

O potrzebie kompetencji kulturowych w psychologii i psychoterapii. Część II: od teorii do praktyki klinicznej

Maria Baran¹

Uniwersytet SWPS w Warszawie, Wydział Psychologii

<https://orcid.org/0000-0003-3130-0244>

Streszczenie

Cel: Artykuł stanowi rozwinięcie zagadnień przedstawionych w pierwszej części cyklu („O potrzebie kompetencji kulturowych w psychologii i psychoterapii. Część I: od etnocentryzmu do wrażliwości kulturowej”) i ma na celu przedstawienie kluczowych wyzwań diagnostycznych i terapeutycznych pojawiających się w pracy z osobami z doświadczeniem migracji oraz przedstawicielami mniejszości etnicznych.

Tezy: Na podstawie przeglądu literatury omówiono: (1) problemy wynikające z kulturowej nieadekwatności narzędzi diagnostycznych, (2) zróżnicowane kulturowo wzorce ekspresji dystresu psychologicznego, które mogą prowadzić do błędnych rozpoznań, oraz (3) ograniczoną uniwersalność protokołów terapeutycznych opartych na zachodnich modelach teoretycznych. W suplemencie zaprezentowano także zestaw dobrych praktyk, obejmujący rozwijanie kompetencji kulturowych, stosowanie Wywiadu Ukształtowania Kulturowego, korzystanie z konsultacji kulturowych oraz kulturową adaptację interwencji opartych na dowodach, uzupełniony wskazaniem znaczenia systemowych rozwiązań w politykach zarządzania różnorodnością.

Konkluzje: Przedstawione analizy wskazują, że adekwatna diagnoza i skuteczna pomoc psychologiczna w pracy z migrantami oraz przedstawicielami mniejszości etnicznych wymagają połączenia kompetencji kulturowych specjalistów z dostosowaniem narzędzi, procedur terapeutycznych i rozwiązań systemowych do specyfiki różnorodnych populacji. Integracja tych elementów stanowi warunek budowania bardziej sprawiedliwej, dostępnej i efektywnej praktyki psychologicznej.

Słowa kluczowe: psychoterapia międzykulturowa, kompetencje kulturowe, wrażliwość kulturowa, praktyka oparta na dowodach, różnice kulturowe w psychoterapii

¹ Adres do korespondencji: mbaran@swps.edu.pl.

Niniejszy artykuł stanowi kontynuację refleksji zapoczątkowanej w części pierwszej cyklu („O potrzebie kompetencji kulturowych w psychologii i psychoterapii. Część I: od etnocentryzmu do wrażliwości kulturowej”), w której omówiono etnocentryczne ograniczenia współczesnej psychologii oraz konieczność rozwijania kompetencji kulturowych wśród psychologów i psychoterapeutów. W części drugiej poruszone zostaną praktyczne konsekwencje tych zagadnień, m.in. wyzwania diagnostyczne w pracy z osobami z doświadczeniem migracji oraz przedstawicielami mniejszości etnicznych. Artykuł przedstawia rekomendacje kulturowo wrażliwych praktyk w pracy psychologicznej i psychoterapeutycznej, które mogą wspierać profesjonalistów pracujących w różnorodnym środowisku kulturowym (zob. suplement 1).

Zdrowie psychiczne migrantów

Choć migracja nie musi prowadzić do wystąpienia zaburzeń nastroju, specyficzne wyzwania i stresory związane z procesem adaptacji mogą zwiększać ryzyko ich rozwoju lub wpływać na ich przebieg (Beiser, 2009). Wśród licznych czynników, które mogą nasilać stres akulturacyjny wyróżnia się m.in. czynniki socjodemograficzne (np. starszy wiek, płeć – kobiety są bardziej narażone na stres, niższy poziom wykształcenia czy niższy status społeczno-ekonomiczny), charakter migracji (zwłaszcza przymusowy²), niskie poczucie wsparcia społecznego, czy dystans kulturowy (Berry, 1997) rozumiany jako stopień różnic między krajem pochodzenia a krajem przyjmującym. Zgodnie z hipotezą dystansu kulturowego, im większy dystans kulturowy, tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia trudności adaptacyjnych (psychologicznych i socjo-kulturowych, Babiker i in., 1980; Searle i Ward, 1990). Babiker, Cox i Miller (1980) wykazali na przykład, że wyższy dystans kulturowy był związany z wyższym poziomem lęku oraz większą liczbą konsultacji medycznych wśród studentów międzynarodowych.

Choć dane wskazują, że w krótkoterminowej perspektywie migranci nie prezentują wyższego poziomu objawów psychopatologicznych niż populacja kraju przyjmującego, Kirmayer i in. (2011) zauważają, że relacja ta zmienia się wraz z upływem czasu. Niektóre badania wykazały wręcz tzw. *efekt zdrowego imigranta* – przykładowo, migranci w Kanadzie charakteryzują się ogólnie lepszym stanem zdrowia niż Kanadyjczycy, a także obywatele krajów pochodzenia (Beiser, 2009). Odnotowano u nich również niższą częstość występowania zaburzeń psychicznych w porównaniu z populacją kanadyjską (Ali i in., 2004), np. w zakresie depresji czy uzależnienia od alkoholu. Dotyczyło to jednak osób, które przebywały w nowym kraju od 1 do 4 lat. Co istotne, wskaźniki te były zróżnicowane w zależności od regionu pochodzenia migrantów – najwyższe dla Europejczyków,

² Chociaż uchodźcy, z uwagi na przymusową naturę migracji, utratę bezpieczeństwa i ekspozycję na liczne stresory, doświadczają zazwyczaj podwyższonego poziomu stresu akulturacyjnego, badania pokazują, że większość uchodźców wraca do równowagi i że u większości tych osób rokowania dotyczące zdrowia psychicznego są na ogół korzystne (Copeland i in., 2007).

najniższe natomiast wśród migrantów pochodzących z Afryki i Azji. Efekt jednak zanika wraz z czasem, a zdrowie migrantów pogarsza się, zbliżając się do poziomu zdrowia populacji kraju przyjmującego. Podobne wyniki odnotowano w badaniach przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych (Breslau i in., 2007).

Migranci cechują się dużą heterogenicznością i niektóre grupy migrantów wykazują podwyższone ryzyko rozwoju zaburzeń psychicznych (Pottie i in., 2011). Szczególnie dotyczy to zwiększonej zapadalności na zaburzenia psychiatryczne (Morgan i in., 2008). Meta-analiza przeprowadzona przez Cantor-Grae i Seltena (2005) wykazała, że migranci pierwszego pokolenia mają średnio 2,7 razy wyższe ryzyko zachorowania na schizofrenię niż osoby z grupy odniesienia³, w drugim pokoleniu wskaźniki te były nawet wyższe (4,5; patrz też Bourque i in., 2011). Choć niektóre badania wskazują na to, że migranci są w większym stopniu niż populacja ogólna narażeni na zaburzenia afektywne (Chakraborty i McKenzie, 2002) czy lękowe (Mak i Rosenblatt, 2002), nie są to wyniki konkluzyjne. Na przykład metaanaliza Swinnen i Selten (2007) wykazała, że ogólnie migranci w Wielkiej Brytanii nie zapadają na choroby afektywne częściej niż ogólna populacja. Grupą, dla której pojawiły się istotne statystycznie podwyższone ryzyko depresji, byli Brytyjczycy pochodzenia karaibskiego (co wiąże się m.in. z systemowymi nierównościami i rasizmem; zob. suplement 2).

Kluczowe wyzwania w zakresie ochrony zdrowia psychicznego migrantów i członków mniejszości etnicznych

Migranci często napotykają poważne bariery w dostępie do opieki zdrowotnej, w tym psychologicznej (Gulgun i in., 2024; Pottie i in., 2011). Najtrudniejsza sytuacja dotyczy osób o nieuregulowanym statusie pobytu, które w wielu krajach Unii Europejskiej mają prawo jedynie do świadczeń w nagłych przypadkach. Może to prowadzić do opóźnień w diagnozie i leczeniu zaburzeń, w tym także zaburzeń psychicznych (Agencja Praw Podstawowych Unii Europejskiej, 2012).

Do szczególnych trudności związanych z dostępem migrantów do odpowiedniej pomocy psychologicznej, poza barierami strukturalnymi (tj. ograniczonym dostępem do usług i ich niską przystępnością cenową, Chakawa i in., 2022) należą: bariera językowa, brak zaufania do systemu opieki zdrowotnej i związany z tym lęk przed stygmatyzacją, wspomniany wcześniej stres akulturacyjny, a także różnice kulturowe. Te ostatnie obejmują m.in. odmienne kulturowe modele rozumienia zdrowia psychicznego oraz sposoby wyrażania objawów (np. tendencje do somatyzacji objawów lub odmienne modele wyjaśniania problemów)⁴. Gulgun i in. (2024) do tej listy dodają także niską świadomość zdrowia psychicznego (np. nieznanomość dostępnych form pomocy, ale i np. trudności w rozpoznawaniu objawów zaburzeń psychicznych) czy ograniczone możliwości transportu

³ Czyli osoby urodzone w danym kraju, niebędące migrantami.

⁴ Różnice kulturowe mogą także obejmować, m.in. odmienne oczekiwania wobec roli terapeuty, zróżnicowane style komunikacji, sposoby poszukiwania wsparcia społecznego (np. struktura i funkcja rodziny).

migrantów, jak również kulturowo niewrażliwą ochronę zdrowia. Problemy te są dodatkowo potęgowane przez brak odpowiednich i zaadaptowanych kulturowo narzędzi diagnostycznych (Kirmayer i in., 2011; Price, 2008). Wymienione czynniki istotnie wpływają zarówno na decyzję o poszukiwaniu pomocy, jak i na trafność diagnozy oraz efektywność procesu terapeutycznego.

Problemy diagnostyczne

Systemowe błędy diagnostyczne

Jednym z kluczowych wyzwań, które mogą utrudniać skuteczną prewencję, diagnozę oraz leczenie problemów zdrowia psychicznego w populacji migrantów, jest niedostateczny poziom kompetencji kulturowych wśród specjalistów ochrony zdrowia psychicznego (Agencja Praw Podstawowych Unii Europejskiej, 2012). Kirmayer i in. (2007) sugerują, że niska częstość korzystania z pomocy psychologicznej może świadczyć o niedodiagnozowaniu i niezaspokojeniu potrzeb imigrantów w zakresie zdrowia psychicznego. Bariery kulturowe, językowe, kulturowo nieadekwatne narzędzia diagnostyczne oraz niewystarczające kompetencje kulturowe specjalistów przyczyniają się do systemowych błędów diagnostycznych, które mogą skutkować chronicznym cierpieniem i pogorszeniem jakości życia tej populacji. Kirmayer i in. (2007) podkreślają znaczenie kulturowo uwarunkowanych sposobów wyrażania i interpretowania symptomów dystresu psychologicznego, które mogą prowadzić do błędnych ocen klinicznych lub braku rozpoznania w zachodnich systemach diagnostycznych.

Adam Anczyk i Halina Grzymała-Moszczyńska (2021), opisując badania Kaiser i współpracowników (2013) prowadzone wśród mieszkańców Haiti po trzęsieniu ziemi z 2010 roku, wskazują na podobny problem. Kaiser i in. (2013) przeprowadzili badania, których celem było opracowanie wiarygodnych i kulturowo trafnych narzędzi do oceny zdrowia psychicznego, które mogłyby skutecznie identyfikować osoby potrzebujące wsparcia psychospołecznego po katastrofie. Okazało się, że terminy stosowane w standardowych narzędziach diagnostycznych były dla respondentów niezrozumiałe – dosłowne tłumaczenia pojęć takich jak „depresja” czy „lęk” nie znajdowały odpowiedników w lokalnym języku i doświadczeniu. Pojawiły się również rozbieżności w konotacjach przypisywanych poszczególnym sformułowaniom zawartym w kwestionariuszach. Na przykład w *Inwentarzu depresji Becka* (BDI, Beck i in., 1988) pytania dotyczące zmian apetytu i snu były przez badanych interpretowane raczej jako oznaki choroby fizycznej, ciąży, starzenia się lub ubóstwa, niż jako objawy depresji. Stąd, autorzy podkreślają znaczenie diagnozy funkcjonalnej, ponieważ samo zidentyfikowanie objawów bez zrozumienia, jak wpływają na codzienne funkcjonowanie jest niewystarczające. Istotne jest oszacowanie stopnia zakłócenia w życiu danej osoby, przy czym trzeba pamiętać, że to co normatywne, jest silnie zakorzenione kulturowo⁵.

⁵ Na przykład w Nepalu doświadczenie traumy jest silnie stygmatyzowane, ponieważ według lokalnych wierzeń jest silnie związane z karmą i może wskazywać na to, że

Zakres zaburzeń zdrowotnych migrantów i reprezentantów mniejszości można w pełni zrozumieć wyłącznie poprzez analizę, w jaki sposób doświadczenia danej osoby różnią się od tego, co jest uznawane za normalne i akceptowane w danym kontekście. Niektórzy autorzy zwracają również uwagę na ryzyko naddiagnozy schizofrenii w populacji migrantów, w której obserwowane objawy mogą w rzeczywistości wskazywać nie tyle na schizofrenię, co na doświadczenia afektywne, krótkotrwale zaburzenia reaktywne lub stanowić kulturowo adekwatną ekspresję dystresu psychologicznego w obliczu trudnych doświadczeń życiowych (McKenzie i in., 2008). Kaiser i in. (2013) podkreślają również konieczność kulturowej adaptacji narzędzi (patrz też Kwiatkowska, 2014) wraz z tworzeniem lokalnych narzędzi diagnostycznych.

Innym przykładem braku kompetencji kulturowych specjalistów ochrony zdrowia psychicznego w pracy z osobami odmiennymi kulturowo jest zjawisko nadreprezentacji dzieci romskich w szkołach specjalnych w Europie Środkowo-Wschodniej (UNICEF, 2011, 2024), w tym również w Polsce (Grzymała-Moszczyńska i in., 2011; Nowicka-Rusek, 2011). W 2011 roku Halina Grzymała-Moszczyńska wraz z zespołem przeprowadziła badanie, którego celem było m.in. porównanie poziomu funkcjonowania intelektualnego dzieci romskich z orzeczoną niepełnosprawnością intelektualną (uczęszczających głównie do szkół specjalnych) z dziećmi romskimi bez takiej diagnozy, uczącymi się w szkołach ogólnodostępnych. W celu oceny zdolności poznawczych zastosowano niewerbalne Testy Matryc Ravena – zarówno w wersji kolorowej (Szustrowa i Jaworowska, 2003), jak i standardowej (Jaworowska i Szustrowa, 2000).

Chociaż autorzy zastrzegają, że uzyskane wyniki nie powinny być traktowane jako kwestionowanie kompetencji diagnostów, którzy wcześniej oceniali funkcjonowanie dzieci, to jednak rozbieżności między wcześniejszymi diagnozami a rezultatami badania, w zestawieniu z opisanymi praktykami diagnostycznymi, budzą istotne wątpliwości. Wyniki badania wykazały, że jedynie sześć spośród 31 dzieci romskich z wcześniejszym rozpoznaniem niepełnosprawności intelektualnej rzeczywiście spełniało kryteria tej diagnozy, natomiast w przypadku 52% dzieci z tej grupy poziom funkcjonowania mieścił się w granicach normy intelektualnej. Co istotne, nie odnotowano istotnych statystycznie różnic między wynikami dzieci romskich uczęszczających do szkół specjalnych a ich rówieśnikami ze szkół ogólnodostępnych.

Autorzy wskazują ponadto na poważne uchybienia w zakresie wcześniejszych praktyk diagnostycznych. Między innymi wobec dzieci o ograniczonej znajomości języka polskiego stosowano test WISC-R, a istotne różnice między skalami werbalnymi i niewerbalnymi były uśredniane, co stanowi istotny błąd metodologiczny (zob. Krasowicz-Kupis i Wiejak, 2006). Co więcej, w diagnozie stosowano również narzędzia, które nie zostały poddane procesowi standaryzacji ani adaptacji kulturowej – przykładem może być *Skala inteligencji Stanford-Binet*, której polska

negatywne wydarzenia są przejawem złej karmy – wynikiem grzechów z poprzedniego życia czy przewinień członków rodziny, co może prowadzić do unikania poszukiwania pomocy psychologicznej z uwagi na lęk przed stygmatyzacją (Kohrt i Hruschka, 2010).

adaptacja została opublikowana dopiero w 2017 roku. Jak podkreśla Nowicka-Rusek (2011) stosowanie kulturowo nieadekwatnych narzędzi diagnostycznych w poradniach psychologiczno-pedagogicznych jest problemem systemowym.

Kulturowa ekspresja i percepcja objawów

Proces diagnozowania zaburzeń psychicznych u osób o odmiennym pochodzeniu etnicznym i kulturowym wiąże się z istotnymi trudnościami, wynikającymi m.in. z odmienności w obrazie klinicznym. Kultura odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu sposobu, w jaki jednostki doświadczają, interpretują oraz komunikują swoje objawy. Nawet symptomy uznawane w zachodnich systemach klasyfikacyjnych za uniwersalne mogą przejawiać się w znacząco odmienny sposób w różnych kontekstach kulturowych. Na przykład wcześniejsze badania międzykulturowe przeprowadzone w Wielkiej Brytanii wykazały różnice w obrazie klinicznym schizofrenii w poszczególnych grupach kulturowych: objawy pozytywne, a konkretnie halucynacje słuchowe i wzrokowe, występowały częściej u pacjentów pochodzenia afrykańskiego, z Indii Zachodnich i azjatyckiego niż u pacjentów angielskich (Ndeti i Vadher, 1984). Różnice te mogą wynikać zarówno z odmiennych wzorców doświadczania dystresu psychicznego, jak i z czynników kontekstualnych, takich jak stygmatyzacja społeczna, uprzedzenia diagnostyczne czy kulturowo uwarunkowane style komunikacji emocjonalnej. Podobne zjawiska obserwowano w przypadku zaburzeń odżywiania – w badaniach przeprowadzonych w Hongkongu osoby z rozpoznaniem anoreksji nie deklarowały typowego dla zachodnich klasyfikacji lęku przed przyrostem masy ciała, a jako główne powody ograniczenia spożycia pokarmu wskazywały brak apetytu lub uczucie wzdęcia (Lee i in., 1993).

Kolejnym przykładem kulturowo odmiennej ekspresji objawów jest depresja w kontekście chińskim. Niższy wskaźnik rozpowszechnienia tego zaburzenia w Chinach, w porównaniu z innymi regionami świata (Kessler i in., 1994), może być częściowo wyjaśniany dominującym wzorcem somatyzacji objawów, charakterystycznym dla populacji Azji Wschodniej (Chang i in., 2017). Pacjenci z depresją w tym kręgu kulturowym częściej zgłaszają dolegliwości cielesne, takie jak chroniczne zmęczenie czy zaburzenia snu, podczas gdy objawy psychologiczne są relatywnie mniej eksponowane w porównaniu np. z pacjentami kanadyjskimi (Ryder i in., 2008). Co istotne, różnice te nie sprowadzają się jedynie do dychotomii somatyzacja vs. psychologizacja – badania wskazują również na zróżnicowanie w zakresie konkretnych objawów psychicznych. Euro-Kanadyjczycy częściej raportują obniżony nastrój, natomiast pacjenci chińscy częściej doświadczają i zgłaszają tłumienie emocji (Dere i in., 2013). Interesującym zjawiskiem jest także tendencja chińskich pacjentów do akcentowania dolegliwości cielesnych szczególnie w sytuacji kontaktu z nowym, nieznanym lekarzem, co może być interpretowane jako kulturowo uwarunkowana strategia poszukiwania pomocy – umożliwiająca dostęp do opieki zdrowotnej przy jednoczesnym ograniczeniu ryzyka stygmatyzacji związanej z ujawnieniem problemów psychicznych (Dere i in., 2013). Analogicznie, badania Choi i współpracowników (2016) wykazały, że koreańscy respondenci używający języka somatycznego w opisie swoich

trudności spotykali się z wyższym poziomem empatii niż osoby stosujące terminologię psychologiczną – efekt ten nie został zaobserwowany w grupie uczestników pochodzenia amerykańskiego.

Choć biologiczne podstawy funkcjonowania człowieka mają charakter uniwersalny, zaburzenia psychiczne manifestują się w odmienny sposób w zależności od kontekstu kulturowego. Przejawem tego są jednostki chorobowe charakterystyczne dla konkretnych kręgów kulturowych, tj. kulturowe koncepcje cierpienia (*cultural concepts of distress*). Przykładowo, bulimia niemal nie występuje w Indiach ani w krajach Azji Zachodniej, Wschodniej i Południowej, natomiast jest znacznie częstsza w społeczeństwach o zachodnich wpływach kulturowych (Heine, 2020). Innymi przykładami są *hikikomori* – zjawisko długotrwałej izolacji społecznej obserwowane w Japonii, nieujęte wprost w klasyfikacji DSM-5 (Sakai i in., 2004), czy syndrom *dhat* – występujący w południowej Azji, związany z lękiem przed utratą nasienia (Heine, 2020). Heine (2020) zauważa przy tym, że o ile oczywiste wydaje się, iż stosowanie azjatyckich kategorii diagnostycznych byłoby nieadekwatne w kontekście amerykańskim, o tyle znacznie rzadziej poddaje się refleksji odwrotną sytuację – fakt, że zachodnie klasyfikacje, uznawane za uniwersalne, przez dekady kształtowały praktykę psychiatrii międzykulturowej w sposób nacechowany etnocentryzmem (Kleinman, 1988). W konsekwencji lokalne doświadczenia cierpienia bywają wtłaczane w ramy zachodnich kategorii diagnostycznych, takich jak depresja, zaburzenia lękowe czy schizofrenia, co rodzi ryzyko błędów diagnostycznych i utraty istotnych aspektów kontekstu kulturowego.

Warto również podkreślić, że różnice kulturowe w ekspresji zaburzeń psychicznych znalazły odzwierciedlenie w tworzeniu alternatywnych wobec zachodnich systemów klasyfikacyjnych, takich jak *Chinese Classification of Mental Disorders* (CCMD-3, 2001). System ten uwzględnia jednostki charakterystyczne dla chińskiego kontekstu kulturowego, np. *shenjing shuairuo* (neurastenię), będącą mniej stygmatyzującą lokalną kategorią diagnostyczną, o wyraźnym komponencie somatycznym, funkcjonalnie zbliżoną do depresji (Lee, 1999). Mimo rosnącego znaczenia klasyfikacji międzynarodowych, takich jak ICD-10/ICD-11 (stosowanych przez 38,5% specjalistów w Chinach) czy DSM-IV (7,7%), CCMD-3 pozostaje najczęściej używanym systemem diagnostycznym w chińskiej praktyce psychiatrycznej – według danych Zou i in. (2008), korzysta z niego 63,8% chińskich psychiatrów. Co istotne, 35,8% z nich wyraziło przekonanie, że klasyfikacje ICD-10 i DSM-IV są nadmiernie zakorzenione w europejskich wartościach i koncepcjach kulturowych, co może ograniczać ich adekwatność diagnostyczną w chińskim kontekście społecznym i kulturowym.

Skuteczność interwencji psychoterapeutycznych w kontekście międzykulturowym

Psycholog, dla którego nadrzędną zasadą etyczną pozostaje maksyma *primum non nocere*, zobowiązany jest do traktowania każdego klienta z równym szacunkiem i uwzględniania jego indywidualnych potrzeb. Realizacja tego zobowiązania wymaga jednak dogłębnej analizy kontekstu funkcjonowania jednostki, ze szczególnym uwzględnieniem jej uwarunkowań kulturowych. Równość w podejściu psychologicznym nie oznacza bowiem jednakowego traktowania wszystkich

osób, lecz dostosowanie oddziaływań do ich specyfiki. Wyniki badań empirycznych wskazują, że skuteczność interwencji opracowanych w ramach zachodnich modeli psychologicznych może być ograniczona w populacjach niebędących częścią społeczeństw WEIRD (Khanna i Singh, 2019).

Współczesne formy psychoterapii, zwłaszcza te bazujące na werbalnym wyrażaniu emocji w relacji z terapeutą, wywodzą się z zachodniej, indywidualistycznej tradycji kulturowej (Heine, 2020). Price (2008) zwraca uwagę, że w psychoterapii często skłania się klientów do wyrażania emocji (więcej, częściej, mocniej). Jednakże w niektórych kulturach – jak pokazuje studium przypadku opisane przez Christophera i in. (2014)⁶ – tłumienie emocji stanowi adaptacyjną strategię społeczną, sprzyjającą funkcjonowaniu jednostki w danym środowisku. W takich przypadkach standardowe interwencje terapeutyczne mogą okazać się nie tylko przeciwnie skuteczne, lecz wręcz szkodliwe. Watters (2010) podkreśla, że etnocentryczne stosowanie zachodnich protokołów terapeutycznych w społeczeństwach nie-WEIRD doprowadziło niekiedy do nieefektywnego leczenia zaburzeń psychicznych, a nawet do rozpowszechnienia się niektórych jednostek chorobowych w miejscach, w których wcześniej nie były one znane (np. jak miało to miejsce w przypadku anoreksji w Hongkongu).

Lee i współautorzy (1992) zauważają, że w społeczeństwach nie-WEIRD rodzina oraz duchowość stanowią podstawowe filary tradycyjnych systemów wsparcia psychicznego. Autorzy wskazują na konieczność uznania przez specjalistów zdrowia psychicznego, że dominujące na Zachodzie paradygmaty terapeutyczne nie mają charakteru uniwersalnego, a efektywna pomoc psychologiczna wymaga otwartości na integrację rodzinnych systemów wsparcia, wierzeń duchowych oraz rdzennych praktyk leczniczych w ramach kulturowo responsywnej psychoterapii. Zane (2008, za: Price, 2008) podkreśla, iż praktyki terapeutyczne uwzględniające czynniki kulturowe (tzw. *culturally informed treatments*) cechują się wyższą efektywnością niż uniwersalne podejścia typu *one-size-fits-all*. Również Smith i Trimble (2016) zwracają uwagę na znaczenie dostosowania procedur terapeutycznych do kontekstu kulturowego, podkreślając, że odmienne sposoby ekspresji cierpienia psychicznego wymagają elastyczności i kulturowej adekwatności w projektowaniu i wdrażaniu protokołów leczenia.

Jednocześnie należy podkreślić, że uwzględnianie duchowości czy praktyk indygenicznych w pracy terapeutycznej nie oznacza postulatu bezrefleksyjnego włączania elementów tego typu do zachodnich modeli leczenia. Rekomendacja ta odnosi się raczej do rozwoju kompetencji kulturowych w ramach podejścia opartego na dowodach naukowych, zakładającego konieczność empirycznej weryfikacji

⁶ Studium dotyczy etnocentryzmu wolontariuszy i specjalistów z Zachodu, którzy przybyli na Sri Lankę po tsunami z 2004, aby nieść pomoc lokalnej społeczności. Pomimo dobrych chęci, specjaliści zachowywali się etnocentrycznie, bezrefleksyjnie przenosząc praktyki zachodnie na grunt Sri Lanki. Popelnili szereg błędów, naruszając lokalne normy, wykorzystywali ograniczone już zasoby i w rezultacie zostali okrzyknięci przez lokalną społeczność mianem drugiego tsunami. Studium analizuje szczegółowo w artykule „O potrzebie kompetencji kulturowych w psychologii i psychoterapii. Część I: od etnocentryzmu do wrażliwości kulturowej”.

skuteczności interwencji oraz ich kulturowej trafności – co w rezultacie przekłada się na skuteczność i etyczność działań terapeutycznych. Niektórzy badacze (por. Kirmayer, 2012) wskazują na napięcia między podejściem opartym na dowodach naukowych (*evidence based practice*, EBP), a podejściem uwzględniającym rozwój kompetencji kulturowych. W szczególności krytyce poddaje się ograniczoną generalizowalność badań opartych na populacjach WEIRD oraz kulturowo uwarunkowane założenia dotyczące diagnozy, skuteczności i celów interwencji. Krytykowana jest także jakość badań dotyczących skuteczności interwencji opartych na dowodach w pracy z przedstawicielami mniejszości etnicznych (Huey i Polo, 2008).

Nie oznacza to jednak opozycji między obydwojma podejściami, tak długo, jak EBP będzie uwzględniać również wiedzę kulturową dotyczącą lokalnych sposobów definiowania zdrowia, choroby i skuteczności leczenia. Potrzebne są więc zarówno adaptacje kulturowe istniejących protokołów, jak i badania nad skutecznością interwencji prowadzonych poza kontekstem kultur zachodnich.

Ważne jest także, aby w procesie adaptacji kulturowej istniejących zachodnich protokołów nie ignorować lokalnych, zakorzenionych kulturowo form psychoterapii, takich jak np. terapia *Morita* stosowana w Japonii i Chinach, *Naikan* w Japonii, *Meseron* w Nigerii czy *Ubuntu* w Południowej Afryce. Jak podkreślają Koć i Kafa (2018), istnieją dowody empiryczne świadczące o skuteczności tych podejść terapeutycznych.

Choć niektóre metaanalizy nie wykazały jednoznacznie, że kompetencje kulturowe zwiększają skuteczność interwencji (np. Benuto i O'Donohue, 2015), inne – wskazują na większą efektywność kulturowo zaadaptowanych oddziaływań terapeutycznych w porównaniu ze standardowymi interwencjami psychoterapeutycznymi. Griner i Smith (2006) wykazali, że interwencje dostosowane kulturowo są skuteczniejsze niż standardowe, a te prowadzone w języku ojczystym klientów są dwukrotnie bardziej efektywne. Smith i in. (2011) wykazali z kolei, że efektywność interwencji wzrasta wraz ze wzrostem liczby zaadaptowanych kulturowo elementów. Podobne wnioski sformułował m.in. Rathod (2016) na podstawie przeprowadzonych przez siebie systematycznych przeglądów literatury. Tao i współpracownicy (2015) wykazali w metaanalizie, że kompetencje kulturowe psychoterapeutów były pozytywnie związane m.in. z poprawą objawów, satysfakcją klienta, ogólnymi umiejętnościami psychoterapeutycznymi, odbiorem sesji czy jakością przymierza terapeutycznego. Wdrażanie interwencji opartych na dowodach w formie dostosowanej kulturowo może nie tylko poprawiać wyniki terapeutyczne, lecz także zwiększać dostępność leczenia oraz redukować stygmatyzację zaburzeń psychicznych (Koć i Kafa, 2018).

Metaanaliza Hall i współpracowników (2016) wykazała, że średnia wielkość efektu w przypadku interwencji adaptowanych kulturowo wynosiła 0,67, a najczęściej kulturowo adaptowaną formą terapii była terapia poznawczo-behawioralna (CBT, *Cognitive-Behavioral Therapy*). Adaptacji poddawano również, choć rzadziej, inne podejścia, takie jak psychoedukacja, terapia interpersonalna, rozwiązywanie problemów czy terapia rodzinna. Okazało się, że takie interwencje EBP jak CBT, terapia rodzinna, terapia interpersonalna i niektóre terapie trzeciej fali (*Third Wave Therapies*) np. terapia akceptacji i zaangażowania (ACT)

dobrze korespondowały z wartościami charakterystycznymi dla kultur azjatyckich (Fung i Zhu, 2018). Jak pokazują badania, kulturowe dostosowanie tych protokołów nie tylko zwiększa ich dostępność i akceptowalność wśród klientów, ale może również znacząco podnosić ich efektywność terapeutyczną (Hall i in., 2016).

Dobrym przykładem dostosowanej kulturowo interwencji może być program Umiejętności Życiowe dla Indian Amerykańskich (AILS, *American Indian Life Skills*), opracowany przez Teresę LaFromboise (1996), którego celem jest redukcja czynników ryzyka oraz wzmacnianie zasobów ochronnych w zakresie zachowań samobójczych wśród młodzieży indiańskiej. Program ten integruje współczesne techniki interwencyjne (m.in. trening umiejętności społecznych) z tradycyjnymi wartościami kulturowymi rdzennych społeczności amerykańskich. AILS koncentruje się na rozwijaniu kluczowych kompetencji życiowych, takich jak komunikacja, rozwiązywanie problemów, zarządzanie stresem czy regulacja emocji, uwzględniając jednocześnie fundamentalne dla tych społeczności elementy kulturowe – m.in. koncepcje „sanktuarium”, „oczyszczenia” oraz rolę rodziny i plemiennych wzorców. Badania pilotażowe wskazują na skuteczność programu, podkreślając istotne obniżenie poziomu myśli samobójczych wśród uczestników, należących do jednej z grup o najwyższym ryzyku samobójstw w Stanach Zjednoczonych (Price, 2008).

Przykład programu AILS pokazuje, jak ważne i korzystne może być dla osób z mniejszości etnicznych i migrantów łączenie interwencji terapeutycznych z lokalnym kontekstem kulturowym. Dążenie do poszukiwania skutecznych metod leczenia nie powinno wykluczać tych grup – każda osoba zasługuje na dostęp do możliwie najlepszej, adekwatnej pomocy psychologicznej.

Istotnym elementem zapewniania równości w dostępie do opieki jest także uwzględnienie aspektu ekonomicznego pacjentów. Zwłaszcza osoby z krajów o niższym statusie społeczno-ekonomicznym często nie mogą sobie pozwolić na udział w długotrwałych formach terapii. W tym świetle rosnące zainteresowanie krótkoterminowymi podejściami, takimi jak terapia skoncentrowana na rozwiązaniach (Solution-Focused Brief Therapy, SFBT), wydaje się szczególnie uzasadnione. W ostatnich latach liczba badań nad SFBT prowadzonych w kontekstach spoza obszaru WEIRD była dwukrotnie wyższa niż w krajach zachodnich, co może świadczyć o jej wysokiej trafności i użyteczności w warunkach ograniczonych zasobów (Beyebach i in., 2021).

Podsumowanie

Niniejszy artykuł pokazuje, że praca psychologiczna i psychoterapeutyczna w warunkach rosnącej różnorodności kulturowej wymaga wyjścia poza standardowe schematy diagnostyczne i terapeutyczne wypracowane w ramach paradygmatu WEIRD. Omówione przykłady błędów diagnostycznych, kulturowo uwarunkowanych wzorców ekspresji objawów oraz ograniczonej trafności narzędzi i klasyfikacji klinicznych pokazują, że bez refleksji nad kontekstem kulturowym

łatwo o błędy diagnostyczne, które w konsekwencji mogą prowadzić do nieskutecznej lub przeciwnie skutecznej terapii.

Dlatego rozwijanie kompetencji kulturowych nie może być traktowane jako fakultatywny dodatek do „właściwej” praktyki klinicznej, lecz stanowi jej integralny wymiar. Obejmuje to zarówno poziom jednostki, m.in. kompetencje kulturowe terapeuty, dobre praktyki, jak np. stosowanie narzędzi takich jak Wywiad Ukształtowania Kulturowego czy korzystanie z konsultacji kulturowych; jak i poziom społeczny, związany z polityką integracyjną, dostępnością tłumaczy i mediatorów kulturowych oraz kształtowaniem systemu opieki zdrowotnej uwzględniającego potrzeby populacji migranckich. Dopiero połączenie kulturowo kompetentnej praktyki opartej na dowodach z działaniami systemowymi – w zakresie edukacji, ochrony zdrowia i polityki zarządzania różnorodnością – pozwala realnie zbliżyć się do realizacji zasady równości w ochronie zdrowia psychicznego. Suplement 1 stanowi propozycję konkretnych dobrych praktyk oraz wskazanie kluczowych uwarunkowań strukturalnych, które mogą wspierać psychologów i psychoterapeutów w przekładaniu refleksji teoretycznej na codzienną praktykę kliniczną.

Uwagi

Suplementy są dostępne pod linkiem: https://osf.io/khaxv/overview?view_only=699f6793c0474ede8f1e81358fe51c37

Bibliografia

- Agencja Praw Podstawowych Unii Europejskiej. (2012). *Migranci o nieuregulowanym statusie pobytu: dostęp do opieki zdrowotnej w 10 krajach członkowskich Unii Europejskiej*. Urząd Publikacji Unii Europejskiej. <https://doi.org/10.2811/33469>
- Ali, J. S., McDermott, S., Gravel, R. G. (2004). Recent research on immigrant health from Statistics Canada's population surveys. *Canadian Journal of Public Health*, 95(3), I9-I13. <https://doi.org/10.1007/bf03403659>
- Ancyk, A., Grzymała-Moszczyńska, H. (2021). The psychology of migration: Facing cultural and religious diversity. Brill. <https://doi.org/10.1163/9789004465237>
- Babiker, I. E., Cox, J. L., Miller, P. M. (1980). The measurement of cultural distance and its relationship to medical consultations, symptomatology and examination performance of overseas students at Edinburgh University. *Social Psychiatry*, 15(3), 109–116. <https://doi.org/10.1007/bf00578141>
- Beck, A. T., Steer, R. A., Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77–100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Beiser, M. (2009). Resettling refugees and safeguarding their mental health: Lessons learned from the Canadian Refugee Resettlement Project. *Transcultural Psychiatry*, 46(4), 539–583. <https://doi.org/10.1177/1363461509351373>

- Benuto, L. T., O'Donohue, W. (2015). Is culturally sensitive cognitive behavioral therapy an empirically supported treatment? The case for Hispanics. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 15(3), 405–421.
- Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology*, 46(1), 5–34. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.1997.tb01087.x>
- Beyebach, M., Neipp, M.-C., Solanes-Puchol, Á., Martín-del-Río, B. (2021). Bibliometric differences between WEIRD and non-WEIRD countries in the outcome research on solution-focused brief therapy. *Frontiers in Psychology*, 12, artykuł 754885. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.754885>
- Bourque, F., van der Ven, E., Malla, A. (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychological Medicine*, 41(5), 897–910. <https://doi.org/10.1017/s0033291710001406>
- Breslau, J., Aguilar-Gaxiola, S., Borges, G., Kendler, K. S., Su, M., Kessler, R. C. (2007). Risk for psychiatric disorder among immigrants and their US-Born descendants: Evidence from the National Comorbidity Survey replication. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(3), 189–195. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000243779.35541.c6>
- Cantor-Graae, E., Selten, J.-P. (2005). Schizophrenia and migration: A meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 12–24. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.1.12>
- Cantor-Graae, E., Zolkowska, K., McNeil, T. F. (2005). Increased risk of psychotic disorder among immigrants in Malmö: A 3-year first-contact study. *Psychological Medicine*, 35(8), 1155–1163. <https://doi.org/10.1017/s0033291705004721>
- Chakawa, A., Shapiro, S. K. (2022). The association between problem recognition, race/ethnicity, and professional help-seeking intentions across psychological disorders. *Emerging Adulthood*, 10(4), 891–909. <https://doi.org/10.1177/21676968211000491>
- Chakraborty, A., McKenzie, K. (2002). Does racial discrimination cause mental illness? *The British Journal of Psychiatry*, 180(6), 475–477. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.6.475>
- Chang, M. X.-L., Jetten, J., Cruwys, T., Haslam, C. (2017). Cultural identity and the expression of depression: A social identity perspective. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 27(1), 16–34. <https://doi.org/10.1002/casp.2291>
- Choi, E., Chentsova-Dutton, Y., Parrott, W. G. (2016). The effectiveness of somatization in communicating distress in Korean and American cultural contexts. *Frontiers in Psychology*, 7, artykuł 383. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00383>
- Christopher, J. C., Wendt, D. C., Marecek, J., Goodman, D. M. (2014). Critical cultural awareness: Contributions to a globalizing psychology. *American Psychologist*, 69(7), 645–655. <https://doi.org/10.1037/a0036851>
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., Costello, E. J. (2007). Traumatic events and post-traumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577–584. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.577>
- Dere, J., Sun, J., Zhao, Y., Persson, T. J., Zhu, X., Yao, S., Bagby, R. M., Ryder, A. G. (2013). Beyond “somatization” and “psychologization”: Symptom-level variation in

- depressed Han Chinese and Euro-Canadian outpatients. *Frontiers in Psychology*, 4, artykuł 377. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00377>
- Fung, K., Zhu, Z. (2018). Acceptance and commitment therapy and Asian thought. W: R. Moodley, T. Lo, i N. Zhu (red.), *Asian healing traditions in counseling and psychotherapy* (s. 143–158). SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781071800768.n14>
- Griner, D., Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 43(4), 531–548. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.4.531>
- Grzymała-Moszczyńska, H., Barzykowski, K., Dzida, D., Grzymała-Moszczyńska, J., Kosno, M. (2011). *Raport końcowy z projektu badawczego*. W: M. Kołaczek i J. Talewicz-Kwiatkowska (red.). *Funkcjonowanie poznawcze i językowe dzieci romskich uczęszczających do szkół podstawowych i masowych – konteksty społeczne* (s. 51–85). Stowarzyszenie Romów w Polsce.
- Gulgun, D., van Ens, W., Swildens, W. E. (2024). Change in care needs of people with severe mental illness with and without a non-Western migration background: Are their needs equally served throughout treatment? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 60, 1297–1309. <https://doi.org/10.1007/s00127-024-02765-4>
- Hall, G. C. N., Ibaraki, A. Y., Huang, E. R., Marti, C. N., Stice, E. (2016). A meta-analysis of cultural adaptations of psychological interventions. *Behavior Therapy*, 47(6), 993–1014. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.005>
- Heine, S. J. (2020). *Cultural Psychology* (wyd. 4). W. W. Norton.
- Huey, S. J., Polo, A. J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for ethnic minority youth: A review and meta-analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 262–301. <https://doi.org/10.1080/15374410701820174>
- Jaworowska, A., Szustrowa, T. (2000). *Test Matryc Ravena w wersji standard. Formy: klasyczna, równoległa i plus*. Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Kaiser, B. N., Kohrt, B. A., Keys, H. M., Khoury, N. M., Brewster, A. R. T. (2013). Strategies for assessing mental health in Haiti: Local instrument development and trans-cultural translation. *Transcultural Psychiatry*, 50(4), 532–558. <https://doi.org/10.1177/1363461513502697>
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U., Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-Month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8–19. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950010008002>
- Kirmayer, L. J. (2012). Cultural competence and evidence-based practice in mental health: Epistemic communities and the politics of pluralism. *Social Science & Medicine*, 75(2), 249–56. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.018>
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C., Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: General approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), E959–E967. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090292>
- Kirmayer, L. J., Weinfeld, M., Burgos, G., du Fort, G. G., Lasry, J. C., Young, A. (2007). Use of health care services for psychological distress by immigrants in an urban

- multicultural milieu. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(5), 295–304. <https://doi.org/10.1177/070674370705200504>
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.
- Koç, V., Kafa, G. (2018). Cross-cultural research on psychotherapy: The need for a change. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 50(1), 100–115. <https://doi.org/10.1177/0022022118806577>
- Kohrt, B. A., Hruschka, D. J. (2010). Nepali concepts of psychological trauma: The role of idioms of distress, ethnopsychology and ethnophysiology in alleviating suffering and preventing stigma. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 34(2), 322–352. <https://doi.org/10.1007/s11013-010-9170-2>
- Krasowicz-Kupis, G., Wiejak, K. (2006). *Skala inteligencji Wechslera dla dzieci (WISC-R) w praktyce psychologicznej*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kwiatkowska, A. (2014). Problemy metodologiczne w badaniach międzykulturowych i kulturowych. *Psychologia Społeczna*, 1(28), 8–27.
- LaFromboise, T. D. (1996). *American Indian life skills development curriculum*. University of Wisconsin Press.
- Lee, S. (1999). Diagnosis postponed: Shenjing shuairuo and the transformation of psychiatry in post-mao China. *Culture Medicine and Psychiatry*, 23(3), 349–380. <https://doi.org/10.1023/a:1005586301895>
- Lee, S., Ho, T. P., Hsu, L. K. G. (1993). Fat phobic and non-fat phobic anorexia nervosa: A comparative study of 70 Chinese patients in Hong Kong. *Psychological Medicine*, 23(4), 999–1017. <https://doi.org/10.1017/S0033291700026465>
- Lee, C. C., Oh, M. Y., Mountcastle, A. R. (1992). Indigenous models of helping in Non-western Countries: Implications for multicultural counseling. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 20(1), 3–10. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1912.1992.tb00557.x>
- McKenzie, K., Fearon, P., Hutchinson, G. (2008). Migration, ethnicity and psychosis. W: C. Morgan, K. McKenzie i P. Fearon (red.), *Society and psychosis* (s. 143–160). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511544064.010>
- Morgan, C., Kirkbride, J., Hutchinson, G., Craig, T., Morgan, K., Dazzan, P., Boydell, J., Doody, G. A., Jones, P. B., Murray, R. M., Leff, J., Fearon, P. (2008). Cumulative social disadvantage, ethnicity and first-episode psychosis: A case-control study. *Psychological Medicine*, 38(12), 1701–1715. <https://doi.org/10.1017/s0033291708004534>
- Ndeti, D. M., Vadhver, A. (1984). A comparative cross-cultural study of the frequencies of hallucination in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70(6), 545–549. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1984.tb01247.x>
- Nowicka-Rusek, E. (2011). Szkoła, rodzina i dzieci romskie. W: J. Talewicz-Kwiatkowska i M. Kołaczek (red.), *Funkcjonowanie poznawcze i językowe dzieci romskich uczęszczających do szkół podstawowych specjalnych i masowych – konteksty społeczne* (s. 35–50). Stowarzyszenie Romów w Polsce.
- Price, M. (2008). *Culture matters. Accounting for clients' backgrounds and values makes for better treatment*. American Psychological Association.

- Rathod, S. (2016). Contemporary psychotherapy and cultural adaptations. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 47, 61–63. <https://doi.org/10.1007/s10879-016-9344-5>
- Ryder, A. G., Yang, J., Zhu, X., Yao, S., Yi, J., Heine, S. J., Bagby, R. M. (2008). The cultural shaping of depression: Somatic symptoms in China, psychological symptoms in North America? *Journal of Abnormal Psychology*, 117(2), 300–313. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.117.2.300>
- Sakai, M., Ishikawa, S., Takizawa, M., Sato, H., Sakano, Y. (2004). The state of hikikomori from a family's point of view: Statistical survey and the role of psychological intervention. *Japanese Journal of Counseling Science*, 27, 168–179.
- Searle, W., Ward, C. (1990). The prediction of psychological and sociocultural adjustment during cross-cultural transitions. *International Journal of Intercultural Relations*, 14(4), 449–464. [https://doi.org/10.1016/0147-1767\(90\)90030-z](https://doi.org/10.1016/0147-1767(90)90030-z)
- Smith, T. B., Rodríguez, M. D., Bernal, G. (2011). Culture. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 166–175. <https://doi.org/10.1002/jclp.20757>
- Smith, T. B., Trimble, J. E. (2016). *Foundations of multicultural psychology: Research to inform effective practice*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14733-000>
- Swinnen, S. G. H. A., Selten, J.-P. (2007). Mood disorders and migration. *The British Journal of Psychiatry*, 190(1), 6–10. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.020800>
- Szustrowa, T., Jaworowska, A. (2003). *Test Matryc Ravena w wersji kolorowej: TMK: formy klasyczna i równoległa: podręcznik*. Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Tao, K. W., Owen, J., Pace, B. T., Imel, Z. E. (2015). A meta-analysis of multicultural competencies and psychotherapy process and outcome. *Journal of Counselling Psychology*, 62(3), 337–350. <https://doi.org/10.1037/cou0000086>
- UNICEF. (2011). *The right of Roma children to education: Position paper*. <https://www.unicef.org/eca/media/1566/file/Roma%20education%20position%20paper.pdf>
- UNICEF. (2024). *Multi-country programme evaluation synthesis report of the childcare and deinstitutionalisation reforms from 2009 to 2022*. UNICEF ECARO. <https://evaluationreports.unicef.org/GetDocument?documentID=18842&fileID=53881&utm>
- Ward, C., Bochner, S., Furnham, A. (2001). *The psychology of culture shock* (wyd. 1). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203992258>
- Watters, E. (2010). *Crazy like us: The globalization of the American psyche*. Free Press.
- Zou, Y.-Z., Cui, J.-F., Han, B., Ma, A.-L., Li, M.-Y., Fan, H.-Z. (2008). Chinese psychiatrists' views on global features of CCMD-III, ICD-10 and DSM-IV. *Asian Journal of Psychiatry*, 1(2), 56–59. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2008.09.007>