ich wpływu na zaburzenia psychiczne. Wyniki niektórych badań wskazują, że ludzie cierpiący na zaburzenia odpowiadające kulturowym kategoriom psychopatologii często zwracają się o pomoc do tradycyjnych uzdrowicieli (Leff, 1986). Nieznajomość **specyficznych kulturowo systemów leczenia** prowadzi zatem do pomijania części przejawów danego zaburzenia. Ocena kulturowo uwarunkowanych systemów leczenia powinna także ułatwiać planowanie działań terapeutycznych, które jest jednym z najważniejszych celów tradycyjnej diagnozy psychologicznej (Carson i in., 1988).

Inni badacze wykazali, że przynależność kulturowa terapeuty i pacjenta może wywierać istotny wpływ na spostrzeganie i ocenę zdrowia psychicznego. Na przykład Li-Repac (1980) przeprowadziła badanie, w którym próbowała ocenić wpływ kultury na podejście diagnostyczne terapeutów. Z uczestnikami tego badania – amerykańskimi pacjentami (mężczyznami) pochodzenia chińskiego i europejskiego – przeprowadzono wywiady, nagrywając je na taśmie wideo. Następnie poproszono grupę amerykańskich terapeutów (także mężczyzn) pochodzenia chińskiego i europejskiego, aby na podstawie tych nagrań ocenili poziom funkcjonowania psychicznego badanych pacjentów. Analizując wpływ przynależności kulturowej terapeuty i pacjenta na oceny dokonywane przez terapeutów, autorzy zaobserwowali efekt interakcyjny tych dwóch zmiennych. Biali terapeuci oceniali pacjentów pochodzenia chińskiego jako onieśmiałych, dezorientowanych i nerwowych, chociaż terapeuci pochodzenia chińskiego określali te same osoby jako dobrze przystosowane, szczerze i przyjazne. Z kolei pacjenci pochodzenia europejskiego byli spostrzegani jako otwarci i swobodni przez białych terapeutów, lecz jako agresywni i buntowniczy przez terapeutów pochodzenia chińskiego. Ponadto terapeuci pochodzenia europejskiego oceniali pacjentów wywodzących się z kultury chińskiej jako bardziej przygnębionych i odznaczających się słabszymi umiejętnościami społecznymi, a terapeuci pochodzenia chińskiego oceniali zaburzenia występujące u białych pacjentów jako poważniejsze niż problemy pacjentów pochodzenia azjatyckiego. Otrzymane wyniki świadczą o tym, że oceny dotyczące prawidłowego, zdrowego funkcjonowania psychicznego mogą się różnić w zależności od pochodzenia kulturowego osoby oceniającej oraz od przyjętej przez nią definicji normalności.

Lopez (1989) opisał dwa typy błędów popełnianych w procesie formułowania diagnozy klinicznej: nadmierną patologizację (*overpathologizing*) oraz niedostateczną patologizację (*underpathologizing*). **Nadmierna patologizacja** występuje wtedy, gdy klinicysta, nie znając środowiska kulturowego pacjenta, błędnie ocenia jego zachowanie jako patologiczne, chociaż w rzeczywistości mieści się ono w granicach normalnej zmienności behawioralnej występującej w danej kulturze. Na przykład w niektórych kulturach słyszenie głosów zmarłych krewnych jest uważane za normalne, ale klinicysta nieświadomy tej cechy środowiska kulturowego swego pacjenta mógłby uznać jego zachowanie za przejaw zaburzenia psychiatrycznego. **Niedostateczna patologizacja** natomiast ma miejsce wtedy, kiedy klinicysta interpretuje wszystkie zachowania pacjenta jako uwarunkowane kulturowo – na przykład uznaje przytłumioną, „płaską” ekspresję emocjonalną za przejaw charakterystycznego dla danej kultury stylu komunikacji, podczas gdy w rzeczywistości takie zachowanie pacjenta może być symptomem depresji.

Wreszcie, jedno z interesujących zagadnień poruszanych w najnowszej literaturze przedmiotu dotyczy problemów językowych w diagnozie psychologicznej. Coraz częściej zdarza się, że język ojczysty i kultura pacjenta są różne od języka i kultury klinicysty (diagnosty). Niektórzy badacze (np. Oquendo, 1996a; 1996b) uważają, że diagnoza pacjentów dwujęzycznych winna być przeprowadzana w obu językach, najlepiej przez dwujęzycznego klinicystę lub z pomocą tłumacza o wykształceniu psychologicznym. Zwolennicy tego rozwiązania uzasadniają swój pogląd tym, że – jak pamiętamy z rozdziału dziesiątego – w języku mogą być zakodowane istotne niuanse kulturowe, nieprzetłumaczalne na język innej kultury. Innymi słowy, przekładając podstawowe zwroty i terminy psychologiczne z jednego języka na inny, możemy uzyskać ich najbliższe odpowiedniki semantyczne, zmieniając jednak pewne niuanse, asocjacje i osadzone w kontekście znaczenia. Oquendo (1996a) uważa też, że pacjenci mogą używać drugiego języka jako swego rodzaju tarczy ochronnej, pozwalającej im unikać intensywnych emocji. Dwujęzyczna diagnoza i terapia mogłyby się przyczynić do rozwiązania tego problemu.

### 12.3.3. Pomiar osobowości jako metoda diagnozowania psychopatologii w różnych kulturach

Jedno z interesujących międzykulturowych zastosowań testów osobowości polega na wykorzystywaniu ich nie tylko do badania osobowości, ale także do oceny stanów klinicznych i psychopatologii. Tego rodzaju ocenę najczęściej przeprowadza się przy użyciu kwestionariusza MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*). Butcher, Lim i Nezami (1998) dokonali niedawno analizy zastosowań kwestionariusza MMPI w różnych krajach i kulturach: w sześciu kulturach azjatyckich, w sześciu kulturach hiszpańskojęzycznych, w ośmiu kulturach europejskich oraz w trzech kulturach bliskowschodnich. Autorzy opisali popularne procedury wykorzystywane przez badaczy w celu zaadaptowania MMPI do użytku

w danej kulturze, między innymi technikę przekładu wstecznego, ocenę obu wersji językowych metodą test–retest, badanie ekwiwalencji i tym podobne. Oto, do jakich wniosków doszli autorzy tej analizy:

Badania kliniczne (studia przypadków) pacjentów z różnych kultur wykazują, że interpretacje wyników kwestionariusza MMPI-2 formułowane z perspektywy amerykańskiej na ogół prowadzą do spójnych wniosków dotyczących pacjentów klinicznych z innych krajów. (...) Komputerowe interpretacje wyników MMPI-2 wydają się cechować wysokim poziomem trafności, kiedy stosuje się je w odniesieniu do pacjentów z innych krajów. Komputerowe raporty oparte na opracowanych w Stanach Zjednoczonych strategiach interpretacji zostały ocenione przez klinicystów jako bardzo trafne, kiedy zastosowano je w Norwegii, w Australii i we Francji (s. 207).

Badania kliniczne prowadzone w różnych kulturach przy użyciu takich skal osobowości, jak MMPI, okazały się zatem stosunkowo trafną i rzetelną metodą diagnozowania psychopatologii w kulturach innych niż amerykańska. To spostrzeżenie pozostaje w zgodzie z przekonaniem o istnieniu uniwersalnej struktury osobowości, którą można trafnie i rzetelnie badać przy użyciu metod opracowanych w Stanach Zjednoczonych lub w Europie. Jeśli taka uniwersalna struktura osobowości rzeczywiście istnieje i jeśli można ją mierzyć przy użyciu pewnych narzędzi, to wszelkie odchylenia od tej struktury, przyjmujące postać psychopatologii, również powinny być mierzone tymi samymi metodami.

Inni badacze uważają jednak, że niektóre pozycje kwestionariusza MMPI mają różne znaczenie w zależności od kultury. Na przykład odpowiedź „tak” na twierdzenie: „Czasami wstępują we mnie złe duchy”, nie musi być przejawem patologii u Portorykańczyków, ponieważ w ich kulturze powszechnie praktykuje się spirytyzm (Rogler, Małgady i Rodriguez, 1989). Ostatnio podejmowane są próby rozwiązania tego problemu poprzez opracowywanie specyficznych kulturowo miar osobowości, takich jak Chiński Inwentarz Osobowości (*Chinese Personality Assessment Inventory* – CPAI; Cheung, Kwong i Zhang, 2003). CPAI – łączący w sobie aspekty uniwersalne (*etic*) i specyficzne dla kultury chińskiej (*emic*), między innymi pojęcia występujące tylko w tej kulturze – został opracowany z myślą o badaniu pacjentów pochodzących z Chin. Ów kwestionariusz wydaje się bardziej trafny i użyteczny w ocenie zdrowia psychicznego w tej populacji niż importowane narzędzia diagnostyczne.

## 12.4. Zdrowie psychiczne przedstawicieli mniejszości etnicznych i migrantów

Nie dysponujemy zadowalającą wiedzą dotyczącą częstości występowania zaburzeń psychicznych wśród członków amerykańskich mniejszości etnicznych. Jedną z przyczyn tego stanu rzeczy jest fakt, że w dawnych badaniach dotyczących