

Problemy psychiczne w grupach mniejszości etnicznych i narodowych

Mental health problems in ethnic minority groups

Justyna Kucharska

Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski, Katedra Psychopatologii i Psychoterapii
Kierownik: dr hab. n. hum. J. Rakowska

Summary

The aim of this paper is to provide an insight into the specificity of mental health issues as experienced by ethnic minority groups' representatives. A substantial body of evidence clearly indicates the differences in incidence of psychosis, affective disorders and suicidal tendencies in members of minority groups compared to the rest of the population. Relevant statistical data will be presented and examined from both a biological and socio-cultural point of view.

Hoffman's Social Deafferentation Hypothesis will be introduced as a possible explanation of high incidence of psychotic disorders in immigrants. Subsequently, socio-cultural factors will receive attention. Acculturation and identity issues will be taken into account with regards to the data suggesting that these are second generation immigrants that suffer from mental health disorders most. The fact of being discriminated against and being exposed to negative social messages regarding one's group of reference will also be taken into consideration. Moreover, ethnic minorities will be compared on this dimension with other groups discriminated against, such as women and sexual minorities.

Słowa kluczowe: psychopatologia, etniczność, grupy mniejszościowe

Key words: psychopathology, ethnicity, minority groups

Według różnych szacunków ryzyko schizofrenii jest w przypadku Brytyjczyków pochodzenia karaibskiego od 5 do 13 razy większe niż u rdzennych, białych Brytyjczyków [1, 2], wskaźnik zachorowalności Azjatów żyjących w Wielkiej Brytanii jest zaś 5 do 8 razy wyższy. Podobne zależności zaobserwowano w przypadku innych grup imigrantów, także w Holandii, Danii, Szwecji, Australii i Stanach Zjednoczonych [1, 3]. Problem zależności między psychozą a migracją opisany został po raz pierwszy już w 1932 r. przez Odegaard, który zaobserwował go podczas fali migracji Norwegów do Stanów Zjednoczonych [za: 2]. Zaburzeniem najczęściej opisywanym w literaturze tematu jest schizofrenia, niemniej istnieją podstawy, aby sądzić, że efekt przynależności do grupy migrantów przekłada się również na częstotliwość występowania zaburzeń afektywnych [4] czy lękowych [5].

Odegaard wyjaśniał opisywany mechanizm zbieżnością między podatnością na zaburzenia psychiczne a chęcią migracji [za: 2] – jego zdaniem u podstaw zarówno zaburzeń jak i skłonności do migracji leży wspólny czynnik. Taka hipoteza o selektywnej migracji nie zyskała jednak potwierdzenia. Fung, Bhugra i Jones [2] powołują się na dane świadczące o migracji niemalże całych społeczności, w którym to procesie nie mogło być mowy o selekcyjnym doborze wyjeżdżających jednostek. Kolejną próbą wyjaśnienia tego zjawiska było założenie, że w krajach pochodzenia migrantów występowalność zaburzeń psychicznych, np. schizofrenii, jest większa. Także ta teza została odrzucona [1, 2].

Dane empiryczne wskazują, że istotnie bardziej narażone na wystąpienie zaburzeń psychicznych jest drugie pokolenie migrantów – dzieci ludzi, którzy przeprowadzili się do innego kraju [6]. Zależność ta stwierdzona została w przypadku dzieci przybyszów z Karaibów w Wielkiej Brytanii, Marokańczyków w Holandii, imigrantów z różnych krajów w Danii i Szwecji. Dowiedziono również, że zależność między statusem imigranta a występowaniem zaburzeń psychicznych jest silniejsza w przypadku małych liczebnych grup mniejszościowych – duża liczebność społeczności imigrantów o tej samej etniczności chroni niejako przed chorobami psychicznymi [1]. Opisane zostaną czynniki, które prawdopodobnie mogą odpowiadać za zaistnienie owych dwóch zależności.

Fung, Bhugra i Jones [2] konkludują, że siła korelacji między faktem przynależności do grupy imigrantów z Karaibów w Wielkiej Brytanii a zachorowalnością na schizofrenię jest niemalże taka, jak między paleniem a rakiem płuc. Podobnie jak odkrycie tej ostatniej zależności zrewolucjonizowało sposób myślenia o nowotworze, tak badania nad grupami migrantów mogą wnieść cenny wkład do wiedzy o schizofrenii i innych zaburzeniach psychicznych.

Jak dotychczas, nie zakończyły się sukcesem próby odkrycia biologicznych mechanizmów leżących u podłoża zależności między migracją a psychopatologią [4]. Badania ukierunkowano w związku z tym na wątki społeczno-kulturowe; użyteczny stał się zaniedbany od lat 70. [por. 7] wątek badań środowiskowych w psychiatrii. Doniesienia z zakresu psychologii międzykulturowej sugerują, aby w opisie nie ograniczać się do wątków kulturowych związanych z daną grupą, ale uwzględniać także jej status społeczno-ekonomiczny, a także zjawisko dyskryminacji [8]. Czynniki te zostaną wzięte pod uwagę w niniejszym opracowaniu, wraz z tymi odnoszącymi się do stresu akulturacji czy potencjalnej izolacji społecznej.

Zagadnienie psychopatologii u migrantów dotyka także problemu uchodźców – osób, które zmieniły miejsce zamieszkania nie z własnej woli, ale zmuszone nierzadko dramatycznymi wydarzeniami w kraju pochodzenia. Po znalezieniu się w nowym środowisku uchodźcy doświadczają często skutków przeżytej traumy [9], które determinują ich dalsze funkcjonowanie psychiczne. W niniejszym opracowaniu temat ten nie zostanie podjęty – rozważania ograniczone będą do migrantów dobrowolnych lub zmuszonych do przeprowadzki przez warunki ekonomiczne.

Hipoteza społecznej deaferencji (Social deafferentation hypothesis)

Jednym z konstruktów teoretycznych potencjalnie użytecznych w wyjaśnianiu zwiększonego ryzyka występowania zaburzeń psychicznych (w tym przypadku schi-

zofrenii) u migrantów i przedstawicieli mniejszości etnicznych jest hipoteza społecznej deaferencjacji (SDH) zaproponowana przez Ralpa Hoffmana [10]. Teoria ta stara się wyjaśniać mechanizm powstawania objawów wytwórczych schizofrenii, wywodząc je od stanów izolacji społecznej. Hoffman [11] powołuje się na dane świadczące o zbieżności momentu wystąpienia pierwszych objawów wytwórczych z sytuacją społecznego odosobnienia: przeprowadzką do miejsca, gdzie nie zna się nikogo, samotną podróżą, ograniczeniem kontaktów społecznych związanych z pracą. Zgodnie z przywoływanymi przez autora danymi, do 80% pacjentów, którzy byli w stanie zidentyfikować moment pojawienia się pierwszych objawów, kojarzyło tę chwilę z tego typu sytuacją zwiększonej izolacji społecznej. Również Dunham i Farnis [12] dowiedli, że w populacji zamieszkującej Chicago społeczne odosobnienie wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia schizofrenii.

Zgodnie z założeniami Hoffmana niedobór bodźców społecznych powoduje reorganizację pracy mózgu zbliżoną do tej następującej po stanach deprywacji sensorycznej wywołującej doznania fantomowe czy halucynacje u osób, które utraciły wzrok. Objawy wytwórcze mają być wedle jego teorii kompensacją niedostatecznej stymulacji społecznej. Na poparcie swej tezy Hoffman opisuje obserwację, gdy objawy wytwórcze (jak chociażby omamy słuchowe) rzadko przybierają przypadkową treść. W 40% przypadków [10] pacjenci opisują, że słyszą głosy należące do osób wcześniej sobie znanych, w pozostałych – omamy również pojawiają się według powtarzalnego wzorca, tak, że możliwe jest nawiązanie z nimi pewnej relacji emocjonalnej. Autor zatem zwraca uwagę na społeczną symbolikę tych wytworów jako alternatywnych wobec rzeczywistych bodźców społecznych.

Odwołując się do opisanych mechanizmów, Hoffman [10] postrzega izolację społeczną jako czynnik zwiększonego ryzyka wystąpienia schizofrenii u imigrantów. Argumentem wzmacniającym to założenie jest wspomniana obserwacja, gdy pozytywna korelacja między faktem przynależności do grupy mniejszościowej a prawdopodobieństwem rozwinięcia się objawów psychotycznych jest silniejsza w przypadku mniejszości mało licznych [1]. Ich przedstawiciele mają mniej okazji, żeby prowadzić rozmowy w ojczystym języku czy utrzymywać komfortowe relacje z członkami tej samej grupy.

Standard i jakość życia jako czynniki wyjaśniające zwiększoną podatność na zaburzenia psychiczne

Spostrzeżenie, że zjawiskiem charakterystycznym dla sytuacji imigrantów, obok deprywacji bodźców społecznych, jest obniżony status socjoekonomiczny, doprowadziło do ukierunkowania badań na relację między występowaniem zaburzeń psychicznych a standardem życia. Zgodne jest to ze stawianym przed psychologią międzykulturową wyzwaniem, aby w opisie nie izolować czynników kulturowych od społecznych i ekonomicznych [13]. Wśród czynników wymienianych jako istotne są: deprywacja ekonomiczna, zagrożenie przestępczością [7], stres wynikający z życia w mieście [2]. Do tej ostatniej kategorii zaliczane są: przeludnienie, anonimowe więzi społeczne, zwiększone wskaźniki przestępczości, zanieczyszczenie powietrza, wyraźniej zary-

sowana stratyfikacja społeczna i silniejszy stres związany z niską pozycją społeczną grupy własnej.

Potwierdzeniem przypuszczenia, jakoby zasoby materialne grupy oraz jej pozycja na drabinie społecznej przekładały się na ryzyko zachorowania, są rezultaty badania Corcoran i wsp. [6]. Zweryfikowali oni opisaną na podstawie badań grup europejskich zależność łączącą drugie pokolenie imigrantów ze zwiększoną zachorowalnością – tym razem grupą badaną było drugie pokolenie imigrantów w Izraelu. Badani byli potomkami przybyszy z Europy Zachodniej, Wschodniej, krajów byłego Związku Radzieckiego, krajów Afryki Północnej oraz Etiopii. Naturalnie specyfika emigracji Żydów do Izraela była znacząco różna od tej dotyczącej imigrantów w Europie. Spośród badanych grup jedynie potomkowie imigrantów z Etiopii byli istotnie bardziej narażeni na zachorowanie na schizofrenię. W przypadku imigrantów ze Związku Radzieckiego zależność pozostawała na granicy istotności statystycznej. Grupy nie były zróżnicowane pod względem liczebności. Autorzy badania interpretują otrzymane rezultaty jako efekt wpływu zarówno gorszych warunków życia badanych, jak i ich negatywnego społecznego obrazu.

Niemniej dostępne są również rezultaty badań, które nie potwierdzają wpływu warunków życia na rozwój zaburzenia. Należą do takich badania reprezentantów kilku grup etnicznych zamieszkujących wschodni Londyn [14], w których brano pod uwagę częstotliwość występowania zaburzeń psychotycznych. Kontrolowano zmienne demograficzne, takie jak wiek, płeć czy status materialny. Po przeprowadzeniu korekty wyników, niwelującej efekt czynnika „status socjoekonomiczny”, wyrównały się statystyki zachorowalności białych i Azjatów, natomiast wśród imigrantów z Karaibów i Afryki subsaharyjskiej wskaźniki pozostały istotnie zwiększone.

Przywołane wyniki sugerują, że status socjoekonomiczny nie jest czynnikiem wystarczającym do wyjaśnienia drastycznie zwiększonego ryzyka choroby psychicznej u przybyszy z Karaibów. Fung, Bhugra i Jones [2] oferują alternatywne wyjaśnienie łączące elementy socjoekonomiczne z kulturowymi. Ich zdaniem mieszkańcy biednych dzielnic, w tym imigranckich, mają łatwiejszy dostęp do środków psychoaktywnych, których nadużywanie prowadzi do pogorszenia się stanu zdrowia psychicznego, rzekomo zaś wśród imigrantów z Karaibów kulturowe przyzwolenie na zażywanie narkotyków może być większe niż w przypadku Indusów czy Pakistańczyków. Autorzy jednak zaznaczają, że w Holandii rdzenni mieszkańcy używają więcej narkotyków niż imigranci, co nie przekłada się na statystyki zachorowalności.

Obok wspomnianych czynników, kolejnym elementem środowiska społeczno-ekonomicznego, ważkim z punktu widzenia funkcjonowania, jest kapitał społeczny [15]. Najkrócej definiowany może on być jako zasób aktywnych relacji z ludźmi opartych między innymi na zaufaniu i wzajemnym zrozumieniu [16]. Według Pearce'a i Smitha [17] siła kapitału społecznego jest istotnym predyktorem dobrostanu psychicznego, zachowania pozytywnej samooceny i odporności psychicznej. Jest to zgodne z opisaną wcześniej hipotezą Hoffmana o społecznej naturze objawów wytwórczych schizofrenii. Ponadto kapitał społeczny opisywany jako źródło wsparcia i ochrony poczucia własnej wartości odgrywać może rolę w podtrzymywaniu pozytywnego obrazu siebie u przedstawicieli grup mniejszościowych [por. 15]. Obserwacje te mogą poniekąd

wyjaśniać, dlaczego częściej chorują przedstawiciele mało licznych grup mniejszościowych (w przeciwieństwie do tych liczących wielu członków). Do prawidłowości tej wrócimy w kolejnych podrozdziałach.

Akulturacja i zaburzenia tożsamości

Mimo że hipoteza o socjoekonomicznej naturze wysokiej podatności migrantów na zaburzenia psychiczne zyskała pewne potwierdzenie, nie wyjaśnia ona całej złożoności zjawiska. Alternatywnym czynnikiem, rozpatrywanym jako istotny, jest stres akulturacyjny migrantów oraz ich problemy w budowaniu tożsamości.

Psycholog międzykulturowy John Berry definiuje akulturację jako sytuację, w której na skutek ciągłego, bezpośredniego kontaktu pomiędzy dwiema grupami dochodzi do przemian wzorców kulturowych jednej lub obydwu grup [por. 8]. Zjawisko akulturacji opisywane może być na poziomie grupy, ale też procesów intrapsychicznych jednostki [18].

Zdaniem Rudmina [19] akulturacji towarzyszy specyficzny stres metapoznawczy związany z koniecznością utrzymywania kontroli poznawczej nad dwoma kontekstami – rodzimej oraz nowej kultury. To także konieczność rozwijania zdolności do komunikowania się na dwa różne sposoby, wchodzenia w relacje społeczne w odmienny sposób itp. Wspomniany stres postrzegany jest jako jeden z czynników łączących akulturację ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia zaburzeń [por. 20].

Kolejne z opisywanych czynników są stres i trudności budowania tożsamości związane z niemożnością pogodzenia różnic kulturowych dwóch grup. Zaobserwowano zależność między występowaniem zaburzeń afektywnych u młodych Latynosów w USA a rozbieżnością wyobrażeń o rolach płciowych istniejącą między nimi i ich rodzicami [21].

Czy można zatem zaryzykować stwierdzenie, jakoby niedopuszczanie do procesu akulturacji (co przekłada się na brak asymilacji do nowego środowiska i trwanie w zgodzie z wartościami grupy pochodzenia) korzystne może być z punktu widzenia zdrowia psychicznego? Odgradzanie się od integracji kulturowej z nowym otoczeniem zapobiega pojawieniu się kosztownego psychicznie szoku akulturacyjnego oraz zdestabilizowaniu poczucia tożsamości. Ponadto domniemywać można, że niekiedy wzorce kulturowe społeczności pochodzenia niektórych grup migrantów mogą chronić przed szkodliwym wpływem stresu na zdrowie psychiczne i traktowane mogą być jako zasób [por. 22, 23], mający chociażby wymiar kolektywizmu. Istotnie, dostępne są badania, których rezultaty wykazują, że niektóre grupy imigrantów pozostają w lepszym zdrowiu niż rdzenni mieszkańcy [24, 25], przecząc tym samym idei przewodniej niniejszego opracowania. Dane te można zaliczyć w poczet argumentów za uznawaniem niektórych wzorców kultur, innych niż zachodnia, jako zasobów.

Tak jednak jak znaczenie statusu socjoekonomicznego, tak również wpływ akulturacji na zdrowie psychiczne nie jest jednoznaczny. Bae i Brekke [26] opisują przypadek Amerykanów koreańskiego pochodzenia gorzej zintegrowanych od innych grup imigrantów i mniej podlegających akulturacji. Zdaniem autorów kolektywizm i orientacja na rodzinę utrzymują poczucie własnej wartości Koreańczyków na wysokim poziomie, jednak problemy z przystosowaniem się do nowego środowiska prowadzą do obniżonej satysfakcji z życia.

Badania nad wpływem akulturacji na zdrowie psychiczne dodatkowo komplikuje obserwacja, że to głównie zasymilowani imigranci zgłaszają się po pomoc psychiatryczną [por. 27] – ci, którzy opierają się procesowi akulturacji, korzystają raczej z pomocy wewnątrz swojej grupy. Tym samym imigranci zintegrowani z nowym środowiskiem mogą być nadreprezentowani w psychiatrycznych statystykach.

Wpływ doświadczanej dyskryminacji

Zaobserwowano, że jeżeli ludzie, którzy mają jakąś szczególną cechę, żyją w środowisku, gdzie ta cecha jest mało popularna, częściej doświadczają zaburzeń psychicznych [7]. Statystyki zapadalności na schizofrenię są najbardziej niekorzystne dla migrantów ciemnoskórych [1], a także, jak już nadmieniono, częściej chorują przedstawiciele mało licznych grup etnicznych. Domniemywać zatem można, że kolor skóry, określona przynależność etniczna oraz związana z tym dyskryminacja pozostają nie bez wpływu na zdrowie psychiczne [4, 6, 22]. Corcoran i współpracownicy [6] identyfikują, jako destrukcyjną dla dobrostanu, dyskryminację zarówno interpersonalną, jednostkową, jak i instytucjonalną.

Próba operacjonalizacji zależności między doświadczaną dyskryminacją a funkcjonowaniem psychicznym był chociażby zaproponowany przez Crossa [28] model Rozwoju Tożsamości Afroamerykanina (Black Identity Development). Inspiracją dla Crossa było istniejące w psychologii w latach 70. przekonanie, iż deprywacja polityczna i doświadczana dyskryminacja przekładają się na funkcjonowanie psychiczne – objawy są wyrazem frustracji społecznej i politycznej właśnie. Z idei tej czerpała psychologia feministyczna oraz teorie odnoszące się do poszczególnych grup etnicznych. Cross wywiódł swój konstrukt z założenia, że przed negatywnymi konsekwencjami doświadczanej dyskryminacji chronić może wytworzenie pozytywnej tożsamości opartej na uświadomieniu sobie faktu nierówności oraz przeżyciu związanego z tym gniewu. Analogiczny model Rozwoju Tożsamości Feministycznej [29] okazał się istotnie przekładać na różne wymiary funkcjonowania psychicznego kobiet [por. 30, 31]. Także Veling i wsp. [32] donoszą, że negatywna tożsamość grupowa koreluje z większym ryzykiem wystąpienia schizofrenii. Powołują się również na dane sugerujące, że właśnie dyskryminacja jest czynnikiem decydującym o występowaniu zależności pomiędzy tożsamością grupową a podatnością na zachorowanie.

Konkluzje

W przypadku żadnego z omawianych wyżej czynników badania nie dają jednoznacznych wyników – istnieją jednak mocne przesłanki, aby sądzić, że nie pozostają one bez znaczenia, jeśli chodzi o występowanie zaburzeń psychicznych u migrantów. Trudność w dookreśleniu wielkości owego wpływu polega na niemożności prowadzenia badań, w których przyglądać by się można jednej tylko, wyizolowanej zmiennej. Dodatkowo problematyczna wydaje się kwestia psychiatrycznej diagnozy międzykulturowej [33], która nie może być uważana za tak rzetelną, jak w przypadku grup jednolitych narodowo.

Zaryzykować można jednak stwierdzenie, że opisane zjawiska współkształtują obraz przebiegu zaburzeń psychicznych u migrantów wraz z wieloma innymi czynnikami natury socjokulturowej. Ponadto dostępne rezultaty badań przekonują nas – zajmujących się psychopatologią migrantów – o wartości uwzględniania takowych czynników, w przeciwieństwie do postulatu, jakoby zaburzenia psychiczne warte były poznawania jedynie w swoim biologicznym aspekcie.

Badania prowadzone w opisywanym nurcie pozwalają lepiej identyfikować potrzeby migrantów i w szerszej perspektywie planować interwencje środowiskowe oraz psychiatryczne, które w większym stopniu odpowiadałyby na zapotrzebowanie tych specyficznych grup. Niemniej rezultaty badań nad psychopatologią migrantów mogą być niezwykle użyteczne i informatywne także w szerszym rozumieniu. Wszystkie czynniki wspomniane w tym opracowaniu występują również w rzeczywistości ludności rdzennej (z wyjątkiem akulturacji – chociaż można wyobrazić sobie problemy akulturacyjne starszych pokoleń funkcjonujących w dynamicznie zmieniającym się społeczeństwie). Być może zatem wnioski o związku między dyskryminacją a zaburzeniem przenosić można na inne grupy społecznie dyskryminowane, jak mniejszości seksualne czy kobiety. Także dane dotyczące zmiennych środowiskowych można uznać za wartościowe w odniesieniu do całej populacji.

Психические проблемы в группах этнического и национального меньшинств

Содержание

Заданием настоящего исследования является представление данных, относящихся к специфике появления психических нарушений у представителей этнических меньшинств. Известны статистические разработки, которые указывают на факт, что членами групп меньшинств, чаще чем иные представители популяции, являются люди с психическими нарушениями, таких как .например, психотические состояния, аффективные, они тоже обладают суицидальными наклонностями. Чтобы причислить этих нацменов можно указать на данные биологических и социо-культурных теорий. В работе представлена Теория общественной дифференции; предложенная Ральфом Гоффманом. Эта концепция появилась, м.и., как проба объяснения более частого диагностирования шизофрении у имигрантов. Согласно с этой теорией психотические нарушения можно связывать с дефицитом общественных контактов и, связанная с этим, неадекватность мозга. Концепция Гоффмана Автор работы сопоставляет с териями социо-культурного характера. Во внимание принимаются явления актуальности и проблемы, связанные с тождественностью как объяснение факта, что большая подверженность к психическим нарушениям относится, прежде всего, ко второму поколению имигрантов. В конце статьи Автор принимает во внимание аспект дискриминации и также как представители групп меньшинств подвергаются негативному взгляду собственной группы, исходящему от иной общественности. Поставлен вопрос – является ли в этом взгляде на этнические меньшинства – отношения к иным группам, дискриминированным обществом, таким как женщины и сексуальные меньшинства.

Les problèmes mentaux des groupes ethniques et des minorités nationales

Résumé

Cet article vise à présenter les données concernant la spécificité des troubles mentaux dans les groupes ethniques et des minorités nationales. On connaît plusieurs données statistiques qui suggèrent que les membres des groupes ethniques plus souvent que les autres personnes souffrent des troubles

mentaux : troubles psychotiques, affectifs, tentatives du suicide. L'auteur analyse ces données du point de vue biologique et socio-culturel. On présente la théorie de Ralph Hoffman- SDH (Social Deafferentiation Hypothesis) qui essaie d'expliquer le phénomène de plus grande fréquence de schizophrénie dans les groupes des immigrants. Selon cette hypothèse les troubles mentaux peuvent se lier avec les déficits des contacts sociaux et la super activité du cerveau. Cette conception de Hoffman est confrontée avec d'autres théories socio-culturelles ; on prend en considération l'acculturation, les problèmes de l'identité qui expliquent la plus grande fréquence des troubles mentaux dans la seconde génération des immigrants. Enfin l'auteur analyse les problèmes de la discrimination et de l'image négative des immigrants dans la perception du reste de la population. On se demande aussi si dans cette dimension on peut comparer les minorités ethniques avec d'autres groupes discriminés tels que les femmes ou les minorités sexuelles.

Piśmiennictwo

1. Morgan C, Charalambides M, Hutchinson G, Murray RM. *Migration, ethnicity and psychosis: toward a sociodevelopmental model*. Schizophr. Bull. 2010; 36 (4): 655–664.
2. Fung WLA, Bhugra D, Jones PB. *Ethnicity and mental health: the example of schizophrenia and related psychoses in migrant populations in the western world*. Psychiatry 2009; 8 (9): 335–341.
3. Fearon P, Morgan C. *Environmental factors in schizophrenia: the role of migrant studies*. Schizophr. Bull. 2006; 32: 405–408.
4. Chakraborty A, McKenzie M. *Does racial discrimination cause mental illness?* Brit. J. Psychiatry 2002; 180: 575–577.
5. Mak W, Rosenblatt A. *Demographic influences on psychiatric diagnoses among youth served in California systems of care*. J. Child Fam. Stud. 2002; 11 (2): 165–178.
6. Corcoran C, Perrin M, Harlap S i in. *Incidence of schizophrenia among second-generation immigrants in the Jerusalem perinatal cohort*. Schizophr. Bull. 2008; 35 (30): 596–602.
7. Allardyce J, Boydell J. Review: *The wider social environment and schizophrenia*. Schizophr. Bull. 2006; 32 (4): 592–598.
8. Berry JW, Segall MH, Kagitcibasi C. *Handbook of cross-cultural psychology: social behavior and applications*. Boston: Allyn and Bacon; 1997.
9. Ross-Sheriff S, Husain A. *Mental health of Muslim refugees and forced migrants: practice, theory, and research*. J. Muslim Mental Health 2010; 5: 3–7.
10. Hoffman RE. *A social deafferentation hypothesis for induction of active schizophrenia*. Schizophr. Bull. 2007; 33 (5): 1066–1070.
11. Hoffman RE. *Auditory/verbal hallucinations, speech perception neurocircuitry, and the social deafferentation hypothesis*. Clin. EEG Neurosc. 2008; 39 (2): 87–90.
12. Dunham A, Farnis H. *Mental disorders in urban areas*. Chicago: University of Chicago Press; 1939.
13. Kagitsibasi C, Berry J. *Cross-cultural psychology: current research and trends*. Ann. Rev. Psychol. 1989; 40: 493–531.
14. Kirkbride JB, Barker D, Cowden F i in. *Psychoses, ethnicity and socio-economic status*. Brit. J. Psychiatry 2008; 193: 18–24.
15. Palmer D. *Caught between inequality and stigma: the impact of psychosocial factors and stigma on the mental health of Somali forced migrants in the London Borough of Camden*. Divers. Health Soc. Care 2007; 4: 177–191.
16. Cohen D, Prusak L. *In good company: how social capital makes organisations work*. Boston: Harvard Business School Press; 2001.

17. Pearce N, Smith G. *Is social capital the key to inequalities in health?* Am. J. Public Health 2003; 93: 122–130.
18. Rudmin FW. *Steps towards the renovation of acculturation research paradigms: what scientists' personal experiences of migration might tell science.* Cult. Psychol. 2010; 16 (3): 299–312.
19. Rudmin FW. *Phenomenology of acculturation: retrospective reports from the Phillipines, Japan, Quebec, and Norway.* Cult. Psychol. 2010; 16 (3): 313–332.
20. David EJ. *A colonial mentality model of depression for Filipino Americans.* Cult. Divers. Ethnic Minor. Psychol. 2008; 14 (2): 118–127.
21. Cespedes JM, Huey SJ. *Depression in Latino adolescents: a cultural discrepancy perspective.* Cult. Divers. Ethnic Minor. Psychol. 2008; 14 (2): 168–172.
22. Brekke JS, Barrio C. *Cross-ethnic symptom differences in schizophrenia: The influence of culture and minority status.* Schizophr. Bull. 1997; 23 (2): 305–316.
23. Mirowsky J, Ross CE. *Minority status, ethnic culture and distress: a comparison of African-Americans, Whites, Mexicans and Mexican Americans.* Am. J. Sociol. 1980; 86: 479–475.
24. Lam AMS, Tsai KW, Chan TS. *Adolescent Chinese immigrants in Hong Kong: A comparison study with locally born students and factors associated with their psychological well-being.* Int. J. Adolesc. Med. Health 2005; 17: 157–168.
25. Harker K. *Immigrant generation, assimilation, and adolescent psychological well-being.* Soc. Forces 2001; 79: 969–1004.
26. Bae SW, Brekke JS. *Characteristics of Korean-Americans with schizophrenia: a cross-ethnic comparison with African-Americans, Latinos, and Euro-Americans.* Schizophr. Bull. 2002; 28 (4): 703–717.
27. Knipscheer JW, Kleber RJ. *Help seeking behavior of West African migrants.* J. Comm. Psychol. 2001; 36 (7): 915–928.
28. Cross WE. *Negro-to-Black conversion experience: Toward a psychology of Black liberation.* Black World 1971; 20 (9): 13–27.
29. Downing NE, Roush KL. *From passive acceptance to active commitment: A Model of Feminist Identity Development for Women.* Counsel. Psychol. 1985; 13 (4): 695–709.
30. Murnen SK, Smolak L. *Are feminist women protected from body image problems? A meta-analytic review of relevant research.* Sex Roles 2009; 60: 186–197.
31. Moradi B, Mezidlo-Subich L. *Perceived sexist events and feminist identity development attitudes: links to women's psychological distress.* Counsel. Psychol. 2002; 30 (1): 44–65.
32. Veling V, Hoek HW, Wiersma D, Mackenbach JP. *Ethnic identity and the risk of schizophrenia in ethnic minorities: A case-control study.* Schizophr. Bull. 2009; 36 (6): 1149–1156.
33. Matsumoto D, Yuang L. *Psychologia międzykulturowa.* Gdańsk: GWP; 2007.

Adres: Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski
00-183 Warszawa, ul. Stawki 5/7

Otrzymano: 19.04.2011
Zrecenzowano: 13.12.2011
Otrzymano po poprawie: 2.04.2012
Przyjęto do druku: 20.04.2012
Adiustacja: L. Sz.