

DEPRESJA I ZABURZENIA NASTROJU – KONTEKST MIĘDZYKULTUROWY

SZKLANY KLOSZ

Była w dziale 16+

W naszej bibliotece.

Spodobała mi się okładka w kolorze fuksji.

Spodobało mi się jej nazwisko.

Plath.

I czytam. Czytam powoli. Po angielsku.

O tym, jak chciała umrzeć.

I zastanawiam się, czy mogłabym to zrobić.

Zastanawiam się, czy mogłabym się poddać.

I przestać oddychać,

Zamiast żyć z kamieniem

W brzuchu. (Crossan, 2015: 156).

To fragment książki opowiadającej historię Kasieńki, uczennicy-migrantki, która wraz z mamą przeniosła się na stałe z Polski do Anglii. W zacytowanym urywku opowiadania widzimy dość przejmujący moment, w którym kilkunastoletnia dziewczynka zaczyna porównywać swoje życie do tego, czego doświadczała amerykańska pisarka chorująca przewlekłe na zaburzenia depresyjne, której nieobce były próby samobójcze i która ostatecznie zakończyła życie w ten sposób. Co spowodowało, że młoda Polka zobaczyła w twórczości pisarki nawiązania do własnego życia?

Niestety większość czynników, które doprowadziły Kasieńkę do opisanego stanu, wpływała z doświadczenia migracji. Kasieńka, choć jest bohaterką fikcji literackiej, spotyka na swojej drodze wyzwania, jakie stają też w realnym świecie przed dziećmi i młodzieżą, które doświadczają migracji lub uchodźstwa. Warto przy okazji zauważyć, że w sytuacji młodszych, niepełnoletnich osób nie ma sensu odróżnianie uchodźstwa, czyli migracji niedobrowolnej, od migracji – dobrowolnego przemieszczenia się. **Większość młodych ludzi nie decyduje sama o wyjeździe do nowego kraju.** Te decyzje podejmują za nich rodzice, z rzadka je z nimi konsultując. Dla większości dzieci i młodych ludzi migracja jest zatem niedobrowolna – ich psychologiczna sytuacja ze względu na przymus nie różni się zbyt wiele od uchodźstwa.

SYTUACJA PSYCHOLOGICZNA DZIECI I MŁODZIEŻY Z DOŚWIADCZENIEM WYJAZDOWYM

Przymus wyjazdu, utrata siatki kontaktów, dystans kulturowy i akulturacja¹, obciążenie różnych osób z rodziny dodatkowymi czynnikami, jak chociażby nierzadkie trudności społeczno-ekonomiczne, dyskryminacja, wyzwania w systemie edukacyjnym, częsta trauma przed- i pomigracyjna są wymieniane w wielu badaniach jako elementy doświadczenia migracyjnego, które najbardziej negatywnie wpływają na zdrowie psychiczne dzieci.

Alejandra Salazar Andrade, Josefina Sala Roca i Sara Rodríguez Pérez opublikowały w 2023 roku przegląd wniosków z prowadzonych w latach 2015–2022 czterdziestu ośmiu badań na temat reakcji emocjonalnych i behawioralnych młodych ludzi z doświadczeniem migracji. W przeglądzie umieściły również listę czynników ochronnych i ryzyk. W artykule opisującym kluczowe wyniki analizy – *Children’s emotional and behavioral response following a migration: a scoping review* – można przeczytać o bardzo wielu wyzwaniach, z którymi mierzą się migrujące dzieci i młodzież i które stały się także udziałem książkowej Kasieńki. Fikcja w tym przypadku niewiele odbiega od rzeczywistości. Trzeba dodać, że rzeczywistości niełatwej. **Autorki analizy piszą: „Brak stabilności, bezpieczeństwa, akceptacji, ciepła i połączenia ze społecznością w tak kluczowym wieku jest uważany za potencjalne doświadczenia ran emocjonalnych, które mogą prowadzić do depresji, zaburzeń lękowych lub innych problemów ze zdrowiem psychicznym”** (Salazar Andrade, Sala Roca, Rodríguez Pérez 2023, tłum. własne).

W powieści życie bohaterki jest ukazane przez pryzmat kilku kluczowych dla jej wieku środowisk i grup odniesienia: rodzinnego, rówieśniczego i nauczycielskiego. Poniżej trzy cytaty pokazujące klimat, w jakim przyszło Kasieńce mierzyć się z codziennością.

Rodzina	Grupa rówieśnicza	Kadra szkolna
POPEKANA Nie umiem poskładać Mamy na nowo. Jest wyszczerbiona I popękana Od tego wszystkiego. Gdy wracam do domu, zdejmuję buty, Żeby nie pobrudzić dywanu, I odrabiam lekcje, Nie zadając pytań.	ŚMIERDZISZ JAK STARE MIĘSO Biegnę do toalety, żeby się powąchać, A kiedy tam jestem, Wchodzą Clair i Marie Z grupką dziewczyn. „Czujecie coś?” – Pyta Clair, A Marie łapie się za nos, Inne robią to samo.	NAUCZYCIELE Dlaczego nie widzą, co się dzieje? Dlaczego nie zauważają spojrzeń, Uśmieszków, przewracania oczami? I czemu nie pytają mnie, czy wszystko w porządku?

1 Terminem „akulturacja” określa się w naukach społecznych, w tym w psychologii międzykulturowej, proces adaptacji do nowej kultury i wzorce przyjęte względem kultury pochodzenia. To świadome i nieświadome decyzje i rozwiązania, jakie osoba przyjmuje, by odnaleźć się w kulturze innej od tej, w której nastąpiła pierwotna socjalizacja.

<p>Na paluszkach. Po cichu. Ona już na mnie Nie patrzy. Leży w łóżku Z książką i Kieliszkiem wina. Przy sercu. Czasem wypija</p> <p style="text-align: right;">Pół butelki,</p> <p>A może</p> <p style="text-align: right;">Nawet więcej.</p> <p>Apotem idzie spać I nie mówi mi</p> <p style="text-align: right;">Dobranoc,</p> <p>Nie gasi światła, Nie sprawdza, czy u mnie wszystko dobrze (Crossan 2015: 200).</p>	<p>Polują na mnie, Okrążają mnie, żebym uciekła. Ujadają, węszą, Przepychają się, by być jak najbliżej Clair (Crossan 2015: 91–92).</p>	<p>Powiem im, że nie. Nie jestem kłamczuchą. Ani d z i w k ą.</p> <p>Widzą tylko to, co chcą, Bo inaczej mieliby dużo więcej roboty, A nie mają na to czasu;</p> <p>Muszą oceniać, uczyć, powstrzymywać Chłopaków przed pozabijaniem się nawzajem Przy pomocy zębów i pięści. To ważniejsze niż zwracanie uwagi na szydercze chichoty. Ale dlaczego nie mogą mnie spytać, czy wszystko w porządku? (Crossan 2015: 136).</p>
---	---	---

Opisane w nadmienionym artykule badania, w których porównywano populację dzieci migrujących z ich rówieśnikami wzrastającymi w miejscu pochodzenia, wykazały u tych pierwszych więcej negatywnych objawów emocjonalnych i psychologicznych (Salazar Andrade, Sala Roca, Rodríguez Pérez 2023). Stąd populację tę uważa się za bardziej wrażliwą emocjonalnie grupę ryzyka. Problemy wychowawcze okresu dojrzewania są zwielokrotnione lub rozszerzone o dodatkowe czynniki (Klorek, Kibin 2015).

Autorki raportu o dziecięcej reakcji emocjonalnej i behawioralnej na migrację podkreślają, że dzieci i młodzież migrancka znacznie częściej doświadczają depresji i jest to najbardziej znaczący wskaźnik w większości badań. Wśród diagnoz częściej niż u dzieci bez doświadczeń migracyjnych pojawiają się też stany lękowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, schizofrenia i zaburzenia psychotyczne. Do objawów behawioralnych zalicza się wyższe wskaźniki samobójstw, nadpobudliwość, zachowania aspołeczne i agresywne. Dzieci te częściej odczuwają samotność, niższą satysfakcję z życia, niższą samoocenę i wyższy poziom stresu, poczucie bezsilności i zagrożenia.

Osoby, które przyjeżdżają do nowego kraju, często początkowo wykazują wysokie aspiracje co do swojej przyszłości i patrzą na nią pozytywnie, szczególnie jeśli uciekały z mniej stabilnego środowiska, które mogło być źródłem traum i przykrych doświadczeń przedmigracyjnych. Negatywna perspektywa oraz wyzwania emocjonalne i behawioralne pojawiają się po pewnym czasie. Do trudów codzienności dochodzą: bariera językowa, różnice kulturowe i proces adaptacji kulturowej (zwany potocznie szokiem kulturowym)². Spadek nastroju, często przybierający formę depresji, może być efektem izolacji, samotności, braku akceptacji ze strony nowych społeczności i dyskryminacji – między innymi ze względu na róż-

² Więcej o psychologiczno-społecznym funkcjonowaniu uczniów i uczennic z doświadczeniem migracji w poradniku Dominiki Cieślukowskiej (2023).

nice etniczne, kolor skóry, religię, kulturę, akcent, język, ubiór. Rasizm i ksenofobia są przywoływane we wspomnianych badaniach jako bardzo częste doświadczenia większości osób migranckich. W szkołach zastraszanie było wymieniane jako przeszkoda w integracji lub źródło stanów lękowych, a szczególnie depresji. **Autorki podkreślają jeden z powtarzających się wniosków z prowadzonych badań: poczucie wykluczenia w szkole jest szkodliwe dla zdrowia psychicznego dzieci, podczas gdy poczucie przynależności do grupy koreluje z lepszą akulturacją i dobrym samopoczuciem.**

Zawieść może też środowisko rodzinne, które powinno być głównym źródłem wsparcia społecznego dla dzieci, ale bywa także wystawiane na próby i destabilizację (separacja członków i członkiń rodziny, śmierć bliskich osób, wyzwania ekonomiczne, nowe obszary konfliktów).

Oczywiście po drugiej stronie szali są możliwe i spotykane czynniki chroniące: rodzicielskie ciepło, spójna rutyna rodzinna, dobra komunikacja z rodzicami, a także godne przywitania ze strony społeczeństwa przyjmującego, w tym środowiska szkolnego: przyjacielskie relacje rówieśnicze, wsparcie nauczycielskie, stabilne i przewidywalne środowisko, rozwój, możliwość osiągnięć edukacyjnych i zaspokajanie ambicji, które mogą być elementem szkolnego doświadczenia.

Jednym z wniosków z podsumowanych w artykule badań jest ogromne znaczenie **sprawczości**. Dla części osób zgłaszanie się po pomoc do nauczycieli, rówieśnic lub rodziców będzie naturalne. Zależy to m.in. od osobowości młodego człowieka, tego, czego doświadczył, ale też kultury, z jakiej pochodzi. Dla innych przekonania i praktyki religijne staną się skutecznymi strategiami radzenia sobie z dyskryminacją. Wielu innych młodych ludzi będzie potrzebowało wsparcia w środowisku szkolnym. Warto tym, którzy w sytuacji migracyjnej mogą się czuć niepewnie lub po doświadczeniach uchodźczych utracili poczucie wpływu i kontroli, **przywracać obszary wpływu**. Ważne dla nich będzie, by mogli sami zdecydować, gdzie usiądą, w jaki sposób przedstawią się innym, czy chcą mówić o kraju pochodzenia, czy nie. Warto o tym pamiętać również w bardziej przyziemnych, codziennych sprawach (można na przykład przy wsparciu rzeczowym zaoferować dwa lub trzy zeszyty i zostawić wybór uczniowi).

CO WIEMY O ROZUMIENIU DEPRESJI I DIAGNOZIE W MIĘDZYKULTUROWYM KONTEKŚCIE?

Depresja może dotknąć każdą osobę niezależnie od jej pochodzenia kulturowego i jest jedną z najczęściej spotykanych chorób wśród ludzi na całym świecie (Brickstock, Hankir, Bhugra, Zaman 2019). Najróżniejsze choroby, w tym depresja czy zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, najprawdopodobniej występują tak samo często u osób z różnych środowisk kulturowych. Badania pokazują, że „wiele osób z mniejszości etnicznych, które doświadczają depresji, choruje w ciszy, samotności, niezauważeniu, pomimo dostępności skutecznego leczenia” (Salazar Andrade, Sala Roca, Rodríguez Pérez 2023, tłum. własne) w krajach europejskich, w których żyją.

Badacze i badaczki coraz sumienniej przyglądają się zależnościom pomiędzy depresją, zaburzeniami nastroju oraz innymi chorobami psychicznymi a kulturą. W takich wielokulturowych krajach jak Stany Zjednoczone, Wielka Brytania, Niderlandy czy Chiny coraz częściej są badane różne aspekty i bariery skutecznego docierania do osób z innych niż dominujące grup narodowych, kulturowych i etnicznych, a także diagnozowania i leczenia tych osób.

Wpływ różnic kulturowych może być widoczny już na poziomie ujawniania choroby i gotowości przeprowadzenia diagnozy. Choroba psychiczna czy zaburzenie nastroju może być przede wszystkim nierozpoznane przez doświadczającą ich osobę jako coś, czym powinna się zająć. Bywa wręcz tuszowane ze względu na wyższy poziom stygmatyzacji i wstydu związanych z poszczególnymi chorobami. Jak pisze terapeutka Marta Piegat-Kaczmarczyk (2022: 20), „dzieci i młodzież często mają trudność w tym, żeby mówić o swoich bolesnych doświadczeniach. Dodatkowo czynniki kulturowe, takie jak wysoka hierarchiczność, wysoki kolektywizm, wysoka kontekstowość³ czy tabu związane z cielesnością, mogą wzmacniać w dziecku lub młodym człowieku poczucie winy, wstydu i współodpowiedzialności za trudne doświadczenia. To skutkuje mniejszą gotowością poszukiwania pomocy”. **Osoby mogą mieć trudność ze zgłoszeniem się po diagnozę lub korzystać z innych niż profesjonalno-medyczne sposobów wsparcia i leczenia.** Należą do nich zachowania rytualne, w tym rytuały religijne, wsparcie rodziny lub starszyny.

Ponadto istnieje różnica w rozumieniu depresji. Na przykład badania prowadzone w Stanach Zjednoczonych pokazują, że białe osoby z klasy średniej częściej będą postrzegać depresję jako problem natury medycznej wymagający profesjonalnego leczenia. Osoby z bardziej tradycyjnych grup kulturowych mogą mieć tendencję do rozumienia objawów depresyjnych jako osobistej emocjonalnej reakcji na sytuację. W związku z tym mogą pozostać w przekonaniu, że same powinny nauczyć się rozwiązywać problemy i regulować emocje (Karasz 2005).

Wiele wyzwań wiąże się z diagnozą zaburzeń. Depresja została uznana przez badaczy za niedostatecznie diagnozowaną w populacjach mniejszości etnicznych żyjących w krajach europejskich.

Zapewne jest wiele wyjaśnień zbyt rzadkiego diagnozowania depresji, ale do najczęściej wymienianych należą z jednej strony: brak zaufania pacjentów do lekarzy, bariera językowa i różnice w sposobie rozumienia choroby i opowiadania o jej symptomach (Kamran, Dinesh 2005). W jednych kulturach bardziej powszechnie znane są terminy psychologiczne, które ułatwiają opisanie stanów emocjonalnych w sposób oczekiwany przez osobę diagnozującą. W innych lęk, obniżenie nastroju i stany psychologiczne mogą nawet nie być wyrażane słowami. Osoby diagnozowane będą dostrzegały objawy fizyczne, takie jak bóle głowy, bóle pleców lub dyskomfort w żołądku, ale nie będą się odnosiły do stanu psychicznego (Martínez 2015).

Z drugiej strony niedostatecznie częste diagnozowanie depresji w różnych grupach etnicznych może wynikać z braku kulturowego przygotowania kadr medycz-

3 Podstawowe obszary różnic kulturowych ważnych dla funkcjonowania w szkole zostały opisane w poradniku Dominiki Cieślukowskiej (2023).

nych, nieadekwatnych metod i sposobów diagnozowania czy kulturowo obciążonych testów psychometrycznych⁴.

Diagnostka, podejmując się pracy z dzieckiem lub młodym człowiekiem z innej kultury, powinna zwracać uwagę na etyczny aspekt diagnozy dzieci, cel i zakres kwestii, które poddaje diagnozie, świadomość własnych kompetencji i ograniczeń, miejsce i warunki prowadzenia diagnozy, wykorzystywane narzędzia oraz współpracę z tłumaczem (Piegat-Kaczmarczyk 2022).

LECZENIE DEPRESJI A UWARUNKOWANIA KULTUROWE

Osoby o różnym pochodzeniu mogą mieć zróżnicowaną gotowość na odmienne sposoby leczenia. Osoby z kultur europejskich często są bardziej skłonne do podjęcia leczenia farmakologicznego niż osoby o pochodzeniu pozaeuropejskim. Odpowiedź osób z różnych grup etnicznych na farmakologię też może być inna, np. Afroamerykanie są bardziej wrażliwi na skutki uboczne leków przeciwdepresyjnych (Martínez 2015).

Nie-Europejczycy mogą preferować leczenie terapeutyczne rozumiane jako rozmowa z zaufaną osobą. Badania pokazują, że etniczne grupy mniejszościowe w Wielkiej Brytanii lepiej reagują na interwencje oparte na współpracy (Martínez 2015). Dla wielu kultur preferowane będzie leczenie grupowe, np. w grupie terapeutycznej, a nie terapia indywidualna. **Wyzwaniem może być zbudowanie zaufania do osoby lub grupy w terapii. Istnieją różne sposoby budowania relacji i kluczem do sukcesu może być ich kulturowa adekwatność.**

Podjęcie terapii nie gwarantuje sukcesu. Osoby prowadzące leczenie dzieci i młodzieży migranckiej czy uchodźczej zwracają uwagę, że nie wszystkie sposoby mogą być równie skuteczne. Trzeba dobrać optymalne podejścia nie tylko do indywidualnych potrzeb, ale także do sytuacji społecznej, w jakiej są pacjenci i pacjentki.

Dla profesjonalistów specjalizujących się w pracy z młodymi osobami z doświadczeniem uchodźczym kluczowa może być perspektywa czasowa. W przypadku takich klientów nigdy nie wiadomo, czy rodzina otrzyma zgodę na pobyt w Polsce, jak długo będzie czekała na uregulowanie statusu i co się stanie w najbliższym czasie. Jednym z możliwych scenariuszy jest to, że rodzina będzie zmuszona wyjechać z racji nieotrzymania zgody na pobyt lub w obawie o swoje bezpieczeństwo. Niestabilna, niepewna i nieprzewidywalna sytuacja nie tylko wpływa na stan psychofizyczny osoby podejmującej terapię, ale także powinna być brana pod uwagę przy doborze sposobu pracy przez osobę, która ją prowadzi. Marta Piegat-Kaczmarczyk (2022), wspomniana już psycholożka doświadczone w pracy z uchodźczyniami i migrantami, rekomenduje Terapię Skoncentrowaną na Rozwiązaniach (TSR). **Podkreśla, że w danym jej i dziecku czasie**

4 Osoby zajmujące się psychometrią w kontekście międzykulturowym od lat zwracają uwagę na testy, które zawierają zadania zależne od doświadczeń występujących częściej w jednej kulturze niż w innej. Stosowanie testów stworzonych i upowszechnionych w jednej kulturze może być zatem nieuprawnione w przypadku osób wychowanych i żyjących w innych uwarunkowaniach społeczno-kulturowych (przynosi nierzetelne i nietrafne wyniki). Osoby diagnozujące powinny szukać narzędzi uznawanych za wolne od kulturowych uwarunkowań, tzw. *culture-free*, *culture-fair* oraz *culture-reduced*.

kluczowe są: wzmacnianie, odkrywanie zasobów oraz nakierowywanie na samodzielność w radzeniu sobie z trudnościami. Jest to istotne, ponieważ terapeutka nie wie, czy i ile razy spotka się z osobą w terapii, i nie może zaplanować pracy na szesnaście czy dwadzieścia sesji.

Agnieszka Carrasco-Żylicz (2022) – psychoterapeutka specjalizująca się w psychoterapii międzykulturowej – podkreśla istotność pracy z całą rodziną przy migracji przymusowej. Zdaniem terapeutki **wsparciem psychologicznym powinna zostać objęta każda członkini i każdy członek rodziny, bo często wszyscy doświadczają różnych wyzwań, a struktura rodziny ulega zmianie, a nawet zniszczeniu.** Przywrócenie wiary w system rodzinny, uszanowanie jego znaczenia i wspólne odbudowywanie elementów nadwyreżonych przez migrację mogą przywrócić podstawowe źródło ochrony i wsparcia dla dzieci i młodzieży, szczególnie z kultur kolektywnych.

Po opis szczegółowych wyzwań w obszarze diagnozy i pracy terapeutycznej z migranckimi dziećmi i młodzieżą oraz po dobre praktyki i standardy diagnozy specjalistycznej młodych osób z doświadczeniem przymusowej migracji warto zwrócić do dwóch źródeł:

- Barzykowski K., Grzymała-Moszczyńska H., Dzida D., Grzymała-Moszczyńska J., Kosno M. (2013), *Wybrane zagadnienia diagnozy psychologicznej dzieci i młodzieży w kontekście wielokulturowości oraz wielojęzyczności*, Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Czerwińska M., Kosowicz A. [red.], *Dzieci – uchodźcy. Standardy, narzędzia diagnozy i wsparcie psychologiczne*, s. 18–26, <https://forummigracyjne.org/publikacja/dzieci-uchodzcy-standardy-narzedzia-diagnozy-i-wsparcie-psychologiczne/> (dostęp: 19.07.2024)

ROLA KADRY PEDAGOGICZNEJ W SZKOLE

Świadomość, że dzieci z doświadczeniem migracji i uchodźstwa znajdują się w szczególnej grupie ryzyka pod względem występowania depresji, zaburzeń nastroju, stanów lękowych czy zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, może być bardzo przydatna w pracy z młodymi osobami przybyłymi do Polski z innych części świata.

Wiedza i czujność w dostrzeganiu różnych przejawów chorób i zaburzeń oraz trafnym odróżnianiu ich wczesnych symptomów może pomóc w odpowiednim reagowaniu. **Nauczyciel lub nauczycielka nie muszą i nie powinni zajmować się klinicznymi objawami chorób psychicznych, ale warto, by wiedzieli, na czym one polegają.** Kadra szkolna jest dla młodych ludzi, a często także dla ich rodziców, **pierwszym kontaktem i źródłem informacji w nowym kraju, dlatego dobrze, jeśli po zauważeniu niepokojących sygnałów dzieli się spostrzeżeniami z rodzicami oraz informuje o systemie wsparcia i leczenia w okolicy.**

Większość osób przybyłych do polskich szkół nie będzie potrzebowała profesjonalnego wsparcia psychologicznego (tego wymaga tylko pewien odsetek dzieci

i młodzieży migranckiej czy uchodźczej). **W wielu przypadkach wystarczająco skuteczne będą podjęte działania ochronne/profilaktyczne i pierwsza pomoc psychologiczna/emocjonalna.** Codzienne interakcje szkolne mogą być częścią leczącego systemu opieki.

Ochronne będzie wyrażenie gotowości kontaktu i zaangażowania. W poradniku *Pierwsza pomoc psychologiczna dla dzieci i rodzin uchodźców* można przeczytać: „TO, JAKI/JAKA JESTEŚ, MA ZNACZENIE. Swoim tonem głosu, postawą i słowami pokazujesz dzieciom i rodzinom uchodźczym, że personel placówki troszczy się o nich, obdarza ich szacunkiem, pokazuje, że są ważni i wartościowi oraz znajdują się w bezpiecznej przestrzeni” (Brymer i in. 2023: 3). **Szkoła może być miejscem, gdzie nowo przybyła osoba pozna pierwsze osoby reprezentujące kraj, będzie mogła wdrożyć się w codzienne, ustrukturalizowane zajęcia i rytuały, otrzyma podstawowe wsparcie rzeczowe, odnajdzie sieć społecznych relacji, będzie poznawać nowe wzorce kulturowe i przy odpowiednim prowadzeniu nauczy się regulować swoje emocje i zachowywać odpowiednio do sytuacji. Są to bardzo istotne elementy pierwszej pomocy psychologicznej i ochrona przed rozwojem kryzysów psychicznych.**

Więcej o idei pierwszej pomocy psychologicznej, działaniach ochronnych możliwych do przeprowadzenia w klasie wielokulturowej oraz o interwencji kryzysowej piszę w oddzielnym artykule: Interwencja kryzysowa – kontekst międzykulturowy.

Bibliografia

Brickstock A., Hankir A., Bhugra D., Zaman R. (2019). *Culture and depression*, „Cutting Edge Psychiatry in Practice”, www.researchgate.net/publication/344668858_Culture_and_depression/ (data: 19.07.2024).

Brymer M., Elmore Borbon D., Frymier S., Ramirez V., Flores L., Mulder L., Ghosh-Ippen C., Gurwitsch R. (2021). *Pierwsza pomoc psychologiczna dla dzieci i rodzin uchodźców*, Los Angeles, CA i Durham, NC: National Center for Child Traumatic Stress, www.nctsn.org/sites/default/files/resources/special-resource/pfa-for-displaced-children-and-families-po.pdf (dostęp: 19.07.2024).

Carrasco-Żylicz A. (2022). Systemowe wsparcie rodzin doświadczonych przymusową migracją [w:] Czerwińska M., Kosowicz A. [red.], *Dzieci – uchodźcy. Standardy, narzędzia diagnozy i wsparcie psychologiczne*, s. 11–17, <https://forummigracyjne.org/publikacja/dzieci-uchodzcy-standardy-narzedzia-diagnozy-i-wsparcie-psychologiczne/> (dostęp 19.07.2024).

Cieślukowska D. (2023). *Od wielokulturowej do międzykulturowej klasy*, Warszawa: Centrum Nauki Kopernik, Fundacja Deloitte i Fundacja Szkoła z Klasą, www.kopernik.org.pl/aktualnosci/poradnik-od-wielokulturowej-do-miedzykulturowej-klasy, (dostęp: 19.07.2024).

Crossan S. (2015). *Kasieńka*, Warszawa: Wydawnictwo Dwie Siostry.

Kamran A., Dinesh B. (2006). *Diagnosis and management of depression across cultures*, „Psychiatry”, t. 5, nr 11, s. 417–419, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1476179306001121> (dostęp: 19.07.2024).

Karasz A. (2005). Różnice kulturowe w konceptualnych modelach depresji, „Social Science & Medicine”, t. 60, nr 7, s. 1625–1635, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S027795360400396X>, (dostęp: 19.07.2024).

Klorek N., Kibin K. (2015). *Migracja, tożsamość, dojrzewanie. Adaptacja kulturowa dzieci i młodzieży z doświadczeniem migracyjnym*, Warszawa: Fundacja na rzecz Różnorodności Społecznej.

Martínez K.G. (2015). *Influences of Cultural Differences in the Diagnosis and Treatment of Anxiety and Depression*, „Association of America” <https://adaa.org/learn-from-us/from-the-experts/blog-posts/consumer/influences-cultural-differences-diagnosis-and> (dostęp: 19.07.2024).

Pieगत-Kaczmarczyk M. (2022). *Podęjście skoncentrowane na zasobach w pracy z dziećmi i młodzieżą z doświadczeniem uchodźstwa* [w:] Czerwińska M., Kosowicz A. [red.], *Dzieci – uchodźcy. Standardy, narzędzia diagnozy i wsparcie psychologiczne*, s. 18–26, <https://forummigracyjne.org/publikacja/dzieci-uchodzcy-standardy-narzedzia-diagnozy-i-wsparcie-psychologiczne/> (dostęp: 19.07.2024).

Salazar Andrade A., Sala Roca J., Rodríguez Pérez J. (2023). *Children’s emotional and behavioral response following a migration: a scoping review*, „Journal of Migration and Health”, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10074795/> (dostęp: 19.07.2024).