

Emilia Jaroszevska

*Instytut Polityki Społecznej
Uniwersytet Warszawski*

Kultura jako czynnik warunkujący zdrowie, diagnozowanie chorób i ich leczenie

Streszczenie

Wzrost skali migracji wiąże się z wieloma wyzwaniami. Jednym z nich jest kwestia leczenia osób pochodzących z innych krajów i regionów świata. Istotnym kierunkiem działań w tym zakresie powinno być zatem rozpoznanie kulturowych barier w leczeniu zagranicznych pacjentów. Przedstawiona w artykule analiza prezentuje kilka aspektów tego zagadnienia — wpływ kultury na występowanie i przebieg określonych chorób oraz znaczenie kultury w diagnostyce i terapii.

Słowa kluczowe: migracje, zdrowie, kultura

Wprowadzenie

Badania na temat wpływu kultury na zdrowie człowieka prowadzone są głównie na gruncie antropologii medycznej, etnomedycyny oraz psychologii międzykulturowej. Ze względu na wyraźny wzrost skali przestrzennych ruchów ludności wzmianki na ten temat coraz częściej pojawiają się również w publikacjach z zakresu socjologii i polityki społecznej. Silne ponadgraniczne powiązania gospodarcze, międzynarodowe programy edukacyjne oraz coraz szerzej dostępna oferta w zakresie turystyki i transportu stymulują ludzką mobilność,

a różnice ekonomiczne zachęcają do poszukiwania pracy poza własnym krajem pochodzenia. Według Międzynarodowej Organizacji ds. Migracji poza granicami swego kraju mieszka już przeszło dwieście milionów ludzi, a migranci stanowią około 9 procent populacji Europy¹.

Wspomniana intensyfikacja ruchów przestrzennych pociąga za sobą intensyfikację kontaktów przedstawicieli różnych kultur na wielu płaszczyznach. Wiąże się to z wielorakimi wyzwaniami — zarówno z zakresu uregulowań administracyjno-prawnych i działań politycznych, jak i z punktu widzenia różnych aspektów funkcjonowania jednostki w obcym środowisku. Jedną z kluczowych perspektyw wydaje się być — w tym kontekście — szersza analiza znaczenia uwarunkowań kulturowych dla zdrowia człowieka oraz refleksja nad uniwersalnością stosowanych metod leczenia. W ramach powyższych badań warto zwrócić uwagę na następujące zagadnienia:

- wpływ kultury na występowanie określonych chorób,
- wpływ kultury na podejmowanie leczenia,
- różnice kulturowe jako bariera w diagnostyce,
- różnice kulturowe a skuteczność terapii.

Wpływ kultury na występowanie określonych chorób

Z badań na temat różnic kulturowych oraz analiz wpływu poszczególnych czynników na zdrowie człowieka wynika, że kultura może pełnić rolę czynnika patogenego (czyli generować wzrost ryzyka wystąpienia choroby) lub terapeutycznego — czyli redukować ryzyko wystąpienia choroby (Grzymała-Moszczynska 2004, s. 2–4). Za zwiększoną zapadalność na określone schorzenia odpowiedzialne mogą być różnego typu normy obowiązujące w danej społeczności (np. akceptacja konsumpcji dużych ilości alkoholu wpłynęła na wzrost liczby przypadków marskości wątroby, duża swoboda seksualna zwiększyła prawdopodobieństwo szybkiego rozprzestrzeniania się wirusa HIV, a kult młodości wywołać może zaburzenia, związane z kryzysem wieku średniego).

Wpływ kultury na zdrowie dostrzegają liczni badacze, analizujący uwarunkowania zdrowotne, gdyż kultura i/lub związany z nią styl życia/zachowanie stanowią powtarzający się element większości modeli i koncepcji prezentujących czynniki kształtujące zdrowie. Według WHO² jednym z trzech istotnych obszarów uwarunkowań stanu zdrowia populacji są zachowania. Na oddziaływanie stylu życia zwracają uwagę na przykład Jerzy B. Karski, Józef Drabik, Bjarne Bruun Jansen, czy Marc Lononde, a znaczenie kultury podkreślają m.in. David Matsumoto, Linda Juang, Madeleine Leininger, francuscy teoretycy zdrowia publicznego, czy twórcy Mandali Zdrowia.

¹ Dokładnie w roku 2009 liczba ta wynosiła 214 mln; patrz: IOM, *World Migration Report 2010*, <http://www.publications.iom.int> [dostęp: 16.07.2012].

² Pozostałe dwa elementy to: służba zdrowia i środowisko (Podrażka-Malka 2007).

Aby wyraźniej przeanalizować wpływ kultury na zdrowie człowieka, proponuję odwołać się do obszarów uwarunkowań zdrowotnych, wskazanych przez H. Lalonda³, który wyodrębnił w swoim modelu cztery „pola zdrowia”: styl życia, środowisko, czynniki genetyczne oraz służba zdrowia (Szarfenberg 1998, s. 225).

Najsilniej skorelowany z kulturą jest niewątpliwie styl życia jednostki. Ma ona wpływ na charakter relacji międzyludzkich, konsumowane pokarmy i używki, normy dotyczące higieny, aktywność, styl pracy, sposoby spędzania wolnego czasu i wiele innych elementów, składających się na życie codzienne. Ponieważ właśnie styl życia uznany został przez autorów Narodowego Programu Zdrowia w Polsce (1996 r.) za kluczowy (przeszło 50 procent)⁴, wpływ kultury na zdrowie jednostki wydaje się bardzo istotny.

Znaczenie kultury dostrzec można również na pozostałych polach: kultura wpływa na wybór określonego modelu opieki zdrowotnej i ustala zasady opieki nad chorym, a także w wieloraki sposób oddziałuje ona na otaczające człowieka środowisko (np. przyczyniając się do zwiększenia stężenia szkodliwych dla jego zdrowia zanieczyszczeń). Wpływ czynników kulturowych na biologię człowieka będzie znacznie mniejszy, jednak nawet na tym polu może się on pojawić (np.: związki osób blisko spokrewnionych mogą zwiększyć ryzyko wystąpienia określonych chorób).

Tezę na temat patogennej roli kultury wydają się potwierdzać wyniki licznych badań. Szczególnie interesujące są te, które dotyczą związku pomiędzy poszczególnymi chorobami a preferowanymi przez dane społeczeństwo wartościami. Wyniki wielu badań na temat korelacji ryzyka różnych chorób z wymiarami kultury, wyodrębnionymi przez G. Hofstede⁵ zestawili, a następnie przeanalizowali, D. Matsumoto i L. Juang. Z ich analiz wynika, że wysoki dystans władzy podnosi ryzyko infekcji i chorób pasożytniczych, obniżając jednocześnie ryzyko wystąpienia nowotworów złośliwych, chorób układu krążenia i chorób serca. Indywidualizm jest przeważnie skorelowany z niebezpieczeństwem nowotworów złośliwych i chorób serca, ale oznacza mniejsze prawdopodobieństwo infekcji, choroby pasożytniczej oraz choroby układu mózgowo-naczyniowego. Silniejsza skłonność do unikania niepewności zwiększa ryzyko chorób serca, ale redukuje zagrożenie chorób układu mózgowo-naczyniowego oraz układu oddechowego. Natomiast wyższy poziom męskości oznacza większe prawdopodobieństwo wystąpienia chorób układu mózgowo-naczyniowego (Matsumoto, Juang 2007, s. 260–261). Aby wykluczyć

³ Model ten wybieram z dwóch względów, po pierwsze jest najbardziej rozpoznawalną koncepcją uwarunkowań zdrowotnych (która stanowiła przyczynek do wielu refleksji naukowych nad zdrowiem publicznym), po drugie — jest najbardziej przejrzysty, co stanowi przy tego typu analizach istotny walor.

⁴ Zdaniem autorów NPZwP znaczenie poszczególnych pól kształtuje się następująco: styl życia: 50–60 procent, czynniki środowiskowe i genetyczne: po ok. 20 procent, służba zdrowia: 10–15 procent (Wysocki, Miller 2003, s. 4).

⁵ Zgodnie z teorią Hofstede, różnice kulturowe sprowadzają się do wartości na czterech skalach: dystans władzy, kolektywizm-indywidualizm, unikanie niepewności, męskość — kobiecość. Po badaniach, dotyczących Azji, prowadzonych przez M. Bonda, Hofstede włączył do swojego modelu piątą skalę: orientację długo- i krótkoterminową (Hofstede 2007).

skrzywienie wyników z powodu interferencji czynnika ekonomicznego, D. Matsumoto i L. Juang wyliczyli jeszcze raz wszystkie korelacje, uwzględniając PKB na mieszkańca danego kraju. Wyniki tych obliczeń potwierdziły wszystkie opisane tendencje, z wyjątkiem zagrożenia nowotworami⁶.

Odwołując się do teorii Hofstede oraz innych modeli uwarunkowań kulturowych nie można zapominać, że proponowane przez ich autorów kategorie stanowią swoiste typy idealne, gdyż w rzeczywistości badane grupy są niejednorodne. Korzystanie z owych typów idealnych niesie za sobą ryzyko pewnych uproszczeń. Wspomniane kategorie należy więc traktować z dużą ostrożnością, jedynie jako narzędzie badawcze⁷, mające ułatwić wychwycenie pewnych tendencji, a nie opis rzeczywistości.

Kultura może być odpowiedzialna nie tylko za wzrost ryzyka wystąpienia choroby, ale również za jej przebieg. W badaniach nad depresją i schizofrenią stwierdzono, że zależnie od regionu pochodzenia chorego obiektywne zaburzenie depresyjne (*depressive disease*) objawia się w postaci subiektywnej (*depressive illness*), która jest silnie relatywna. Objawy depresji wydają się dużo gorsze w przypadku krajów wysokorozwiniętych (np. częściej towarzyszy im silne poczucie winy i niższa samoocena). Warto jednocześnie zauważyć, że w kulturach niezachodnich depresja częściej sprowadza się do objawów psychosomatycznych takich jak zmęczenie, jądłowstręt i spadek libido (Matsumoto, Juang 2007; Pirce, Schumacher 2001). Podobne różnice zauważono w przypadku schizofrenii, która w krajach rozwijających się ma dużo łagodniejszy przebieg.

Przyczyną ostrzejszego przebiegu chorób psychicznych w kulturze zachodniej może być wyższy indywidualizm (na jednostce spoczywa większa odpowiedzialność, jednocześnie otrzymuje ona mniejsze wsparcie od otoczenia), szybsze tempo życia (wiążą się z nim takie konsekwencje jak ciągły pośpiech, napięcie, stres, zmęczenie, wypalenie) i tendencja do racjonalizacji (niższa tolerancja zachowań psychotycznych niż w kulturach o wyższym poziomie akceptacji myślenia magicznego powoduje, że jednostka ma większe poczucie winy, jeśli jej zachowanie odbiega od normy).

Interesujące w przypadku chorób psychicznych jest też spostrzeżenie, że poszczególne symptomy u chorych z różnych krajów mogą się znacznie różnić, np. w kulturach niezachodnich rzadziej występują omamy dotyczące smaku, węchu i dotyku, w Ameryce Południowej treść urojeń częściej nawiązuje do wiary, a w Azji do niewierności.

Psychiatra Louis A. Sass stwierdził, że objawy schizofrenii są „częścią charakteru skonstruowanego na bazie kultury” (Kasprowicz 2010, s. 129). Zjawisko to określa się mianem patoplastyczności, czyli „odmienności w sposobie wyrażania zjawisk psychopatologicznych, występujących w różnych kulturach (w tej samej kulturze w różnym czasie)” (Leksykon WHO 2000, s. 42).

⁶ Można jednak się zastanawiać czy samo PKB jest w tej sytuacji wystarczającym wskaźnikiem, być może lepiej byłoby zastąpić go Wskaźnikiem Ubóstwa Społecznego (HPI).

⁷ Szersze refleksje nad zagrożeniami typu idealnego (*idealtypus*) znaleźć można w tekstach Maksa Webera (Weber 1973, s. 180–214).

Wpływ kultury na podejmowanie leczenia

Analizując wpływ kultury na zdrowie warto pamiętać o różnych poziomach oddziaływania. Poza wspomnianymi już czynnikami kultura może — w przypadku zdrowia — wpływać również na gotowość do podjęcia leczenia przez chorego oraz wybór określonej metody terapii. Tym samym kultura nie tylko zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia określonego schorzenia, ale jest również odpowiedzialna za jego dalszy rozwój albo zahamowanie.

Dane medyczne na temat gotowości korzystania z leczenia, żyjących w USA mniejszości, wskazują na wyraźne różnice. Przykładem mogą być wskaźniki dotyczące cukrzycy — w przypadku mniejszości mamy do czynienia zarówno z wyższą zachorowalnością na tę chorobę, jak i z gorszym jej przebiegiem (np. częściej dochodzi do amputacji kończyn). Przyczyną takiego stanu rzeczy jest fakt, że chorzy przeważnie trafiają do lekarzy zbyt późno, dopiero w bardzo zaawansowanym stadium rozwoju choroby. Podobne zjawisko zaobserwowano również odnośnie do innych schorzeń, a także udziału w działaniach profilaktycznych, np. raka prostaty, badań cytologicznych i mammografii (Boyd, Bee 2007, s. 484).

Jeszcze wyraźniejsze rozbieżności można zauważyć w odniesieniu do chorób psychicznych. W przypadku migrantów z krajów arabskich, latynoskich i azjatyckich chory trafia do lekarza bardzo późno (początkowo rodzina sama próbuje poradzić sobie z problemem, w drugiej kolejności pojawia się medycyna alternatywna i uzdrowiciel, lekarz stanowi ostateczność, która brana jest pod uwagę dopiero po wyczerpaniu innych możliwości). Nieco chętniej decydują się na wizytę u psychoterapeuty Afrykańczycy, którzy jednak bardzo często po krótkim okresie przerywają leczenie (Matsumoto, Juang 2007, s. 448–450).

Mniejsza gotowość do podjęcia kuracji może wynikać z różnych przyczyn (np. z braku czasu i środków, albo niedostatecznej wiedzy). Jednak istotne znaczenie wydają się mieć również następujące elementy kulturowe:

- przeświadczenie o bezsensowności leczenia, wynikające z przekonania o niematerialnej etiologii choroby lub niewiary w możliwość wyleczenia,
- wstyd, obawa przed utratą twarzy, lęk przed stygmatyzacją,
- rezygnacja z leczenia ze względu na jego nieadekwatność (bariera komunikacyjna, nieodpowiednia terapia).

Przekonanie chorego o bezsensowności leczenia związane jest najczęściej z zewnętrznym umiejscowieniem poczucia kontroli oraz specyficznymi wyobrażeniami na temat etiologii schorzenia. W typowym dla Zachodu biomedycznym ujęciu choroby za utratę zdrowia odpowiedzialne są patogeny, czyli wirusy, bakterie, lub szkodliwe substancje, które dostając się do organizmu wywołują stany patologiczne. W kulturach niezachodnich za podstawową przyczynę choroby uważa się brak harmonii i równowagi (z Bogiem, otoczeniem, z przodkami, yin i yang, ciepła i zimna — zależnie od regionu występują różne warianty). Choroba może być również wynikiem działania Boga lub innej siły wyższej i np. oznaczać karę za winy jednostki w życiu doczesnym (Azja, Afryka, Ameryka Płd.), albo

w jej poprzednim wcieleniu (Azja), a nawet — w przypadku choroby dziecka — karę za winy rodziców (Ameryka Południowa). Przyczyną dolegliwości może być wreszcie wrogie działanie innych osób — przekleństwo, urok, złe myśli, złe oko, *woo doo* (kraje arabskie, Afryka, Ameryka Południowa) lub opętanie.

Jeśli chory jest przekonany, że powodem jego stanu jest działanie Boga, diabła, duchów przodków lub uroku, skorzystanie z pomocy medycznej jest mało prawdopodobne. Gotowość do podjęcia leczenia może być zresztą zróżnicowana również w przypadku osób wychowanych w kulturze bazującej na biomedycznym modelu choroby (ciekawe byłoby zbadanie, czy zauważyć można w tym zakresie różnice w odniesieniu do wyodrębnionych przez A. Trompenaarsa podziału kultur na wewnątrz- i zewnątrzsterowne)⁸.

Drugi z wymienionych czynników (wstyd, obawa, strach) ma szczególnie znaczenie w odniesieniu do zaburzeń psychicznych. Podjęcie leczenia jest w ich przypadku blokowane przez negatywną percepcję danej choroby i wynikające z niej obawy przed wykluczeniem. Na przykład w społeczności zalecającej sprawdzanie czy narzeczona nie leczyła się psychicznie (Azja), podjęcie leczenia oznacza utratę szansy na zamążpójście (Shing Steng Wen, McDermolt 1981, s. 212). Niechęć do leczenia wynika w przypadku choroby psychicznej zarówno z obawy przed stygmatyzacją, jak i z wartości, które dla danej społeczności są szczególnie istotne, np.: z wytrwałości (Afryka), lęku przed utratą twarzy (Azja), wstydu (Ameryka Południowa).

W przypadku mieszkających w obcym kraju migrantów, często istotnymi czynnikami, blokującym podejmowanie leczenia, są także obawy wynikające z nieznamomości przysługujących im praw, braku orientacji w funkcjonowaniu lokalnego systemu opieki zdrowotnej i słabego opanowania języka obcego. Dodatkowym elementem zniechęcającym potencjalnego pacjenta może być niska ocena miejscowych technik leczniczych⁹, np. Meksykanie negatywnie oceniają techniki terapeutyczne stosowane w USA, zarzucając lekarzom brak empatii, a stosowanym przez nich technikom — brak elementu religii (Torrey 1981, s. 201). Natomiast uchodźcy, mieszkający w polskich ośrodkach dla cudzoziemców, często bardzo sceptycznie podchodzą do oferowanej im pomocy terapeutycznej (Firlit-Fesnak 2008, s. 58–59). Wątek wpływu kultury na skuteczność terapii został szerzej rozwinięty w dalszym punkcie.

⁸ Podobnie jak Hofstede, Trompenaars sprowadza różnice kulturowe do osi wartości, wyróżniając siedem wymiarów. Pięć z nich dotyczy stosunku do ludzi (stosunek do zasad i norm: uniwersalizm/partykularyzm, stosunek do jednostki i grupy: kolektywizm–indywidualizm, sposób zachowania: emocjonalność–powściągliwość, sposób postrzegania świata: całościowość/wycinkowość, sposób wyznaczania statusu: osiągnięcie/przypisanie). Dwa dodatkowe wymiary tworzą: stosunek do czasu oraz stosunek do otoczenia — którego konsekwencją jest wewnątrz- lub zewnątrzsterowność (Hampden-Turner, Trompenaars 2000).

⁹ Istotne znaczenie mają oczywiście również bariery związane z sytuacją materialną migrantów, która często jest gorsza niż sytuacja społeczeństwa przyjmującego oraz bariery w dostępie do opieki medycznej (np. brak ubezpieczenia, ograniczony wybór lekarzy — uchodźcy, obawa przed deportacją — nielegalni migranci).

Różnice kulturowe jako bariera w diagnostyce

Różnice kulturowe wydają się mieć szczególnie duże znaczenie w diagnostyce. O ile odmienne pochodzenie lekarza i pacjenta stanowi przeważnie relatywnie niewielką barierę w przypadku chorób somatycznych, o tyle brak wiedzy na temat uwarunkowań kulturowych bardzo poważnie utrudnia poprawne zdiagnozowanie pacjenta z problemami psychicznymi. W przypadku diagnostyki międzykulturowej mamy przede wszystkim do czynienia z następującymi przeszkodami:

- bariery komunikacyjne,
- nieznaną obcej kultury,
- nieznaną chorobą,
- nierozpoznanie choroby ze względu na zjawisko patoplastyczności.

Bariery komunikacyjne

W przypadku komunikowania międzykulturowego możemy mieć do czynienia z różnego typu barierami. Trudności w zrozumieniu rozmówcy i prawdziwej natury jego problemów wynikać mogą zarówno z niedostatecznej znajomości języka obcego, jak i z odmiennych norm odnośnie komunikowania niewerbalnego.

W zakresie komunikowania werbalnego problemem mogą być (nawet przy pozornie bardzo dobrym opanowaniu języka rozmówcy!) wyrazy pułapki, które brzmią podobnie, ale mają (zupełnie albo częściowo) inne znaczenie (np. angielski *receipt* to nie recepta, ale „paragon”) oraz słowa o innej konotacji. Istotną przeszkodą są również wyrazy nieprzetłumaczalne, np. w języku chińskim nie ma słowa „depresja”, najbliższe znaczeniowo będzie określenie: *xin qing bu hao* — „sercu nie jest dobrze”. W wielu kulturach nie ma też odpowiednika „demencji starczej” (Schumacher 2001, s. 57–58; Pirce, s. 158).

Przyczyną nieporozumień mogą być wreszcie zwyczaje, dotyczące określania części ciała. Specjalne materiały dla personelu medycznego, zwracające uwagę na te różnice, opracowano w szpitalach skandynawskich. Jak wynika z badań, o ile Polak i Francuz powie raczej „boli mnie noga”, to Szwed, Niemiec i Anglik dokładnie określi miejsce bólu „boli mnie: udo/łydka/stopa” (Kubitsky 2012, s. 67).

W przypadku komunikowania niewerbalnego powodem irytacji, albo/i błędnego zrozumienia zamiarów i stanu emocjonalnego rozmówcy, może być wiele elementów. Szczególnie niebezpieczne są gesty, których znaczenie jest często ograniczone do terytorium jednego kraju, np. symbol OK w Japonii oznacza pieniądze, natomiast w Turcji, Grecji i Ameryce Południowej zostanie zrozumiany jako wulgaryzm (Wołowik 1998, s. 96; Szopski 2005, s. 104). Przyczyną nieporozumienia może być też fakt, że zachowaniu traktowanemu w jednej kulturze jako neutralne, w innej zostało przypisane konkretne znaczenie, np. położenie nóg na stole w krajach arabskich jest obraźliwe dla rozmówcy, widzącego podeszwy (Głodowski 2001, s. 162). U pacjenta pochodzącego z odmienną kulturą będzie ponadto poziom ekspresji twarzy i ciała. Warto przy tym pamiętać, że w przypadku kultur zakazujących okazywania emocji dużo częściej mamy do czynienia z somatyzacją

zaburzeń psychicznych (Schumacher 2001, s. 58). Mylnie interpretowany może być również wygląd rozmówcy (cechy wybieralne), kontakt wzrokowy, dystans oraz dotyk. Istotną barierą w komunikowaniu niewerbalnym są wreszcie różnice na poziomie chronemiki¹⁰ — badania nad odmiennym podejściem różnych kultur do czasu zapoczątkował Edward Hall (1984, 1996).

Niezajomość obcej kultury

Bardzo ważnym elementem, utrudniającym prawidłową diagnozę pacjenta, jest niezajomość obcej kultury. Element ten ma kluczowe znaczenie przynajmniej w trzech wymiarach. Pierwsze dwa związane są z komunikowaniem. Znajomość tła kulturowego jest koniecznym warunkiem prawidłowego dekodowania wypowiedzi rozmówcy. Jeśli z powodu braku wiedzy o kraju pacjenta, lekarz nie zrozumie rzuconej aluzji, żartu, czy podanego przykładu, to może mylnie zinterpretować zarówno sytuację pacjenta, jak i jego samopoczucie. Podobny problem pojawia się w kontekście interpretacji zachowania pacjenta, które w kulturze Zachodu uchodzić może za objaw choroby psychicznej, a w kulturach niezachodnich mieścić się w granicach normy (np. słyszenie głosów, rozmowy z duchami). Zdaniem J. Sowy, „zdrowy jest każdy, kto jest taki, jakimi są ludzie stanowiący liczącą większość w danej zbiorowości” (Kopczyński 1990, s. 128). Tak rozumiana „normalność” jest więc względna, a lekarz — nie znając norm danej społeczności — może niesłusznie uznać kogoś za szaleńca.

Znajomość kontekstu kulturowego jest również bardzo istotna z punktu widzenia analizy prawdopodobnych kulturowych przyczyn choroby. Świetnym przykładem problemów, wynikających z niedostatecznej znajomości norm kontekstu kulturowego, są przypadki nieumiejętnej diagnozy problemów żołądkowych, wynikających z ograniczeń żywieniowych, obowiązujących podczas ramadanu (Artist 2004, s. 50–51; Marek 2008, s. 385). Istotne znaczenie może mieć w tym obszarze również etnohistoria, czyli znajomość tła historycznego. Przykładem wykorzystania etnohistorii do korekty błędnej diagnozy może być przypadek starej Żydówki, reagującej strachem na widok łazienki. Pacjentka podejrzewana o klaustrofobię lub niechęć do mycia w rzeczywistości cierpiała na stany lękowe związane faktem, że w młodości została umieszczona w obozie koncentracyjnym (Płaszewska-Żywko 2010, s. 200).

Nieznaną chorobą

W przypadku leczenia międzykulturowego problemy z diagnozą mogą również wynikać z faktu, że pacjent cierpi na schorzenie, które w kulturze lekarza nie jest znane.

¹⁰ Zgodnie z teoriami Halla, społeczeństwa podzielić można na monochroniczne / czas linearny (czas jest istotną wartością, bardzo ważna jest punktualność, planowanie i harmonogramy) oraz polichroniczne / czas synchroniczny (ważniejsze od czasu, punktualności i planów są międzyludzkie relacje).

Listy z zaburzeniami specyficznymi kulturowo znaleźć można np. w Diagnostyczno-Statystycznym Podręczniku Zaburzeń Psychiczych — IV, Klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania oraz w Leksykonie Terminów — Międzykulturowych pojęć zdrowia psychicznego. Za zaburzenia specyficzne kulturowo uznano tam np.:

- **Koro** — stany lękowe wynikające z panicznego strachu przed zmniejszaniem się i zaniżaniem genitaliów (Azja),
- **Karoso** — przekonanie chorego, że nieodwołalnie umrze z przepracowania (Japonia),
- **Tanatomia** — pogorszenie zdrowia w wyniku przekonania, że na chorego rzucono czar lub grozi mu kara z powodu złamania tabu (Ameryka Płd., Afryka Środkowa),
- **Qigong** — przedawkowanie medytacji (Azja),
- **Frigofobia** — nieadekwatne do faktycznej temperatury, chorobliwe poczucie zimna (Azja).

Na wspomnianych listach zaburzeń specyficznych kulturowo zdecydowanie dominują choroby charakterystyczne dla kultur niezachodnich. Zarówno same listy, jak i porady dla klinicystów (np. informacje na temat różnic w objawach, dotyczących tych samych schorzeń w różnych kulturach) pojawiły się bowiem w Diagnostyczno-Statystycznym Podręczniku Zaburzeń Psychiczych — IV pod wpływem zarzutów o zbyt etnocentryczny charakter poprzednich edycji i nieuzasadnione pomijanie specyfiki kultur niezachodnich. „Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania oraz Leksykon Terminów — Międzykulturowe pojęcia zdrowia psychicznego” są natomiast materiałami opracowanymi w celu przygotowania narzędzi do pracy dla różnych grup odbiorców, mających do czynienia z osobami cierpiącymi na zaburzenia psychiczne.

W powyższych publikacjach można znaleźć również przykłady dotyczące Zachodu. Za zaburzenia specyficzne dla kultury euroamerykańskiej uważa się między innymi niektóre zaburzenia odżywiania (takie jak anoreksja czy bulimia), a także depresję poporodową, kryzys wieku średniego oraz osobowość mnogą.

Niezajomość tła kulturowego niekorzystnie wpływa też na wyniki testów inteligencji, przy czym z jednej strony niedostateczna wiedza na temat kultury twórców testu może się stać przyczyną „błędnych” odpowiedzi, z drugiej — niezajomość kultury testowanego może spowodować, niezgodą z jego intencją, interpretację odpowiedzi¹¹.

Nierozpoznanie choroby ze względu na zjawisko patoplastyczności

Problemy diagnostyczne mogą wynikać również ze wspomnianego już zjawiska patoplastyczności, czyli kulturowej specyfiki wyrażania zjawisk psychopatologicznych. Ciekawie rozbieżności zaobserwowano m. in. w reakcjach na ból pacjentów z różnych krajów. Z obserwacji prowadzonych w Klinice Chorób Oczu, Nosa, Gardła i Krtani w Massachusetts wynika, że Żydzi i włoscy katolicy bardziej emocjonalnie reagują na ból niż protestanci lub Irlandzcy katolicy (Shing Steng Wen, McDermolt 1981, s. 212; Kostrzanowska

¹¹ Za ograniczone kulturowo uchodzą też kwestionariusze MMPI, CPI, STAI, zaś za najbardziej obiektywne — techniki projekcyjne.

2010, s. 130). Niewiedza lekarza na temat tych odmienności może spowodować błędną ocenę stanu pacjenta (uznany zostanie on za mniej/bardziej chorego, gdyż lekarz oceni jego reakcję według swojego kulturowego wzoru reagowania na ból).

Uwzględniając zjawisko patoplastyczności można się zastanawiać, czy lekarz wykształcony w USA lub Europie (czyli w regionie, gdzie depresja przyjmuje zazwyczaj postać afektywną) będzie w stanie rozpoznać depresję u pacjenta wywodzącego się z Azji Południowo-Wschodniej, Krajów Arabskich lub Ameryki Południowej (a więc z kultur, gdzie depresja częściej objawia się przy pomocy tzw. skarg i przyjmuje postać somatyczną). Postawienie trafnej diagnozy w podobnej sytuacji może zostać utrudnione przez dominujący w kulturze Zachodu nacisk na specjalizację (przeciwieństwo podejścia holistycznego — psychika i ciało traktowane odrębnie, specjaliści od określonych układów np.: pokarmowego, nerwowego, krwionośnego). Pamiętać przy tym należy, że nawet w obrębie kultury zachodniej istnieją różne szkoły medyczne, a więc zależnie od kraju ocena stanu zdrowia tego samego pacjenta może być odmienna, np. depresja bywa w niektórych krajach diagnozowana jako neurastenia, a psychiatrzy amerykańscy częściej niż depresję diagnozują schizofrenię (Matsumoto, Juang 2007, s. 417–420).

Kulturowa specyfika wyrażania zjawisk psychopatologicznych w połączeniu z odmienną ekspresją i normami zachowania prowadzić może do jednej z dwóch głównych pułapek w diagnostyce międzykulturowej, czyli do nadmiernej lub niedostatecznej patologizacji. Z nadmierną patologizacją mamy do czynienia, jeśli lekarz niesłusznie przypisuje pacjentowi, wychowanemu w innej kulturze, zaburzenia psychiczne, gdyż ocenia go według norm, obowiązujących w jego własnej kulturze, nie biorąc pod uwagę pochodzenia tej osoby (np. normalne zachowanie chińskiego pacjenta ocenione jako wycofanie i depresja). Z niedostateczną patologizacją mamy do czynienia, jeśli lekarz nie dostrzega choroby pacjenta z innej kultury, ponieważ wszelkie odchylenia od normy uważa za konsekwencję pochodzenia pacjenta. Obydwa błędy stanowią swoje przeciwieństwo i pojawiają się w przypadku skrajnych postaw lekarza — ignorowania bądź demonizowania znaczenia różnic kulturowych (Matsumoto, Juang 2007, s. 433–434; Schumacher 2001, s. 200–201; *Leksykon WHO* 2000).

Przyczyną błędnej diagnozy może być wreszcie przeniesienie lub przeciwprzeniesienie kulturowe, czyli emocjonalna reakcja pacjenta na lekarza, wynikająca z jego stosunku do kraju/regionu/kultury, reprezentowanej przez lekarza, albo emocjonalna reakcja lekarza na pacjenta, wynikająca z jego stosunku do kultury, reprezentowanej przez pacjenta (*Leksykon WHO* 2000, s. 19).

Różnice kulturowe a skuteczność terapii

Badania na temat leczenia pacjentów, wywodzących się z innej kultury, wskazują na mniejszą efektywność psychoterapii w leczeniu zaburzeń psychicznych osób, pochodzących z kultur niezachodnich. Problemem jest w tym obszarze zarówno wspomniane już rzadsze korzystanie z pomocy i wcześniejsze przerywanie terapii, jak i jej gorsze wyniki, przy czym i wcześniejsze przerywanie leczenia i jego gorsze rezultaty wynikają często z uwarunkowań

kulturowych. W związku z takimi sygnałami konieczna wydaje się refleksja, czy popularna w Europie i Ameryce Północnej psychoterapia może być skutecznym narzędziem do pracy z migrantem wywodzącym się z kultury niezachodniej. W publikacjach na temat pracy z chorymi z innych regionów świata coraz częściej spotkać można opinie, że tak nie jest, gdyż mimo różnych odmian i modyfikacji zachodnia psychoterapia¹² jest zbyt silnie zakorzeniona w kulturze euroamerykańskiej.

Zdaniem Z. Dudka i A. Pankalli wzorce terapii wynikać powinny z kultury, gdyż religia, rytuały kulturowe i psychoterapia są ze sobą ściśle powiązane (Dudek, Pankalla 2008, s. 437). D. Matsumoto i L. Juang w swoich refleksjach na temat ograniczoności psychoterapii przypominają, że pojęcia zdrowia i zaburzenia psychicznego są relatywne kulturowo. Analogicznie więc relatywne kulturowo powinny być metody terapii oraz założony przez nią cel. Jeśli jest nim idealne przystosowanie jednostki do życia w określonej społeczności, to model wspomnianego przystosowania będzie zależny od modelu społeczności, w którym funkcjonuje jednostka. Stawiając powyższą tezę D. Matsumoto i L. Juang dochodzą do pytania o to, czy psychoterapia uniwersalna (a więc oderwana od kultury i jej wartości) jest w ogóle możliwa. Jeśli bowiem w niektórych kulturach (Azja) panuje przekonanie, że nie należy przypominać sobie bolesnych przeżyć, gdyż skupienie na nich pogarsza nasz stan psychiczny, a zgodnie z przesłaniem Konfucjusza i normami kolektywistycznymi koncentracja na sobie jest zła, to zastosowanie psychoterapii wobec pacjenta o takich przekonaniach będzie na pewno nieskuteczne, a być może wręcz szkodliwe (Matsumoto, Juang 2007, s. 444–446).

Do podobnych konkluzji dochodzi E. F. Torrey, określając mianem „imperializmu psychiatrycznego” próby przenoszenia zachodniego leczenia psychiatrycznego na obszar innych kultur i ostrzegając, że takie działania „godzą w istocie w zdrowie psychiczne” (Torrey 1981, s. 235). W swojej krytyce uniwersalizmu psychoterapii E. F. Torrey dodaje jednocześnie, że bardzo duży wpływ na skuteczność leczenia zaburzeń psychicznych ma przekonanie pacjenta, że stosowane metody są skuteczne a lekarz kompetentny: „Psychoanalityk nie zdoła wyleczyć pacjenta, który nie wierzy w kompleks Edypa. Takie samo niepowodzenie spotka czarownika, jeżeli jego pacjent nie wierzy w owładnięcie przez duchy” (Torrey 1981, s. 52).

Potwierdzenie sceptycyzmu naukowców znaleźć można w wypowiedziach migrantów, konfrontowanych z opieką medyczną, która nie przystaje do ich wzorców kulturowych. Przebywająca w ośrodku dla cudzoziemców Palestynka stwierdza: „Jeżeli siadłabym i zaczęła myśleć o swoich uczuciach, załamałabym się... Wy Europejczycy możecie sobie pozwolić na luksus analizowania własnych uczuć. My musimy po prostu wytrwać” (Grzymała-Moszczyńska, Nowicka 1998, s. 151).

W związku z krytyką skuteczności zachodniej psychoterapii w konfrontacji z pacjentem wywodzącym się z innego kręgu kulturowego formułowanych jest wiele rekomendacji. Autorzy publikacji na temat kulturowych uwarunkowań zdrowia nierzadko zalecają uwzględnienie w pracy z pacjentem wartości duchowych i treści religijnych, sięgnięcie

¹² Szczególnie terapia poznawcza i poznawczo-behawioralna.

po terapię biologiczne (masaż, akupunktura, ćwiczenia), a nawet włączenie do pracy z pacjentem szamanów (Matsumoto, Torrey).

Liczne uwagi dotyczą relacji między pacjentem a terapeutą, który w kulturach niezachodnich jest jakby nauczycielem, a więc powinien budować silną więź z pacjentem oraz mu doradzać — model zdystansowanego obserwatora, skłaniającego pacjenta do autorefleksji wywołuje negatywne reakcje i interpretowany jest jako brak zainteresowania lub kompetencji (Strelau 2011, s. 486). Ponadto lekarz powinien w miarę możliwości odwoływać się w swoich wypowiedziach do przykładów i stylu narracji, który dla odbiorcy będzie zrozumiały i przekonujący. Psychologa porównać więc można do przewodnika i lekarza dusz, który zdejmuje bagaż z pleców chorego. Przekonując do terapii pacjenta, wierzącego w boski determinizm, podkreślać należy, że właśnie jako „dobry sługa boży” powinien rozpocząć leczenie, żeby móc lepiej wypełniać swoje — względem niego — obowiązki (Kownacka 2007, s. 50–57).

Niezależnie od wybranej metody, kluczowe znaczenie ma zdolność personelu medycznego do funkcjonowania w środowisku międzynarodowym, czyli zarówno wiedza na temat różnic kulturowych, jak i wycucie, polegające na respektowaniu zasad pacjenta i (o ile nie jest to konieczne) nie narzucaniu mu własnych zwyczajów (np. w sytuacjach, gdy dla pacjenta problemem jest płęć lekarza). Szczególnie istotne w tym kontekście wydaje się być uwzględnienie wątku wielokulturowości w programach nauczania szkół medycznych oraz przygotowanie praktykujących lekarzy do pracy z pacjentem cudzoziemcem. Choć w ostatnich latach socjologia medycyny stała się obowiązkowym przedmiotem na polskich akademiach medycznych, wiedza lekarzy na temat znaczenia różnic kulturowych w leczeniu pacjenta pochodzącego z innego kraju/regionu wydaje się być nadal niedostateczna¹³. Odsetek migrantów w Polsce jest zdecydowanie niższy niż w Niemczech, we Francji czy Wielkiej Brytanii, stały wzrost napływu obcokrajowców jest jednak faktem, a Polska coraz częściej staje się dla nich krajem docelowym. Implikuje to konieczność opracowania przemyślanej polityki imigracyjnej, ale także przygotowania polskiego społeczeństwa do kontaktu z migrantami na różnych płaszczyznach — również medycznej.

¹³ O problemie tym wspominają zarówno polscy badacze, jak i badacze z krajów, gdzie prace nad przygotowaniem służby zdrowia do zajmowania się zagranicznym pacjentem są dużo bardziej zaawansowane; patrz: np. *Migration und Gesundheit — Bundesstrategie Phase II (2008–2013)*, www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik [dostęp: 13.08.2012] albo *Migration und Gesundheit — Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung*. Referaty z obrad niemieckiej rady etyki, Berlin 2010, www.ethikrat.org, [dostęp: 7.10.2012].

Bibliografia

- Boyd D. Bee H. (2007). *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Dudek Z. W., Pankalla A. (2008). *Psychologia kultury — doświadczenia graniczne i transkulturowe*. Warszawa: Eneteia.
- Firlit-Fesnak G. (2008). *W poszukiwaniu bezpiecznej przystani. Cudzoziemcy z Czeczenii w Polsce*. Warszawa: Aspra-Jr.
- Fuller T. E. (1981). *Czarownicy i psychiatry*. Warszawa: PIW.
- Głodowski W. (2001). *Komunikowanie interpersonalne*. Warszawa: Hansa Communication.
- Grzymała-Moszczyńska H. (2007). *Uchodźcy jako wyzwanie dla polskiego systemu opieki zdrowotnej*, w: Klaus W., *Migranci na polskim rynku pracy. Rzeczywistość, problemy, wyzwania*. Warszawa: Stowarzyszenie Interwencji Prawnej.
- Grzymała-Moszczyńska H., Nowicka E. (1998). *Sytuacja uchodźców w literaturze psychologicznej*, w: Grzymała-Moszczyńska H., Nowicka E., *Goście i gospodarze. Problem adaptacji kulturowej w obozach dla uchodźców oraz otaczających je społecznościach lokalnych*. Kraków: NOMOS.
- Hall E. (1984). *Poza kulturą*. Warszawa: PWN.
- Hall E. (1996). *Ukryty wymiar*. Warszawa: Warszawskie Wydawnictwo Literackie „Muza”.
- Hall E. (1987). *Bezgłośny język*. Warszawa: PIW.
- Hampden-Turner C., Trompenaars A. (2000). *Siedem wymiarów kultury*, Kraków.
- Hofstede G. (2007). *Kultury i organizacje. Zaprogramowanie umysłu*. Warszawa: PWE.
- Kasprowicz, M. (2010). *Nomadyczność istnienia świadomego szaleńca. Szaleństwo jako świadome wykorzenienie*, w: Kasprowicz, M., Drelich, S., Kopyciński, M., *Zjawisko szaleństwa w kulturze*. Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Kopczyński J., Siciński A. (1990). *Człowiek — środowisko — zdrowie*. Wrocław: Komitet Prognoz „Polska w XXI wieku”.
- Kostrzanowska Z. (2010). *Pojęcie zdrowia i choroby w wymiarze biopsychospołecznym*, w: Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K., *Problemy wielokulturowości w medycynie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Kubitsky J. (2012). *Psychologia migracji*. Warszawa: Difin.
- Leksykon terminów — Międzykulturowe pojęcia zdrowia psychicznego* (2000). Warszawa: WHO/ Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.
- Marek A. (2008). *Edukacja dzieci czeczeńskich w Polsce*; Lalak D., *Dom i ojczyzna — dylematy wielokulturowości*. Warszawa: Instytut Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji UW.
- Matsumoto D., Juang L. (2007). *Psychologia międzykulturowa*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Płaszewska-Żywko J. (2010). *Model Joyce Newman Giger i Ruth Elanie Davidhizare*, w: Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K., *Problemy wielokulturowości w medycynie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Podrażka-Malka A. (2007). *Zdrowie i jego ochrona*, w: Panek T., *Statystyka społeczna*. Warszawa: PWE.
- Schumacher J. F., Ward T. (2001). *Cultural Cognition and Psychopatology*. Westport: Prager.

- Shing S. W., McDermolt J. F. (1981). *Culture, Mind And Therapy*. New York: Brunner/Mesel Inc.
- Szopski M. (2005). *Komunikowanie międzykulturowe*. Warszawa: WSiP.
- V. Schwippe A., El Hachimi M., Juergens G. (2004). *Multikulturelle systematische Praxis — Ein Reisefuehrer fuer Beratung, Therapie und Supervision*, Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg.
- Torrey E. F. (1981). *Czarownicy i psychiatrzy*, PIW, Warszawa.
- Weber M. (1973). *Die „Objektivität“ sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis*, w: *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre*. Tübingen: Johannes Winckelmann.
- Wołowik W. (1998). *Język ciała międzynarodowy, Atlas III*. Kraków: Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu.
- Wysocki M. J., Miller M. (2003). *Nowe zdrowie publiczne w perspektywie ostatnich 30 lat*, „Zdrowie Publiczne”, 113(1/2).

Summary

An increase of international migration causes a lot of new challenges. One of them is the question of treatment of patients from other countries and regions. Important direction of activity in this area should be the recognizing of cultural barriers in treatment of foreign patients. The analysis included in this article shows some aspects of this question — influence of culture on the occurrence and the course of certain diseases as well as the significance of culture in diagnosis and therapy.

Key words: migration, health, culture, determinant