

Richard H. Dana (1998) zalicza do nich między innymi wyodrębnione przez Eysencka wymiary ekstrawersji – introwersji, neurotyczności i psychotyczności, a także oceny dokonane za pomocą dyferencjału semantycznego i wymiar indywidualizmu – kolektywizmu. Natomiast stosując do opisu osobowości badanego człowieka kategorie, których trafności nie sprawdzono w badaniach międzykulturowych, nigdy nie możemy być pewni, czy przypadkiem nie próbujemy przedstawić wielbłąda jako garbatego, niepełnosprawnego konia.

3.3.2.2. Rozumienie Innego

Różne opisane do tej pory formy troski o to, by procedury diagnostyczne były *fair* wobec przedstawicieli innych kultur, stanowią – można powiedzieć – poziom elementarny kompetencji kulturowej. Trudno mówić o psychologicznym poznawaniu innego człowieka, gdy stosowane w tym celu instrumenty są ślepe na to, co w tym człowieku najbardziej specyficzne, gdy są obciążone kulturowym egocentryzmem, gdy prowadzą do dyskryminacji i stygmatyzacji zamiast do zrozumienia. Prócz tego elementarnego poziomu można także wskazać inny rodzaj refleksji i praktyki, który należałoby określić jako poziom zaawansowany kompetencji kulturowej. Chodzi w nim nie tylko o wyeliminowanie niesprawiedliwych praktyk diagnostycznych, ale przede wszystkim o rozumienie człowieka jako istoty kulturowej – ukształtowanej przez kulturę i żyjącej na co dzień w świecie stworzonym przez zjawiska i procesy społeczno-kulturowe. I to o rozumienie nie tylko teoretyczne, ale też o umiejętność uchwycenia czynników społeczno-kulturowych, obecnych w konkretnych sytuacjach, kształtujących losy i problemy konkretnych osób. Okazało się bowiem w badaniach, że jedno wcale nie implikuje automatycznie drugiego. Osoby, które mają za sobą szkolenie z zakresu psychologii międzykulturowej, nabierają wprawdzie większego zaufania do swojej kompetencji kulturowej, ale nie wiąże się to z poprawą kulturowej jakości dokonywanych przez nich konceptualizacji przypadku (Constantine, 2001).

Konkluzja ta zapoczątkowała kolejne badania, w których stawiano pytanie o naturę i uwarunko-

wania praktycznej kompetencji kulturowej. Kompetencję tę mierzono zarówno za pomocą kwestionariuszy samoopisowych, jak i prób zadaniowych, wymagających praktycznej demonstracji posiadanych umiejętności. Próby polegały na opracowaniu krótkiej konceptualizacji przypadku na podstawie standardowego materiału na temat klienta – mogły nim być nagrania wideo z wywiadu lub krótkie opisy przypadków, tak zwane winiety (*vignette*). Przykładowe zadanie tego typu przedstawia ramka 3.11.

Winieta z ramki 3.11 pochodzi z badania Madonny G. Constantine (2001), w którym uzyskane minikonceptualizacje przypadku były następnie oceniane przez sędziów za pomocą wypracowanego we wcześniejszych badaniach systemu kodowania. System ten jest siedmiostopniową skalą opisującą, na ile dana konceptualizacja uwzględnia kwestie kulturowe, a przy tym jest zróżnicowana i zintegrowana wewnętrznie. O zerowej kompetencji kulturowej świadczy taka konceptualizacja przypadku, w której diagnosta ma tylko jeden pomysł na etiologię problemu i pomysł ten nie uwzględnia w ogóle czynników społeczno-kulturowych (np. w odniesieniu do Adama diagnosta dostrzega jedynie rozwijające się powoli uzależnienie lub same tylko niedokończone procesy separacyjne w rodzinie). Gdy pojawia się choćby jeden pomysł alternatywny i choćby jedno odniesienie do możliwych uwarunkowań społeczno-kulturowych (np. do sytuacji osób homoseksualnych w społeczeństwie), mamy do czynienia z kompetencją niską. Aby kompetencja mogła być uznana za umiarkowaną, odniesień do kultury musi być co najmniej trzy (w przypadku Adama mogą to być – prócz wspomnianej wcześniej – kwestie dotyczące jego tożsamości jako Łemka i jako syna w paternalistycznej rodzinie), a do alternatywnych hipotez wyjaśniających powinien być dodany komentarz ukazujący ich możliwe wzajemne powiązania (np. możliwy wpływ paternalistycznych relacji w rodzinie na proces akceptacji i ujawniania własnej tożsamości seksualnej Adama jako geja). Gdy diagnosta dostrzega pięć lub więcej możliwych związków problemu klienta z kwestiami społeczno-kulturowymi i buduje alternatywne, ale wzajemnie zintegrowane hipotezy wyjaśniające (zachęcam Czytelnika

**RAMKA 3.11.**

Przykładowe zadanie w pomiarze kompetencji kulturowej psychologa

Wyobraź sobie, że pracujesz w poradni psychologicznej i właśnie masz przyjąć klienta – Adama K. – który kilka dni wcześniej zgłosił się w celu uzyskania pomocy w aktualnej trudnej sytuacji. Wstępne spotkanie z Adamem prowadził inny psycholog, dostarczono ci jednak dane uzyskane podczas tej wstępnej rozmowy:

Adam ma 32 lata, pracuje jako makler, jest gejem. Odkąd odkrył łemkowskie korzenie swojej rodziny, czuje się Łemkiem⁷ i mocno angażuje się w działalność stowarzyszenia pielęgnującego kulturę łemkowską. Prócz tego działa w organizacji obrony praw człowieka, w której zajmuje się prawami osób homoseksualnych. W pracy zawsze radził sobie dobrze, jednak teraz martwi się o przyszłość, ponieważ bez konsultacji podjął kilka ryzykownych decyzji, które mogą niekorzystnie odbić się na kondycji firmy. Również w życiu osobistym sytuacja stała się ostatnio napięta. Od dwóch lat Adam żyje w szczęśliwym związku, ale ostatnio jego partner coraz silniej naciska, aby wreszcie zamieszkali razem jako para. Tymczasem Adam nie ujawnił się jeszcze jako gej wobec swoich rodziców i wie, że nie będzie to łatwe. Jest jedynakiem, a rodzice z utęsknieniem czekają na wnuki, które „przedłużą ród” i będą nosiły ojcowskie nazwisko. Aby choć na chwilę odebrać się od tych problemów, Adam zaczął podczas weekendów używać „rekreacyjnych” narkotyków. Ostatnio zauważył z niepokojem, że nie potrafi już bez nich dobrze się bawić. W ostatnich tygodniach źle spał, często czuł się zmęczony i przytłoczony problemami. Chciałby odzyskać energię i „chęć do życia”.

Przygotowujesz się do spotkania z Adamem. Zapisz w kilku zdaniach swoje obecne przypuszczenia co do przyczyn i psychologicznych mechanizmów trudności Adama.

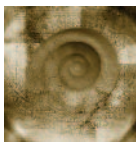
Źródło: opracowanie własne na podstawie Constantine, 2001, s. 361.

do własnych poszukiwań!), jego kompetencję kulturową można uznać za wysoką.

W badaniach (Constantine, 2001; Constantine, Warren i Miville, 2005) okazało się, że rzeczywista kompetencja kulturowa, przejawiająca się w praktycznej konceptualizacji przypadku, ma niewiele wspólnego z przekonaniem diagnosty o własnej kompetencji. Obie zmienne wiążą się w pewnym stopniu z wcześniejszym treningiem wielokulturowym, jednakże na tym ich podobieństwa się kończą. Deklarowana kompetencja wyraźnie koreluje z potrzebą aprobaty społecznej (Worthington, Mobley, Franks i Tan, 2000), podczas gdy dla rzeczywistej kompetencji większe znaczenie ma empatia – zarówno empatia poznawcza, czyli umiejętność przyjmo-

wania perspektywy innej osoby, jak i empatia emocjonalna, wyrażająca się w życzliwym otwarciu na cudze przeżycia (Constantine, 2001). Duże znaczenie ma także samoświadomość diagnosty, w tym świadomość własnej tożsamości społeczno-kulturowej (Constantine, Warren i Miville, 2005). Jak się okazuje, zrozumieć innego człowieka wraz z jego odmiennością można jedynie wówczas, gdy ma się dobrze ugruntowaną świadomość własnej tożsamości i dzięki temu adekwatnie spozstrzega się różnice między sobą a drugim człowiekiem. Znaczenie samoświadomości diagnosty jest podkreślane w wielu różnych pracach współczesnych (por. Holstein i Gubrium, 2003a). O jej rozwijaniu pisze w literaturze polskiej Agata Engel-Bernatowicz (2005b).

⁷ W oryginale mowa jest o rdzennym Amerykaninie (*Native American*), czyli Indianinie, co jednak w Polsce zapewne nie miałoby zamierzonego przez autorkę znaczenia, zostało więc zmienione.



3.3.2.3. Unikanie błędu minimalizacji kontekstu

Interesujące związki wykryto między praktyczną kompetencją kulturową a teoretyczną orientacją diagnosty. We wspomnianym wcześniej badaniu Constantine (2001) zadeklarowani zwolennicy jednego konkretnego podejścia – zarówno psychoanalitycznego, jak i poznawczo-behawioralnego – okazali się mniej kompetentni kulturowo od osób, które wskazały więcej niż jedno podejście teoretyczne jako istotne w ich pracy. Pluralizm teoretyczny rzeczywiście może w pewnym stopniu rekompensować ograniczenia tkwiące w każdej pojedynczej teorii. Wiele klasycznych podejść teoretycznych koncentruje się bowiem na wewnętrznej strukturze i dynamice osobowości, tam upatrując czynników odpowiedzialnych za zachowania i problemy jednostki. Niezamierzonym skutkiem tego jest ułatwienie diagnoście popełnienia **podstawowego błędu atrybucji**, dobrze znanego psychologom społecznym (por. Lewicka i Wojciszke, 2000). Polega on na przeceńnianiu indywidualnych właściwości obserwowanej osoby jako czynników wyjaśniających jej zachowania, przy jednoczesnym niedocenianiu czynników sytuacyjnych. Diagnosta powinien liczyć się z potencjalnym występowaniem tej naturalnej skłonności we własnym myśleniu (samoświadomość!) i intencjonalnie kierować uwagę na czynniki kontekstowe. Bez takiej stale podtrzymywanej uważności ryzykuje popełnienie **błędu minimalizacji kontekstu**, który stanowi specyficzną dla diagnozy psychologicznej odmianę podstawowego błędu atrybucji (Salzman, 2005). **Kontekstualizacja**, czyli uwzględnienie kontekstu analizowanego zjawiska podczas jego interpretacji, uchodzi dziś za standard diagnozy psychologicznej i w wielu przypadkach jedynie dzięki niej można uchwycić prawdziwe znaczenie tego zjawiska. Przekonującym tego przykładem jest dokonana przez Michaela B. Salzmana (2005) analiza nasilonego gniewu u rdzennych Hawajczyków, który łatwo może być uznany za symptom zaburzenia, gdy rozpatruje się go wyłącznie na planie indywidualnym, ale zyskuje inne znaczenie, gdy zostanie umieszczony w kontekście społecznych procesów dekolonizacji i budowania nowych relacji między byłymi kolonizowanymi a kolonizatorami.

Niestety ryzyko błędu minimalizacji kontekstu może być niekiedy wbudowane w teorię psychologiczną, jeśli została ona stworzona bez głębokiej i wszechstronnej refleksji kulturowej. Krytykę tego rodzaju formułowano nawet wobec uznanych teorii klinicznych, które skupiając się na precyzyjnym opisie mechanizmów intrapsychicznych, mogą prowadzić do utraty kontekstu społeczno-kulturowego z pola diagnostycznego widzenia. Jest to szczególnie brzemiennie w skutki, gdy dotyczy poważnych problemów społecznych, takich jak marginalizacja, dyskryminacja czy wiktymizacja pewnych grup – wbrew misji zawodu psychologa przedstawiciele tych grup mogą wówczas nie otrzymać adekwatnej pomocy psychologicznej w swym trudnym położeniu.

Można przewrotnie powiedzieć, że pod tym względem także – jak pod wieloma innymi – pierwszeństwo należy do Zygmunta Freuda. Wycofując się ze swej początkowej teorii o wczesnym nadużyciu seksualnym jako przyczynie hysterii i uznając traumatyczne wspomnienia pacjentek za fantazje, wynikające z ich dziecięcych pragnień seksualnych (por. Herman, 1999), Freud popełnił – rzecz można – pierwszy w historii diagnozy psychologicznej podstawowy błąd atrybucji. Z czasem wycofano się bowiem ze stosowania terminu „histeria”, a określane tak problemy dziś są najczęściej rozpoznawane jako zaburzenie po stresie traumatycznym (Posttraumatic Stress Disorder – PTSD; por. Herman, 1999). Pamiętajmy jednak, że błąd Freuda dotyczył wstrząsającej prawdy o zjawisku przemocy seksualnej wobec dzieci – przyjęcie jej do wiadomości zajęło społeczeństwom zachodnim prawie całe kolejne stulecie.

Współczesne teorie psychologiczne także bywają krytykowane za niedocenianie, lub wręcz niedostrzeganie istotnych dla diagnozy zjawisk, które mają charakter obiektywny, choć są uwarunkowane kulturowo. Teresa Hagan i Jenny Donnison (1999) pokazują ograniczenia podejścia poznawczo-behawioralnego, które zakłada, że problem klienta jest konsekwencją jego dysfunkcyjnych przekonań. Posługując się przykładem z własnej praktyki klinicznej, autorki analizują przypadek młodej kobiety z rozpoznaniem depresji, u której zidentyfikowano charakterystyczną triadę depre-