

## PRACTICA PSIHIATRICA INTRE ETNOCENTRISM SI MULTICULTURALISM

Dr. Radu Vrasti

Iata ca ne vedem din nou la Forum, la doi ani diferenta. Eu am avut onoarea sa pariticip la acest Forum in 2013 si probabil ca multi dintre Dvs au fost si atunci. Poate ca nu ne-am schimbat foarte mult in acest rastimp, dar sunt sigur ca nu mai gandim la fel in multe privinte. Cine isi inchipuia atunci ca astazi vom fi martorii valului de migranti care asalteaza Europa si ca acest fenomen ne face sa ne positionam asa de emotional si nu numai. Poate ca din aceasta cauza ne-am si contrazis cu oameni care ne sunt aproape. Cu aceasta ocazie ne-am descoperit si i-am descoperit pe altii asa cum nu o mai facusem pana acum!

O sa incerc sa vorbesc astazi de cum acest fenomen al societatii multiculturale influenteraza practica psihiatrica. O sa incerc sa plasez practicianul intre cei doi poli, intre care si oamenii de pretudindeni se afla astazi, intre etnocentrism si multiculturalism.

Suntem astazi aproape 7 miliarde de oameni pe pamantul acesta si doar un pic mai mult de jumatate dintre acestia sunt nativi, restul au venit sau s-au nascut din parinti care au venit din alta parte. Canada, tara in care traiesc eu acum, este tara cu cea mai mare rata de imigrare de pe glob venind in fiecare an intre 250.000 si 300.000 de oameni din toate colturile lumii. Exista aici 34 de grupe etnice cu cel putin 100.000 membri. Aproximativ 41% din canadieni sunt la prima sau a doua generatie in Canada si unul la fiecare 5 canadieni a fost nascut in alta tara, la fel ca si mine. Comparativ cu alte tari, in Suedia doar 21,5% din populatie este la prima sau a doua generatie de imigranti iar in Norvegia 15,6%. In 2008 in Franta existau 5,3 milioane de imigranti la prima generatie si 6,5 milioane erau descendentii directi ai imigrantilor. Numarul total de imigranti din Franta se ridica la 11,8 milioane, respective 19% in intreaga populatie. In Italia, in 2014 erau 5 milioane de imigranti, adica 8.3% din populatie, iar in Spania in jur de 6 milioane, adica 12% din populatie. Conform Eurostatului, in Europa erau 47,3 milioane de imigranti ce s-au nascut in alta parte decat in tarile in care erau la data recensamantului, respectiv 9,4% din totalul populatiei Europei, cu un varf in Germania unde traiesc 6,4 milioane pe imigranti la prima

generatie, deci imigranti recenti. In Romania existau in 2013 doar 198.839 imigranti si cateva zeci de refugiatii! Toate aceste cifre sunt pe care sa se schimbe rapid sub valul actual de migratie din Orient sau Africa.

Unii oameni sunt sperati, dar politicieni ne spun ca traim intr-o societate multiculturala si nu avem de ce sa ne temem. Este astazi comun sa constatam ca societatile sunt pluraliste cultural, tarile primesc din ce in ce mai multi imigranti, relativismul cultural a devenit norma. Din punct de vedere politic se considera ca societatea de astazi este multiculturala.

Berry si Sam (2014)<sup>1</sup> spun ca notiunea de societate multiculturala are cel putin trei aspecte. In primul rand toate tarile sunt diverse cultural in sensul ca nici o tara nu are numai un singur grup etnic/cultural, nici una nu are numai o singura limba vorbita, in nici una membri impartasesc doar o singura identitate etnica/civica (UNESCO, 2009). In al doilea rand se constata prezenta unei politici vizibile in ceea ce priveste diversitatea culturala; unele societati cauta sa o reduca sau chiar sa o elimine, in timp ce altele promoveaza continuarea unei astfel de diversitati, precum Canada unde multiculturalismul este o politica oficiala. In al treilea rand este vorba de gradul cu care indivizii majoritari au o atitudine negativa sau pozitiva in ceea ce priveste diversitatea culturala si contactul cultural, ca fapt si ca politica. In fiecare tara se recunosc aceste trei aspect in proportii diferite. Pe de alta parte, Bailey si Harindranah (2006)<sup>2</sup> vad multiculturalismul ca un paradox care vrea sa ia in considerare drepturile univernale, dar in acelasi timp sa respecte si drepturile grupurilor minoritare. La prima vedere s-ar putea crede ca exista un conflict legat doar de numar si apartenenta etnica. Ceea ce face ca unii sa fie majoritati si altii minoritari este ca unii apartin culturii dominante si altii unei culturi diferite. Marsella si Yamada (2000)<sup>3</sup> spun ca ceea ce conteaza este identitatea etnoculturala, respectiv marimea cu care un individ aproba si manifesta traditiile culturale si practicile unui grup anume. Ceea ce este important nu este etnicitatea unei persoane ci mai curand marimea cu care se identifica cu practicile si stilul de viata a grupului din care face parte, iar acestea fac parte din definitia culturii.

---

<sup>1</sup> Berry JW, Sam DL (2014): Multicultural Societies, in V Benet-Martinez, Ying-Yi Hong (Eds.): The Oxford Handbook of Multicultural Identity, Oxford University Press, NY: New York.

<sup>2</sup> Bailey OG, Harindranath R (2006): Ethnic minorities, cultural difference and the cultural politics of communication. International Journal of Media and Cultural Politics, 2: 299-316.

<sup>3</sup> Marsella AL, Yamada AM (2000): Culture and mental Health: An introduction and overview of foundation, concepts, and issues, in I Cuellar, FA Paniagua (Eds.) - Handbook of Multicultural Mental Health: Assessment and Treatment of Diverse Populations, San Diego, ca: Academic Press.

În 1952 se găseau cam 125 definiții ale culturii iar în 2006 se inventaria peste 300 definiții. La modul general, prin cultură se înțelege credințele, valorile și ritualurile care sunt împărtășite într-un grup etnic. La aceasta alții au mai adăugat și factori sociali precum clasa socială, sărăcia și marginalitatea. Pentru mine cea mai frumoasă definiție este cea ale lui Marsella care înțelege prin cultură “*comportamentul și înțeleșurile învățate și împărtășite în contextual activități sociale pentru promovarea adaptării, creșterii și dezvoltării individuale și sociale și care sunt transmise prin variate activități și instituții sociale cu scopul adaptării individuale și colective. Cultura are atât reprezentări externe (artefacte, roluri, context, instituții) cât și interne (valori, credințe, atitudini, stiluri de personalitate, stări de conștiință, epistemologie).*” (Yamada și Marsella, 2013)<sup>4</sup>. Această definiție conceptualizează cultura ca o lentilă sau un filtru care influențează cum un grup de indivizi interpretează și trăiește realitatea. Ea este ceea ce dă identitatea etnoculturală a unui individ, adică a felului cum un individ aprobă și manifestă tradițiile și practicile unui grup specific. Cultura constă în simbolurile, artefactele, credințele, valorile și atitudinile care sunt împărtășite de toți cei care formează grupul cultural. Ea se manifestă în ritualuri, obiceiuri și legi și este perpetuată și reflectată în vorbe, reguli, obiceiuri, literatură, artă, dietă, costume, religii, preferințele, particularitățile de creștere a copiilor, recreație și altele.

Mare parte din cultură este învățată inconștient prin interacțiunea cu alții din grupul cultural, în special în familie, prieteni și școală. Din cauza că valorile culturale sunt larg inconștiente, așteptările față de comportamentul altora sunt la fel inconștiente. Această înseamnă că reacțiile noastre față de alți oameni, care încalcă aceste așteptări sau care aparțin unei alte culturi, tind să fie emotionale și critice. Mai mult, natura inconștientă a valorilor și credințelor culturale tind să ne facă să credem că ele sunt universale, astfel încât există o așteptare ca toți oamenii să se comporte la fel și să aibă aceleași valori și atitudini. Când oamenii sunt judecați și interpretați în funcție de regulile și practicile lor culturale această duce la etnocentrism, respectiv la tendința de a crede că propriile noastre credințe și valori sunt universale și avem dreptul să judecăm alte culturi ca moral inferioare față de aceea a noastră. A fi partizanul unei culturi specifice conduce la ceea ce se numește etnocentrism; uneori se mai numește și nativism.

---

<sup>4</sup> Yamada AM, Marsella AJ (2013): Study of culture and psychopathology: Fundamental concepts and historic forces, in F Paniagua, Ann-Marie Yamada (Eds.): Handbook of Multicultural Mental Health Assessment and Treatment of Diverse Populations, 2nd ed. San Diego: Elsevier.

Etnocentrismul se referă la tendința sau înclinarea oamenilor de a vedea realitatea prin prisma experienței și perspectiva propriei culturi, tradițiile, comportamentele și practicile altor culturi fiind considerate inferioare, anormale, sau chiar deviate. El traduce lipsa de acceptare a diversității culturale ceea ce conduce la stereotipuri negative față de alta cultură. Etnocentrismul este credința că normele etice și culturale la care ai subscris sunt superioare altora la care nu ai subscris pentru că aparțin altui spațiu cultural (Berry și Kalin, 1995)<sup>5</sup>. Ca un lucru anecdotic, trebuie să remarc studiul Lin, Rancer, și Trimbilas (2005)<sup>6</sup> care au comparat un lot de studenți români cu un lot de studenți americani cu privire la ideile de etnocentrism. Ei au găsit că studenții români sunt mai etnocentriști decât cei americani și au încercat să explice aceasta ca fiind un rezultat al conflictelor culturale istorice dintre români și maghiari. Deși etnocentrismul are și rezultate pozitive precum păstrarea identității naționale, generarea patriotismului și a unei dispoziții de sacrificiu, el a fost descris și ca o dispoziție psihologică individuală care conduce la neînțelegeri între grupuri etnice, reduce comunicarea între ele și se poate termina în confruntare (Dong și colab., 2009)<sup>7</sup>.

Etnocentrismul presupune un adevăr *“culturo-centrism”* pentru că afirmă credința că tehnologia are o valoare supremă prin capacitatea ei de a afecta, controla și proteja ființele umane. Cel ce posedă tehnologia este superior celor ce nu o posedă. Aceasta este un fel de *“crono-centrism”* crezând că cel care posedă tehnologia actuală este superior celor care nu au ajuns încă la ea, care au rămas în urmă sau care cred încă în interpretări arhaice. Aceste feluri de centrism sunt înrădăcinate nu numai în gândirea de a fi superior altora ci și în incapacitatea de a vedea dincolo de propria poziție, timp și cultură. În cultura vestică este un reflex de a considera că tehnologia și cunoașterea din țările mai mari și mai bogate este mai mare decât în cele sărace, izolate și mici.

Adams și Hanna (2012)<sup>8</sup> spuneau că *“există tendința omului modern de a avea un discurs allo-cronic, ca și cum toate lucrurile s-ar petrece după același ceas, după aceeași măsurătoare a*

---

<sup>5</sup> Berry JW, Kalin R (1995): Multicultural and ethnic attitudes in Canada: An Overview of the 1991 national survey. Canadian Journal of Behavioral Science, 27: 301-320.

<sup>6</sup> Lin Y, Rancer AS, Trimbilas O (2005): Ethnocentrism and overcoming ethnocentrism intercultural-willingness-to-communicate: A cross-cultural comparison between Romanian and US American college students, Journal of Intercultural Communication, 34: 138-151.

<sup>7</sup> Dong Q, Day KD, Collaco CM (2009): Overcoming ethnocentrism through developing intercultural communication sensitivity and multiculturalism, Human Communication, 11 (1): 27-38.

<sup>8</sup> Adams M, Hanna P (2012): Your past is not their present: Time, the other, and ethnocentrism in cross-cultural personality psychology, Theory and Psychology, 22(4): 709-716.

*timpului. Insa timpul este o calitate care poate fi asociata in mod diferit cu diferite tipuri de organizari culturale si sociale. Daca suntem contemporani unii cu altii asta nu inseamna ca suntem in acelasi "timp", ca timpul are aceeasi valoare culturala si sociala. Astfel gasim ca altii sunt ramasi in urma sau ca altii sunt avansati, etc. De cele mai multe ori, reprezentarea altora este legata de timpul in care traiesc, daca sunt sau nu in aceeasi perioada cu noi. Pe aceasta baza s-au construit conceptele de traditional si modern si se face diferenta intre culturi. Problema discursului allocronic este ca este suprasimplificat, reflectand o superioritate si aroganta prin care "noi" suntem primii in timpul actual, in timpul present, iar ceilalti sunt exclusi din acest "timp" cultural, nu impartasesc aceiasi perioada de timp".*

Intr-o societate multiculturala apar aceste diferente si oamenii au probleme in a implini asteptarile si nevoile culturale proprii in masura in care interfera cu ale altora sau devin atat de evidente incat pot fi etichetante sau stigmatizante. Lucrurile acestea se vad cel mai bine in ingrijirea sanatatii, in serviciile de sanatate, in accesul si utilizare acestora, in competenta ingrijitorilor de a raspunde la particularitatilor lor culturale. Definitia sanatatii, sanatatea ca valoare, pastrarea sanatatii, suferinta, cauzele bolilor, tratamentul, cautarea ajutorul, etc. sunt definite diferit in culturi diferite. Intr-o astfel de societate, care pare a fi regula astazi, clinicienii trebuie sa fie atenti la variatiile culturale ale normalitatii si anormalitatii, aceste concepte fiind negociate si renegociate conform cererilor culturii dominante in controversa cu culturile "minoritare".

Ingrijirea sanatatii in modul vestic este bazata pe cunoasterea empirica, stiintifica. Practicile de ingrijire a sanatatii, precum diagnosticul si tratamentul, sunt gandite a fi probate stiintific si din aceasta cauza sunt gandite a fi universale, de necontestat, ceea ce le face in mod automat sa fie etnocentrice. De aici se poate deduce ca exista o tensiune sau un grad de nepotrivire in intalnirea dintre un clinician apartinand culturii vestice si pacientul lui apartinand unei culturi minoritare.

Pe aceasta tabla, unde se afla psihiatrul? La prima vedere raspunsul este ca el este plasat etnocentric pentru ca practica lui se sustine intr-o limba oarecare prin care se dezvaluie atat suferinta pacientului dar si credintele clinicianului despre cum acestea sunt formulate. Marsella

și Yamada (2000)<sup>9</sup> spuneau că: “*etnocentrismul devine o problemă în domeniul sănătății mentale când anumite realități legate de natură și tratamentul bolilor mentale sunt impuse oamenilor de către cei care sunt în poziția de putere, fără grija de a greși*”. Tot Marsella (citată de Yamada și Maarsella, 2013) spunea că tulburările mentale nu pot fi separate de experiența culturală și că “*dacă definim natura a ceea ce este real, a ceea ce este acceptabil și chiar a ceea ce este bine sau rău, atunci noi trebuie să ne așteptăm la același lucru și în ceea ce privește suferința psihică*”. Cel mai frumos mi s-a părut ceea ce spunea profesoara de bioetică Kathryn Montgomery Hunter (1991)<sup>10</sup>: “*medicina este bazată pe cunoaștere subiectivă și nu pe generalizările din tratatele de medicină pentru că cunoașterea științifică nu este suficientă, ci doar înțelegerea medicului este ceea ce e de ajuns pentru un pacient*”.

Psihiatria modernă are mai mulți părinți care și-au lăsat ceva din AND-ul lor care se poate recunoaște și astăzi, dar nici unul nu are o mai mare amprentă genetică ca psihiatrul german Emil Kraepelin, cel care a deschis ușa clasificării bolilor psihice, a criteriologiei diagnostice și în special a biologismului în psihiatrie. El a forjat ideea că bolile psihice și simptomatologia lor trebuie să fie universale pentru că bolile sunt construite empiric, experimental și, deci, științific. Ei bine, tocmai el a trebuit să fie unul din primii care au recunoscut că bolile psihice nu sunt universale și că depind de factorii culturali. Astfel, în 1904, în bună tradiție germană, Kraepelin a plecat într-o călătorie în Asia și America de Nord, la puțin timp după ce a ocupat catedra de psihiatrie de la Universitatea de la München, pentru a-și lărgi orizontul înainte de a se așeza pentru o muncă “bine făcută”. În timpul acestei călătorii, el observa că are greutăți în a pune diagnosticul unor pacienți locali. El notează că pacienții din aceste locuri nu pot să exprime bolile lor în simptome “prototipice” pe care se construiesc bolile mentale în Germania și Europa de vest. El sugerează să se creeze o nouă ramură a psihiatriei, *Vergleichende Psychiatrie* sau Psihiatrie Comparată care să studieze diferențele culturale în psihopatologie. Ironia sortii este că Kraepelin era un partizan al originii biologice a tulburărilor psihice, origine biologică care și astăzi este clamată de cei care consideră că bolile psihice sunt internaționale în măsura în care ele împartășesc același determinism biologic. Iată de ce, pentru cel puțin primii 50 ani ai secolului trecut, profesioniștii au fost incapabili să recunoască

---

<sup>9</sup> Marsella AL, Yamada AM (2000): Culture and mental Health: An introduction and overview of foundation, concepts, and issues, in Israel Cuellar, Freddy A. Paniagua (Eds.) - Handbook of Multicultural Mental Health: Assessment and Treatment of Diverse Populations, San Diego, CA: Academic Press.

<sup>10</sup> Montgomery Hunter K (1991): Doctor's Stories, Princeton: Princeton University Press.

importanța factorilor culturali în psihopatologie. Era asumat de aceștia că bolile mentale sunt universale în ceea ce privește debutul, expresia, cursul și deznodământul și au doar variații minore față de aspectul prototipic. Viziunea post-modernă în psihiatrie și în științele sociale în general, aduce o modificare epistemologică care face ca adevărul să fie relativ, influențat de cultură, de loc, de tradiții, istorie și de context.

Calabrese (2008)<sup>11</sup> vorbește de o ciocnire a paradigmelor clinice între psihiatrții și pacienții lor. El spune: *„multi clinicieni aparținând culturii vestice continuă să creadă că practica lor este „cultural-free”. Faptul că psihiatrul recomandă medicamente, că profesează sub paradigma reductionistă a psihiatriei biologice îl face să creadă că entitățile clinice, diagnosticele și tratamentul sunt deasupra diferențelor culturale. Această relație dintre conceptele clinice și ideologia culturală devine problematică din cauza diversității culturale umane. Nu toate societățile de pe glob agreează aceleași concepții despre originea și expresia diverselor aspecte ale comportamentelor și atitudinilor umane. Societățile umane au dezvoltat modalități proprii, unice, de înțelegere și adaptare la ambianța locală. Indivizii aparținând acestor societăți/culturi sunt pasibili de a răspunde într-un mod congruent cu istoria proprie a culturii din care fac parte”*. Aceasta este fundamental datorită faptului că diagnosticul psihiatric trebuie să fie în același timp și unul cultural și trebuie să accepte *„discordanță”* dintre cele două (Alercon, 2009)<sup>12</sup>. Sursele generative ale acestor contradicții sunt diferențele dintre orientările culturale care modifică epistemologiile, locul persoanei în contextual social, rolul spiritualității în procesul de vindecare, separarea sau integrarea minții și corpului, local versus universal.

După apariția DSM-III și DSM-III-R au fost o multitudine de critici la insensitivitatea psihiatrie la factorii culturali. După părerea mea, cea mai frumoasă critică a nosologiei psihiatrice etnocentrice, promovată de clasificările internaționale, o face Waters (2010)<sup>13</sup> în cartea sa: *“Crazy like us: The globalization of the American Psyche”*. Cartea este o satiră acută a biomedicalizării bolilor mentale, proces pe care autorul îl vede ca un virus care se răspândește de la vest spre alte culturi. Rezultatul este o omogenizare a înțelegerii de cum cultura influențează apariția tulburărilor mentale și forjează un model fix de interpretare a lor conform valorilor occidentale, marginalizarea înțelegerii factorilor culturali și înlocuirea lor cu un set de idei

---

<sup>11</sup> Calabrese JD (2008); Clinical Paradigm Clashes: Ethnocentric and political barriers to native American efforts at Self-Healing, *Ethos*, 36 (3): 334–353.

<sup>12</sup> Alarcón RD (2009): Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections, *World Psychiatry*, 8: 131-139.

<sup>13</sup> Watters E (2010): *Crazy like us: The globalization of the American psyche*, New York: Free Press.

adesea incomprezibili este periculoasă și chiar dăunătoare. Waters își exprimă frustrarea cu etnocentrismul experților occidentali în sănătate mentală pe care îi descrie cu sarcasm și îi ridiculează de felul cum ei au inventat boli în spații culturale unde nu existau aceste boli înainte de venirea lor. Această carte, mai actuală astăzi ca oricând, oferă un argument puternic pentru recunoașterea unicității factorilor culturali care sunt dincolo de platitudine birocratică a conceptului de “*senzitivitate culturală*”. Ea redă faptul cum “noi” nativisti din vest, credem cu fervoare în ceea ce avem de oferit restului oamenilor de altă sursă culturală.

Sub presiunea mișcării feministe, a ideilor neo-liberale, a organizațiilor de “*supraviețuitori*” ai serviciilor de sănătate apare conceptul de “*competență interculturală*” a îngrijitorilor sănătății în general. La început acest concept s-a referit la surori și mai apoi s-a extins și asupra celorlalte categorii de personal medical precum medicii clinicieni. Competența interculturală este o componentă necesară ori căruși furnizor de îngrijire, alături de competența sa generală. Aceasta duce la o corectă comunicare, creșterea satisfacției pacientului, dorinței lui de a căuta ajutorul și la îmbunătățirea rezultatului tratamentului. Lipsa acestei competențe ridică bariere în relația clinician și pacient și aduce prejudecări cu profund impact asupra sănătății. Dintre aceste bariere cel mai des se menționează: (i) reticenta pacientului de a se adresa clinicianului din cauza unei înțelegeri diferite cu privire la rolul și funcția sistemului medical, (ii) teama de a fi respinși sau ridiculizați credințele personale referitor la sănătate și boală, (iii) așteptări diferite referitor la modul de tratament, precum farmacoterapie versus medicina naturistă, (iv) modul diferit de interpretare a cadrului de referință prin care clinicianul și pacientul vede cauzele, simptomele, diagnosticul și tratamentul suferinței; (v) înțelegere diferită a rolului pe care pacientul îl are în procesul vindecării, pasiv versus activ; (vi) teama de stigmat și respingere comunitară, (vii) viziuni diferite asupra rolului familiei și a suportului social în procesul de recuperare.

Din multitudinea de modele explicative ale competenței interculturale de îngrijire, trei modele au recunoașterea cea mai largă (Anand și Lahiri, 2009)<sup>14</sup>:

1. “*Modelul de îngrijire competență culturală*” dezvoltat de Campinha-Bacote (2002)<sup>15</sup> conține câteva elemente critice precum conștientizarea culturală, cunoașterea culturală, abilitățile

---

<sup>14</sup> Anand R, Lahiri I (2009): Intercultural Competence in Health Care: Developing Skills for Interculturally Competent Care, in DK Deardorff (Ed.): The Sage Handbook of Intercultural Competence, Thousands Oaks, CA: Sage Publ.

<sup>15</sup> Campinha-Bacote, J. (2002): The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care, Journal of Transcultural Nursing, 13: 181–184.



culturale și întâlnirea culturală, toate acestea conducând la livrarea unei intervenții adecvate cultural. Prin aceasta *“furnizorul de îngrijiri se străduiește în mod continuu să dobândească abilitatea de a lucra efectiv într-un context cultural cu un individ sau cu o comunitate dintr-o cultură sau etnie diferită”*. Conștientizarea culturală înseamnă să ai senzitivitate culturală și responsivitate culturală. Să fi senzitiv cultural înseamnă să fi conștient de valorile, credințele, stilul de viață, practicile individului, iar să fi responsabil cultural înseamnă să încorporezi valorile, credințele, stilul de viață și practicile pacientului într-un plan de tratament mutual acceptat.

2. *“Modelul senzitivității culturale”* a lui Milton Bennett (1993)<sup>16</sup> constă într-un continuum a șase stadii mergând de la etnocentrism la etnorelativism. Primul stadiu este cel de etnocentrism în care noi negăm și minimalizăm cultura celuilalt. Al doilea stadiu este de defență în care recunoaștem diferențele culturale dar le considerăm o amenințare pentru propria realitate și self. În stadiul 3, de minimalizare, asemănările sunt mai multe decât diferențele. În stadiul 4, de acceptare, individual recunoaște diferențele fără a le lipi calificative pozitive sau negative. În stadiul 5, de adaptare, individul dezvoltă aptitudini de a interacționa și comunica cu oameni din alta cultură, iar în stadiul 6, de etnorelativism, noi, îngrijitorii, acceptăm, ne adaptăm și ne integram în alta cultură.

3. *“Modelul competenței interculturale”* a lui Deardorff (2009)<sup>17</sup> cuprinde 4 componente, fiecare cu atribute, aptitudini și comportamente specifice:

- Atitudine de respect, de valorizare a altei culturi, de deschidere, lipsa de critică, curiozitate și descoperire conducând la toleranță;
- Cunoaștere, comprehensivitate și aptitudini precum ascultare, observare, evaluare, analizare, interpretare și relaționare;
- Aptitudini care conduc la un rezultat pozitiv precum adaptabilitate, flexibilitate etnorelativitate și empatie;
- Comportament comunicational efectiv și adecvat într-o situație interculturală, ceea ce conduce la o competență interculturală în îngrijire și tratament. Competența interculturală în îngrijirea sănătății este definită de Deardorff ca *“abilitatea de a furniza o îngrijire efectivă, semnificativă, respectuoasă, într-o manieră compatibilă cu fundalul cultural al pacientului și practicile și limbajul lui”*.

---

<sup>16</sup> Bennett M (1993): Towards ethnorelativism: A developmental model of intercultural sensitivity, in RM Paige (Ed.): Education for the intercultural experience. Yarmouth, ME: Intercultural Press.

<sup>17</sup> Deardorff DK (2009): The Sage Handbook of Intercultural Competence, Thousands Oaks, CA: Sage Publ.

Competenta culturala reprezinta nucleul ingrijirii centrate pe client ce are impact asupra felului cum ingrijirea este livrata si primita. Lipsa competentei culturale contribuie la un prost rezultat al ingrijirii, reduce complianta pacientului si creste disparitatile privind calitatea si disponibilitatea serviciilor de ingrijire a sanatatii. O sa sa inchei acest paragraf dedicat competentei culturale cu cuvintele lui Betancourt (2004)<sup>18</sup>: *“Competenta culturala nu este un panaceu care singura va imbunatatii rezultatul si va elimina disparitatile, ci doar un set de abilitati pe care clinicianul trebuie sa le posede pentru ca furniza o ingrijire de calitate fata de toti pacientii. Ea apartine curentului actual din ingrijirea sanatatii in lumea multiculturala”*.

Aparitia conceptului de competenta interculturala si criticile referitor ignorarea factorilor culturali in DSM-III au facut ca Asociatia Psihiatrilor Americani sa constituie un grup de lucru de specialisti in psihiatrie culturala care sa aduca amendamentele necesare in noua versiuni a clasificarii. Ei au dezbatut daca este mai bine sa se introduca o a 6-a axa pe care sa se evalueze factorii culturali sau asa-zisele *“sindroame legate cultural”* sau sa se creeze un cadru operational pe baza caruia clinicianul sa fie capabil sa ia in considerare cultura din care face pacientul si influenta ei asupra diagnosticului si la formularea diagnosticului din punct de vedere cultural. *“Sindroamele legate cultural”* sunt tablouri clinice presupuse a fi specifice in mod unic unei culturi si care se petrec numai in grupe umane apartinand acelei culturi, adica etiologia, patogenia si manifestarile clinice nu corespund entitatilor conventionale incluse in nomenclaturile si clasificarile psihiatriei vestice.

In versiunea DSM-IV apare un cadru de formulare culturala postat la sfarsitul volumului si care cuprinde o sumara prezentare a felului cum factorii culturali ar putea influenta relatia medic-pacient, culegerea simptomelor, diagnosticul si rezultatul. Aceasta superficialitate i-a facut pe ilustrii profesori de psihiatrie culturala Mezzich, Caracci, Fabrega si Kirmayer (2009)<sup>19</sup> sa afirme ca *“formulare culturala introdusa de DSM-IV nu reprezinta o metoda pentru colectarea informatiilor culturale adecvate”*. Oricum, conceptul de *“formulare culturala”* a fost un castig si, ulterior, a existat o stradanie continua de a-l transforma intr-o unealta adecvata de evaluare a interferentei culturii in aspectul, evolutia si tratamentul suferintei psihice. Astfel,

---

<sup>18</sup> Betancourt JR (2004): Cultural Competence — Marginal or Mainstream Movement? New England Journal of Medicine, 351: 953-955.

<sup>19</sup> Mezzich JE, Caracci G, Fabrega J, Kirmayer LJ (2009): Cultural Formulation Guidelines, Transcultural Psychiatry, 40 (3): 383-405.

Baarnhielm si Scarpinati (2009)<sup>20</sup> publica un prim ghid de interviu pentru formulare diagnostica, ghid ulterior preluat cu modificari de catre DSM-V in a lui Interviu de Formulare Culturala. Metoda de formulare culturala propusa de ei cuprinde un set larg de itemi care sa ghideze interviul clinic si care au fost grupati in 12 domenii:

1. Modelul explicativ, cu scopul clarificarii felului cum individul concepe cauzele si mecanismele suferintei lui psihice;
2. Nivelul de functionare, avand ca scop clarificarea nivelului de functionare in relatie cu prioritatile proprii si cele culturale ale grupului;
3. Reteaua sociala, identificarea influentele retelei sociale informale asupra problemelor individului;
4. Stresorii psihosociali, identificarea stresorii care au agravat problema sau care au afectat sanatatea individului;
5. Spiritualitate, religia si traditiile morale, decelarea influentei spiritualitatii, religiei si a altor traditii morale sau filozofice asupra problemelor individului;
6. Identitatea culturala, ajuta la stabilirea identitatii culturale a pacientului si cum aceasta a influentat sanatatea si bunastarea lui;
7. Copingul si comportamentul de cautare a ajutorului, clarifica modurile de coping cu problema curenta; indiviul poate identifica problema ca un simptom sau sa o mentioneze ca un termen sau expresie carcteristica sau ca o situatie sau problema de relatie;
8. Relatia clinician-pacient, se refera la rolul culturii in relatia dintre medic si pacient in ceea ce priveste plangerile pacientului si evaluarea clinicianului;
9. Copii si adolescent;
10. Indivizi in varsta;
11. Imigranti si refugiati cu scopul de colecta informatii despre experienta lor privind migratia si relocarea;
12. Ingrijitori: explora natura si contextul cultural al ingrijirii pacientului, suportul social, nevoile specific, realtiile si comunicarea.

---

<sup>20</sup> Baarnhielm S, Scarpinati M (2009): The Cultural Formulation: A Model to Combine Nosology and Patients' Life Context in Psychiatric Diagnostic Practice, *Transcultural Psychiatry*, 46(3): 406-428.

“*Interviul de formulare culturala*” din DSV-V este plasat in Sectiunea 3-a a modelelor si metodelor de evaluare si cuprinde urmatoarele sectiuni, fiecare din ele avand sugerate mai multe intregbari deschise exploratorii:

- Stresorii si suportul (domenii de explorat: reseaua sociala, ingrijitorii, stresorii psihosociali, religie si spiritualitate, imigranti si refugiati, batranii);
- Rolul identitatii culturale (domenii de explorat: identitatea culturala, stresorii psihosociali, religie si spiritualitate, imigranti si refugiati, batrani, copii si adolescenti)
- Factori culturali afectand copingul si cautarea ajutorului in trecut (domenii de explorat: copingul si comportamentul de cautare a ajutorului, religie si spiritualitate, batrani, ingrijitori, stresori psihosociali)
- Factori culturali afectand cautarea curenta a ajutorului (domenii de explorat: preferintele culturale ale cautarii ajutorului actual, reseaua de suport, religie si spiritualitate, copingul)
- Relatia clinician-pacient.

In afara de Interviul de Formulare Culturala, DSM-V mai cuprinde o scurta descriere a problemelor diagnosticului cultural care apare in Sectiunea 2-a la capitolul: “Alte conditii care ar putea atrage atentia” si un “Glosar de concept culturale care descriu distress-ul” plasat la Sectiunea 4-a, Anexe.

Dupa parerea mea, interviul promovat de DSM-V este mai stufos si lipsit de coerenta interna decat cel a lui Baarnhielm si Scarpinati (2009) prezentat mai sus.

Se pune chestiunea de felul cum diferentele culturale dintre clinician si pacient afecteaza interventiile din sanatate mentala. In acest sens Calabrese (2008)<sup>21</sup> inventariaza urmatoarele probleme:

- Aborarea individuala a pacientului versus abordarea comunala, de grup;
- Rolul terapeutului, directiva sau centrata pe viziunea pacientului;
- Auto-dezvaluirea (“*self-disclosure*”) versus reitcenta/rezistenta la dezvaluirea traairilor/credintelor interne;
- Factorul timp, “imediat” versus “mai vedem”;
- Interventii seculare versus spirituale;
- Decizii rationale versus experiente extatice, sugestii hipnotice;

---

<sup>21</sup> Calabrese JD (2008); Clinical Paradigm Clashes: Ethnocentric and political barriers to native American efforts at Self-Healing, Ethos, 36 (3): 334–353.

- Narrative personale versus narrative preformate: structura narativelor terapeutice construite colaborativ, în conversația terapeutică, și individualizate față de un pacient specific versus narrative preformate conform tradițiilor culturale; un bun și modern clinician nu este directiv, el tinde să lucreze cu narativele specifice ale pacientului sub unicitatea povestirii suferinței pacientului, în contrast cu terapeutul tradițional mai mult legat de structurile narrative preformate care sunt înradăcinate în mituri și simbolism ritualic;
- Interventia ca remedială dar stigmatizantă versus preventivă dar valorizantă;
- Separarea dualistă a intervenției centrată pe înțeles și semnificație personală versus cea farmacologică, universalistă:
- Ciocnirea între farmacologia sintetică versus cea naturistă.

Acesta este un punct de vedere a unui antropolog, viziune care se regăsește parțial în interviul de formulare terapeutică din DSM-V, unde lipsește intervenția centrată pe înțelesul pacientului, intervențiile spirituale, farmacologia naturistă și în special rolul co-participării la formularea narativă a suferinței. Da, psihiatrii actuali încă se mai închină la zeul atotputernic al biologiei!

Intr-o foarte recentă culegere de texte, majoritatea europene, sub redacția lui Demazeux și Singy (2015)<sup>22</sup> având în comun critica DSM-V, Murphy (2015)<sup>23</sup> afirmă următoarele: *“Se poate spune că în ciuda deschiderii către antropologie a DSM-V el a rămas încă etnocentric pentru că susține în mod implicit ideea că categoriile psihiatrice vestice reprezintă o deviație de la normal iar cele non-vestice o deviație a deviației. Este rezonabil să credem că tulburările care sunt descrise în DSM-V reprezintă felul cum ele sunt tratate de cei ce trăiesc în vest, reflectând mostenirea culturală a acestui spațiu, viziune care nu este împărtășită de restul lumii, iar în felul acesta ele nu pot fi considerate condiții universale, ci pot fi considerate cu adevărat sindroame legate cultural”*.

Se pune întrebarea: ce e de făcut? Parerea mea este să ne întoarcem la medicina narativă, doar narativele sunt capabile să culegă suferința autentică a pacientului înradăcinată în cultura din care face parte. Rita Charon (2011) una din promotoarele noii medicine narative spunea: *“Teoriile și practica medicinei narative propune o disciplinată și riguroasă înțelegere a rolului*

<sup>22</sup> Demazeux S, Singy P (Eds.), (2015): The DSM-5 in Perspective Philosophical Reflections on the Psychiatric Babel, Heidelberg: Springer.

<sup>23</sup> Murphy D (2015): “Deviant Deviance”: Cultural Diversity in DSM-5, in S Demazeux, P Singy (Eds.): The DSM-5 in Perspective Philosophical Reflections on the Psychiatric Babel, Heidelberg: Springer.

*narativelor în context clinic, să mute clinicianul într-o poză de atenție, respect, afiliere, încredere și chiar empatie față de pacient. Povestirea este o formă de înțelegere între indivizi, ajută la obținerea și influența unuia față de altul prin cunoaștere, plăcere, încredere, acțiune și dragoste. Ea este o fundație a culturii, religiei, familiei și comunității, este un drum prin care devenim noi-însine și prin care ne cunoaștem. Actul de narativare mobilizează imaginația, conducând la o versiune particulară a unui eveniment sau a unei stări de lucru și aceasta influențează în mod unic relația dintre narator și ascultător. Narativele conduc la o schimbare între aceștia doi și la formarea de înțelegeri care sunt reciproc produse”.*

În îngrijirea centrată pe persoană, de mare importanță este ascultarea poveștii pacientului. Clinicianul trebuie să-i ofere pacientului oportunitatea de a prezenta propria narativă în loc de a răspunde la întrebări. O abordare narativă înseamnă o atitudine specială din timpul interviului care să invite pacientul pentru a-și spune povestea. Aceasta duce nu numai la a asculta ci și la a înțelege această poveste. Charon (2001)<sup>24</sup> și (2004)<sup>25</sup> face distincția dintre ceea ce ea denumește cunoașterea logico-stiințifică și cunoașterea narativă. Cunoașterea logico-stiințifică este caracterizată de prezența unui observator detașat ce generează sau înregistrează evenimente generalizabile și replicabile în încercarea de a evidenția universalitatea datelor prin transcenderea particularului. În cunoașterea narativă se obține o cunoaștere locală și particulară a unui singur eveniment și obținerea universalului prin revelarea particularului. Cunoașterea narativă conduce la înțelegerea semnificației poveștii prin mijloace cognitive, simbolice și afective. Cum spunea criticul literar RWB Lewis (citată de Charon, 2001): *“Cunoașterea narativă se ocupă cu experiențele oamenilor, nu cu propozițiile din care e făcută”*. Cadrul narativ invită atât medicul cât și pacientul la colaborare pentru a forja o mai bună istorie a suferinței. Ei intră într-un proces de negociere prin care se stabilește un dialog continuu de povestire și re-povestire a unei istorii de boală. Este vorba de natură dialectică a cadrului narativ, între limbajul biotehnic medical și povestea pacientului spusă în limbajul selfului. *“Alături de abilitatea științifică, medicul trebuie să aibă și abilitatea de a asculta narativele pacientului, să extragă și să aprecieze înțelesul acestuia și să acționeze în numele acestuia. Aceasta reprezintă competența narativă pe care*

---

<sup>24</sup> Charon R (2001): The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust, JAMA, 286(15): 1897-1902.

<sup>25</sup> Charon R (2004): Narrative and medicine, New England Journal of Medicine, 350(9): 862-864.

*ființele umane o folosesc ca să absoarbă, interpreteze și să răspundă la aceste povestiri. Aceasta este medicina narativă” (Charon, 2001)<sup>26</sup>.*

La început, când nu erau analize și imagistica, narativele pacientului erau foarte importante pentru diagnostic. Pe măsură ce s-au dezvoltat explorări paraclinice și pe măsură ce medicina a trebuit să furnizeze dovezi și teste în favoarea diagnosticului, importanța narativelor a scăzut. Era vorba de a trece de la evidente calitative, naratiunea pacientului, la evidente cantitative bazate pe măsurători. Acum este momentul să ne întoarcem la valoarea evaluărilor calitative în relația cu pacientul nostru.

Povestea pacientului este actul central terapeutic pentru că cuvintele și ascultarea lor da pacientului sentimentul de control al haosului bolii. Ascultându-l, medicul imaginează situația povestitorului (biologică, familială, existențială, culturală) și recunoaște înțelesurile cuvintelor folosite și evenimentelor descrise și astfel intră în lumea narativă a pacientului. Actul diagnostic are efecte și asupra medicului presupunând antrenarea memoriei, asociațiilor, curiozității, creativității, interpretării lui pentru a identifica semnificația povestirii pacientului. Ascultarea povestii bolii și recunoașterea a ceea ce nu este încă clar, punerea de întrebări, cere din partea medicului curaj și generozitate de a tolera și de a fi martorul suferinței pacientului. Aceasta solicită formarea unei alianțe terapeutice care se construiește prin încredere reciprocă, exprimarea empatiei, ascultare activă, înțelegere și interes autentic, angajament exprimat în mod profesional ce duce la co-formarea unei naratiuni comune a suferinței pacientului (Charon, 2001).

În mod curent, naratiunea sa regăsește în istoria cazului, așa cum este prinsă în notele clinice, foi de observație sau alte înscrisuri medicale. A vorbi și scrie despre pacient înseamnă a face istoria cazului. Este un mod de a construi o persoană. După Bracken și Thomas (2005)<sup>27</sup> istoria cazului are un spațiu și un cadru de timp și în ea se regăsește tensiunea dintre obiectivitate și subiectivitate. Istoria cazului este scrisă în așa fel încât să influențeze interpretarea unui viitor cititor. Ea are în sine o anumită subiectivitate și intenționalitate. Ea conține interpretările celui care scrie determinate de cunoașterea lui, de scopurile lui, de modelele teoretice ale lui. Astfel, istoria cazului în psihiatria modernă este de cele mai multe ori o versiune psihopatologică și fenomenologică a povestii pacientului, este un fel de traducere a narativelor pacientului în

---

<sup>26</sup> Charon R (2001): The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust, JAMA, 286(15): 1897-1902.

<sup>27</sup> Bracken P, Thomas P (2005): Postpsychiatry, Oxford: Oxford University Press.

narativele medicale, a vocii pacientului în vocea medicului. Post-psihiatria (Bracken și Thomas, 2005)<sup>28</sup> vrea tocmai ca prin co-scrierea narativelor pacientului, el să-și redobândească sentimentul de proprietate a vorbelor, de protagonist al suferinței, vocea care trebuie să se audă în relația medic-pacient este vocea pacientului. Medicina bazată pe dovezi, expresie a modernismului și pozitivismului, este din punct de vedere epistemologic tentativă de a spune că există doar un singur adevăr obiectiv, respectiv un singur tratament eficient pentru o boală anumită. Tot în perspectiva pozitivismului se face distincția dintre expertiză și expert, între cunoaștere și cel care cunoaște, distincții care reflectă cartezianismul care diferențiază obiectivul de subiectiv. Medicina bazată pe dovezi este dominată de elucidarea faptelor de către un expert care privește alta ființă umană. Nimeni nu poate fi expert într-o altă ființă umană! Postpsihiatria vede întâlnirea dintre medic și pacient ca o formă a narativelor. Pacientul spune o poveste și medicul ascultă și interpretează. Interpretarea și crearea înțeleșului, sunt o trăsătură fundamentală a narativelor. Aceasta este medicina bazată pe narative. Diferența este că medicina bazată pe evidente merge de la particular la general (statistică, metaanalize, trialuri, notarea de efectivitate, outcome), cea bazată pe narative merge de la general la particular, la individul unic, la detaliile vieții și la circumstanțele ei (Bracken și Thomas, 2005). Iată de ce, după părerea mea, psihiatria narativă este cea care va rezolva problema competenței interculturale și a evaluării și formulării culturale a diagnosticului.

Schimbările din medicina modernă a adus din nou în prim plan narativele pacientului (Charon, 2001). Aceasta s-a făcut în răspuns la:

1. Pacientul văzut ca o ființă complexă la care au contribuit o mulțime de factori: copilăria, mediul, genetică, construcția mentală emoțională;
2. Viziunea că pacientul nu este pasiv, o victimă tragică a bolii, ci angajat activ în suferința lui;
3. Există deferite condiții de sănătate față de care medicina prezintă limitări;
4. În societatea modernă pacientul este văzut din ce în ce mai mult ca având drepturi și responsabilități;

După Easton și Atkin (2011)<sup>29</sup> abordarea narativă din medicină are mai multe implicații pentru practica clinică printre care faptul că narativele trebuie să devină parte integrantă în

---

<sup>28</sup> Bracken P, Thomas P (2005): *Postpsychiatry*, Oxford: Oxford University Press.

<sup>29</sup> Easton A, Atkin K (2011): *Medicine and patient narratives*, *Social Care and Neurodisability*, 2 (1): 33-41.



comunicare, clinicienții trebuie să fie reflexivi și să faciliteze formarea și emiterea acestora, să conducă la formarea alianței terapeutice, să le utilizeze ca intervenție terapeutică, să conducă la un deznodământ pozitiv și la integrarea clinicianului în comportamentul pacientului de căutare a ajutorului.

Am lasat special pentru încheierea acestei comunicări caracteristicile care reprezintă fundația viziunii noi despre sănătatea mentală în relația ei cu cultura (Marsella și Yamada, 2000)<sup>30</sup> :

1. Relația este peste tot în lume, nu este un spațiu sau o societate în care acești doi termeni să nu interrelaționeze;
2. Este bazată pe diversitate;
3. Este bazată pe justiție socială și activism;
4. Se preocupă de optimizarea comunicării;
5. Se preocupă de împuternicirea rolului individului, grupurilor de indivizi, entice, religioase, etc.
6. Se preocupă să ofere speranță, optimism și oportunitate;
7. Este multiculturală, multidisciplinară și multisectorială;
8. Este ecologică, istorică, interacțională și contextuală.

Personal sunt un adept înfocat al medicinei și psihiatriei narative și a viziunii democratice pe care o aduce post-psihiatrie în felul cum vedem pacientul în relație cu medicul și lumea lui.

---

<sup>30</sup> Marsella AL, Yamada AM (2000): Culture and mental Health: An introduction and overview of foundation, concepts, and issues, in Israel Cuellar, Freddy A. Paniagua (Eds.) - Handbook of Multicultural Mental Health: Assessment and Treatment of Diverse Populations, Academic Press, CA; San Diego.