

SPOŁECZNO-KULTUROWE UWARUNKOWANIA RELACJI PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ ZAWIERANEJ Z OSOBAMI WYWODZĄCYMI SIĘ Z ARABSKO-MUZUŁMAŃSKIEGO KRĘGU KULTUROWEGO

Katarzyna Marchewka¹, Maria Amin²

SOCIO-CULTURAL DETERMINANTS
OF THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP
WITH PATIENTS FROM AN ARAB-MUSLIM CULTURE

Summary. The article considers the characteristics of the therapeutic relationship with patients from an Arab / Muslim culture. Based on selected literature in English relating to the provision of psychotherapeutic care to individuals coming from an Arab / Muslim culture, the following issues will be discussed: (1) basic values derived from the Islamic religion that may affect patients' beliefs; (2) the perception of mental health problems and care for individuals dealing with them in this culture, and (3) the influence of selected characteristics of an Arab / Muslim culture on cooperation between the patient and the therapist. The issue of culturally sensitive cognitive-behavioral therapy and its application in working with patients from an Arab / Muslim culture will also be discussed.

Key words: Arab culture, psychotherapeutic relationship, perception of mental illness

Wprowadzenie

Relacja pomiędzy pacjentem a psychoterapeutą stanowi jeden z najważniejszych aspektów efektywnej psychoterapii, jest wskazywana również jako możliwa przyczyna tzw. paradoksu równoważności – sytuacji, w której różne nurty terapeutyczne, stosujące odmienne metody opierające się na innych założeniach teo-

¹ Instytut Psychologii, Akademia Ignatianum w Krakowie (Department of Psychology, Ignatianum Academy in Krakow), ORCID: 0000-0003-2507-886X.

² Sąd Okręgowy w Krakowie, Ośrodek Kuratorski nr 3 w Krakowie (District Court in Cracow, Juvenile Correction Center no. 3 in Cracow).

Adres do korespondencji: Katarzyna Marchewka,
e-mail: katarzyna.marchewka@ignatianum.edu.pl

retencyjnych, uzyskują podobne rezultaty leczenia (por. np. Stiles, 2013). Literatura empiryczna i teoretyczna dotycząca relacji psychoterapeutycznej stale się powiększa, wskazując zarówno cechy wspólne relacji dla różnych nurtów psychoterapeutycznych, jak również jej specyfikę w danym podejściu terapeutycznym (por. np. Gilbert, Leahy, 2007; McWilliams, 2009; Norcross, Lambert, 2019; Norcross, Wampold, 2019). Pomimo różnic w definiowaniu relacji psychoterapeutycznej przedstawiciele różnych nurtów terapeutycznych doceniają wagę empatii, zrozumienia i wzajemnego zaufania pomiędzy terapeutą a pacjentem.

Charakter relacji terapeutycznej ma znaczenie w kontakcie z każdym pacjentem, również podczas terapii z osobą o odmiennym pochodzeniu etnicznym niż terapeuta. O ile wspomniana świadomość psychoterapeuty dotycząca własnych wartości oraz przekonań jest istotna w relacji terapeutycznej, o tyle wydaje się ona szczególnie ważna w relacji z pacjentem o odmiennej tożsamości etnicznej. Między innymi dlatego, że wystąpienie konfliktu wartości – który pojawić się może w każdej relacji terapeutycznej – wydaje się tutaj bardziej prawdopodobne. Podkreśla się, że aby psychoterapia z pacjentem o odmiennym pochodzeniu etnicznym przynosiła efekty, terapeuta powinien brać pod uwagę wpływ dziedzictwa kulturowego na zachowanie pacjenta, wyznawane przez niego wartości oraz genezę problemu, z jakim zgłosił się po pomoc. Otwartość na odmienne systemy wartości powinna cechować terapeuta wrażliwego kulturowo (por. np. Corey, 2005; Frisby, O'Donohue, 2017). Specjaliści od zdrowia psychicznego, którzy pracują z pacjentami wywodzącymi się z innych kręgów kulturowych, powinni szczególnie skoncentrować się na rozwijaniu takich zalet, jak: (1) świadomość wyznawanych przez siebie wartości i przyjmowanych postaw oraz ich wpływu na relację terapeutyczną, (2) umiejętność modyfikowania strategii i technik terapeutycznych w ramach adaptowania metod terapeutycznych do potrzeb pacjenta, oraz (3) pogłębianie własnej wiedzy z zakresu wielokulturowości.

Niniejszy artykuł ma na celu poszerzenie wiedzy psychoterapeutów na temat specyfiki relacji terapeutycznej zawieranej z osobami wywodzącymi się z kręgu kultury arabsko-muzułmańskiej. Problematyka ta zostanie ukazana na podstawie przeglądu wybranej literatury anglojęzycznej z zakresu psychologii międzykulturowej oraz etyki relacji psychoterapeutycznej. Szczególny nacisk położony zostanie na takie zagadnienia, jak:

- podstawowe wartości religii islamskiej i ich wpływ na przekonania pacjenta;
- spostrzeganie zaburzeń psychicznych przez pacjenta, jego rodzinę oraz najbliższą społeczność: uwarunkowania danej percepcji oraz jej konsekwencje dla osób cierpiących na zaburzenia psychiczne oraz
- specyfika kulturowa relacji psycholog / psychoterapeuta – pacjent: wpływ wybranych cech charakterystycznych dla kultury arabskiej / muzulmańskiej na współpracę pomiędzy pacjentem a terapeutą.

Ukazanie odrębności relacji pomiędzy psychoterapeutą a odbiorcą jego usług wywodzącym się z arabsko-muzułmańskiego kręgu kulturowego ułatwi psycho-

terapeutom kontakt z pacjentami będącymi przedstawicielami tej kultury. Zagadnienie to nabiera szczególnego znaczenia w sytuacji zwiększania się zróżnicowania kulturowego Europy – systematycznie rosnącej liczby osób wywodzących się z innych kultur, w tym pochodzących z krajów arabskich i / lub muzułmańskich. Są to nie tylko studenci obcokrajowcy czy pracownicy firm międzynarodowych, ale także migranci i uchodźcy.

Uwagi terminologiczne

W zaprezentowanym przeglądzie ukazane zostały cechy charakterystyczne dla statystycznego przedstawiciela kultury arabsko-muzułmańskiej – celem takiego ujęcia owej problematyki jest przekazanie wiedzy na temat tła kulturowego, w którym został wychowany potencjalny pacjent i które to tło w jakimś stopniu wywarło wpływ na historię życia konkretnej osoby zgłaszającej się po pomoc do psychologa czy psychoterapeuty. Należy wyraźnie podkreślić, że przedstawione tu cechy są pewnymi cechami kolektywnymi, dominującymi w danej kulturze, co nie oznacza, że są one charakterystyczne dla każdego Araba / muzułmanina. Pacjent stanowi indywidualną jednostkę, której tożsamość może być bardziej lub mniej związana z kulturą, z której się wywodzi – może też nie być z nią związana w ogóle, choć w pierwszych chwilach kontaktu terapeuta może odnieść przeciwne wrażenie. Podstawowe zadania psychoterapeuty w sytuacji pracy terapeutycznej z pacjentem wywodzącym się odmienną kulturę, to, po pierwsze, traktowanie pacjenta jako indywidualnej jednostki – postrzeganie dziedzictwa kulturowego pacjenta jako pewnego wstępnego drogowskazu w terapii, przy jednoczesnym zdawaniu sobie sprawy z różnorodności przedstawicieli danej grupy kulturowej; po drugie, przeprowadzanie diagnozy na temat akulturacji pacjenta w celu uzyskania informacji o poziomie poczucia przynależności do określonej kultury lub kultur.

Kiedy będzie mowa o kwestiach związanych z wielokulturowością, nacisk zostanie położony na pochodzenie etniczne pacjenta, tak więc termin „kulturowy” czy „międzykulturowy” zostaje ograniczony do problematyki związanych z etnicznością, nie obejmuje innych aspektów zaliczanych do zagadnień wielokulturowych (np. płci, niepełnosprawności, wieku itp. – por. np. APA, 2017a). Artykuł koncentruje się przede wszystkim na Arabach, którzy w mniejszym bądź większym stopniu utożsamiają się z religią islamską. Podkreślić należy ogromne zróżnicowanie świata arabskiego, nie tylko w kwestiach religijnych, ale również pod innymi względami, np. statusu społeczno-ekonomicznego. Artykuł nie rości sobie prawa do ukazania wszystkich wartości i przekonań osób wywodzących się z tej kultury, zamierza pokazać jedynie pewne kulturowe tło. Jak zauważają Hodge i Nadir (2008), można próbować wyodrębnić pewne wartości, które kolektywnie są charakterystyczne np. dla muzułmanów. Jednak jeszcze raz należy podkreślić zróżnicowanie osób zaliczanych do kultury arabskiej i muzułmańskiej oraz ich

niepowtarzalną indywidualność. Dla przejrzystości wywodu pacjenci, o których będzie mowa w artykule, będą określani mianem „Arab / muzułmanin” lub „pochodzący z kultury arabskiej / muzułmańskiej” itp.

Ortopraksja islamu

Aby udzielać efektywnej pomocy pacjentom wywodzącym się z kultury arabskiej / muzułmańskiej, psychoterapeuta wrażliwy kulturowo powinien posiadać wiedzę na temat religii islamskiej, a także mieć świadomość wpływu, jaki religia ta wywiera na życie swoich wyznawców, zarówno tych ortodoksyjnych, jak również mniej religijnych muzułmanów. Wyniki badań pokazują (Hamdan, 2008; Ebrahimi i in., 2013; Sabry, Vohra, 2013), że terapeuta zorientowany w kwestiach wiary pacjenta oraz uwzględniający w procesie terapeutycznym interwencje oparte na praktykach religijnych, odniesie większy sukces terapeutyczny niż terapeuta stosujący standardową psychoterapię w przypadku pacjentów religijnych.

Islam to rozbudowany system teologiczny, który obejmuje określone zasady kosmologiczne, wartości oraz praktyki religijne. Opisanie islamu nie stanowi łatwego zadania ze względu na występowanie różnych nurtów tej religii, ukształtowanych przez lokalne tradycje jej wyznawców, stopień duchowości, sytuację polityczną oraz wiele innych czynników (por. np. Hodge, Nadir, 2008). Biorąc pod uwagę ogromną złożoność islamu, wydaje się, że jakiegokolwiek definitywne stwierdzenia dotyczące zasad i reguł charakterystycznych dla tej religii byłyby nierozsądne. Można spróbować wyliczyć najważniejsze zasady i praktyki związane z religią islamską – próba ta zostanie podjęta poniżej. Zanim jednak to nastąpi, warto zauważyć, że islam jest religią opartą na ortopraksji, czyli kładzie mniejszy nacisk na reguły wiary, a większy na pobożne postępowanie, co jednak nie oznacza, że reguły wiary nie mają znaczenia w islamie.

Podstawą praktyki religijnej w islamie jest pięć filarów wiary, wyszczególnionych w Koranie, będącym świętą księgą islamu. Filary te obejmują: wyznanie wiary, obowiązek modlitwy, jałmużnę, post w miesiącu ramadan oraz pielgrzymkę do Mekki. Pierwszy filar to wyznanie wiary w jednego Boga oraz podkreślenie proroczej roli Mahometa, drugi filar dotyczy codziennej modlitwy odbywającej się pięć razy o wyznaczonych porach, trzeci filar obejmuje wspieranie finansowe biedniejszych członków wspólnoty, czwarty filar polega na utrzymywaniu postu w ciągu dnia w świętym miesiącu ramadan, a piąty filar wymaga, aby każdy muzułmanin, będący w dobrym zdrowiu oraz mogący pozwolić sobie na to finansowo, wziął udział w pielgrzymce do świętego miasta Mekka (Danecki, 2002). Poza spełnieniem pięciu podstawowych obowiązków w islamie pojawiają się inne obowiązkowe praktyki. Przykładowo wymienić można ograniczenia dietetyczne, takie jak powstrzymanie się od spożywania alkoholu i wieprzowiny, abstynencję seksualną, jeśli nie zawarło się związku (heteroseksualnego) małżeńskiego czy przepisy dotyczące skromnego ubioru. Zwyczaje te są przestrzegane przez większość pobożnych

muzułmanów, ale różnice kulturowe i wyznaniowe w obrębie islamu wpływają na ich interpretację.

Jedną z najważniejszych zasad islamu jest poddanie się woli Boga (Allaha), na co wskazywać może powszechnie używane przez muzulmanów określenie „in’shallah” („jeśli Bóg pozwoli”, „jeśli Bóg da”) w odniesieniu do przyszłych wydarzeń, planów czy marzeń. Nie podejmując rozległej dyskusji na temat fatalizmu w islamie, warto zauważyć, że niektórzy autorzy (por. np. Acevedo, 2008) podkreślają, że raczej nie należy traktować islamu jako systemu religijnego z natury fatalistycznego – fatalistyczne tendencje tej religii nie wykluczają całkowicie wolnej woli jednostki, nacisk jest tu raczej położony na wzajemną interakcję między wolą Boską a wolą jednostki. Z zagadnieniem fatalizmu w islamie wiąże się pytanie o odpowiedzialność jednostki za to, co ją spotyka – w kontekście zdrowia psychicznego pytanie to dotyczyłoby pewnej odpowiedzialności za doświadczanie choroby psychicznej czy problemów psychologicznych. Wiara w wolę Boga jako fatalistyczny wyznacznik wydarzeń jest dość powszechna wśród muzulmańskich Arabów (por. np. El-Eslam, Abu-Dagga, 1992; Okasha, 2000), zatem objawy choroby mogą zostać przypisane woli boskiej. Jednocześnie jeśli pojawiły się z woli Boga, ich zniknięcie również wiąże się wolą boską. Tak więc myśl islamska może skłaniać niektórych wyznawców islamu do patrzenia na chorobę psychiczną oraz inne nieszczęścia jako na próbę, podczas której Bóg chce sprawdzić duchową wytrwałość jednostki, a także jako na karę za złe sprawowanie (por. np. El-Eslam, Abu-Dagga, 1992; Rassool, 2000). Jeżeli zaburzenie jest traktowane jako kara, staje się okazją do naprawienia postawy chorego względem Allaha. Najczęściej dotyczy to takich zaburzeń, jak niewielkie stany depresyjne czy lękowe. Choremu zaleca się modlitwę, przestrzeganie postu czy studiowanie Koranu (El-Eslam, Abu-Dagga, 1992). Wielu muzulmanów wierzy, że w Koranie i hadisach znaleźć można rozwiązania wszystkich problemów, jakie pojawiają się w życiu człowieka lub wskazówki, gdzie szukać takich rozwiązań – dotyczy to także problemów emocjonalnych. Ich zdaniem, codzienna modlitwa, post czy cierpliwość stanowią najwłaściwsze sposoby radzenia sobie z problemami psychicznymi (Hamdan, 2008).

Należy również wspomnieć o innych możliwych interpretacjach dotyczących przyczyn choroby psychicznej. Jedną z takich przyczyn mogą być duchy, tzw. jinny. W niektórych społecznościach arabskich wierzy się, że rozżłoszczenie jinna powoduje jego zemstę, np. w postaci opętania danej osoby. W artykule opisującym wyniki badań przeprowadzonych na grupie studentów medycyny w Omanie, dotyczącym postrzegania i postaw wobec osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, autorzy konkludują, że choroba psychiczna jest spowodowana przez złe duchy, a czynnik biologiczny (również genetyczny) nie jest brany pod uwagę jako istotny w diagnozie (Al-Adawi i in., 2002). Także szatan może powodować chorobę psychiczną, wywołując u człowieka stany lękowe lub negatywne myśli. Choroba psychiczna może być również postrzegana jako doświadczenie mistyczne (Okasha, 2000). Osoba cierpiąca na zaburzenia psychiczne uważana jest za bardziej kreatywną, oryginalną, inno-

wacyjną oraz posiadającą specjalne zdolności. W tym kontekście często przywołuje się ekscentryczne zachowania sufich, szczególnie w początkach istnienia tego nurtu (por. Sieradzan, 2007). Jeszcze inną przyczyną problemów natury psychicznej może być dysharmonia, rozumiana przede wszystkim jako wynik egoizmu, alienacji, zaprzestania kierowania się dobrem wspólnoty (Jafari, 1992; Haque, 2004).

Wspomniane powyżej dobro wspólnoty, pewną współzależność międzyludzką, ukazuje się w literaturze dotyczącej psychologii międzykulturowej jako jedną z podstawowych wartości kultury arabskiej / muzułmańskiej (por. np. Okasha, 2000; Hodge, Nadir, 2008; Habib i in., 2015). Zanim wartość ta zostanie omówiona, warto podkreślić, że podobnie jak w przypadku podstawowych zasad islamu, nie jest łatwo wskazać wartości charakterystyczne dla Arabów i / lub muzułmanów ze względu na duże zróżnicowanie tej grupy na wielu poziomach analizy (odłamów islamu, poziomu zaangażowania religijnego, statusu społeczno-ekonomicznego, wieku itp.). Jak już zostało wspomniane wcześniej, można próbować wyodrębnić pewne wartości, które kolektywnie są charakterystyczne dla wyznawców islamu (por. Hodge, Nadir, 2008) – są to, po pierwsze, wartości związane z poczuciem wspólnoty, współzależność, zgodność opinii oraz samokontrola dla dobra wspólnoty (tutaj szczególnie podkreślona zostaje rola rodziny); po drugie, uzupełniające się role płciowe; po trzecie, komunikacja wysokontekstowa, mająca na celu zachowanie harmonii w relacjach. Również inni autorzy (por. np. Abudabbeh, Hays, 2006; Habib, Dawood, Kingdon, Farooq, 2015) podkreślają wagę tych wartości jako w pewien sposób charakterystycznych dla członków kultury arabskiej / muzułmańskiej.

Wartości i przekonania osób wywodzących się z kultury arabskiej / muzułmańskiej a udzielanie pomocy psychoterapeutycznej

W kulturze arabskiej, utożsamianej z kulturą kolektywistyczną, zależność od innych osób jest naturalniejsza niż w kulturach indywidualistycznych, kładących nacisk na potrzebę autonomii (Boski, 2010). Rodzina jest najważniejszym elementem społeczeństwa arabskiego. Postrzeganie relacji rodzinnych w kulturze arabskiej trafnie oddają takie terminy, jak konformizm, współpraca, przynależność, współzależność. Tożsamość Arabów oparta jest na identyfikowaniu siebie samego jako członka grupy, w związku z czym ich zachowanie cechuje posłuszeństwo, troska o harmonię grupową, poświęcanie siebie dla dobra grupy oraz radość z poczucia przynależności (Beshai, Clark, Dobson, 2013). Warto zwrócić uwagę na dynamikę pomiędzy indywidualnym „ja” a grupą, do której dana osoba przynależy: z jednej strony sytuują się czynniki intrapsychiczne, z drugiej zaś normy, wartości, role i autorytet grupy – „ja” zmienia się wraz z kontekstem sytuacyjnym, a jedną z podstawowych potrzeb jest bycie akceptowanym przez grupę (Dwairy, 2006).

Traktowanie bliskich jako integralnej części siebie samego przekłada się na relację terapeutyczną. Relacyjność wywiera wpływ już na wczesne etapy procesu terapeutycznego, czyli na kwestie podejmowania decyzji odnośnie do leczenia.

Część pacjentów z kultury arabskiej / muzułmańskiej nie tylko chce podejmować decyzje wspólnie z członkami rodziny, ale woli to robić razem z nimi, gdyż wtedy odpowiedzialność za podjętą decyzję zostaje rozłożona na całą rodzinę. Inaczej niż w kulturze indywidualistycznej, gdzie pacjent jest uznawany za autonomiczną jednostkę i tylko on ma prawo decydować o sobie, w kulturze kolektywistycznej pacjent nie lubi mieć poczucia, że musi podjąć samodzielną decyzję (Okasha, 2000). Arabscy rodzice uczą dzieci, aby rozwiązywały problemy i podejmowały ważne decyzje, konsultując się z bliskimi lub słuchając rad autorytetów, zamiast zawierać własnym osądom, a tym bardziej emocjom. Szacunek okazywany autorytetom może przekładać się na efektywność procesu psychoterapeutycznego – jeżeli terapeuta zostanie uznany za osobę godną zaufania oraz specjalistę w udzielaniu pomocy innym, będzie mu łatwiej skłonić do współpracy odbiorcę jego usług. Dodatkowym atutem terapeuty może być jego wiek – kulturowo uwarunkowany szacunek dla osób starszych może przekładać się na większe posłuszeństwo wobec terapeuty starszego wiekiem i – zdaniem Arabów – posiadającego większe doświadczenie zawodowe niż jego młodszy kolega po fachu.

Relacyjność może wchodzić w konflikt z fundamentalną zasadą euroamerykańskiej etyki psychoterapeutycznej, jaką jest szacunek dla autonomii i podmiotowości pacjenta (por. np. kodeks etyczno-zawodowy Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego – APA, 2017b czy kodeks etyczny psychologów Europejskiej Federacji Towarzystw Psychologicznych – EFTP, 2005). Kierując się tą regułą w swojej pracy zawodowej, terapeuta stara się uzyskać świadomą i dobrowolną zgodę pacjenta na udział w psychoterapii. Według zasad etyki psychoterapeutycznej kultur indywidualistycznych, poszanowanie autonomii pacjenta stanowi podstawę psychoterapii. Jednak terapeuta, który będzie naciskał, aby pacjent, będący przedstawicielem kultury arabskiej, podjął samodzielną decyzję, może wywołać u niego poczucie braku zrozumienia, co zaowocuje zakończeniem terapii lub zmianą psychoterapeuty. Okasha (2000) zwraca uwagę, że próby uczynienia z pacjenta indywidualnej jednostki na wzór kultury zachodniej mogą zostać uznane za objaw paternalizmu w relacji lekarz – pacjent.

Rodzinne podejmowanie decyzji odnośnie do uczestniczenia jednego z jej członków w procesie psychoterapii wchodzi w konflikt z euroamerykańską koncepcją tajemnicy zawodowej, zgodnie z którą informacje uzyskane w czasie przeprowadzania diagnozy czy podczas sesji terapeutycznych powinny pozostać w czterech ścianach gabinetu psychoterapeutycznego. Tymczasem waga relacji rodzinnych powoduje, że niektórzy pacjenci mogą uważać za oczywiste przekazywanie wszelkich informacji rodzinie. Zdarzają się sytuacje, w których lekarz powinien najpierw przekazać diagnozę członkom rodziny pacjenta, a następnie pozwolić im podjąć decyzję, czy poinformować chorego o jego problemie zdrowotnym (Okasha, 2000). Równie ważny jest sposób, w jaki lekarz czy psycholog przekazują pacjentowi informacje odnośnie do wyników diagnozy czy postępów w terapii. Szczere i dokładne informowanie pacjenta np. o stanie jego zdrowia nie uchodzi za cnotę

w kulturze arabskiej. Niektórzy Arabowie skarżą się na surowość lekarzy z kultury indywidualistycznej w omawianiu wyników diagnozy czy opinii psychologicznej. Pacjenci i ich rodziny pragną usłyszeć, że jest szansa na poprawę, nawet jeśli jej nie ma. Wynika to z wiary, że wszystko zależy od Boga, pomimo więc obiektywnego braku nadziei na poprawę sytuacji chorego, zawsze jest nadzieja w woli boskiej.

Silne poczucie przynależności do rodziny sprawia, że pacjenci mogą niechętnie otwierać się przed terapeutą i ujawniać szczegóły z życia rodzinnego, a także negatywne emocje odczuwane w stosunku do członków rodziny. W kulturze arabskiej nadmierne okazywanie uczuć w kontaktach z obcymi może być uznane za słabość. Takich uczuć, jak gniew, zawiść czy obrzydzenie, nie powinno się okazywać publicznie – lepiej podkreślać miłość do rodziny, szacunek dla osób starszych, radość z uczestniczenia w wydarzeniach ważnych dla grupy (ślub, narodziny dziecka itp.) (Broude, 2011). W związku z tym pacjenci z reguły nie chcą opowiadać o negatywnych emocjach towarzyszących im podczas rodzinnych spotkań czy konfliktowych sytuacjach mających miejsce wewnątrz rodziny. Tego typu zwierzenia mogą zostać uznane za zdradę najbliższych. Także przesadne koncentrowanie się na swoim wnętrzu, rozmyślanie nad problemami czy własnymi emocjami nie jest dobrze widziane w tej kulturze, a nawet można spotkać się z przekonaniem, że właśnie nadmierne skupienie się na sobie może być przyczyną problemów psychologicznych.

Rodzinną współzależność ma również znaczenie w momencie, gdy członek rodziny zachoruje na zaburzenie psychiczne. Po pierwsze, opieka nad osobami cierpiącymi psychicznie może być sprawą honoru rodziny, w związku z czym nie trafiają one do zakładów zamkniętych. Z reguły psycholog czy psychoterapeuta może liczyć na wsparcie rodziny w procesie zdrowienia pacjenta (Okasha, 2000; Kadri, Belghazi, 2015), a także na pomoc członków rodziny w terapii pacjenta. Po drugie, z potrzebą zachowania honoru rodziny może wiązać się pewna obawa przed zgłaszaniem się z problemami psychicznymi do specjalisty od zdrowia psychicznego. Wyniki badań przeprowadzonych m.in. w Zjednoczonych Emiratach Arabskich i Jordanii (Al-Krenawi, Graham, Kandah, 2000; Al-Darmaki, 2003) pokazują, że osoby badane były skłonne do szukania pomocy raczej u lekarzy pierwszego kontaktu i znachorów niż psychoterapeutów. Pojawia się pytanie o przyczyny takiego stanu rzeczy. Część autorów (Hamdan, 2008; Kadri, Belghazi, 2015) podkreśla, że pacjenci poszukują pomocy wśród szeroko zakrojonej sieci powiązań rodzinnych lub u lekarzy, unikając psychologów czy psychoterapeutów, ze względu na możliwość stygmatyzacji jaka – ich zdaniem – wiąże się z kontaktami ze specjalistą od zdrowia psychicznego. Cierpienie na chorobę somatyczną jest lepiej przyjmowane przez otoczenie: chory jest traktowany ze zrozumieniem przez swoją rodzinę i najbliższe otoczenie, podczas gdy choroba psychiczna czy problemy natury emocjonalnej są postrzegane jako kara od Boga lub słabość charakteru. Prawdopodobnie mniejsza stygmatyzacja chorych somatycznie powoduje, że osoby o tożsamości arabskiej / muzułmańskiej mogą mieć skłonność do somatyzowania. Na przykład kobieta, która cierpi na zaburzenia lękowe, w obawie przed niezrozumieniem ze

strony rodziny (a nawet porzuceniem przez męża) będzie wskazywać na problemy z częstymi bólami głowy czy nieżytem żołądka. Trudno będzie jej zaakceptować diagnozę, według której odczuwane przez nią bóle są somatycznymi następstwami problemów emocjonalnych. Al-Krenawi (2005) zwraca uwagę na fakt, że często kobiety, z którymi mężowie wzięli rozwód, zgłaszają się do lekarza pierwszego kontaktu z objawami typu trudności z oddychaniem czy kłopoty żołądkowe, nie dostrzegając możliwego podłoża psychicznego swoich problemów. Ponieważ Arabowie jako „prawdziwą” chorobę spostrzegają kłopoty związane z biologiczną stroną organizmu człowieka, stwierdzają, że pomoc im może tylko lekarz i przepisane przez niego lekarstwa. Choroba psychiczna jest „gorsza” od somatycznej, w ich oczach nawet niekoniecznie jest chorobą. Co więcej, uważają, że psychoterapeuta leczy tylko poprzez rozmowę, co jeszcze umniejsza w ich oczach realność i powagę zaburzeń psychicznych (Sayed, 2003). Dodatkowo część pacjentów oczekuje, że dostaną od psychoterapeuty konkretne rady i wskazówki – stąd większe upodobanie osób wywodzących się z kultury arabskiej / muzułmańskiej do terapeutów bardziej dyrektywnych, np. behawioralnych (Erickson, Al-Timimi, 2001; McIndoo, Hopko, 2014). Temat ten zostanie rozwinięty w kolejnym rozdziale.

Warto dodać, że w niektórych społecznościach arabskich kobiety mogą niechętnie korzystać z usług psychoterapeutów, gdyż to je traktuje się jako bardziej odpowiedzialne za zachowanie honoru rodziny, tak więc fakt ich cierpienia na zaburzenia psychiczne może obarczyć bliskich wstydem przed członkami społeczności (por. np. Hamdan, 2008; Kadri, Belghazi, 2015). Być może również z tego powodu oraz z potrzeby posiada przez rodzinę pewnej kontroli nad członkami rodziny niektórzy Arabowie mogą preferować terapię małżeństw i rodzin niż psychoterapię indywidualną. Taka forma terapii służy dobru rodziny, najważniejszej jednostce społecznej, a jednocześnie cała rodzina ma kontrolę nad tym, jakie informacje dotyczące członków rodziny będą przekazywane psychoterapeucie.

Istotną rolę w procesie wspierania i powrotu do zdrowia w czasie procesu terapeutycznego odgrywają przewodnicy duchowi – imamowie. Psychoterapeuci często podkreślają, że pacjenci zostali do nich skierowani właśnie przez imamów (Sakr, 2012). W sytuacji problemów emocjonalnych czy objawów somatycznych osoba wychowana w kulturze arabskiej / muzułmańskiej najpierw udaje się po radę do imama lub lokalnego uzdrowiciela, potem do lekarza czy psychoterapeuty (por. np. Kadri, Belghazi, 2015). Nie należy jednak zapominać, że pierwszą instancją pomocową zawsze stanowi rodzina.

Poznawczo-behawioralna psychoterapia wrażliwa kulturowo z pacjentami wywodzącymi się z kultury arabskiej / muzułmańskiej

Psychoterapia wrażliwa kulturowo jest również określana mianem terapii wielokulturowej (*multicultural therapy*, MCT), interkulturowej lub transkulturowej. Podejście wielokulturowe w psychoterapii jest szeroko opisywane w zależności od

różnych czynników branych pod uwagę podczas prowadzenia tego typu terapii, np. w związku z przynależnością etniczną pacjenta czy nurtem terapeutycznym, w ramach którego terapeuta stara się pracować w sposób wrażliwy kulturowo (por. np. Hays, Iwamasa, 2006). Poniżej zwrócona zostanie uwaga na wybrane kwestie dotyczące perspektywy wielokulturowej w psychoterapii oraz zarysowana zostanie specyfika prowadzenia terapii wrażliwej kulturowo w nurcie poznawczo-behawioralnym z pacjentami wywodzącymi się z kultury arabskiej / muzułmańskiej. Wybór terapii poznawczo-behawioralnej podyktowany jest szerokim spektrum badań empirycznych ukazujących skuteczność tej terapii prowadzonej w perspektywie wielokulturowej (por. np. Hays, Iwamasa, 2006; Beshai, Clark, Dobson, 2013; Kadri, Belghazi, 2015). Aczkolwiek warto zauważyć, że pojawiają się w literaturze również artykuły dotyczące udzielania pomocy terapeutycznej Arabom / muzułmanom w innych nurtach terapeutycznych, np. w terapii psychodynamicznej (por. np. Masalha, 1999).

W literaturze na temat wrażliwej kulturowo psychoterapii zwraca się uwagę na konieczność posiadania kompetencji kulturowych przez terapeutę (por. np. Collins, Arthur, 2010a, b) oraz przyjmowania postawy pokory kulturowej (*cultural humility*, por. np. Beagan, 2017; Owen i in., 2015). Ważna jest również umiejętność adaptowania technik terapeutycznych do potrzeb i wartości pacjenta odmiennego kulturowo. Kolejno powstające modele kompetencji kulturowych kładą nacisk na różne umiejętności czy postawy terapeuty wrażliwego kulturowo.

Przede wszystkim podkreśla się konieczność posiadania przez terapeutę wiedzy na temat kultury pacjenta, wartości i przekonań charakterystycznych dla danej społeczności – wiedzę tę terapeuta może poszerzać np. poprzez czytanie książek i artykułów, uczestniczenie w festiwalach dotyczących danej kultury, bycie członkiem stowarzyszenia zrzeszającego przedstawicieli danej kultury, podróżowanie do miejsc, gdzie dana społeczność mieszka itp. Zdobywanie wiedzy dotyczy także pogłębiania informacji z zakresu szeroko rozumianej wielokulturowości oraz nowych technik terapeutycznych przeznaczonych do udzielania pomocy wrażliwej kulturowo. Równie ważna, co wiedza na temat innych kultur i ich wartości, jest samoświadomość terapeuty, szczególnie w zakresie własnych wartości i przekonań, a także zdawanie sobie sprawy ze stereotypów i uprzedzeń, które terapeuta posiada.

Psychoterapeuta wrażliwy kulturowo dba o atmosferę terapii, stara się stworzyć empatyczną, ciepłą i pełną zaufania relację terapeutyczną – związane jest to z postawą terapeuty, jaką jest pokora kulturowa (por. np. Owen i in., 2015; Beagan, 2017; Hook i in., 2017). Polega ona na dokonywaniu ciągłej refleksji terapeuty nad swoją postawą w stosunku do pacjenta oraz nad kwestiami związanymi z brakiem równowagi we wzajemnych relacjach z pacjentami odmiennymi kulturowo. Terapeuci powinni uczciwie przyznawać się do braku wiedzy oraz wykazywać się chęcią do jej poszerzania. Pokora kulturowa to postawa, która cechuje się nieustannie trwającą, odważną i uczciwą samooceną oraz krytycyzmem w stosunku do siebie

samego – szczególnie samoocena ta powinna obejmować wszystkie aspekty tożsamości terapeuty oraz ich wpływ na relacje z pacjentami (Beagan, 2017).

Terapia poznawczo-behawioralna (*cognitive-behavioral therapy*, CBT) spostrzegana jest jako nurt terapeutyczny, który posiada wiele cech wspólnych z podejściem wielokulturowym w psychoterapii, w związku z czym terapeutom łatwiej jest uwzględnić zalecenia tego podejścia w pracy z pacjentami wywodzącymi się z innych grup etnicznych (por. np. Hays, 1995, 2009; Guo, Hanley, 2015). W tym kontekście wymienia się przede wszystkim cztery główne aspekty CBT: (1) zasadę indywidualizowania terapii do potrzeb pacjenta, co ułatwia dopasowanie tej formy terapii do potrzeb konkretnego pacjenta, (2) skupienie na mocnych stronach pacjenta, ukształtowanych w konkretnym środowisku kulturowym wartościach i przekonaniach, które mogą być rozpatrywane jako potencjalne źródło siły pacjenta, (3) koncentrację przede wszystkim na świadomych procesach umysłowych i zachowaniu, co może ułatwiać terapię w sytuacji, gdy pacjenci posługują się językiem wyuczonym podczas sesji terapeutycznych, oraz (4) zasadę dokonywania ciągłej konceptualizacji, co w kontekście terapii wrażliwej kulturowo może ułatwiać włączenie rodziny pacjenta podczas początkowej diagnozy oraz podczas jej uzupełniania.

Część badaczy (por. np. Hays, 1995, 2009; Beshai, Clark, Dobson, 2013; Kadri, Belghazi, 2015) zwraca uwagę na aspekty CBT, które mogą być pomocne w pracy terapeutycznej z Arabami / muzułmanami, np. dyrektywność terapii, nacisk na terażniejszość, koncentracja na działaniu i rozwiązywaniu problemów, ustrukturyzowanie sesji i procesu terapeutycznego oraz krótkoterminowość (McIndoo, Hopko, 2014). Podkreśla się, że CBT może być efektywną terapią dla tych pacjentów, którzy cenią hierarchiczność społeczną, w związku z czym mogą traktować terapeuta jako eksperta, a siebie jak uczniów, którzy przyswajają przekazywaną im wiedzę – stąd lepiej czują się oni w uporządkowanych i dyrektywnych modelach psychoterapeutycznych (Beshai, Clark, Dobson, 2013). Wskazuje się również na wartość edukacji czy konsultacji z osobami uznawanymi za ekspertów w danej dziedzinie wiedzy czy działalności praktycznej, dlatego aspekt psychoedukacyjny CBT może być łatwo zrozumiały dla pacjentów z tego kręgu kulturowego.

Zakończenie

W kulturze arabskiej, w której rola i wartość więzi międzyludzkich są nie do przecenienia, również kontakt lekarza z pacjentem otaczany jest szczególnym szacunkiem. Dobra relacja terapeutyczna jest równie ważna jak umiejętności, które posiada specjalista od zdrowia psychicznego czy jego wiedza naukowa (Okasha, 2000). Efektywność relacji w dużej mierze zależy od tego, czy terapeuta uwzględnia wpływ rodziny pacjenta na kontakty z nim, szanuje jego system wartości i kulturę oraz posiada wiedzę na temat wyznawanej przez niego religii.

W świecie, który cechuje wielokulturowość, jedną z ważniejszych form pomocy psychologicznej staje się psychoterapia wrażliwa kulturowo. Terapia ta uwzględnia

różnorodność wartości, jakimi kierują się przedstawiciele różnych kultur – w sytuacji psychoterapeutycznej są nimi terapeuta i pacjent. Uwzględnianie perspektywy wielokulturowej w psychoterapii ma niebagatelne znaczenie dla postępowania zgodnego z etyką zawodu psychoterapeuty. Już od dłuższego czasu niektórzy teoretycy i praktycy psychoterapii zwracają uwagę, że nurty terapeutyczne powinny być efektywnie rozszerzane o poradnictwo wielokulturowe (por. np. Corey, 2005; Hays, 2009). Potrzeba ta jest nagląca, gdyż udzielanie pomocy osobom wywodzącym się z kultur kolektywistycznych na podstawie teorii psychologicznych stworzonych w Europie czy Stanach Zjednoczonych może być nieefektywne, jeśli metody te nie są adaptowane do potrzeb pacjentów wywodzących się z innych kultur.

Literatura cytowana

- Abudabbeh, N., Hays, P.A. (2006). Cognitive-behavioral therapy with people of Arab heritage. W: P.A. Hays, G.Y. Iwamasa (red.), *Culturally responsive cognitive-behavioral therapy. Assessment, practice, and supervision* (s. 141–159). Washington: American Psychological Association.
- Acevedo, G.A. (2008). Islamic fatalism and the clash of civilizations: An appraisal of a contentious and dubious theory. *Social Forces*, 86(4), 1711–1752, doi: 10.1353/sof.0.0033
- Al-Adawi, S., Dorvlo, A.S., Al-Ismaily, S.S., Al-Ghafry, D.A., Al-Noobi, B.Z., Al-Salmi, A., Burke, D.T., Shah, M.K., Ghassany, H., Chand, S.P. (2002). Perception of and attitude toward mental illness in Oman. *International Journal of Social Psychiatry*, 48, 305–317, doi: 10.1177/002076402128783334
- Al-Darmaki, F.R. (2003). Attitudes toward seeking professional psychological help: What really counts for United Arab Emirates university students? *Social Behavior Personality*, 31, 491–508, doi: 10.2224/sbp.2003.31.5.497
- Al-Krenawi, A. (2005). Mental health practice in Arab countries. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 560–564, doi: 10.1097/01.yco.0000179498.46182.8b
- Al-Krenawi, A., Graham, J.R., Kandah, J. (2000). Gender utilization of mental health services in Jordan. *Community Mental Health Journal*, 36, 501–511, doi: 10.1023/A:1001963714338
- APA, American Psychological Association. (2017a). Multicultural Guidelines: An Ecological Approach to Context, Identity, and Intersectionality. Pobrane z: <https://www.apa.org/about/policy/multicultural-guidelines.pdf> (28.04.2020).
- APA, American Psychological Association. (2017b). Ethical principles of psychologists and code of conduct. Pobrane z: <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx> (28.04.2020).
- Beagan, B.L. (2017). A critique of cultural competence: Assumptions, limitations, and alternatives. W: C.L. Frisby, W.T. O'Donohue (red.), *Cultural Competence in Applied Psychology: An Evaluation of Current Status and Future Directions* (s. 123–138). New York: Springer.

- Beshai, S., Clark, C.M., Dobson, K.S. (2013). Conceptual and pragmatic considerations in the use of cognitive-behavioral therapy with Muslim clients. *Cognitive Therapy and Research*, 37(1), 197–206, doi: 10.1007/s10608012-9450-y
- Boski, P. (2010). *Kulturowe ramy zachowań społecznych. Podręcznik psychologii międzykulturowej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN – Academica Wydawnictwo SWPS.
- Broude, L. (2011). Trans-cultural psychotherapy: Psychotherapeutic setting in Non-Western (Arabic) culture. *World Journal Psychotherapy*, 1(4), 30–35.
- Collins, S., Arthur, N. (2010a). Culture-infused counselling: A model for developing multicultural competence. *Counselling Psychology Quarterly*, 23(2), 217–233, doi: 10.1080/09515071003798212
- Collins, S., Arthur, N. (2010b). Culture-infused counselling: A fresh look at a classic framework of multicultural counselling competencies. *Counselling Psychology Quarterly*, 23(2), 203–216, doi: 10.1080/09515071003798204
- Corey, G. (2005). *Zostać dobrym terapeutą wielokulturowym*. W: G. Corey, *Teoria i praktyka poradnictwa i psychoterapii* (s. 50–54). Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Danecki, J. (2002). *Podstawowe wiadomości o islamie. Część I*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Dialog.
- Dwairy, M.A. (2006). *Counseling and psychotherapy with Arabs and Muslims: A culturally sensitive approach*. New York – London: Teachers College, Columbia University.
- Ebrahimi, A., Neshatdoost, H.T., Mousavi, S.G., Asadollahi, G.A., Nasiri, H. (2013). Controlled randomized clinical trial of spirituality integrated psychotherapy, cognitive-behavioral therapy and medication intervention on depressive symptoms and dysfunctional attitudes in patients with dysthymic disorder. *Advanced Biomedical Research*, 2, 53, doi: 10.4103/2277-9175.114201
- EFTP (2005). Europejska Federacja Towarzystw Psychologicznych. *Meta-code of Ethics*, dostęp na: <http://ethics.efpa.eu/meta-code/> (28.04.2020).
- El-Eslam, F., Abu-Dagga, S. (1992). Lay explanations of symptoms of mental ill health in Kuwait. *International Journal of Social Psychiatry*, 38, 150, doi: 10.1177/002076409203800208
- Erickson, C.D., Al-Timimi, N.R. (2001). Providing mental health services to Arab Americans: Recommendations and considerations. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 7, 308–327, doi: 10.1037/1099-9809.7.4.308
- Frisby, C.L., O'Donohue, W.T. (red.), (2017). *Cultural Competence in Applied Psychology An Evaluation of Current Status and Future Directions*. New York: Springer.
- Gilbert, P., Leahy, R.L. (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. New York: Routledge.
- Guo, F., Hanley, T. (2015). Adapting cognitive behavioral therapy to meet the needs of Chinese clients: Opportunities and challenges. *PsyCh Journal*, 4(2), 55–65, doi: 10.1002/pchj.75
- Habib, N., Dawood, S., Kingdon, D., Farooq, N. (2015). Preliminary evaluation of culturally adapted CBT for psychosis (CA-CBTp): Findings from Developing

- Culturally-Sensitive CBT Project (DCCP). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43, 200–208, doi: 10.1017/S1352465813000829
- Hamdan, A. (2008). Cognitive Restructuring: An Islamic Perspective. *Journal of Muslim Mental Health*, 3, 99–116, doi: 10.1080/15564900802035268
- Haque, A. (2004). Religion and mental health: The case of American Muslims. *Journal of Religion and Health*, 43(1), 45–58, doi: 10.1023/B:JORH.0000009755.25256.71
- Hays, P.A. (1995). Multicultural applications of cognitive-behavior therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(3), 309–315, doi: 10.1037/0735-7028.26.3.309
- Hays, P.A. (2009). Integrating evidence-based practice, cognitive-behavior therapy, and multicultural therapy: Ten steps for culturally competent practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), 354–360, doi: 10.1037/a0016250
- Hays, P.A., Iwamasa, G.Y. (2006). *Culturally responsive cognitive-behavioral therapy: Assessment, practice, and supervision*. Washington: American Psychological Association.
- Hodge, D.R., Nadir, A. (2008). Moving toward culturally competent practice with Muslims: Modifying cognitive therapy with Islamic tenets. *Social Work*, 53, 31–41, doi: 10.1093/sw/53.1.31
- Hook, J.N., Davis, D., Owen, J., DeBlaere, C. (2017). *Cultural humility: Engaging diverse identities in therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Jafari, M.F. (1992). Counseling values and objectives: A comparison of Western and Islamic perspectives. *The American Journal of Islamic Social Sciences*, 10, 326–339.
- Kadri, N., Belghazi, D. (2015). Counseling and psychotherapy in Morocco: T.M.'s story. W: R. Moodley, M. Lengyell, R. Wu, U.P. Gielen (red.), *International counseling: Case studies handbook* (s. 39–45). New Jersey: American Counseling Association.
- Masalha, S. (1999). Psychodynamic psychotherapy as applied in an Arab village clinic. *Clinical Psychology Review*, 19(8), 987–997, doi: 10.1016/S0272-7358(99)00007-0
- McIndoo, C.C., Hopko, D.R. (2014). Cognitive-behavioral therapy for an Arab college student with social phobia and depression. *Clinical Case Studies*, 13(2), 128–145, doi: 10.1177/1534650113504132
- McWilliams, N. (2009). *Diagnoza psychoanalityczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Norcross, J.C., Lambert, M.J. (2019). *Psychotherapy Relationships That Work: Volume 1: Evidence-based Therapist Contributions*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J.C., Wampold, B.E. (2019). *Psychotherapy Relationships That Work: Volume 2: Evidence-Based Therapist Responsiveness*. New York: Oxford University Press.
- Okasha, A. (2000). *The impact of Arab culture on psychiatric ethics*. W: A. Okasha, J. Arboleda-Florez, N. Sartorius (red.), *Ethics, culture, and psychiatry* (s. 15–28). Washington: American Psychiatric Press.
- Owen, J., Tao, K.W., Drinane, J.M., Hook, J., Davis, D.E., Kune, N.F. (2015). Client perceptions of therapists' multicultural orientation: Cultural (missed) opportunities and cultural humility. *Professional Psychology: Research and Practice*, 47(1), 30–37, doi: 10.1037/pro0000046

- Rassool, G.H. (2000). The crescent and Islam: Healing, nursing, and the spiritual dimension. Some considerations towards an understanding of the Islamic perspectives on caring. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1476–1484, doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01614.x
- Sabry, W.M., Vohra, A. (2013). Role of Islam in the management of psychiatric disorders. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(Suppl 2), 205–214, doi: 10.4103/0019-5545.105534
- Sakr, L. (2012). Psychology in the Arab world. *The Psychologist (The British Psychological Society)*, 25(6), 448–449.
- Sayed, M.A. (2003). Psychotherapy of Arab patients in the West: Uniqueness, empathy and “otherness”. *American Journal of Psychotherapy*, 57, 445–459.
- Sieradzan, J. (2007). Islam. W: J. Sieradzan, *Szaleństwo w religiach świata* (s. 493–523). Kraków: Inter Esse – Wydawnictwo Wanda.
- Stiles, W.B. (2013). *Relacja klient – terapeuta*. W: C. Feltman, I. Horton (red.), *Psychoterapia i poradnictwo* (s. 140–153). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Streszczenie. Artykuł ma na celu ukazanie specyfiki relacji terapeutycznej nawiązywanej z pacjentami wywodzącymi się z arabsko-muzułmańskiego kręgu kulturowego. Na podstawie wybranej literatury anglojęzycznej, dotyczącej udzielania opieki psychoterapeutycznej osobom pochodzącym z kultury arabsko-muzułmańskiej, omówione zostaną następujące zagadnienia: (1) podstawowe wartości wywodzące się w religii islamskiej, które mogą mieć wpływ na przekonania pacjenta, (2) postrzeganie zaburzeń psychicznych i opieka nad osobami cierpiącymi na problemy natury psychicznej w tym kręgu kulturowym oraz (3) wpływ wybranych cech charakterystycznych dla kultury arabskiej / muzułmańskiej na współpracę pomiędzy pacjentem a terapeutą. Poruszone zostanie również zagadnienie wrażliwej kulturowo terapii poznawczo-behawioralnej i jej zastosowań w pracy z pacjentem wywodzącym się z kultury arabsko-muzułmańskiej.

Słowa kluczowe: kultura arabska, relacja psychoterapeutyczna, percepcja zaburzeń psychicznych

Data wpłynięcia: 1.05.2020

Data wpłynięcia po poprawkach: 16.11.2020

Data zatwierdzenia tekstu do druku: 19.01.2021