

III.1

Medkulturne kompetence pri delu psihologov

Metka Shawe-Taylor
Jerica Radež

Povzetek

Razumevanje in zavedanje kulturne raznolikosti je v vsakdanjem delu psihologov čedalje pomembnejše. Nedavne globalne razmere, kot sta npr. pandemija covida-19 in ukrajinska kriza, so le še bolj poglobile zdravstvene neenakosti med različnimi kulturnimi skupinami in psihologi moramo svoje delo tem razmeram prilagoditi. Psihološki etični kodeks predstavlja osrednje vodilo našega dela in implikacije etičnega kodeksa se, tako v Sloveniji kot v Veliki Britaniji, dotikajo različnih medkulturnih kompetenc pri našem delu. V pričujočem prispevku predstavlja nekaj praktičnih primerov soočanja z etičnimi dilemami na področju medkulturne raznolikosti. Dotakneva se teme kulturne občutljivosti psiholoških metod, (slabše) dostopnosti psiholoških storitev za posameznike etničnih manjšin, kulturne pristranskosti v raziskovanju in pomanjkanja raznolikosti znotraj psihološke stroke. Primeri so aktualni in reprezentativni tako za slovensko kot tudi za britansko okolje. V okviru vsakega primera predstavlja praktične nasvete, ki bodo v pomoč psihologom pri vsakdanjem delu v moderni, medkulturno raznoliki družbi. Ne glede na

Shawe-Taylor, M., in Radež, J. (2023). Medkulturne kompetence pri delu psihologov. V V. Poštuvan in M. Čerče (ur.), *Psiholog v dilemi: etične vsebine in etična zavest v praksi* (str. 423–435). Založba Univerze na Primorskem. <https://doi.org/10.26493/978-961-293-275-6.423-435>

kontekst, državo in vidik kulturne raznolikosti je pomembno, da se psihologi pri svojem delu nanašamo na hipoteze in formulacije, ki so prilagojene posamezniku in spoštljive ter občutljive do njegovih/njenih kulturnih vrednot in navad. Prav tako je pomembno, da uporabljamo psihološke metode, ki so kulturno prilagojene in občutljive, in spodbujamo medkulturno psihološko raziskovanje.

Ključne besede: medkulturnost, raznolikost, neenakost, kulturna občutljivost

Uvod

Psihologi se pri svojem delu srečujemo z etičnimi dilemami, povezanimi z družbeno raznolikostjo. Ljudje se med seboj razlikujemo na različne načine, tako generacijsko, versko, kulturno, spolno kot glede na socialno-ekonomski status, telesne in duševne karakteristike ter spolno orientacijo (Burnham, 2012). Naraščajoče število beguncev in drugih ekonomskih ter političnih imigrantov in pandemija covida-19, ki je razkrila zdravstvene neenakosti med različnimi kulturnimi skupinami, pa še posebej poudarjajo pomembnost zavedanja kulturnih vidikov v zdravstvenih sistemih in kliničnem delu.

Tako v Veliki Britaniji kot v Sloveniji je osrednje vodilo poklicnih načel, po katerih se psihologi ravnamo, psihološki etični kodeks, natančneje *Kodeks poklicne etike psihologov* (Društvo psihologov Slovenije, 2019) v Sloveniji in *Code of Ethics and Conduct* (British Psychological Society, 2021) v Veliki Britaniji. V pričujočem poglavju bova uporabljali britanski Kodeks etike in vedenja kot teoretični okvir za načela, ki se neposredno tičejo uporabe medkulturnih kompetenc pri našem delu.

Načelo spoštovanja ne glede na posameznikov socialno-ekonomski status (v nadaljevanju SES), narodno, kulturno ali versko pripadnost, spol, sposobnosti ali katere koli druge lastnosti je eno izmed temeljnih vodil psihologovega dela (British Psychological Society, 2021). V Veliki Britaniji je približno 14 % prebivalstva nebritanskega porekla; v določenih predelih (npr. London) je ta delež še precej večji (37 %) (Office for National Statistics, 2021). Potreba po poznavanju različnih kultur in zavedanju medkulturnih razlik med nami ter našimi klienti je torej velika. Kljub temu pa sta tako klinična kot akademska psihologija predominantno »belega britanskega« (angl. *White-British*) porekla, kar predstavlja enega ključnih problemov stroke (Turpin in Coleman, 2010).

Kompetentnost psihologov je povezana z zavedanjem različnih diagnostičnih postopkov in psihoterapevtskih pristopov za posameznike različnih kultur. Diagnostični postopki in ocenjevanja ter terapevtski pristopi morajo biti »kulturno prilagojeni« (angl. *culturally-adapted*; pristopi, razviti in prilagojeni za posamezne skupine ljudi) in »na kulturo občutljivi« (angl. *culturally-sensitive*; tradicionalni pristopi s prilagoditvami, ki ustrezajo kulturi posameznika) (Beck idr., 2019; Gallardo idr., 2009).

Psihologi smo poklicno odgovorni za promocijo dostopnosti psiholoških storitev ne glede na posameznikovo kulturo. V Veliki Britaniji pripadniki različnih kulturnih in etničnih manjšin pomembno redkeje dostopajo do psiholoških storitev (Baker, 2018), navkljub temu, da so te storitve široko dostopne in brezplačne. Psihologi smo tudi odgovorni za zavedanje širših organizacijskih, političnih in kulturnih dejavnikov, ki vplivajo na duševno zdravje naših klientov in slabšo dostopnost psihološke pomoči (Naz idr., 2019).

Načelo integritete se nanaša na psihologovo nepristranskost, poštenost, spoštovanje mej in naslavljanje kršitev pri delu s posamezniki različnih nacionalnosti. V preteklosti je psihologija kot stroka večkrat prišla do pristranskih zaključkov, vezanih na posameznikovo narodnost. Klasičen primer so raziskave o razlikah v čustvovanju in sposobnostih med ljudmi na Vzhodu in Zahodu, pri čemer znanstveniki uporabljajo vprašalnike in teste, validirane za zahodni svet (Matsumoto in Jones, 2009). Integriteta poklica v medkulturnem kontekstu se nanaša tudi na psihologovo odgovornost naslavljanja kršitve pravic klientov različnih narodnosti (British Psychological Society, 2021).

Implikacije etičnega kodeksa v medkulturnem kontekstu so torej številne in presegajo domet pričujočega poglavja. Na naslednjih straneh se bova osredotočili na nekaj najbolj perečih in klinično najpomembnejših področij ter jih podkrepili s primeri. Poglavje bova zaključili s praktičnimi nasveti za psihologe v Sloveniji in v tujini.

Primeri iz prakse

Kulturna občutljivost klinično psiholoških metod

Primer iz prakse:

Jan je klinični psiholog v slovenskem zdravstvenem sistemu. K njemu je (preko svojega osebne zdravnika) napotena 30-letna

poročena ženska muslimanskega porekla. Na napotnici piše »sum na posttravmatsko stresno motnjo (PTSM)«. Ko se poskuša s klientko dogovoriti za prvi obisk, ga ta prosi za termin po 7. uri zvečer, saj pred tem ne more zaradi ramazana. Janov delavnik je od 8. ure do 16. ure. Klientki predlaga razgovor preko spleta. Ta sprva okleva, a nazadnje pristane na razgovor ob 15. uri. Na uvodnem razgovoru preko MS Teams želi Jan dobiti informacije o naravi napotitve in predvsem o domnevnem travmatskem dogodku. Pripravi vprašalnike in lestvice za ocenjevanje simptomov PTSM. Ko se klientka pojavi na Janovem zaslonu, Jan sprva sledi običajnemu protokolu in nabiranjemu anamnestičnih informacij. Za razliko od ostalih klientov je ta klientka ne navadno tiha in se izogiba pogovoru o travmatskem dogodku. Po desetih minutah Jan ugotovi, da je v sobi prisoten klientkin mož.

Opisani primer opozarja na več vrst kulturne »neobčutljivosti« pri kliničnopsihološkem delu. Z vidika etičnega kodeksa se dotika vsaj dveh načel – kompetentnosti in odgovornosti. Logistične bariere (npr. specifičen delovni čas, nefleksibilnost) posameznikom drugih kultur pogosto onemogočajo enostavno dostopanje do psiholoških storitev. V zgornjem primeru psiholog (in predvsem njegov delodajalec) klientki ni ponudil razgovora v času, ki bi ustrezal njenemu življenjskemu slogu in kulturnemu ozadju. Poleg tega nekatere raziskave kažejo, da lahko v času ramazana pride do poslabšanja nekaterih psihičnih motenj (Heun, 2018), kar pomeni, da je dostopnost storitev v tem obdobju ključnega pomena. Psiholog tudi ni preveril, ali se klientka pred začetkom razgovora počuti dobro in varno ter ali (bi želela, da) je prisoten tudi njen mož. Delo s partnerji in širšim družinskim sistemom je v tradicionalno patriarhalnih družbah še posebej relevantno (Springer idr., 2009). Psiholog tudi ni uporabil kulturi primernih kliničnopsiholoških pripomočkov in psihoterapevtskih metod. To je problematično, saj vemo, da pri mnogokaterih psiholoških konstruktih, vključno s PTSM, prihaja do pomembnih razlik v izraženosti simptomov med pripadniki različnih ras in kultur. Raziskave kažejo, da so osrednji simptomi PTSM v določenih muslimanskih družbah drugačni kot v zahodnih družbah, zaradi česar je treba uporabljati na kulturo občutljive diagnostične pripomočke in terapevtske pristope (Bryant in Njenga, 2006; Ibrahim idr., 2019).

Psiholog bi se lahko na zgoraj opisani primer odzval kulturno občutljiveje. Prvič, klientki bi lahko ponudil konzultacijo po ramazanu in preko telefonskega pogovora preveril, ali ji to bolj ustreza. Drugič, lahko bi (s soglasjem klientke) stopil v kontakt z napotnim zdravnikom in ga vprašal o specifičnih kulturnih ter družinsko-sistemskih faktorjih, relevantnih za kliničnopsihološko delo. V primeru, da bi klientka želela pogovor preko MS Teams, bi bilo etično, da bi psiholog pred začetkom pogovora preveril, kakšne so trenutne okoliščine (npr., ali je klientka sama, ali bi želela biti sama, ali se počuti dobro in varno razpravljati o svojem duševnem zdravju). V okviru uvodnega razgovora bi moral psiholog (po leg osnovnih informacij) klientko povprašati tudi o specifičnih kulturno-relevantnih vidikih njenega zdravja, npr., kako si klientka razlaga svoje simptome, kakšen je njen odnos do iskanja psihološke pomoči in kako na iskanje psihološke pomoči gleda njen partner/njena družina. Psiholog bi moral klientkine kulturne vidike upoštevati tudi pri adaptaciji psihoterapevtskega pristopa. Pri delu s posamezniki iz različnih kultur je še posebej pomembna natančna in celovita formulacija klientovih težav. Ta nam služi tudi kot osrednje vodilo našega psihoterapevtskega dela.

Kljub temu da lahko psiholog v zgornjem primeru glede kulturne občutljivosti svojih metod naredi veliko, je treba poudariti, da psihologi pogosto delamo v inštitucijah z omejeno fleksibilnostjo našega dela. Posledično je pomembno, da se kulturna senzitivnost kliničnopsihološkega dela spremeni na sistemski ravni (tj. na ravni organizacij in družbe kot celote).

Slabša dostopnost do psiholoških storitev

Kot je omenjeno v uvodu, v Veliki Britaniji pripadniki različnih kulturnih in etničnih manjšin pomembno redkeje dostopajo do duševnozdravstvenih služb, vključno s psihološkimi. Možnih razlogov za to je veliko: pomanjkanje informacije o duševnozdravstvenih in psiholoških ponudbah, povezano z relativno izolacijo nekaterih manjšinskih skupin od širše družbe in s pomanjkanjem lahko dostopnega informacijskega materiala, ki je jezikovno in kulturno prilagojen različnim skupinam; stigma, ki je v vseh kulturah povezana z duševnimi težavami, v nekaterih skupinah pa je še posebej prisotna, nezaupanje do in strah pred vsemi službami, povezanimi z državno in družbeno avtoriteto. Ta strah in nezaupanje sta lahko posledica negativnih izkušenj s pripadniki različnih državnih služb, kot so policija, šolstvo, socialne službe in tudi zdravstvo, bodisi v zdajšnji

ali pa za begunce in ostale imigrante v prejšnji državi. Ob tem se moramo spomniti, da smo psihologi sami, z zlorabo psiholoških testov za omalovaževanje nebelih rasnih skupin, močno prispevali k temu nezaupanju.

V nekaterih kulturnih skupinah je tudi zelo prisotna potreba po družinski ali skupnostni samopomoči. Družina in kulturna skupnost sta v takih primerih videni kot odgovorni za glavno oporo ter pomoč posamezniku. Iskanje pomoči zunaj družine in ožje skupnosti je lahko videno kot neke vrste zavrnitev in izdaja svoje kulturne skupine ter njenih vrednot in lahko sproži strah pred izgubo kulturne identitete.

V samem osredju slabšega dostopa kulturnomanjšinskih skupin do psiholoških služb so verjetno teorije in modeli, na katerih temelji delo teh služb. Te teorije in modeli temeljijo na izkušnjah in raziskavah predstavnikov zahodne in, v primeru Velike Britanije in tudi Slovenije, dominantne družbe. Zavedati se moramo, da so predpostavke in vrednote zahodne kulture integrirane v teorijo in prakso večine modelov psihološke pomoči. Poleg tega večina psihologov pripada dominantni socialno-kulturni skupini in ima relativno malo izkušenj s pripadniki kulturnih manjšin.

Pamela A. Hays in Gayle Y. Iwamasa (2006) povzameta vrsto primerov kulturne neobčutljivosti kognitivno-vedenjske terapije, ki pa se lahko razširijo na ostale tradicionalne terapevtske modele. Npr., kar nekaj psihoterapevtskih modelov predpostavlja, da je duševno zdravje povezano z osebno avtonomijo, neodvisnostjo in s samoaktualizacijo. Če klient ne sprejme tega pogleda, se ga ima hitro za nezrelega, nesamostojnega, nesposobnega sprejemati odgovornosti ali preveč odvisnega od družine. Od klienta se pričakuje tudi odprtost, kar je lahko v nasprotju s potrebo po varovanju osebne, družinske ali skupinske časti. Tak odprt in individualističen pristop lahko klienta postavi v nasprotje z njegovimi vrednotami, njegovo družino in ožjo skupnostjo. Zanika tudi potencialno moč kolektivistične kulture pri podpiranju duševnega zdravja in osebne rasti.

Tradicionalni modeli psihološke pomoči tudi poudarjajo empirični pristop in racionalno razmišljanje, kar lahko vodi do neupoštevanja duhovnosti in holističnega pogleda na duševno zdravje, ki sta v mnogih kulturnih skupinah pomembna elementa pri razlagi duševnih težav in pristopu k njihovem reševanju (Rothman in Coyle, 2018).

Asertivnost in težnja po hitrih spremembah sta lastnosti dominantnih modelov psihološke pomoči. To je lahko v nasprotju z nekaterimi kulturami, kjer so subtilnost ter sprejemanje in potrpežljivost videne

kot pomembne vrednote, ki posameznikom in skupini pomagajo živeti skozi težave, vendar so v zahodnjaškem svetu pogosto interpretirane kot neučinkovita pasivnost (Hays in Iwamasa, 2006).

V zahodnih zdravstvenih sistemih se tudi vse bolj uveljavlja egalitarnost med klienti in zdravstvenimi delavci. Medtem ko ta pristop ustreza razvoju vrednot v zahodni družbi, pa je to lahko v nasprotju s pričakovani in potrebami klientov iz nekaterih drugih kultur, kjer avtoritativnost psihologa/psihologinje prinaša občutke znanja, profesionalnosti in zaupanja (Hays in Iwamasa, 2006).

Kot vidimo, je preprek za dostop pripadnikov različnih kulturnih manjšin do psiholoških služb veliko. Problemi s komunikacijo, stigmo in z nezaupanjem se lahko razrešujejo s proaktivnim ter občutljivim pristopom do posameznih skupin, pogosto preko njihovih različnih voditeljev ali predstavnikov, ki pomagajo razviti boljšo komunikacijo in zaupanje do zdravstvenih delavcev ter le-te informirajo o vrednotah svoje skupine. Posamezni psihologi in psihološke službe morajo pri svojem delu upoštevati vpliv občutka odtujitve od dominantne družbene skupine in občutka nemoči v manjšinskih skupinah ter razvijati občutek kulturne varnosti.

Sprejeti moramo, da imamo vsi pomanjkanje razumevanja in nepravilne predpostavke o pripadnikih za nas drugih kulturnih skupin. Zato se morajo kulturno odzivni psihološki pristopi začeti pred samim delom s klientom. To delo je osebno in ne enkratno, pač pa proces, skozi katerega raziskujemo lastne kulturne predpostavke in predsodke ter vpliv svoje kulture na razvoj le-teh. Treba je tudi spoznati in spoštovati pozitivne strani različnih kultur v povezavi s preprečevanjem in premagovanjem psiholoških težav. Pomembno je izobraževanje o vrednotah in običajih drugih kultur ter stikih z njihovimi pripadniki. Supervizija ima v tem procesu kulturnega izobraževanja in osebnega razvoja ključno vlogo, pri čemer pa ne smemo pozabiti, da morajo tudi supervizorji kritično oceniti svoje lastno znanje in kompetence, povezane s kulturno raznolikostjo.

Pri samem psihološkem delu s pripadniki različnih kulturnih skupin moramo vedno uporabljati hipoteze in intervencije, ki so prilagojene posameznemu klientu, paru ali družini, ter upoštevati njegovo/njihovo enkratno situacijo. Identificirati moramo kulturne lastnosti, ki bodo pripomogle k reševanju danih težav. Kulturnih prepričanj, vrednot in običajev, tudi če so v nasprotju z našimi in v kolikor niso v nasprotju z zakoni v dani družbi, ne poskušamo spreminjati. Spustiti se moramo v klientov svet in pomagati reševati težave znotraj njega. Tu je ponovno treba

poudariti pomembnost supervizije, ki mora psihologu pomagati vzdrževati klientovo perspektivo. Nenazadnje je potrebno redno vključevanje klientov psiholoških služb v razvoj in edukacijo znotraj teh služb. T. i. koprodukcija mora biti eden temnenjih elementov tega razvoja in mora vključevati predstavnike različnih manjšinskih skupin, prisotnih na področjih, ki jih službe pokrivajo.

Kulturna pristranost v raziskovanju

Primer iz prakse

Sabina je psihologinja in doktorska raziskovalka v Veliki Britaniji. Njeno raziskovalno področje so medkulturne razlike v izraženi depresivnih simptomov pri adolescentih. Sabina sodeluje s petimi različnimi timi za duševno zdravje otrok in mladostnikov (Child and Adolescent Mental Health Services – CAMHS) na jugu Anglije, petimi zdravstvenimi domovi v Sloveniji in z dvema otroškima bolnišnicama na Tajskem (Sabina na mentorici na doktorskem študiju je tajskega porekla). Sabina primerja izraženo simptomov depresije pri adolescentih preko uporabe vprašalnika RCADS (The Revised Children's Anxiety and Depression Scale; revidirana lestvica anksioznosti in depresije za otroke). V roku enega leta in pol nabere skupno 3.000 vprašalnikov – 1.000 iz Anglije, 1.000 iz Slovenije in 1.000 s Tajskega. Poleg starosti in spola adolescentov ni pridobila nobenih drugih demografskih informacij o informantih. Rezultati statističnih analiz so pokazali, da so simptomi depresije pri tajskih adolescentih bolj somatske narave kot pri adolescentih iz Slovenije in Velike Britanije. Poleg tega rezultati kažejo, da tajski adolescenti najredkeje poročajo o samomorilnih mislih, medtem ko je stopnja le-teh najvišja pri britanskih adolescentih. Sabinini rezultati so pokazali, da so razlike med spoloma večje v Sloveniji in v Veliki Britaniji kot na Tajskem.

Opisani primer se dotika kulturne pristranskosti v raziskovanju. Z vidika etičnega kodeksa se dotika načel (raziskovalne) integritete in kompetentnosti. Psihologinja v zgornjem primeru si je zadala zanimivo in aktualno raziskovalno vprašanje, a je na žalost spregledala nekaj osnovnih

načel, vezanih na raziskovanje medkulturnih razlik. Prvič, pri raziskovanju medkulturnih razlik je pomembno razumevanje raziskovalnega okolja (Broesch idr., 2020). V zgornjem primeru je pomembno razumevanje razlik med britanskim, slovenskim in tajskim zdravstvenim sistemom. Predvsem je pomembno razumevanje, kakšne so ostale demografske lastnosti adolescentov v vseh treh sistemih in kako le-te vplivajo na razlike med udeleženci raziskave. Npr., v Veliki Britaniji obstajajo pomembne razlike v dostopnosti psiholoških storitev med mladostniki belega britanskega porekla in ostalimi mladostniki (Callaghan idr., 2017; Edbrooke-Childs in Patalay, 2019). Posledično je vprašljivo, ali so adolescenti iz CAMHS reprezentativna populacija. Podobno velja za slovenske in tajske adolescente – treba je ugotoviti, ali predstavljajo reprezentativno populacijo. Psihologinja je v opisanem primeru uporabila vprašalnik RCADS, ki se je v preteklosti izkazal kot medkulturno primeren pripomoček za ocenjevanje anksioznosti in depresivnosti pri adolescentih (Stevanovic idr., 2017); kakor koli, vprašalnik ni validiran na tajski ali slovenski populaciji, kar pomeni, da imamo pomanjkljive podatke o tem, kaj so normativni odgovori/rezultati na vprašalnikih za tajske in slovenske adolescente. Poleg tega je vprašljivo, ali je vprašalnik, ki temelji na psihiatričnem in zahodnjaškem razumevanju depresije, primeren za ocenjevanje depresije pri azijskih populacijah, ki imajo pomembno drugačno razumevanje duševnih motenj. Obenem raziskave sugerirajo, da so samomorilne misli pogostejše pri predstavnikih azijskih skupnosti kot pri njihovih zahodnih vrstnikih (Chen idr., 2011). Zaradi vseh navedenih dilem je psihologinjina interpretacija razlik med britanskimi, slovenskimi in tajskimi adolescenti sporna ter, precej verjetno, ne povsem pravilna.

Naslednji nasveti bi lahko izboljšali kvaliteto psihologinjinega raziskovanja in zmanjšali medkulturno raziskovalno pristranskost. Prvič, psihologinja bi lahko natančno preučila, kakšne so ostale demografske lastnosti adolescentov, ki so sodelovali v raziskavi. To bi ji pomagalo odgovoriti na vprašanje, ali so udeleženci raziskave reprezentativni. Poleg tega bi lahko uporabila kulturno prilagojene raziskovalne pripomočke, npr. vprašalnik depresivnosti, prilagojen in validiran za tajske adolescente. Psihologinja bi tudi lahko izboljšala integriteto raziskave z vključevanjem predstavnikov skupnosti (tj. z aktivnim vključevanjem adolescentov samih v vsak korak svoje raziskave) (Broesch idr., 2020).

Medkulturne raziskave so dandanes pogoste in predstavljajo pomemben vir informacij na področju psihologije. A te so pogosto zelo drage, dolge in logistično težko izvedljive. Posledično lahko hitreje spregledamo

pomembne etične vidike našega raziskovanja. Sistematičen pristop do etičnih vprašanj, temeljit pregled etičnih vlog s strani etičnih komisij, sodelovanje z ostalimi (mednarodnimi) strokovnjaki in vključevanje predstavnikov skupnosti v raziskovanje so ključnega pomena.

Pomanjkanje raznolikosti v stroki

Kulturna raznolikost med kliničnimi psihologi je pomemben dejavnik pri povečanju dostopa do psiholoških služb in izidov psiholoških intervencij za predstavnike kulturnih manjšin. Na žalost pa je poklic kliničnega psihologa v Veliki Britaniji in še marsikateri drugi zahodni državi zaznamovan z dominacijo predstavnikov bele, kulturno zahodno usmerjene večine (Turpin in Coleman, 2010). Pomanjkanje kulturne raznolikosti je v britanski klinični psihologiji večje kot v zdravniškem ali v drugih zdravstvenih poklicih. Razlogov za to je več, verjetno pa je navezanost stroke na zahodnjaške teorije in modele eden glavnih razlogov za to situacijo. K temu problemu prispeva tudi rigidnost izobraževalnih sistemov, ki dajejo prednost klasičnim izobraževalnim potem, poleg tega kandidate za kliničnopsihološko specializacijo avtomatično izbira iz dominantne kulture, katere predstavniki imajo v večini lažji dostop do kvalitetnih šol (Scior idr., 2007).

Britansko društvo psihologov (British Psychological Society – BPS) kot tudi britanske univerze, ki ponujajo doktorske programe za kliničnopsihološko izobraževanje, se zavedajo te situacije in so v zadnjih letih začele z akcijami (npr. shema Mind to Mind na Univerzi v Oxfordu, namenjena podpori kandidatov iz manjšinskih skupin) in uvajanjem sprememb, ki postopoma vodijo k povečani kulturni raznolikosti med na specializacijo sprejetimi kandidati. Predvsem so zmanjšale neenakost pri procesu prijave, povečale informiranost o poklicu med dodiplomskimi študenti psihologije iz različnih manjšinskih skupin in usmerile pozornost v raznolikost ter učenje kulturnih kompetenc v vse elemente specialističnega programa in tudi v dodiplomske programe.

Zaključek

Slovenska družba postaja, kot ostale družbe po svetu, vse bolj kulturno raznolika. Ta trend družbene raznolikosti se je, zaradi različnih zgodovinskih razlogov, v Britaniji začel bolj zgodaj kot v Sloveniji. Britanske izkušnje z neustreznostjo psiholoških kot tudi ostalih zdravstvenih služb za pripadnike kulturnih manjšin in posledičnim razvojem teh služb v

zadnjih letih so zato relevantne ter koristne za razvoj podobnih služb v Sloveniji. V jedru tega razvoja je zavedanje dveh na videz nasprotujočih si dejstev. Na eni strani je zavedanje obče človečnosti in s tem splošnih človeških potreb, kot je npr. potreba po občutku varnosti, ki je neodvisna od kulturnega ozadja. Na drugi strani pa je spoznanje, da naša kulturna prepričanja in kulturne vrednote vplivajo na pot, ki si jo izberemo za srečevanje z našimi potrebami in za oblikovanja lastnega življenjskega smisla, ter na načine, ki nam pomagajo doseči nase cilje.

Kliničnopsihološko delo mora biti zato utemeljeno na hipotezah in formulacijah, ki so prilagojene vsakemu posamezniku, sočutne do njegovih psiholoških potreb in občutljive za ter spoštljive do njegovih/njenih kulturnih vrednot in navad. Obstoječe psihološke teorije in modeli temeljijo na zahodnih populacijah ter so zato pogosto neobčutljivi na potrebe drugih kulturnih skupin. Nove znanstvene raziskave, ki temeljijo na različnih posameznih in medkulturnih populacijah, so zato nujno potrebne. Pri kliničnem kot tudi pri raziskovalnem delu moramo biti previdni pri uporabi psiholoških testov, lestvic in vprašalnikov, ki so pogosto razviti na specifičnih populacijah, predvsem zahodnih. Nadaljnji razvoj in standardizacija teh psiholoških orodij za različne kulturne skupine se mora zato nadaljevati.

Odgovornost za realizacijo vseh teh načel je na strani vsakega posameznega psihologa. Njihova uspešna implementacija pa tudi zahteva medkulturni pristop na družbeni in sistemski ravni, s posledično aktivno pozornostjo na medkulturne načine dela v vseh psiholoških službah ter psiholoških izobraževalnih organizacijah. Medkulturna raznolikost znotraj psiholoških poklicev, ki primerno zastopa splošne populacije, je tudi potreben element tega razvoja.

Literatura

- Baker, C. (2018). *Mental health statistics for England: Prevalence, services and funding* (Briefing Paper No. 6988). House of Commons Library.
- Beck, A., Naz, S., Brooks, M., in Jankowska, M. (2019). *Improving access to psychological therapies (IAPT): Black, Asian and minority ethnic service user positive practice guide*. BABCP.
- British Psychological Society. (2021). *Code of ethics and conduct*.
- Broesch, T., Crittenden, A. N., Beheim, B. A., Blackwell, A. D., Bunce, J. A., Colleran, H., Hagel, K., Kline, M., McElreath, R., Nelson, R. G., Pisor, A. C., Prall, S., Pretelli, I., Purzycki, B., Quinn, E. A., Ross, C., Scelza, B.,

- Starkweather, K., Stieglitz, J., in Mulder, M. B. (2020). Navigating cross-cultural research: Methodological and ethical considerations. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, 287(1935), 20201245.
- Bryant, R. A., in Njenga, F. G. (2006). Cultural sensitivity: Making trauma assessment and treatment plans culturally relevant. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(Suppl 2), 74–79.
- Burnham, J. (2012). Developments in the Social GRRRAAACCEEESSS: Visible-invisible and voiced-unvoiced. V I.-B. Krause (ur.), *Culture and reflexivity in systemic psychotherapy: Mutual perspectives*. Routledge.
- Callaghan, J. E., Fellin, L. C., in Warner-Gale, F. (2017). A critical analysis of child and adolescent mental health services policy in England. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(1), 109–127.
- Chen, S., Conwell, Y., Xu, B., Chiu, H., Tu, X., in Ma, Y. (2011). Depression care management for late-life depression in China primary care: Protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 12, 121.
- Društvo psihologov Slovenije. (2019). *Kodeks poklicne etike psihologov*.
- Edbrooke-Childs, J., in Patalay, P. (2019). Ethnic differences in referral routes to youth mental health services. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(3), 368–375.e1.
- Gallardo, M. E., Johnson, J., Parham, T. A., in Carter, J. A. (2009). Ethics and multiculturalism: Advancing cultural and clinical responsiveness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(5), 425–435.
- Hays, P. A., in Iwamasa, G. Y. (Ur.). (2006) *Culturally responsive cognitive-behavioural therapy*. American Psychological Association.
- Heun, R. (2018). A systematic review on the effect of Ramadan on mental health: Minor effects and no harm in general, but increased risk of relapse in schizophrenia and bipolar disorder. *Global Psychiatry*, 1(1), 7–16.
- Ibrahim, H., Catani, C., Ismail, A. A., in Neuner, F. (2019). Dimensional structure and cultural invariance of DSM V post-traumatic stress disorder among Iraqi and Syrian displaced people. *Frontiers in Psychology*, 10, 1505.
- Matsumoto, D., in Jones, C. A. L. (2009). Ethical issues in crosscultural psychology V D. M. Mertens in P. E. Ginsberg (ur.), *The Handbook of social research ethics* (str. 323–336). Sage Publications.
- Naz, S., Gregory, R., in Bahu, M. (2019). Addressing issues of race, ethnicity and culture in CBT to support therapists and service managers to deliver culturally competent therapy and reduce inequalities in mental

health provision for BAME service users. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 12, e22.

- Office for National Statistics. (2021, 25. november). *Population of the UK by country of birth and nationality: Year ending June 2021*. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/internationalmigration/bulletins/ukpopulationbycountryofbirthandnationality/yearendingjune2021>
- Rothman, A., in Coyle, A. (2018) Toward a framework for Islamic psychology. *Journal of Religion and Health*, 57(5), 1731–1744.
- Scior, K., Gray, J., Halsey, R., in Roth, A. (2007). Selection for clinical psychology training: Is there evidence of any bias towards applicants from ethnic minorities. *Clinical Psychology Forum*, 175, 7–11.
- Springer, P. R., Abbott, D. A., in Reisbig, A. M. J. (2009). Therapy with Muslim couples and families: Basic guidelines for effective practice. *The Family Journal*, 17(3), 229–235.
- Stevanovic, D., Bagheri, Z., Atilola, O., Vostanis, P., Stupar, D., Moreira, P., Franic, T., Davidovic, N., Knez, R., Nikšić, A., Dodig-Čurković, K., Avicenna, M., Multazam Noor, I., Nussbaum, L., Deljkovic, A., Aziz Thabet, A., Petrov, P., Ubalde, D., Monteiro, L. A., in Ribas, R. (2017). Cross-cultural measurement invariance of the Revised Child Anxiety and Depression Scale across 11 world-wide societies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(4), 430–440.
- Turpin, G., in Coleman, G. (2010). Clinical psychology and diversity: Progress and continuing challenges. *Psychology Learning & Teaching*, 9(2), 17–27.