

Culturally Adapted Psychotherapy: A Systematic Review and Introduction of The Integrated Model of Cultural Adaptation in Psychotherapy (IMCAP)

Leila Ziaie¹ & Fariba Zarani^{2*}

1. Ph.D. Candidate of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. Email: f_zarani@sbu.ac.ir

Abstract

Aim: This study aims to systematically review research on the cultural adaptation of psychotherapy and to propose a comprehensive and integrated model for culturally adapted psychotherapy.

Method: The first part of this research involves a systematic review of 12 studies published between 2020 and 2024. These studies were evaluated based on five key questions: the benefits of culturally adapted psychotherapy, models utilized, targeted disorders, therapeutic approaches, and target groups. In the second part, the "Integrated Model of Cultural Adaptation Psychotherapy" is introduced.

Results: The reviewed studies demonstrated that culturally adapted psychotherapy significantly reduces psychological symptoms, enhances treatment adherence, and improves quality of life. Although various frameworks and models for cultural adaptation exist, many studies did not follow a specific model. Drawing on existing models, frameworks, and research evidence, the current study presents the "Integrated Model of Cultural Adaptation in Psychotherapy (IMCAP)," comprising five main phases: identification, cultural adaptation, therapist training, intervention and implementation, and evaluation and iteration.

Conclusion: The Integrated Model of Cultural Adaptation in Psychotherapy (IMCAP) is proposed as a comprehensive framework for designing and implementing culturally adapted interventions. With active participation from target communities and stakeholders, alongside continuous monitoring and feedback, this model offers the flexibility and adaptability needed to address diverse cultural contexts.

Keywords: Adaptation, Culture, Integrated Model of Cultural Adaptation in Psychotherapy (IMCAP), Psychotherapy

روان‌درمانی تطبیق‌یافته با فرهنگ: مرور نظام‌مند و معرفی مدل یکپارچه تطبیق فرهنگی روان‌درمانی (IMCAP)

لیلا ضیایی^۱ و فریبا زرانی^{۲*}

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. ایمیل:

f.zarani@sbu.ac.ir

چکیده

هدف: این مطالعه با هدف مرور نظام‌مند پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه تطبیق فرهنگی روان‌درمانی و ارائه یک مدل جامع و یکپارچه برای انجام روان‌درمانی تطبیق‌یافته با فرهنگ صورت گرفته است.

روش: بخش اول این پژوهش مرور نظام‌مند شامل بررسی ۱۲ مطالعه منتشرشده بین سال‌های ۲۰۲۰ تا ۲۰۲۴ بوده است. این مطالعات براساس پنج سوال کلیدی مورد ارزیابی قرار گرفتند: مزایای روان‌درمانی تطبیق‌یافته، مدل‌های مورد استفاده، اختلالات هدف، رویکردهای درمانی و گروه‌های هدف. در بخش دوم «مدل یکپارچه تطبیق فرهنگی روان‌درمانی» معرفی شده است. **یافته‌ها:** مطالعات نشان دادند که روان‌درمانی تطبیق‌یافته با فرهنگ باعث کاهش معنادار علائم روان‌شناختی، افزایش پایبندی به درمان و بهبود کیفیت زندگی می‌شود. اگرچه چارچوب‌ها و مدل‌های متعددی برای تطبیق فرهنگی وجود دارند، بسیاری از مطالعات از هیچ مدل خاصی تبعیت نکرده‌اند. در مطالعه حاضر با بهره‌گیری از مدل‌ها، چارچوب‌ها و شواهد پژوهشی موجود، «مدل یکپارچه تطبیق فرهنگی روان‌درمانی» با پنج فاز اصلی شامل: شناسایی، تطبیق فرهنگی، آموزش درمانگران، مداخله و اجرا و فاز ارزیابی و تکرار ارائه می‌شود.

نتیجه‌گیری: مدل یکپارچه تطبیق فرهنگی روان‌درمانی به عنوان چارچوبی جامع برای طراحی و اجرای مداخلات تطبیق‌یافته پیشنهاد می‌شود. این مدل با مشارکت فعال جامعه هدف و ذی‌نفعان، همراه با نظارت و بازخورد مداوم، قابلیت بهبود و انعطاف در زمینه‌های فرهنگی متنوع را دارا می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: تطبیق‌یافتگی، روان‌درمانی، فرهنگ، مدل یکپارچه تطبیق روان‌درمانی

مقدمه

فرهنگ نقش محوری در تعیین هنجارهای «سازگاری»^۱ رفتاری، شیوه‌های بروز و آستانهٔ پریشانی^۲ و چارچوب تعاملات اجتماعی دارد. همان‌گونه که سلامت و بیماری در بستر زیستی-روان‌شناختی-اجتماعی و فرهنگی معنا می‌یابد، درک رنج و اختلالات روانی نیز بدون توجه به ریشه‌های فرهنگی ناقص است. فرهنگ نه تنها بر مدل‌های درمانی و مراقبت روان‌پزشکی بلکه بر روایت بیماران از رنج‌شان اثر می‌گذارد. همچنین فرهنگ تعیین می‌کند چه درمانی برای بیمار و خانواده‌اش قابل اعتماد و پذیرفتنی است و در پابندی به درمان نقش دارد (مولیرو، ۲۰۱۸).

عناصر فرهنگی در سلامت روان ثابت و ایستا نیستند، بلکه در تعامل با تغییرات اجتماعی، سیاسی و اقتصادی بازتولید و بازآفرینی می‌شوند. درک این پویایی برای فهم تجربهٔ اختلالات روانی و طراحی مداخلات موثر ضروری است (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۲۲)؛ زیرا فرهنگ بخش جدایی‌ناپذیر آسیب‌شناسی روانی و روان‌درمانی است. از این رو روان‌درمانی بدون تغییرات متناسب با گروه هدف زیر سوال رفته و روز به روز بر اهمیت تطبیق‌های فرهنگی افزوده می‌شود. «تطبیق‌های فرهنگی»^۳ تغییرات نظام‌مندی هستند که در مداخلات مختلف مبتنی بر شواهد^۴ اعمال می‌شوند تا باورها و ایده‌های فرهنگی گوناگون را در نظر بگیرند. این تطبیق‌ها تضمین می‌کنند که چنین مداخلاتی با مشارکت بیمار سازگار باشد (برنال و همکاران، ۲۰۰۹ به نقل از نعیم، ساجد، ناز و فری، ۲۰۲۳). تطبیق فرهنگی تناسب، اثربخشی و اجرای درمان را بهبود می‌بخشد (ال‌راشدی، الیافی، آلانازی، مایر و گولد و همکاران، ۲۰۲۴) و از ترک درمان یا پیامدهای ضعیف جلوگیری می‌کند. پیچیدگی ابعاد فرهنگی در شکل‌گیری نگرش‌ها و معنای شخصی بحران‌های روان‌شناختی لزوم طراحی مداخلات متناسب با بافت فرهنگی مدنظر را برجسته می‌سازد (فاتحی‌زاده، چوپانی، اسنجرانی و دی‌کاسترو کوریا، ۱۴۰۱). افزون بر این، از منظر اخلاقی نیز ارائهٔ خدمات بدون صلاحیت فرهنگی، نوعی تخلف محسوب می‌شود (نعیم و همکاران، ۲۰۲۳).

¹ adjustment² threshold of distress³ Cultural adaptations⁴ evidence based treatment

تطبیق فرهنگی می‌تواند به دو صورت مختلف انجام پذیرد: رویکرد «بالا به پایین»^۱ که در آن یک مداخله اثبات‌شده برای گروهی دیگر اصلاح می‌شود و رویکرد «پایین به بالا»^۲ که مستقیماً درون یک بافت فرهنگی خاص طراحی شده و به دغدغه‌های همان فرهنگ پاسخ می‌دهد. رویکرد بالا به پایین مقرون به صرفه‌تر، تعمیم‌پذیرتر و مناسب طیف وسیعی از گروه‌هاست اما ممکن است ابعاد ظریف هویت یا تجربه‌های تبعیض فرهنگی را نادیده بگیرد. در مقابل رویکرد پایین به بالا با حساسیت بیشتری به زمینه فرهنگی پرداخته و برای گروه هدف مرتبط‌تر و مقبول‌تر است، اما هزینه‌بر، زمان‌بر و همراه با محدودیت در تعمیم است (هال، ایباراکی، هوانگ، مارتی و استیس و همکاران، ۲۰۱۶). داشتن یک رویکرد تلفیقی شامل نگاهی «پایین به بالا» و «بالا به پایین» احتمالاً بهترین تطبیق‌یافتگی را برای مداخلات فراهم می‌کند.

برای تطبیق فرهنگی مداخلات، چارچوب‌ها و مدل‌های متعددی ارائه شده‌اند که هر یک رهنمودهایی درباره ابعاد مهم درمان و نحوه انطباق آن‌ها با بافت فرهنگی ارائه می‌کنند. مرور نعیم و همکاران (۲۰۲۳) خلاصه‌ای از این چارچوب‌ها را گردآوری کرده است. در این میان می‌توان به «چارچوب شناختی-اجتماعی»^۳ (لوپز، گروور، هلند، جانسون، کین، کنل و همکاران، ۱۹۸۹) به عنوان نخستین چارچوب، «مدل اعتبار اکولوژیکی»^۴ (برنال، بونیل و بلیدو، ۱۹۹۵) به عنوان تأثیرگذارترین مدل و «چارچوب تطبیق ساوتهمپتون»^۵ (نعیم، ایوب، گبی و کینگدون، ۲۰۰۹) با بیشترین شواهد اجرا اشاره کرد. جدیدترین الگو، مدل انطباق فرهنگی چهار زمینه‌ای^۶ (CAM-4) (سورنسون و هارل، ۲۰۲۱) است که چهار مولفه فرآیند توسعه و تناظر^۷، بستر و محتوای فرهنگی^۸، تلاش‌های جلب مشارکت^۹ و صلاحیت فرهنگی^{۱۰} را دربرمی‌گیرد. این مدل با رویکردی «پایین به بالا» بر انجام تطبیق فرهنگی را «با» و «با رضایت» جامعه هدف (نه صرفاً

¹ top-down

² bottom-up

³ The Social Cognitive Framework

⁴ The Ecological Validity Model

⁵ The Southampton Adaptation

Framework

⁶ 4-Domain Cultural Adaptation Model

⁷ Development and Equivalence Processes

⁸ Cultural Context and Content

⁹ Engagement Efforts

¹⁰ Cultural Competence

«برای» آن‌ها) تاکید دارد و در عین حال وفاداری به سازوکارهای اصلی تغییر در روان‌درمانی را ضروری می‌داند (سورنسون و هارل، ۲۰۲۱).

پژوهش‌های متعددی در راستای بررسی اثربخشی مداخلات تطبیق‌یافته فرهنگی انجام گرفته است و متعاقب آن مرورها و فراتحلیل‌های^۱ مختلفی صورت گرفته است. با این وجود غالب مرورها متمرکز بر یک اختلال خاص، جمعیتی خاص یا یک رویکرد درمانی مشخص بوده است. از سمت دیگر علی‌رغم وجود چارچوب‌های تطبیق فرهنگی مختلف، بین عناصر اصلی تطبیق فرهنگی اتفاق نظر وجود ندارد. همچنین چارچوب‌های معرفی‌شده اکثراً دستورالعمل‌های کلی ارائه می‌دهند. پژوهش حاضر با هدف مرور پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه تطبیق فرهنگی و معرفی مدلی جدیدی برای فرایند تطبیق فرهنگی صورت گرفته است. بنابراین در بخش ابتدایی، مرور پیشینه پژوهشی از سال ۲۰۲۰ الی ژوئن ۲۰۲۴ در حوزه تطبیق فرهنگی صورت گرفته است. در بخش دوم، با بهره‌گیری از چارچوب‌ها و مدل‌های پیشین و همچنین پژوهش‌های انجام گرفته، «مدل یکپارچه تطبیق فرهنگی روان‌درمانی» معرفی می‌شود.

با توجه به حجم مطالعات انجام گرفته در حوزه تطبیق روان‌درمانی و استفاده از مدل‌های مختلف، در بخش اول مطالعه حاضر تلاش است به سوالات زیر پاسخ دهد:

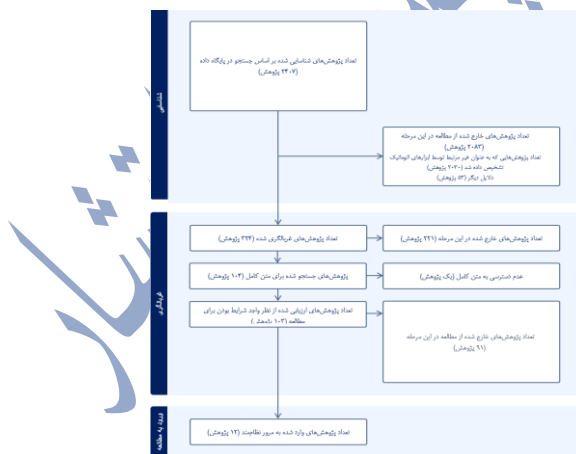
- ۱- استفاده از روان‌درمانی‌های تطبیق‌یافته با فرهنگ، چه مزایایی به همراه داشته است؟
 - ۲- از چه مدل‌هایی جهت تطبیق فرهنگی استفاده شده است و یا چه تطبیق‌هایی عمده‌تاً مورد توجه قرار گرفته است؟
 - ۳- تطبیق روان‌درمانی غالباً برای چه اختلالاتی انجام شده است؟
 - ۴- تطبیق فرهنگی روان‌درمانی معطوف به چه رویکردهای درمانی بوده است؟
 - ۵- چه گروه‌هایی از روان‌درمانی تطبیق‌یافته با فرهنگ بیشتر سود جستند؟
- با توجه به سوالات مطرح‌شده، به نظر می‌رسد انتخاب مرور نظام‌مند^۲ بیش از سایر مرورها می‌تواند موثر واقع شود؛ لذا در بخش اول پژوهش حاضر مرور نظام‌مند مدنظر خواهد بود.

^۱ Meta-analysis

^۲ systematic review

روش

پژوهش پیش‌رو از نوع مرور نظام‌مند و شامل مقالاتی است که بین ۲۰۲۰ الی ژوئن ۲۰۲۴ و به زبان انگلیسی منتشر شده است. در گام اول با توجه به موضوع مورد بررسی عبارات «cultural adaptation» و «culturally adapted therapy» و «culture and therapy» در پایگاه داده (WoS) جستجو شد. پس از بررسی‌ها و غربالگری‌ها، در نهایت ۱۲ مطالعه وارد پژوهش شدند (برای جزئیات بیشتر نگاه کنید به شکل ۱). ملاک‌های ورود مقالات واجد شرایط عبارت بود از: (۱) انتشار مابین سال ۲۰۲۰ الی ژوئن ۲۰۲۴؛ (۲) نگارش به زبان انگلیسی؛ (۳) اجرای مداخله تطبیق‌یافته فرهنگی (پژوهش‌هایی که مدلی را صرفاً معرفی کرده و یا آن را اجرا نکرده بودند، از مطالعه حاضر خارج شدند). پس از این مرحله، با درنظر گرفتن پژوهش‌های انجام‌شده و چارچوب‌های پیشین، مدل پیشنهادی جدید با نام «مدل یکپارچه تطبیق فرهنگی روان‌درمانی»^۱ توسعه یافت.



شکل (۱). نمودار پریزما (جزئیات مراحل ورود و انتخاب مطالعه برای مرور)

¹ Integrated Model of Cultural Adaption in Psychotherapy (IMCAP)

یافته‌ها

۱. مرور نظام‌مند

همانطور که پیش از این اشاره شد، در نهایت ۱۲ مطالعه برای ورود به مرور نظام‌مند واجد شرایط شناخته شده است. اطلاعات مربوط به هر پژوهش در جدول (۱) ارائه گردیده است. در ادامه با تمرکز بر سوالات پژوهشی مطرح‌شده، مطالعات واجد شرایط بررسی می‌شوند.

جدول (۱). اطلاعات مطالعات واجد شرایط در مرور نظام‌مند

نویسندگان	جمعیت مورد مطالعه	گروه نمونه	اختلال مورد نظر و درمان تطبیق‌یافته	مدل مورد استفاده برای تطبیق‌های انجام‌شده	گروه کنترل	نتایج به دست آمده
اسکیچی و همکاران (۲۰۲۳)	زن و پناهنده سوری در ترکیه	۲۳ زن پناهنده سوری (محدوده سنی بین ۲۸ الی ۵۰ سال) با علائم اختلال استرس پس از سانحه،	اختلال استرس پس از سانحه، اضطراب افسرده‌وار	کاهش تعداد جلسات و افزایش مدت زما ت هر جلسه تطبیق ضرب‌المثل‌ها، تکنیک‌های زمینه‌سازی حسی	بله	کاهش معنادار علائم اختلال استرس پس از سانحه، پایداری به درمان بیشتر، عوارض جانبی نزدیک به صفر و قابلیت ارائه بصورت یک درمان کوتاه مدت و گروهی نسبت به درمان تطبیق نایافته
کنانیان و همکاران (۲۰۲۰)	پناهندگان و افغان مرد (حدود سنی ۱۸ تا ۲۹ سال)	۲۴ پناهنده افغان	اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی اساسی و اختلالات اضطرابی	تطبیق باورهای فرهنگی و علائم مرتبط با پناهندگان افغان از جمله	بله	درمان تطبیق‌یافته منجر به بهبودی چشمگیر در پریشانی روانشناختی

تشخیص	درمان شناختی- رفتاری به همراه مدیریت مسئله ^۱ (CBT+)	نشخوار فکری و تصویرسازی متناسب با فرهنگ	عمومی و کیفیت زندگی شده است. علاوه بر این نتایج به دست آمده در بلندمدت پایدار بوده، پایداری به درمان بیشتر است و این درمان قابلیت اجرا به صورت گروهی را داراست.
اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی اساسی و اختلالات اضطرابی		در جلسات درمانی نیز تطبیق اصطلاحات مرتبط با پریشانی و استعاره‌های آشنای فرهنگی استفاده شد.	
۱۲ نفر گروه آزمایش و ۱۲ نفر گروه کنترل			
پری و پناهندگان ویتنامی در بریتانیا (۲۰۲۴)	۱۴ پناهنده ویتنامی تبار در بریتانیا (۹ مرد و ۵ زن بین سنین ۴۴ تا ۷۳ سال)	مدل اعتبار خیر اکولوژیکی (EVM)	تقویت فرآیندهای پذیرش، تعهد و تغییر رفتار تسهیل ارتباطات اجتماعی افزایش مشارکت در فعالیت‌های معنادار زندگی
دیوان و سالمندان اسپانیایی زبان و ویتنامی زبان	۷۳ نفر اسپانیایی‌تبار و ۹۲ نفر ویتنامی‌تبار (۶۲ مرد و ۱۰۳ زن بین سنین ۶۰ تا ۹۴ سال)	چارچوب سازگاری فرهنگی درمان (CTAF)	بهبود در علائم افسردگی، تنهایی و رضایت از زندگی

¹ Cognitive Behavioral Therapy Plus Problem Management

زمستانی و نوجوانان	۷۱ نوجوان	اضطراب	تطبیق‌های	بله	بهبود در علائم اضطراب، افسردگی، تنظیم هیجانی و تحمل ابهام در گروه آزمایش
همکاران (۲۰۲۲)	دختر ایرانی با علائم اضطراب	(بین سنین ۱۵ تا ۱۸ تعهد (ACT) از راه دور	زبانی، فرهنگی- مذهبی و استفاده از ادبیات ایرانی		
جی‌دونگ و مادران	۱۳۰ مادر	افسردگی پس از زایمان	مدل	بله	کاهش افسردگی پس از زایمان، افزایش خلق و خوی مثبت، کاهش نگرانی درباره والدگری و تسهیل نقش مداخلات از راه دور نسبت به گروه کنترل
همکاران (۲۰۲۴)	بریتانیایی با ریشه آفریقایی و کاراییی (حدود سنی ۱۹-۵۳ سال)	بریتانیایی با ریشه آفریقایی و کاراییی (حدود سنی ۱۹-۵۳ سال)	تکرار شونده تطبیق‌یافتگی (IMC)		
امین و نوجوانان	۷۶ نفر از نوجوانان (۴۵ مرد و ۳۱ زن)	اضطراب اجتماعی و عزت‌نفس پایین	[تنظیم یک دستورالعمل جدید]	بله	کاهش علائم اضطراب اجتماعی و نگرانی از ارزیابی منفی به همراه افزایش عزت‌نفس در گروه آزمایش
همکاران (۲۰۲۰)	پاکستانی اهل مالتن پاکستان (سنین بین ۱۳ الی ۱۶ سال)	درمان شناختی- رفتاری (CBT)			
	۳۸ نفر در گروه آزمایش و				

¹ Learning Through Play

۳۸ نفر در گروه کنترل)					
پریرا و همکاران (۲۰۲۰)	افراد اهل پرتغال	۶ نفر (سن بین ۸۰ الی ۹۳)	دمانس	روش	خیر
	مبتلا به	مبتلا به	درمان	شکل‌دهی برای	مداخله تطبیق‌یافته توسط شرکت‌کنندگان
	دمانس	دمانس که در مرکز	شناختی (CST)	روان‌درمانی (FMAP)	قابل قبول و لذت‌بخش توصیف شد.
توانبخشی در لیسیون نگهداری می‌شدند (یک مرد و پنج زن)					
دس‌عراقی و همکاران (۲۰۲۱)	افراد عرب	۱۰۲ نفر از افراد عرب	اختلالات روانی	مدل اعتبار	خیر
	مبتلا به	مبتلا به	شدید	اکولوژیکی (EVM)	پایبندی خوبی به درمان داشتند (۷۷ نفر تا پایان درمان را ادامه دادند).
	اختلالات روانی	اختلالات روانی شدید در اسرائیل	مدیریت بیماری و بهبودی		
	شدید در اسرائیل	اسرائیل در ۱۳ گروه			
چنگ و همکاران (۲۰۲۰)	افراد	۵ مهاجر چینی-آمریکایی (۱)	اختلال اضطراب فراگیر	مدل اعتبار	خیر
	چینی-آمریکایی	مبتلا به	روان‌درمانی شناختی مبتنی بر تاتوئیسیم چینی (CTCP)	اکولوژیکی (EVM)	بهبود در اضطراب، نگرانی، انعطاف‌ناپذیری روانشناختی و اجتناب هیجانی
	مبتلا به	مرد و ۴ زن با میانگین سنی ۴۳/۲ (سال)	و رویکرد «بالا به پایین» و «پایین به بالا» بصورت تلفیقی		
افشارنژاد و همکاران (۲۰۲۰)	نوجوانان	۱۷ نوجوان استرالیایی	آموزش مهارت‌های اجتماعی در نوجوانان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم	مدل اعتبار	خیر
	استرالیایی	مبتلا به	اوتیسم (۱۲ مرد، ۵ زن بین سنین ۱۲ تا ۱۷ سال)	اکولوژیکی (EVM)	بهبود اهداف اجتماعی معنادار، شدت علائم، کیفیت زندگی، کارآمدی بین‌فردی، اضطراب اجتماعی، تنهایی و

بازشناسی	استوارت و نوجوانان	سه نوجوان	تروما	انجام	خیر	کاهش	نمرات
هیجانات چهره‌ای	آفریقایی- آفریقایی-	آمریکایی با	درمان شناختی-	تطبیق‌یافتگی	اختلال	استرس	
در پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه	(۲۰۲۱)	سابقه تروما	رفتاری متمرکز بر	مداخله برای	پس سانحه		
	در معرض تروما	(دو زن و یک مرد بین سنین ۷ الی ۱۵ سال)	تروما (TF-CBT) از راه دور ^۱	شرکت‌کننده	در پایان درمان	هیچ کدام از شرکت‌کنندگان معیارهای تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه را برآورده نکردند.	

۱.۱. استفاده از روان‌درمانی‌های تطبیقی‌یافته با فرهنگ، چه مزایایی به همراه داشته است؟

روان‌درمانی تطبیقی‌یافته با فرهنگ از آن روی که منعکس‌کننده فرهنگ و باورهای خاص افراد نسبت به سلامت، بیماری و پریشانی روانی است، مزایای متعددی را با خود به همراه دارد. برای مثال درمان تطبیقی‌یافته به کاهش چشمگیر علائم بیماری‌های روانی مانند اختلال استرس پس از سانحه (اسکیچی و همکاران، ۲۰۲۳؛ استوارت و همکاران، ۲۰۲۱)، افسردگی (دیوان و همکاران، ۲۰۲۳؛ جی‌دونگ و همکاران، ۲۰۲۴)، اضطراب (زمستانی و همکاران، ۲۰۲۲؛ امین و همکاران، ۲۰۲۰؛ چنگ و همکاران، ۲۰۲۰؛ افشارنژاد و همکاران، ۲۰۲۰) و انعطاف‌ناپذیری روانشناختی و اجتناب هیجانی (چنگ و همکاران، ۲۰۲۰) کمک می‌کند. علاوه بر این همسو با ادبیات پژوهشی، روان‌درمانی تطبیقی‌یافته با فرهنگ منجر به افزایش پذیرش درمان توسط افراد و در نتیجه پایداری بیشتر به فرآیند درمان می‌شود. در مطالعاتی که جامعه پناهندگان افغان و افراد عرب را

^۱ trauma-focused cognitive behavioral therapy via telehealth

هدف داشته‌اند، تطبیق‌های فرهنگی منجر به افزایش مشارکت و تعهد در بلندمدت شده است (کنانیان و همکاران، ۲۰۲۰؛ دس‌عراقی و همکاران، ۲۰۲۱). روان‌درمانی‌های تطبیق‌یافته در بهبود کیفیت و رضایت از زندگی نیز سودمند بوده‌اند (کنانیان و همکاران، ۲۰۲۰؛ دیوان و همکاران، ۲۰۲۳؛ افشارنژاد و همکاران، ۲۰۲۰). در برخی موارد مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ (ACT) در پناهندگان ویتنامی (پری و همکاران، ۲۰۲۴)، بهبودهایی در زمینه افزایش مشارکت در فعالیت‌های معنادار زندگی، ارتباطات اجتماعی و تقویت فرآیندهای پذیرش، تعهد و تغییر رفتار مشاهده شده است. در نهایت به نظر می‌رسد درمان تطبیق‌یافته با فرهنگ منجر به کاهش عوارض جانبی درمان و افزایش اثربخشی شده است؛ برای نمونه می‌توان به کاربست درمان شناختی- رفتاری^۲ (CBT) برای زنان پناهنده سوری در ترکیه (اسکیچی و همکاران، ۲۰۲۳) اشاره کرد که در نتیجه درمان تطبیق‌یافته، عوارض جانبی درمان به صفر نزدیک شده است.

۱.۲. از چه مدل‌هایی جهت تطبیق فرهنگی استفاده شده است و یا چه تطبیق‌هایی عمدتاً مورد توجه قرار گرفته است؟

در استفاده از مدل‌های تطبیق فرهنگی وحدت نظری وجود ندارد و از چارچوب‌های مختلفی برای تطبیق فرهنگی در مطالعات مختلف استفاده شده است. به نظر می‌رسد «مدل اعتبار اکولوژیکی (EVM)» (برنال و همکاران، ۱۹۹۸) که در چهار مطالعه از مجموع ۱۲ مطالعه مورد بررسی استفاده شده است (پری و همکاران، ۲۰۲۴؛ دس‌عراقی و همکاران، ۲۰۲۱؛ چنگ و همکاران، ۲۰۲۰؛ افشارنژاد و همکاران، ۲۰۲۰)، نسبت به سایر مدل‌های از محبوبیت بیشتری برخوردار باشد. مدل اعتبار اکولوژیکی در ۸ عنصر «زبان»، «افراد»، «استعاره‌ها»، «محتوا»، «مفاهیم»، «اهداف»، «روش‌ها» و «زمینه» تطبیق فرهنگی را مدنظر قرار می‌دهد. ۸ عنصر ذکرشده غالباً به عنوان تطبیق‌های سطحی شناخته می‌شوند. مدل مورد استفاده دیگر، «چارچوب سازگاری فرهنگی درمان^۳ (CTAF)» (چو و لینو، ۲۰۱۷)، است که در یک پژوهش (دیوان و همکاران، ۲۰۲۳) مورد استفاده قرار گرفته است. این مدل دو عنصر اصلی سازگاری را در نظر می‌گیرد: (۱) اجزای اصلی: تغییرات، اضافات یا اصلاحاتی که در هسته درمان اعمال می‌شود

¹ Acceptance and Commitment Therapy

² Cognitive Behavioral Therapy

³ cultural treatment adaptation framework

و ۲) اجزای پیرامونی: مشارکت و تعامل مراجع و درمانگر. «مدل تکرارشوندهٔ تطبیق فرهنگی^۱ (IMC)» (جی‌دونگ و همکاران، ۲۰۲۳)، مدل دیگری است که در یک مطالعه (جی‌دونگ و همکاران، ۲۰۲۴) استفاده شده است. این مدل به عوامل خاص زمینه‌ای مانند «باورهای فرهنگی و مذهبی»، «زبان»، «سواد» و «ترجیحات» در گروه هدف توجه می‌کند. بنظر می‌رسد دو مدل ذکر شدهٔ اخیر عمدتاً معطوف به تطبیق‌های سطحی در روان‌درمانی بوده‌اند. مطالعه‌ای دیگر (پیرا و همکاران، ۲۰۲۰) از چارچوب «روش شکل‌دهی برای تطبیق روان‌درمانی^۲ (FMAP)» (آگویر و همکاران، ۲۰۱۴) بهره گرفته است. این چارچوب با اتخاذی رویکردی «پایین به بالا» تلاش دارد تا تطبیق‌های عمیق را تحقق بخشد. تنها در یک پژوهش (استوارت و همکاران، ۲۰۲۱) تطبیق‌های انجام‌شده مخصوص بیمار بوده است؛ به این معنا که درمان مورد نظر برای هر فرد مراجعه‌کننده به صورت اختصاصی تطبیق یافته است.

علی‌رغم وجود مدل‌ها و چارچوب‌های گوناگون برای تطبیق فرهنگی روان‌درمانی، سه پژوهش (اسکیچی و همکاران، ۲۰۲۳؛ کنانیان و همکاران، ۲۰۲۰؛ زمستانی و همکاران، ۲۰۲۰) از مطالعات واجد شرایط در این مرور از هیچ مدل یا چارچوب مشخصی پیروی نکردند. در این پژوهش‌ها تطبیق‌های انجام‌شده ناظر بر تغییر در تعداد و/یا مدت زمان جلسات (اسکیچی و همکاران، ۲۰۲۳)، تطبیق زبانی، ضرب‌المثل‌ها، استعاره‌ها و داستان‌ها (اسکیچی و همکاران، ۲۰۲۳؛ کنانیان و همکاران، ۲۰۲۰؛ زمستانی و همکاران، ۲۰۲۲)، تطبیق اصطلاحات مرتبط با پریشانی و علائم بیماری (کنانیان و همکاران، ۲۰۲۰) و تطبیق باورهای فرهنگی و مذهبی (کنانیان و همکاران، ۲۰۲۰؛ زمستانی و همکاران، ۲۰۲۲) بوده است. مانند اغلب مدل‌های استفاده‌شده، تطبیق‌های انجام‌شده در این سه مطالعه نیز از نوع تطبیق‌های سطحی بوده‌اند.

۱.۳. تطبیق روان‌درمانی غالباً برای چه اختلالاتی انجام شده است؟

درمان‌های تطبیق‌یافته فرهنگی می‌تواند برای اختلالات مختلفی مورد استفاده قرار گیرد. در بین ۱۲ مطالعهٔ مورد بررسی در این مرور، شش مطالعه به درمان اختلالات اضطرابی و استرس و چهار مطالعه به درمان اختلال افسردگی پرداخته بودند. به صورت دقیق‌تر، اختلالاتی نظیر اختلال

¹ Iterative Model of Co-adaptation

² Formative Method for Adapting Psychotherapy

استرس پس از سانحه (اسکیچی و همکاران، ۲۰۲۳؛ کنانیان و همکاران، ۲۰۲۰)، اضطراب اجتماعی (امین و همکاران، ۲۰۲۰)، اضطراب فراگیر (چنگ و همکاران، ۲۰۲۰) و تروما (استوارت و همکاران، ۲۰۲۱)، مورد بررسی قرار گرفته‌اند. همچنین اختلال افسردگی اساسی (کنانیان و همکاران، ۲۰۲۰؛ دیوان و همکاران، ۲۰۲۳) و افسردگی پس از زایمان (جی‌دونگ و همکاران، ۲۰۲۴) نیز مورد توجه بوده‌اند. مضاف بر اختلالات یادشده، دمانس (پیرا و همکاران، ۲۰۲۰)، مدیریت اختلالات روانی شدید (دس‌عراقی و همکاران، ۲۰۲۱)، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و بهزیستی عمومی (پری و همکاران، ۲۰۲۴)، رضایت از زندگی (دیوان و همکاران، ۲۰۲۳)، افزایش عزت‌نفس (امین و همکاران، ۲۰۲۰) و افزایش مهارت‌های اجتماعی در نوجوانان مبتلا به اوتیسم (افشارنژاد و همکاران، ۲۰۲۰) نیز از دیگر اهداف درمانی مطالعات مرور شده بوده‌اند.

۱.۴. تطبیق فرهنگی روان‌درمانی معطوف به چه رویکردهای درمانی بوده است؟

گرچه به صورت نظری، تطبیق فرهنگی روان‌درمانی برای اکثر درمان‌های اختلالات روانی قابل اجراست، اما به نظر می‌رسد اقبال رویکرد درمان شناختی- رفتاری (CBT) به انجام تطبیق فرهنگی بیش از سایر رویکردها بوده است؛ به گونه‌ای که پنج مطالعه از مطالعات این مرور متمرکز بر تطبیق فرهنگی درمان شناختی- رفتاری به تنهایی (اسکیچی و همکاران، ۲۰۲۳؛ استوارت و همکاران، ۲۰۲۱؛ امین و همکاران، ۲۰۲۰) یا همراه با درمان دیگری (کنانیان و همکاران، ۲۰۲۰؛ جی‌دونگ و همکاران، ۲۰۲۴) بوده است. پس از درمان شناختی- رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در دو مطالعه (پری و همکاران، ۲۰۲۴؛ زمستانی و همکاران، ۲۰۲۲)، و درمان‌های مبتنی بر بازخوانی خاطرات^۱ (RT) (دیوان و همکاران، ۲۰۲۳)، تحریک شناختی^۲ (CST) (پیرا و همکاران، ۲۰۲۰)، روان‌درمانی شناختی مبتنی بر تاتوئیسم چینی^۳ (CTCP) (چنگ و همکاران، ۲۰۲۰) و برنامه سوئدی KONTAKT (افشارنژاد و همکاران، ۲۰۲۰) هر کدام در یک مطالعه مورد تطبیق فرهنگی قرار گرفته‌اند. این امر موید آن است که تطبیق یافتگی فرهنگی بصورت بالقوه برای طیف گسترده‌ای از درمان‌ها قابل اجراست.

۱.۵. چه گروه‌هایی از روان‌درمانی تطبیق یافته با فرهنگ بیشتر سود جسته‌اند؟

¹ Reminiscence therapy

³ Chinese Taoist Cognitive Psychotherapy

² Cognitive Stimulation Therapy

گروه‌های مختلفی می‌توانند از مزیت‌های روان‌درمانی تطبیق‌یافته با فرهنگ بهره ببرند؛ بطور خاص مهاجرین، پناهندگان و اقلیت‌های گوناگون می‌توانند با بهره‌گیری از درمان تطبیق‌یافته فرهنگی از سودمندی آن برخوردار باشند. از ۱۲ مطالعه بررسی شده نیز می‌توان نتیجه‌گیری کرد، درمان تطبیق‌یافته فرهنگی برای گستره سنی مختلف از نوجوانان (زمستانی و همکاران، ۲۰۲۲؛ امین و همکاران، ۲۰۲۰؛ افشارنژاد و همکاران، ۲۰۲۰؛ استوارت و همکاران، ۲۰۲۱) تا سالمندان (پریا و همکاران، ۲۰۲۰؛ دیوان و همکاران، ۲۰۲۳)، گروه‌های مختلف اقلیت مانند پناهندگان (اسکیچی و همکاران، ۲۰۲۳؛ کنانیان و همکاران، ۲۰۲۰؛ پری و همکاران، ۲۰۲۴) یا غیر پناهندگان (جی‌دونگ و همکاران، ۲۰۲۴؛ چنگ و همکاران، ۲۰۲۰) و همچنین گروه‌های غیراقلیت در جامعه (زمستانی و همکاران، ۲۰۲۲؛ امین و همکاران، ۲۰۲۰) قابل استفاده است.

۲. مدل یکپارچه تطبیق فرهنگی روان‌درمانی

با در نظر گرفتن چارچوب‌ها و مدل‌های پیشین و همچنین پژوهش‌های انجام‌شده، می‌توان با ادغام و بسط عناصر کلیدی موجود، مدل جدیدی برای تطبیق فرهنگی در مداخلات روان‌درمانی توسعه داد. این مدل جدید که آن را «مدل یکپارچه تطبیق فرهنگی روان‌درمانی» نام‌گذاری می‌کنیم، بر رویکردی جامع تأکید دارد. این رویکرد، تطبیق‌های سطحی و عمیق را با مشارکت جامعه و ذی‌نفعان تلفیق می‌کند، در عین حال وفادار به اصول اصلی درمان می‌ماند.

۲.۱. فاز اول: شناسایی

بررسی دقیق نیازها و مسائل جمعیت هدف و جلب مشارکت فعال اعضای جامعه و ذی‌نفعان برای ارائه مداخلات موثرتر و متناسب، اولین گام در مدل یکپارچه تطبیق فرهنگی روان‌درمانی به‌شمار می‌رود. در این گام که «فاز شناسایی» نام‌گذاری شده است، دو هدف اساسی دنبال می‌شود: الف- جلب مشارکت جامعه و ذی‌نفعان و ب- بررسی نیازهای روانی افراد با تکیه بر ویژگی‌های فرهنگی جمعیت هدف.

الف- مشارکت جامعه و ذی‌نفعان

برخی از رویکردهای پایین به بالا در تطبیق فرهنگی روان‌درمانی شامل ایجاد گروه‌های کانونی با ذی‌نفعان، نظرخواهی از ارائه‌دهندگان خدمات روانی که با جمعیت هدف کار می‌کنند و رهبران جامعه بوده است. اغلب داده‌های کیفی به دست از این طریق در رویکرد پایین به بالا، با عناصر

از پیش موجود درمان ادغام‌شده و در نهایت تطبیق فرهنگی انجام می‌گردد. با این حال گاهی نیز داده‌های کیفی به دست آمده منجر به پیدایش درمانی جدید برای جمعیت هدف شده است (کالیباتسوا و لئونگ، ۲۰۱۴). پژوهش‌های اخیر نیز بر اهمیت مشارکت ذینفعان در فرآیند تطبیق فرهنگی تاکید دارند. مشارکت ذینفعان بر پذیرش و اثربخشی مداخلات تاثیر مثبت داشته و اعتماد عمومی را نسبت به مداخلات روانی افزایش می‌دهد. ذینفعان را می‌توان شامل نمایندگان جمعیت هدف، رهبران و سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت روان، متخصصان (مانند درمانگران، روانشناسان و روانپزشکان، مددکاران اجتماعی و جامعه‌شناسان) و پژوهشگران دانست (موسیسیان و همکاران، ۲۰۲۱). در این راستا، جلسات متمرکز با جامعه و گروه‌های کانونی برگزار می‌شود تا از نزدیک نیازهای فرهنگی، ارزش‌ها و انتظارات مردم را درک کنند. مشارکت فعال جامعه در این فرآیند نه تنها باعث می‌شود مداخلات بیشتر پذیرفته شوند، بلکه تضمین می‌کند که این مداخلات به شیوه‌ای مؤثر و متناسب با فرهنگ ارائه شوند.

ب- بررسی نیازهای روانی افراد با تکیه بر ویژگی‌های فرهنگی جمعیت هدف

هدف دوم از فاز شناسایی، ارزیابی جامع از نیازهای خاص سلامت روان و ویژگی‌های فرهنگی جمعیت هدف است. در این راستا با بهره‌گیری از نظرسنجی‌ها، مصاحبه‌ها، داده‌های موجود و یافته‌های گروه‌های کانونی ذینفعان، اطلاعات جامع و دقیق گردآوری می‌شود. این اطلاعات به تیم درمان کمک می‌کند تا بفهمند چگونه می‌توانند مداخلات موجود را با توجه به بافت فرهنگی خاص هر جامعه یا گروه اصلاح و بومی‌سازی کنند.

۲.۲. فاز دوم: تطبیق فرهنگی

تطبیق فرهنگی روان‌درمانی به معنای سازگاری درمان با ویژگی‌های فرهنگی جمعیت هدف است. این تطبیق شامل تغییراتی در روش ارائه، رابطه درمانی یا اجزای درمان برای هماهنگی با باورها و رفتارهای فرهنگی است (والی و دویس، ۲۰۰۷). برخی محققان بین تطبیق‌های سطحی و تطبیق‌های ساختاری یا عمیق در مداخلات تمایز قائل شده‌اند. تطبیق‌های سطحی به انطباق مواد و اجزای ظاهری درمان مانند تصاویر، زبان و مثال‌ها و همچنین راه‌های انتقال دانش و آموزش اشاره دارد (هیم و کوهرت، ۲۰۱۹) و با رویکرد بالا به پایین در تطبیق فرهنگی روان‌درمانی همخوان است (کالیباتسوا و لئونگ، ۲۰۱۴). از سوی دیگر تطبیق‌های عمیق یا

ساختاری معطوف به عوامل فرهنگی، اجتماعی، محیطی یا تاریخی است که بر سلامت یا اختلال روان تاثیر می‌گذارد (هیم و کوهرت، ۲۰۱۹) و غالباً با رویکرد پایین به بالا همخوان است (کالیاتسا و لئونگ، ۲۰۱۴). با انجام تطبیق‌های سطحی و عمیق بصورت توانمند، ضمن اتخاذ رویکردی یکپارچه می‌توان انطباق فرهنگی را از نظر ظاهری و زمینه‌های تاریخی و اجتماعی تضمین کرد.

۲.۳. فاز سوم: آموزش درمانگران

فاز آموزش درمانگران یکی از کلیدی‌ترین مراحل در تضمین اثربخشی مداخلات درمانی است که علاوه بر آموزش‌های عمومی جهت افزایش شایستگی و حساسیت فرهنگی درمانگران، بر آموزش ویژگی‌ها و نیازهای فرهنگی جمعیت هدف نیز تاکید می‌ورزد. این فاز شامل دو بخش اصلی است: الف- آموزش شایستگی و حساسیت فرهنگی و ب- آموزش مهارت‌های فرهنگی و مداخلات مبتنی بر فرهنگ.

الف- آموزش شایستگی و حساسیت فرهنگی

شایستگی فرهنگی به مهارت‌هایی اشاره دارد که یک درمانگر می‌تواند برای درک ارزش‌ها، نگرش‌ها و رفتارهای فرهنگی بیماران به ویژه کسانی که پیشینه فرهنگی متفاوتی با شخص درمانگر دارد، به کار گیرد. شایستگی فرهنگی به یادگیری زبان یا پذیرش ارزش‌های فرهنگی مراجع مربوط نمی‌شود، بلکه به احترام به تفاوت‌ها و اطمینان خاطر از عدم تاثیر منفی این تفاوت‌ها بر روند تشخیصی و درمانی اشاره دارد (شولر اوچاک و همکاران، ۲۰۲۰). آموزش شایستگی و حساسیت فرهنگی به درمانگران و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روان باید متمرکز بر آگاهی فرهنگی و تأمل بر خود، دانش فرهنگی و مهارت‌های فرهنگی مناسب باشد. **آگاهی فرهنگی و تأمل بر خود** به شناسایی تعصبات و کلیشه‌ها و درک تنوع فراتر از قومیت و ملیت اشاره دارد. بررسی تاثیر این عوامل بر رابطه درمانی از طریق تمرین‌های تأملی قویاً توصیه می‌شود. **دانش فرهنگی** شامل شناخت پیشینه فرهنگی مراجع، جهان‌بینی، سبک ارتباطی و مفاهیم فرهنگی سلامت و بیماری روان است. بنابراین درک تفاوت‌های فرهنگی در بیان علائم و مدل‌های بیماری (به بیان دیگر مفاهیم فرهنگی پریشانی) حائز اهمیت است. در نهایت آموزش **مهارت‌های**

فرهنگی مناسب بیانگر توانایی سازگار کردن مداخلات با نیازهای فردی و فرهنگی مراجع، آمادگی جهت فراتر رفتن از مداخلات تطبیق‌یافته و یادگیری همکاری‌های لازم با میانجیگران فرهنگی و مترجمان است.

ب- آموزش مهارت‌های فرهنگی و مداخلات مبتنی بر فرهنگ

این بخش از آموزش شامل گنجاندن مسائل خاص مربوط به سلامت روان در فرهنگ‌های مختلف و سبک‌های ارتباطی موثر با تاسی از فرهنگ جمعیت هدف در برنامه‌های آموزشی درمانگران است. علاوه بر این به درمانگران و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روان، مداخلات روان‌درمانی تطبیق‌یافته با فرهنگ که از فاز دوم این مدل به دست آمده است، آموزش داده می‌شود. این آموزش‌ها باید مبتنی بر یادگیری تعاملی (شامل نقش‌آفرینی، بحث گروهی و مطالعات موردی) باشد تا روایات دنیای واقعی را منعکس کند. علاوه بر این آموزش‌های ارائه‌شده باید شامل چندین جلسه در طول زمان بوده تا مفاهیم کلیدی را تقویت کند و به درمانگران فرصت دهد تا مهارت‌ها را در بین جلسات تمرین کنند. همچنین نظارت‌های بالینی و جلسات پیگیری، جلسات هم‌افزایی و بازآموزی می‌تواند تضمین‌کننده آن باشد که دانش و مهارت‌ها با تغییر پویایی‌های فرهنگی در جامعه همسو است و کماکان پاسخگو و حساس به نیازهای فرهنگی جمعیت هدف است.

۲.۴. فاز چهارم: مداخله و اجرا

فاز چهارم مدل یکپارچه تطبیق فرهنگی روان‌درمانی به جلسات درمانی اشاره دارد. مطابق با این فاز، در جلسات درمانی ابتدا تمرکز بر ارزیابی و درک عمیق مراجع از نظر فرهنگی است تا مداخلات به نحوی موثرتر و متناسب با نیازهای خاص هر فرد ارائه شود. پس از ارزیابی، اجرای مداخلات تطبیق‌یافته انجام می‌گردد. در این بین رابطه درمانی و تطابق فرهنگی آن از اهمیت غیرقابل انکاری برخوردار است.

الف- ارزیابی اولیه

ارزیابی اولیه (خواه مراجع و خواه شکایات او) در روان‌درمانی تحت‌تاثیر مستقیم فرهنگ است. «طرح کلی صورت‌بندی فرهنگی»^۱ (OCF) که نخست در نسخه چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (۱۹۹۴) و سپس در نسخه بازنگری شده پنجم راهنمای تشخیصی و آماری

^۱ Outline for Cultural Formulation

اختلالات روانی (۲۰۲۲) گسترش یافت، چارچوبی نظام‌مند برای سنجش مواردی نظیر: هویت فرهنگی، مفاهیم فرهنگی پریشانی^۱، عوامل روانی- اجتماعی استرس‌زا و ویژگی‌های فرهنگی آسیب‌زایی و تاب‌آوری، ویژگی‌های فرهنگی رابطه بین فرد، درمانگر، تیم درمانی و نهاد ارائه‌دهنده خدمات و ارزیابی جامع فرهنگی فراهم می‌کند. بنابراین مطلوب است که موارد ذکرشده در جلسه یا جلسات ارزیابی مدنظر قرار گیرد. به همین منظور می‌توان از ابزارهای مختلفی نظیر «پروتکل مصاحبه تعاملی»^۲ (EIP)، «مصاحبه کوتاه مدل اکتشافی»^۳ (SEMI)، «فهرست مدل اکتشافی بارتز»^۴ (BEMI) و «مصاحبه روایت بیماری مک‌گیل»^۵ (MINI) استفاده کرد (هیم و کوهرت، ۲۰۱۹). شاید بتوان «مصاحبه صورت‌بندی فرهنگی»^۶ (CIF) (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۲۲) را به عنوان یکی نظام‌مندترین مصاحبه‌های موجود جهت نیل به اهداف طرح کلی صورت‌بندی فرهنگی (OCF) در نظر گرفت. مصاحبه صورت‌بندی فرهنگی (CIF) مصاحبه‌ای نیمه‌ساختار یافته با ۱۶ سوال است که چهار زمینه اساسی «تعریف فرهنگی مشکل»، «ادراکات فرهنگی در مورد علت، بافتار و حمایت اجتماعی»، «عوامل فرهنگی موثر بر خودسازگاری و کمک‌جویی در گذشته» و «عوامل فرهنگی موثر بر کمک‌جویی فعلی» را ارزیابی می‌کند (مظاهری‌نژاد فرد و همکاران، ۱۴۰۰). با این حال گاهی محدودیت زمانی و شرایط موقعیتی، مجالی برای استفاده از مصاحبه صورت‌بندی فرهنگی (CIF) باقی نمی‌گذارد. فونگ و لو (۲۰۱۷) با معرفی «رویکرد زمینه‌محور برای ارزیابی و صورت‌بندی فرهنگی»^۷ تلاش دارد به این محدودیت پاسخ دهد (برای جزئیات بیشتر نگاه کنید به فونگ و لو، ۲۰۱۷).

ب- اجرای مداخلات تطبیقی یافته با فرهنگ

پس از ارزیابی مراجع و شکایات او با تکیه بر ابعاد فرهنگی، اجرای مداخلات تطبیقی یافته فرهنگی که از فاز دوم این مدل به دست آمده است، در دستور کار قرار می‌گیرد. اجرای این مداخلات به همراه حساسیت فرهنگی و همچنین ظرافت‌های فرهنگی در رابطه درمانی (که در بخش بعدی به تفصیل بیان می‌شود) می‌تواند منجر به افزایش پذیرش و اعتماد نسبت به درمان و اثربخشی

¹ Cultural concepts of distress

² Engagement Interview Protocol

³ Short Explanatory Model Interview

⁴ Barts Explanatory Model Inventory

⁵ McGill Illness Narrative Interview

⁶ Cultural Formulation Interview

⁷ Contextual approach for cultural assessment and formulation

بیشتر مداخلات درمانی شود. برای اجرای کارآمد مداخلات تطبیق‌یافته، حفظ انعطاف‌پذیری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در طول فرآیند درمان، ممکن است بازخوردهای مداومی از مراجع یا سایر ذی‌نفعان دریافت شود که نیاز به انجام اصلاحاتی در مداخله را نشان دهد. بنابراین درمانگران و سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روان باید همواره انعطاف‌پذیری خود را در برابر شرایط و نیازهای جدید حفظ کنند. علاوه بر این، انطباق فردی درمان با پیشینه فرهنگی هر مراجع یکی از اصول اساسی در مداخلات تطبیق‌یافته با فرهنگ است. به ویژه با بینش توسعه‌یافته از مرحله ارزیابی و به طور خاص مفهوم فرهنگی پریشانی روانی برای هر مراجع، هر مراجع دارای تجربیات و پیشینه منحصر به فردی است که باید در فرآیند درمان مورد توجه قرار گیرد. بنابراین درمانگران می‌بایست در اجرای مداخلات منعطف باشند تا به نیازهای خاص هر مراجع مطابق با هویت و تاریخچه فرهنگی او پاسخ دهند.

پ- رابطه درمانی

برقراری رابطه درمانی در بستر تفاوت‌های فرهنگی با چالش‌هایی چون تفاوت در تعبیر پریشانی، انتظارات درمانی و احتمال بی‌اعتمادی همراه است؛ به همین دلیل پژوهش‌ها حاکی از آن است که درمان مراجعان با پیشینه فرهنگی متفاوت اثربخشی کمتری دارد (رهلوف، ۲۰۲۰). بنابراین رابطه درمانی که دربردارنده احترام به فرهنگ مراجع و بهره‌گیری از هنجارها و ارزش‌های اوست، می‌تواند اعتماد و پیوند درمانی را تقویت کند. افزون بر این بهره‌گیری از استعاره‌ها و ساختارهای روایی متناسب با تجربه زیسته فرهنگی مراجعان یکی از رویکردهای قابل استفاده در تسهیل درک مفاهیم درمانی و برقرار پیوند با مراجع است (علیخانی، نظیری، محمدی و امینی‌منش، ۱۴۰۳). «مثلث تعامل» (ارتباط، درک همدلانه و رابطه درمانی) (فونگ و لو، ۲۰۱۷) چارچوبی برای این امر ارائه می‌دهد: در ارتباطات بین فرهنگی باید به زبان، انتخاب واژه، نشانه‌های غیرکلامی و سبک‌های ارتباطی توجه داشت؛ درک همدلانه نیازمند مهارت در مواجهه با ارزش‌ها و جهان‌بینی‌های متفاوت است؛ و ایجاد رابطه درمانی مستلزم شناسایی تفاوت‌ها در کنار یافتن تجارب مشترک عمیق‌تر است. افزون بر این «انتقال فرهنگی»^۱ و «انتقال متقابل فرهنگی»^۲ نشان‌دهنده حضور ارزش‌ها و باورهای فرهنگی در رابطه درمانی‌اند و می‌توانند عواطف متنوعی

^۱ cultural transference

^۲ cultural countertransference

چون انکار، پرخاشگری، احساس گناه یا امید را برانگیزند (کوماس- دیاز و جکسون، ۱۹۹۱ به نقل از لی، ۲۰۱۸). عدم آگاهی درمانگر از این جنبه‌ها خطر پیامدهای ضعیف یا ترک درمان را افزایش می‌دهد (لی، ۲۰۱۸)، در حالی که تمرکز بر این عواطف می‌تواند به پیشرفت‌های درمانی منجر شود. گر چه قویاً توصیه می‌شود در این راه، درمانگران از سوپروایزهای باتجربه بهره‌مند باشند.

در نهایت «محیط فیزیکی» جلسات نیز بخشی از رابطه درمانی است. تنظیم فاصله بین‌فردی، استفاده از نشانه‌های فرهنگی آشنا برای ایجاد احساس راحتی (دی و کومار، ۲۰۲۰) یا به کارگیری اشیای بی طرف برای جلوگیری از سوگیری می‌تواند کیفیت تعامل درمانی را ارتقا دهد.

۲.۵. فاز پنجم: ارزیابی و تکرار

فاز پایانی این مدل به ارزیابی مداوم و اصلاحات مستمر مداخلات با هدف بهبود و افزایش اثربخشی درمان تطبیق‌یافته با فرهنگ می‌پردازد. این فاز می‌تواند شامل مراحل: ۱- بازخورد مستمر، ۲- سنجش نتایج و ۳- اصلاحات تکرارشونده باشد. در **بازخورد مستمر**، بازخوردهای منظم از مراجعان، درمانگران و سایر ذی‌نفعان گردآوری می‌شود. این بازخوردها به منظور ارزیابی وضعیت مداخله‌های اجراشده و بررسی تعاملات فرهنگی در رابطه درمانی انجام می‌شود. در این مرحله می‌توان از روش‌های کیفی و کمی برای ارزیابی اثربخشی مداخلات تطبیق‌یافته و همچنین بررسی صلاحیت فرهنگی رابطه درمانی استفاده نمود. این فرآیند به تشخیص نقاط ضعف و قوت مداخلات کمک کرده و زمینه‌ساز بهبودهای آتی خواهد بود. در **مرحله سنجش**، نتایج درمانی بر اساس معیارهای عمومی و فرهنگی ارزیابی می‌شوند؛ از جمله رضایت مراجع، کاهش علائم، بهبود بهزیستی و میزان انطباق فرهنگی مداخله. در ادامه، براساس بازخوردها، **اصلاحات تکرارشونده** اعمال می‌شود تا مداخلات همسو با نیازهای درمانی و فرهنگی باقی بمانند. این فرایند پویا، آمادگی مراجع برای پایان درمان، راهبردهای پس از درمان و جلسات پیگیری منظم را نیز دربر می‌گیرد و با مستندسازی، زمینه را برای تکرار موفقیت‌ها و پیشبرد علمی تطبیق فرهنگی فراهم می‌سازد. فاز ارزیابی و تکرار به عنوان حلقه‌ای باز و پویا از بازخورد، سنجش و اصلاحات مداوم طراحی شده تا درمان‌های تطبیق‌یافته همواره در بهترین سطح عملکرد خود قرار داشته باشند.

مدل یکپارچهٔ تطبیق فرهنگی روان‌درمانی را می‌توان به نوعی میراث چارچوب‌های پیشین در نظر گرفت. این مدل با بهره‌گیری از چارچوب‌های پیشین و رفع کاستی‌های آن‌ها، هم ابعاد سطحی (زبان، نمادها و استعاره‌ها) و هم ابعاد عمیق (باورها، ارزش‌ها و آداب و سنن) را پوشش داده و با مشارکت فعال ذی‌نفعان طراحی شده است. پویایی این مدل امکان انطباق آن را در زمینه‌های درمانی، رویکردها و جوامع گوناگون فراهم می‌کند. گرچه مدل یکپارچهٔ تطبیق فرهنگی روان‌درمانی با تکیه بر مبانی نظری، چارچوب‌ها و مدل‌های پیشین طراحی شده است، برای اثبات کارآمدی آن، اجرای پژوهش‌های تجربی ضروری است. بنابراین آزمایش‌های تصادفی کنترل‌شده^۱ برای مقایسهٔ مداخلهٔ تطبیق‌یافته و مطالعات طولی برای ارزیابی پایداری نتایج قویاً پیشنهاد می‌شود. در نهایت آن که یافته‌ها و پیشرفت‌های به دست آمده فارغ از هرگونه سوگیری باید در مجامع علمی منتشر شود؛ این امر متضمن پویایی مدل و توسعهٔ دانش و عمل در حوزهٔ روان‌درمانی است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده از مرور پژوهش‌های انجام‌شده حاکی از آن است که مداخلات تطبیق‌یافته با فرهنگ، سوای مدل مورد استفاده، جمعیت، اختلال یا رویکرد تطبیق‌یافته، اثربخشی مطلوبی دارند. در طی ۳۰ سال گذشته چارچوب‌های روان‌درمانی تطبیق‌یافته با فرهنگ پدید آمده و تکامل یافته‌اند. این چارچوب‌ها، راهنمایی‌هایی را در مورد تطبیق مداخلات روان‌درمانی با فرهنگ ارائه می‌دهد و عناصر اصلی مختلفی را که برای تطبیق‌یافتگی مداخلات با فرهنگ یا جمعیتی خاص لازم است، به تصویر می‌کشند (نعیم و همکاران، ۲۰۲۳). عناصر اصلی ذکرشده در مدل‌ها و چارچوب‌های موجود عبارت است از: زبان، افراد، استعاره‌ها، محتوا، مفاهیم، اهداف، روش‌ها، زمینه، رابطهٔ درمانی و مشارکت جامعه (برای مثال برنال و همکاران، ۲۰۱۹؛ نعیم و همکاران، ۲۰۰۹؛ راتود و همکاران، ۲۰۱۹). برخی از چارچوب‌های ایجادشده با گریز از نگاهی عمیق به درون یک فرهنگ، عمدتاً بر تطبیق‌یافتگی‌های سطحی تأکید داشته‌اند (برای نمونه لوپز و همکاران، ۱۹۸۹). این مدل‌ها گرچه پیشنهادات عملیاتی‌تر برای فرآیند تطبیق ارائه می‌کنند، اما به‌نظر می‌رسد اصالت روان‌درمانی را نیز تقلیل می‌دهند. با گذشت زمان، چارچوب‌ها تمرکز

¹ Randomized Controlled Trials (RCTs)

بیشتری به پیچیدگی‌های فرهنگ اختصاص دادند که می‌توانند بر فرد و فرآیند روان‌درمانی تاثیر بگذارد. این چارچوب‌های جدید بر تطبیق‌های عمیق و هسته‌ای در مداخلات تاکید دارند (برای نمونه راتود و همکاران، ۲۰۱۹). گرچه باید به خاطر داشت چارچوب‌ها و مدل‌های تطبیق فرهنگی روان‌درمانی غالباً از تغییرات اساسی در مبانی و ساخت‌های نظری یا فلسفی یک رویکرد درمانی اجتناب می‌کنند؛ زیرا چنین تغییراتی خطر انحراف از مدل اصلی یک درمان یا رویکرد را به همراه دارد (نعیم و همکاران، ۲۰۲۳). برخی از چارچوب‌ها با مشارکت ذی‌نفعان توسعه یافته‌اند (برای نمونه راتود و همکاران، ۲۰۱۹) در حالی که برخی دیگر از این منبع اطلاعاتی بالقوه چشم‌پوشی کرده‌اند (برای نمونه برنال و همکاران، ۱۹۹۵).

تعدد چارچوب‌های تطبیق فرهنگی روان‌درمانی حاکی از آن است که اجماع روشنی درباره‌ی اجزای اصلی آن وجود ندارد (نعیم و همکاران، ۲۰۲۳). چارچوب‌های عمیق اغلب به دستورالعمل‌های کلی و مبهم محدود می‌شوند، درحالی که چارچوب‌های سطحی از عمق و اصالت فرهنگی باز می‌مانند. پیامد این خلا، انجام پژوهش‌هایی بدون اتکا به چارچوب مشخص است که در نهایت تکرارپذیری، اعتبار و بی‌طرفی مطالعات را به‌طور جدی تهدید می‌کند.

مدل یکپارچه‌ی تطبیق فرهنگی روان‌درمانی تلاش دارد با در نظر گرفتن نقاط قوت و محدودیت‌های مدل‌های پیشین به همراه بررسی پژوهش‌های تطبیق فرهنگی انجام‌شده، نگاهی جامع به عوامل فرهنگی داشته باشد. در این مدل پنج فاز اصلی در نظر گرفته شده است که تلاش دارد جامعیت حساسیت فرهنگی و پویایی یک مداخله‌ی روان‌درمانی تطبیق‌یافته با فرهنگ را تضمین کند: فاز شناسایی، فاز تطبیق فرهنگی، فاز آموزش درمانگران، فاز مداخله و اجرا و فاز ارزیابی و تکرار. مدل معرفی‌شده تلاش دارد تا رویکرد بالا به پایین و پایین به بالا به‌صورت تلفیقی جهت تطبیق فرهنگی مداخلات مورد بهره‌برداری قرار گیرد. استفاده‌ی همزمان از این دو رویکرد، احتمالاً دقت مداخلات طراحی‌شده را افزایش می‌دهد.

این مطالعه با محدودیت‌هایی نیز همراه بوده است. مرور پیشینه تنها بر درمان‌ها متمرکز بوده و برنامه‌های آموزش روانی و ارتقای سلامت روان - که نه تنها مبتلایان بلکه افراد عادی جامعه را نیز در برمی‌گیرند- نادیده گرفته شده‌اند؛ در حالی که این مداخلات می‌توانند بازتاب دقیق‌تری از اثرات تطبیق فرهنگی ارائه دهند. علاوه بر این، مطالعات فقط از یک پایگاه (WoS) استخراج

شده و استفاده از منابع گسترده‌تر می‌تواند ارزش مرور را افزایش دهد. پژوهش حاضر صرفاً مدل یکپارچه تطبیق فرهنگی روان‌درمانی را معرفی کرده و اجرای عملی و ارزیابی آن را به پژوهش‌های آتی واگذار نموده است؛ بنابراین کاربرد این مدل تا پیش از تایید تجربی باید با احتیاط صورت گیرد.

با توجه به محدودیت‌های ذکرشده برای پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود مطالعات بر گسترش دامنه جستجو (افزایش مطالعات مورد بررسی از طریق افزودن کلیدواژه‌های دیگر مانند ارتقای سلامت روان و جستجو در پایگاه‌های داده دیگر) متمرکز شده تا جامعیت مرور افزایش یافته و بتوان مدل یکپارچه تطبیق فرهنگی روان‌درمانی را غنی‌تر کرد. علاوه بر این، بخشی از مسیر پژوهشی آینده می‌تواند به بررسی قابلیت اجرا، اعتبار و صحت مدل یکپارچه تطبیق فرهنگی روان‌درمانی در رویکردهای مختلف، اختلالات گوناگون و جمعیت‌های متنوع با پیشینه فرهنگی متفاوت متمرکز باشد.

جمع‌بندی

چارچوب‌های روان‌درمانی تطبیق‌یافته با فرهنگ مزیت درمانی قابل توجهی دارند. با این وجود پژوهش‌ها از چارچوب‌های یکسانی برای تطبیق پیروی نمی‌کنند. در واقع بین اجزای تطبیق فرهنگی که کارآمد هستند، اتفاق نظر وجود ندارد. مدل یکپارچه تطبیق فرهنگی روان‌درمانی با نگاهی جامع تلاش دارد تا چارچوبی مستحکم برای اجرای فرایند تطبیق مداخلات با فرهنگ هدف فراهم آورد. گرچه این مدل نوپا بوده و نیاز به اجرا و مطالعه دارد تا پتانسیل کاربردی آن سنجیده شود.

موازن اخلاقی

مقاله حاضر، مطالعه‌ای مروری و معرفی مدل است و شامل هیچ‌گونه پژوهش مستقیم بر انسان نمی‌شود. بنابراین اخذ تاییدیه اخلاقی و رضایت آگاهانه ضرورت نداشته است. تمامی اصول صداقت پژوهشی و اخلاق نشر در این مطالعه رعایت شده است.

مشارکت نویسندگان

مشارکت نویسندگان در تهیه این مقاله یکسان بوده است. نویسنده اول مفهوم‌پردازی، نگارش و ویراستاری مقاله را برعهده داشته است. نویسنده دوم مفهوم‌پردازی، بازبینی و نظارت علمی مقاله را برعهده داشته است.

تعارض منافع

مطالعه حاضر تعارض منافی را به همراه نداشته است.

سپاسگزاری

این مقاله بدون دریافت حمایت مالی انجام گردیده است.

منابع

- Afsharnejad, B., Falkmer, M., Black, M., Alach, T., Lenhard, F., Fridell, A., Coco, C., Milne, K., Chen, N., Bölte, S., & Girdler, S. (2020). Cross-Cultural Adaptation to Australia of the KONTAKT© Social Skills Group Training Program for Youth with Autism Spectrum Disorder: A Feasibility Study. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 50(12), 4297–4316. [\[Link\]](#)
- Aguirre, E., Spector, A., & Orrell, M. (2014). Guidelines for adapting cognitive stimulation therapy to other cultures. In *Clinical Interventions in Aging*, (pp. 177-193). Routledge. [\[Link\]](#)
- Akhtar, A., Engels, M., Bawaneh, A., Bird, M., Bryant, R., Cuijpers, P., Hansen, P., Al-Hayek, H., Ilkkursun, Z., Kurt, G., Sijbrandij, M., Underhill, J., Acarturk, C., & Strengths Consortium. (2021). Cultural Adaptation of a Low-Intensity Group Psychological Intervention for Syrian Refugees. *Intervention-International Journal Of Mental Health Psychosocial Work And Counselling In Areas Of Armed Conflict*, 19(1), 48–57. [\[Link\]](#)
- Alikhani, M., Naziri, Gh., Mohammadi, M., & Aminimnesh, S. (2024). Developing of a Metaphor-based Psychoeducational Packag Explain and Conceptualize Impaired Autonomy and Performance Schemas. *Quarterly of Applied Psychology*, 18 (2), 131-151. [\[Link\]](#)

- Alrashdi, D. H., Alyafei, A. H., Alanazi, S. A., Meyer, C., & Gould, R. L. (2024). Cultural adaptations of third-wave psychotherapies in Gulf Cooperation Council countries: A systematic review. *Transcultural Psychiatry*, 61(2), 209–228. [\[Link\]](#)
- Amin, R., Iqbal, A., Naeem, F., & Irfan, M. (2020). Effectiveness of a culturally adapted cognitive behavioural therapy-based guided self-help (CACBT-GSH) intervention to reduce social anxiety and enhance self-esteem in adolescents: A randomized controlled trial from Pakistan. *Behavioural And Cognitive Psychotherapy*, 48(5), 503–514. [\[Link\]](#)
- Bernal, G., Bonilla, J., & Bellido, C. (1995). Ecological validity and cultural sensitivity for outcome research: Issues for the cultural adaptation and development of psychosocial treatments with Hispanics. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 67–82. [\[Link\]](#)
- Chang, D., Ng, N., Chen, T., Hung, T., Miao, I., Cao, Y., & Zhang, Y. (2020). Let Nature Take Its Course: Cultural Adaptation and Pilot Test of Taoist Cognitive Therapy for Chinese American Immigrants With Generalized Anxiety Disorder. *Frontiers In Psychology*, 11. [\[Link\]](#)
- Chu, J., & Leino, A. (2017). Advancement in the maturing science of cultural adaptations of evidence-based interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(1), 45. [\[Link\]](#)
- Daass-Iraqi, S., Garber-Epstein, P., & Roe, D. (2021). Cultural Adaptation of the Illness Management and Recovery Intervention Among Israeli Arabs. *Psychiatric Services*, 72(7), 848–852. [\[Link\]](#)
- Dey, A. M., & Kumar, A. (2020). Physical framework for a counselling environment in India: Thematic analysis of counsellors' perceptions. *Counselling and Psychotherapy Research*, 20(2), 336–345. [\[Link\]](#)
- Diwan, S., Eliazar, A., Pham, D., & Fuentes, M. (2023). Evaluation of a culturally adapted reminiscence therapy intervention: Improving mood, family and community connectedness in Spanish- and Vietnamese-speaking older adults. *Transcultural Psychiatry*, 60(6), 973–984. [\[Link\]](#)
- Eskici, H. S., Hinton, D. E., Jalal, B., Yurtbakan, T., & Acarturk, C. (2023). Culturally adapted cognitive behavioral therapy for Syrian refugee women in Turkey: A randomized controlled trial. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 15(2), 189-198. [\[Link\]](#)
- Fatehizade, M., Choupani, M., Asanjarani, F., & de Castro Correa, A. (2022). Investigating Existential Crises of Unfaithful Men and Examining the

- Effectiveness of Indigenous Counseling Based on Marital Infidelity Tendency. *Quarterly of Applied Psychology*, 16 (1), 203-228. [\[Link\]](#)
- Fung, K., & Lo, T. (2017). An integrative clinical approach to cultural competent psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 47, 65-73. [\[Link\]](#)
- 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. [\[Link\]](#)
- Heim, E., & Kohrt, B. A. (2019). Cultural adaptation of scalable psychological interventions. *Clinical Psychology in Europe*, 1(4), 1-22. [\[Link\]](#)
- Jidong, D. E., Ike, J. T., Husain, N., Murshed, M., Francis, C., Mwankon, B. S., Jack, B. D., Jidong, J. E., Pwajok, Y. J., & Nyam, P. P. (2023). Culturally adapted psychological intervention for treating maternal depression in British mothers of African and Caribbean origin: A randomized controlled feasibility trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(3), 548-565. [\[Link\]](#)
- Jidong, D., Ike, T., Murshed, M., Francis, C., Mwankon, S., Jidong, J., Pwajok, J., Nyam, P., & Husain, N. (2024). Postnatal depression in British mothers of African and Caribbean origin: A randomised controlled trial of learning through play plus culturally adapted cognitive behaviour therapy compared with psychoeducation. *FRONTIERS IN PSYCHIATRY*, 15:1383990. [\[Link\]](#)
- Kalibatseva, Z., & Leong, F. T. (2014). A critical review of culturally sensitive treatments for depression: Recommendations for intervention and research. *Psychological Services*, 11(4), 433-450. [\[Link\]](#)
- Kananian, S., Soltani, Y., Hinton, D., & Stangier, U. (2020). Culturally adapted cognitive behavioral therapy plus problem management (CA-CBT+) with Afghan refugees: A randomized controlled pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 33(6), 928-938. [\[Link\]](#)
- López, S. R., Grover, K. P., Holland, D., Johnson, M. J., Kain, C. D., Kanel, K., Mellins, C. A., & Rhyne, M. C. (1989). Development of culturally sensitive psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(6), 369-376. [\[Link\]](#)
- Mazaheri Nejad Fard, G., Zarani, F., & Mousavi, N. (2021). Cultural Formulation Interview: The Role of Culture in Psychopathology. *Rooyesh*, 10 (2), 171-178. [\[Link\]](#)

- Moleiro, C. (2018). Culture and psychopathology: New perspectives on research, practice, and clinical training in a globalized world. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 366. [\[Link\]](#)
- Movsisyan, A., Arnold, L., Copeland, L., Evans, R., Littlecott, H., Moore, G., O’Cathain, A., Pfadenhauer, L., Segrott, J., & Rehfuss, E. (2021). Adapting evidence-informed population health interventions for new contexts: A scoping review of current practice. *Health Research Policy and Systems*, 19, 1–19. [\[Link\]](#)
- Naeem, F., Ayub, M., Gobbi, M., & Kingdon, D. (2009). Development of Southampton Adaptation Framework for CBT (SAF-CBT): A framework for adaptation of CBT in non-western culture. *Journal of Pakistan Psychiatric Society*, 6(2), 79-84. [\[Link\]](#)
- Naeem, F., Sajid, S., Naz, S., & Phiri, P. (2023). Culturally adapted CBT—the evolution of psychotherapy adaptation frameworks and evidence. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 16, e10. [\[Link\]](#)
- Pereira, G., Sousa, I., & Nunes, M. (2022). Cultural Adaptation of Cognitive Stimulation Therapy (CST) for Portuguese People with Dementia. *Clinical Gerontologist*, 45(4), 891–902. [\[Link\]](#)
- Perry, A., Gardener, C., Shieh, J., Hò, Q., Doan, A., & Bhui, K. (2024). Investigating the acceptability of a culturally adapted acceptance and commitment therapy group for UK Vietnamese communities: A practice-based feasibility study. *Transcultural Psychiatry*, 61(4), 626-651. [\[Link\]](#)
- Rathod, S., Phiri, P., & Naeem, F. (2019). An evidence-based framework to culturally adapt cognitive behaviour therapy. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 12, e10. [\[Link\]](#)
- Rohloff, H. (2019). The Patient–Therapist relationship in intercultural psychotherapy. In *Intercultural Psychotherapy: For Immigrants, Refugees, Asylum Seekers and Ethnic Minority Patients* (pp. 103-118). Cham: Springer International Publishing. [\[Link\]](#)
- Schouler-Ocak, M., Graef-Calliess, I. T., Tarricone, I., Qureshi, A., Kastrup, M. C., & Bhugra, D. (2015). EPA guidance on cultural competence training. *European Psychiatry*, 30(3), 431–440. [\[Link\]](#)
- Shroff, A., Roulston, C., Fassler, J., Dierschke, N., Todd, J., Rios-Herrera, A., Plastino, K., & Schleider, J. (2023). A Digital Single-Session Intervention Platform for Youth Mental Health: Cultural Adaptation, Evaluation, and Dissemination. *Jmir Mental Health*, 10, e43062 [\[Link\]](#)

- Sorenson, C., & Harrell, S. P. (2021). Development and testing of the 4-Domain Cultural Adaptation Model (CAM4). *Professional Psychology: Research and Practice*, 52(3), 250. [\[Link\]](#)
- Stewart, R., Orengo-Aguayo, R., Wallace, M., Metzger, I., & Rheingold, A. (2021). Leveraging Technology and Cultural Adaptations to Increase Access and Engagement Among Trauma-Exposed African American Youth: Exploratory Study of School-Based Telehealth Delivery of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Journal Of Interpersonal Violence*, 36(15–16), 7090–7109. [\[Link\]](#)
- Whaley, A. L., & Davis, K. E. (2007). Cultural competence and evidence-based practice in mental health services: A complementary perspective. *American Psychologist*, 62(6), 563–574. [\[Link\]](#)
- Zemestani, M., Hosseini, M., Petersen, J., & Twohig, M. (2022). A pilot randomized controlled trial of culturally-adapted, telehealth group acceptance and commitment therapy for iranian adolescent females reporting symptoms of anxiety. *Journal Of Contextual Behavioral Science*, 25, 145–152. [\[Link\]](#)