



Problemy oceny stanu psychicznego osoby z odmiennego obszaru kulturowego na przykładzie psychiatrycznej konsultacji kobiety z Afganistanu

Problems with the mental state examination of the individual from different cultural area on example of psychiatric consultation of woman from Afghanistan

ANDRZEJ KLEMENS RADZIKOWSKI¹, MARZENA PAWLUS²

1. Klinika Psychiatrii i Stresu Bojowego Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie
2. Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie

STRESZCZENIE

Cel. Przedstawienie trudności, jakie napotyka konsultant psychiatra diagnozując pacjentkę z innego kręgu kulturowego.

Przypadek. Przedstawiono trudności napotkane podczas konsultacji psychiatrycznej, spowodowanej niezrozumiałą zmianą zachowania 60-letniej kobiety z Afganistanu podczas leczenia w Polsce wielonarządowych obrażeń powstałych wskutek działań militarnych.

Komentarz. Do prawidłowej diagnozy i włączenia właściwego leczenia wymagane jest, by stwierdzony zespół objawowy analizować w kontekście kulturowo-cywilizacyjnych uwarunkowań zachowania pacjentki, z uwzględnieniem wyznawanych zasad religijnych, akceptowanych wzorów zachowań, pozycji społecznej, a także nawyków żywieniowych i stosowanych używek. Niezbędna może okazać się również pomoc doradcy kulturowego.

SUMMARY

Objective. Presentation of difficulties which are encountered by consulting psychiatrist who is diagnosing a patient from different cultural circle.

Case report. About 60 years old Afghan woman who was treated from multiorgan injuries as a result of military operations. She had psychiatric consultation because of changes in her behaviour during hospitalization.

Commentary. It is required to analyze observed symptom complex in patient's sociocultural context in order to diagnose appropriately and to apply proper treatment. It is necessary to take into account professed religious principles, accepted behaviour patterns, social position of examined individual as well as nutritional habits and applied stimulants. The help of cultural adviser may turn out necessary.

Słowa kluczowe: psychiatria konsultacyjna/etnopsychiatria/psychologia międzykulturowa

Key words: consultative psychiatry/ethnopsychiatry/cross-cultural psychology

Pojęcie „kultura”, zależnie od obszaru ludzkiej aktywności, funkcjonuje w różnych znaczeniach. Za najbardziej odpowiednią dla potrzeb tej pracy uznano klasyczną antropologiczną jej definicję, sformułowaną w XIX w. przez E.B. Tylora. Kulturę (utożsamianą z cywilizacją) określił on jako złożoną całość, obejmującą: wiedzę, wierzenia, sztukę, prawo i obyczaje oraz wszystkie inne zdolności i nawyki nabyte przez człowieka jako członka społeczeństwa [1]. Koncepcje zdrowia i choroby, którymi posługujemy się na co dzień, a które powstały na gruncie kultury zachodniej, mogą okazać się nieadekwatne w przypadku pacjenta wywodzącego się z innego kręgu kulturowego [2]. Dla wytworzenia dobrego kontaktu terapeutycznego, lepszego zrozumienia sytuacji chorego oraz wdrożenia najwłaściwszego postępowania, potrzebna może okazać się pomoc dodatkowych specjalistów (tłumacza, doradcy kulturowego).

Obserwowany zespół objawowy może u obcokrajowca przybierać postać znaną z codziennej praktyki w polskich realiach (np. zespół maniakalny, paranoidalny, napad lęku).

Może się również ujawnić symptomatyka charakterystyczna dla zaburzeń psychicznych występujących lokalnie, zwłaszcza u osób silnie utożsamiających się z rdzenną grupą etniczną, niezintegrowanych ze społeczeństwem i kulturą przyjmującą, ujawniających zdeterminowane kulturowo zachowania i przekonania dotyczące chorób, czy narażonych na działanie specyficznych kulturowo stresorów (m.in. wyklęcie, zagrożenie wendeta). U mieszkańców Azji opisywano np. zespoły objawowe: *dhat*, *hmong*, *juramentado*, będące formami zaburzeń dysocjacyjnych, afektywnych czy zespołów urojeniowych o specyficznej treści [3].

Naukowym opisem zaburzeń psychicznych wspólnych dla wielu kultur zajmuje się psychiatria transkulturowa, natomiast specyficzne lokalnie zespoły psychopatologiczne stanowią obszar zainteresowania etnopsychiatrii. Diagnostyka, terapia i profilaktyka zaburzeń psychicznych na styku różnych kultur to także jedno z pól działania psychologii międzykulturowej [2, 4].

Religią państwową Republiki Afganistanu jest islam, większość jej ludności żyje w strukturach plemiennych,

zaś główną grupę etniczną stanowią Pasztunowie [5]. Obowiązki oraz wzorce ich zachowania wyznacza niepisany, przekazywany kolejnym pokoleniom kodeks honorowy. Wynikają z niego m.in. wzajemna równość, obowiązek solidarności, udzielania gościny i ochrony, a nade wszystko obrona (specyficznie pojmowanego) honoru. Wiele neutralnych z punktu widzenia Europejczyka lub Amerykanina zachowań może być tu odebranych jako obraza. Znieważony Pasztun, jeśli nie czyni starań, by odzyskać honor, wraz z całą rodziną wypada poza nawias społeczności, a hańba okrywa kolejne pokolenia. Drogą do odzyskania czci i spokoju klanu jest dokonanie krwawej zemsty, bądź przebaczenie sprawcy po uzyskaniu wysokiej rekompensaty (zwykle płatnej w naturze). Sprawy sądowe, w oparciu o prawo plemienne, rozstrzygają zgromadzenia starszyny. W ich kompetencji leży również decydowanie w ważnych kwestiach całej społeczności. Pasztuńska kobieta stanowi własność ojca, brata lub męża, zaś jej zamierzone, bądź nieumyślne zachowanie (np. wiarołomstwo, ucieczka, porwanie, nazwanie po imieniu przez obcą osobę) jest zagrożeniem dla honoru mężczyzny, któremu przynależy. Żaden Pasztun nie może uznać nie-Pasztuna za lepszego ani nawet równego sobie [6, 7].

OPIS PRZYPADKU

Około 60-letnia chora – mieszkanka afgańskiej wioski. Hospitalizowana w Klinice Ortopedii i Traumatologii Wojskowego Instytutu Medycznego w celu dalszej diagnostyki i leczenia.

W dokumentacji medycznej z Afganistanu: „dn. 15.08.2007 r. została rażona odłamkami pocisku mózdzierzowego, doznając licznych obrażeń ciała. Stwierdzono perforację jelit, odmę opłucnową, ranę okolicy lewego biodra, liczne zranienia kończyn dolnych, klatki piersiowej, otwarte wieloodłamkowe złamania w obrębie kości stopy lewej. Hospitalizowana w szpitalu międzynarodowej bazy wojskowej Bagram, gdzie wykonano resekcję części jelita cienkiego i usunięto odłamki z jamy brzusznej i amputowano lewą stopę na poziomie stawu Choparta. Przetransportowana do Polski drogą powietrzną”. Brak danych dotyczących zaburzeń psychicznych oraz leczenia psychofarmakologicznego.

Przy przyjęciu (dn. 14.09.2007 r.): „Wywiad niemożliwy do zebrania – brak tłumacza. Chora leżąca. Ze względu na różnice kulturowe nie było możliwe pełne badanie fizykalne. Oglądaniem stwierdzono: blizna pooperacyjna po laparotomii, stan po amputacji stopy lewej na poziomie stawu Choparta, drobne rany na kikucie stopy, wygojona rana pooperacyjna. Kończyna dolna prawa: poszerzenie zarysów stawu kolanowego, drobne wygojone pod strupem rany postrzałowe na goleni i stopie. W badaniu RTG: stan po amputacji stopy lewej, liczne odłamki w tkankach miękkich obu kończyn dolnych”.

W trakcie hospitalizacji (66 dni): „Wykonano badania laboratoryjne, USG jamy brzusznej (bez istotnych odchyień), konsultację internistyczną i chirurgiczną. Uzyskano wygojenie powierzchownych ran, usunięto ciało obce metaliczne z pięty lewej. Prowadzono kompleksową rehabilitację uzy-

skując poprawę sprawności. Zaopatrzona protetycznie. Dnia 19.11.2007 r. została przetransportowana do Afganistanu”.

W 17 dobie pobytu w Klinice, na wniosek tłumacza, poproszono o konsultację psychiatryczną w związku z obserwowanymi zmianami w zachowaniu chorej (apatia, negatywizm, epizody dysforyczne). Przed jej zbadaniem zebrano wywiad od dyżurnych pielęgniarek: „Jest najstarsza z nich wszystkich, jest jakaś przytłumiona, jak usłyszysz coś nie po jej myśli, robi się nerwowa, wykrzykuje. W wybuchu straciła dużo dzieci, chyba z 7 synów. Jej zachowanie nie różni się zbytnio od pozostałych z sali”. W bieżącej historii choroby brak adnotacji dotyczących zachowań czy skarg na samopoczucie.

Badanie psychiatryczne przeprowadzono przy łóżku chorej. W sali poza nią przebywało jeszcze czworo jej rodaków oraz pełniąca rolę tłumacza studentka arabistyki. Wejście lekarza do sali wywołało ożywienie. Dwóch afgańskich mężczyzn starało się okrzykami i żywą gestykulacją odwrócić uwagę lekarza od badanej i skoncentrować ją na sobie. Proszeni kilka razy o powrót do łóżek reagowali na krótko. Nie byli agresywni. Badana siedziała na łóżku, była spowolniona, niechętna rozmowie: „Nie chcę rozmawiać, głowa mnie boli”. Wyraz twarzy obojętny, unikała kontaktu wzrokowego, afekt napięty. Dostosowanie ekspresji emocjonalnej trudne do oceny wobec różnic kulturowych. W zachowaniu chorej nie obserwowano cech dziwaczności ani agresji. W badaniu przedmiotowym: źrenice równe, okrągłe, prawidłowej szerokości, oddech miarowy, spokojny, temperatura ciała w normie, bez odchyień w badaniu neurologicznym. Obecni na sali mężczyźni poinformowali tłumaczkę: „Ona żuje dużo tytoniu i robi się zła, jak się tytoń skończy”.

Na podstawie zebranego wywiadu oraz jednorazowego badania psychiatrycznego rozpoznano: „Zaburzenia adaptacyjne – reakcja przygnębiennie-dysforyczna. Nikotynowy zespół abstynencyjny”. Zalecono postępowanie objawowe: Hydroxyzynum 75-150 mg/die, suplementacja nikotyny (plasty lub nikotynowa guma do żucia). Do końca pobytu chorej w WIM nie wzywano już do niej psychiatry, a w historii choroby nie odnotowywano zaburzeń stanu psychicznego.

KOMENTARZ

Konsultacja psychiatryczna to porada kliniczna – szybka, kompetentna i praktycznie przydatna kierującemu lekarzowi – i ewentualne leczenie pacjenta [8]. Jej wynik powinien zawierać najważniejsze dane z wywiadu, opis stanu psychicznego, rozpoznanie psychiatryczne, wskazówki dotyczące postępowania z chorym, zalecenia dotyczące miejsca i sposobu leczenia, ocenę ewentualnych zagrożeń ze strony chorego oraz zalecenia dotyczące niezbędnego postępowania zabezpieczającego. Powinna być odpowiedzią na pytania, które formułuje zlecający konsultację. Może być przeprowadzona w trybie natychmiastowym, pilnym (tego samego dnia) lub planowym (w uzgodnionym terminie) [9].

Konsultacje psychiatryczne w Centralnym Szpitalu Klinicznym MON wykonuje lekarz poradni, bądź lekarz dyżurny Kliniki Psychiatrii i Stresu Bojowego. Opisana tu konsultacja została przeprowadzona planowo, następnego

dnia po zgłoszeniu. Poza typowymi dla oddziału urazowego utrudnieniami (pacjent leżący, wieloosobowa sala, z niesprawnymi ruchowo chorymi, hałas) konsultant prowadząc diagnostykę napotkał dodatkowe problemy.

Nie mając odpowiedniej wiedzy o obyczajach rodzinnego kraju pacjentki, by nie narażać jej na ewentualne pomówienia czy szykany ze strony rodaków, zrezygnowano z przeprowadzenia badania w oddzielnym pomieszczeniu [10]. Wobec trudności z oceną ekspresji emocji osoby spoza europejskiego kręgu kulturowego, wspomagano się informacjami od pielęgniarek na temat jej funkcjonowania na tle innych jej rodaków przebywających w Klinice. Uzyskany tą drogą wywiad o sytuacji rodzinnej pacjentki okazał się nieścisły. Według oficjalnych informacji, podanych przez media dopiero kilka miesięcy po incydencie, w ostrzale wioski Nangar Khel zginęło łącznie 6 osób, a 3 zostały ciężko ranne. Bariera językowa, odmienność wyglądu, ubioru i zachowania podopiecznych dały tu zapewne podstawę domysłom i zniekształceniom informacji. Embargo informacyjne, jakim przez pewien czas (również w dniu badania) był objęty incydent z Nangar Khel, uniemożliwiało badającemu rozumienie specyficznego kontekstu tej hospitalizacji. Pacjenci z krajów, w których stacjonują polscy żołnierze, już nieraz bywali leczeni w naszych szpitalach, jednakże był to element zinstytucjonalizowanej pomocy humanitarnej [11], pozbawionej podtekstu rekompensaty za spowodowane bezpośrednio szkody.

Obaj afgańscy mężczyźni nie byli ofiarami ostrzału, lecz przedstawicielami plemiennej starszyny. Towarzyszyli poszkodowanym kobietom podczas pobytu w Polsce zapewne, by nie dopuścić do zachowań kobiet mogących być dyshonorem dla ich prawowitych mężczyzn, a także – by tworząc w szpitalu namiastkę struktury plemiennej – zapobiec odizolowaniu ich od społeczności, które również jest dla Pasztuna ujmą [6]. Zachowanie mężczyzn podczas konsultacji mogło wynikać z chęci zainteresowania badającego swoją osobą oraz dążenia do podkreślenia pozycji społecznej – że to oni, a nie kobieta, są kompetentni do kontaktu z lekarzem. Dodatkowo, powodem słabego reagowania na polecenia lekarza mógł być fakt, że przekazywała im je kobieta-tłumacz.

W społeczności, w której wychowała się chora istnieje ścisły rozdział świata mężczyzn i kobiet. O intymnych sprawach nie wypada opowiadać osobom płci przeciwnej. Normą dla tamtejszej kobiety jest unikanie kontaktu wzrokowego z obcym mężczyzną. Ujawnianie spraw prywatnych, własnych przeżyć, zarezerwowane jest dla kręgu najbliższych osób (rodzina, przyjaciele). Pojedyncza, lakoniczna wypowiedź badanej w trakcie konsultacji nie tyle więc informowała o aktualnym samopoczuciu, ile była grzecznościowym sformułowaniem sugerującym zakończenie krępującej ją rozmowy.

Ograniczenia czasowe i wymuszoną nimi formę badania psychiatrycznego chora mogła odebrać jako kontakt zbyt powierzchowny dla nabrania zaufania, jak też pozbawiony form szacunku należnych jej z racji starszeństwa. Młodszy wiek tłumaczki i konsultanta mógł wzmacniać nieufność pomimo poważania, jakim wśród afgańskiej społeczności zazwyczaj darzony jest lekarz. Gdyby w opisanej sytuacji lekarz oraz tłumacz byli tej samej płci co osoba badana,

a ich wiek nie kontrastował z wiekiem pacjenta, współpraca zapewne ułożyłaby się lepiej.

Obrażenia u badanej oraz wiedza na temat mechanizmu ich powstania nie stanowiły dla konsultanta dodatkowego czynnika obciążającego. Pracując w dużym wielospecjalistycznym szpitalu psychiatra ma nierzadko kontakt z osobami nieuleczalnie chorymi, czy ciężko okaleczonymi. Stan przedmiotowy opisanej chorej nie wykraczał poza obszar dotychczasowych doświadczeń zawodowych konsultanta. Celem wnikliwszego niż zazwyczaj badania somatycznego była ocena pod kątem ewentualnego rozwoju zawleczonych choroby infekcyjnej, mogącej dawać objawy psychopatologiczne. Było ono również pomocne w utrzymaniu struktury konsultacji, podlegającej licznym zakłóceniom.

Formułując wnioski i zalecenia z konsultacji lekarz odczuwał dyskomfort wywołany świadomością, że zebrał o badanej informację fragmentaryczną i nie do końca wiarygodną. Pojawiło się poczucie frustracji, bo w swojej ocenie dołożył starań, by uzyskać możliwie pełny obraz sytuacji. W związku z niedostatkami danych bezpośrednio dotyczących chorej, przy stawianiu diagnozy oparto się, w większym niż zwykle stopniu, na dotychczasowym doświadczeniu zawodowym (konsultacje pacjentów urazowych) i ogólnej wiedzy dotyczącej obyczajowości krajów Orientu. Przeprowadzenie badania, przy konieczności wielokrotnego przywracania jego struktury oraz dbałości o utrzymanie się w roli lekarza, przy niechętnym postawie chorej i niezrozumiałej nadaktywności jej rodaków, było dla konsultującego bardzo męczące.

Wobec zwiększonego napływu imigrantów do Polski, lekarz w swojej pracy coraz częściej będzie spotykał chorych ukształtowanych w odmiennych warunkach kulturowych, religijnych i cywilizacyjnych. Dodatkowe przygotowanie konsultacji od strony:

- elementarnej znajomości obyczajów kraju pochodzenia pacjenta,
- dostosowania wieku oraz płci lekarza do badanego,
- rozeznania, w jakiej roli funkcjonują osoby towarzyszące choremu,
- zapewnienia w razie potrzeby pomocy kompetentnego tłumacza i/lub doradcy kulturowego¹

wraz z krytyczną oceną tzw. wywiadu obiektywnego od osób z otoczenia (krewni, personel) – pomogą uniknąć większości problemów i wątpliwości, jakie zaistniały przy opisanej konsultacji.

PIŚMIENNICTWO

1. Tylor EB. Społeczeństwo pierwotne. W: Nowicka E. red. Świat kultury – świat człowieka. Antologia tekstów klasycznej antropologii. Warszawa: PWN; 2007. s. 71-81.
2. Kwiatkowska A. Grzymała-Moszczyńska H. Psychologia międzykulturowa. W: Strelau J, Doliński D. red. Psychologia. Podręcznik Akademicki. Tom 2. Gdańsk: GWP; 2008. s. 483-487.

¹ Fundacja „Ocalenie” (<http://ocalenie.org.pl/>), oferująca wsparcie doradców kulturowych – osób znających język oraz realia kulturowo-cywilizacyjne danego regionu (Kaukaz Południowy, Europa Wschodnia, Afryka subsaharyjska, świat arabski).

3. Semple D, Smyth R, Burns J, Darjee R, McIntosh A, Grzywa A. red. Oksfordzki podręcznik psychiatrii. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2007. s. 974-984.
4. Jakubik A. Kultura a zaburzenia psychiczne. *Studia Psychologica*. 2003; 4 (4): 133-150.
5. *Multimedialna encyklopedia powszechna PWN*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2008.
6. Zasztowt KO, Guzowska B, Rezaie MM, Nadażdin D, Goszczyńska M, Siudzińska K, Szczepaniak P, Dulian B, Boniewicz A, Mielnikiewicz O, Kałuski M. Afganistan. Materiały do globalnej edukacji rozwojowej. Warszawa: Fundacja Polska Akcja Humanitarna; 2005. s. 12.
7. Biliński T. Ostatni wolni ludzie (Afganistan). *Palestra*. 2007; (1-2): 218-222.
8. Guzek A. Psychiatria konsultacyjna w Europie i Stanach Zjednoczonych. W: Leder S, Brykczyńska C. red. *Psychiatria konsultacyjna i psychiatria „liaison”*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 1996. s. 17-28.
9. Załuska M. Psychiatria konsultacyjna. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. red. *Psychiatria*. Tom 3. Wrocław: Urban & Partner; 2003. s. 492-506.
10. Mayerscough PR, Ford M. Jak rozmawiać z pacjentem. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2001. s. 245-258.
11. Żurek D. Dywizyjna służba zdrowia. W: Zespół autorski LDKPanc w Żaganiu. *Powrót do Iraku. Wspomnienia żołnierzy VIII zmiany PKW Irak*. Żagań: Dekorgraf; 2008. s. 80-83.

Wpłynęło: 04.12.2009. Zrecenzowano: 18.12.2009. Przyjęto: 10.02.2010.

*Adres do korespondencji: lek. Andrzej K. Radzikowski, Klinika Psychiatrii i Stresu Bojowego WIM,
ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa, e-mail: a-k-r@gazeta.pl.*