

Kulturološke prilagodbe kognitivno-bihevioralne terapije u izvanbolničkom tretmanu odraslih

Mrgan, Ivana

Professional thesis / Završni specijalistički

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:131:884051>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-24**



Sveučilište u Zagrebu
Filozofski fakultet
University of Zagreb
Faculty of Humanities
and Social Sciences

Repository / Repozitorij:

[ODRAZ - open repository of the University of Zagreb
Faculty of Humanities and Social Sciences](#)





Sveučilište u Zagrebu

FILOZOFSKI FAKULTET

Ivana Mrgan

**Kulturološke prilagodbe
kognitivno-bihevioralne terapije
u izvanbolničkom tretmanu odraslih**

SPECIJALISTIČKI RAD

Zagreb, 2022.



Sveučilište u Zagrebu

FILOZOFSKI FAKULTET

Ivana Mrgan

**Kulturološke prilagodbe
kognitivno-bihevioralne terapije
u izvanbolničkom tretmanu odraslih**

SPECIJALISTIČKI RAD

Mentor: prof. dr. sc. Nataša Jokić-Begić

Zagreb, 2022.

Naziv sveučilišnoga poslijediplomskoga studija:

Specijalistički studij kliničke psihologije

Specijalistički rad obranjen je 19.07.2022. pred Stručnim povjerenstvom u sastavu:

1. prof. dr. sc. Denis Bratko
2. prof. dr. sc. Nataša Jokić-Begić
3. prof. dr. sc. Ivanka Živčić Bećirević (Filozofski fakultet, Rijeka)

ZAHVALA

Zahvaljujem mentorici prof. dr. sc. Nataši Jokić-Begić na vođenju i potpori tijekom studentskih dana, ali i kroz stručno usavršavanje u kognitivno-bihevioralnim terapijama te suradnju kroz različite projekte tijekom moje karijere. Nadam se da će Vaša predanost, znatiželja i strast kojom pristupate području kliničke psihologije još dugo biti poticaj generacijama studenata koje dolaze.

Zahvaljujem se svom suprugu na kontinuiranoj potpori, kolumbovskom propitkivanju i testiranju mojih ideja što ih je učinilo jasnijima i moje pisanje čistijim.

Hvala mojim roditeljima i sestri za svesrdnu pomoć, potporu i razumijevanje tijekom cijelog školovanja i karijere.

Hvala knjižničarkama, gospođi Ivoni Milovanović iz Nacionalne i sveučilišna knjižnica u Zagrebu i gospođi iz Katarske nacionalne knjižnice za potporu prilikom prikupljanja građe i planiranja strategija za pretraživanje literature.

Hvala lektorici, gospođi Mariji Hrilje koja je pomogla disciplinirati moje razvedene rečenice i nespretne jezične strukture.

Hvala Novim nadama kliničke psihologije na razmjeni iskustava, savjetima, potpori, druženju i đavoljem odvjetništvu.

Naposlijetku, zahvaljujem svim mojim najdražim učiteljima, klijentima za dijeljenje suza i smijeha, ranjivosti i nade. Hvala vam za privilegiju da s vama dijelim uvide te budem pratilac i potpora na putovanju u bolje sutra. Napukli, ali ne i slomljeni, testirani, ali ne i bespomoćni.

“There is a crack in everything. That's how the light gets in.”.
Leonard Cohen

ŽIVOTOPIS MENTORA

Prof. dr. sc. Nataša Jokić-Begić rođena je 1. kolovoza 1964. godine. Na Filozofskom fakultetu u Zagrebu diplomirala je psihologiju 1987. godine. Na istom je fakultetu magistrirala 1994. godine, a doktorat je stekla na Medicinskom fakultetu u Zagrebu 2000. godine.

Od 1987. bila je zaposlena na KBC-u Zagreb, od 2001. do 2004. godine bila je u kumulativnom radnom odnosu na Kliničkom bolničkom centru i na Filozofskom fakultetu u Zagrebu. Od 2004. godine je zaposlena na Odsjeku za psihologiju, Filozofskog fakulteta u Zagrebu, Katedra za zdravstvenu i kliničku psihologiju.

U zvanje docenta u polju psihologija, grana klinička i zdravstvena psihologija je izabrana 2001. godine, u zvanje izvanrednog profesora izabrana je 2006. godine, a u zvanje redovitog profesora 2011. godine. Voditeljica je više obaveznih i izbornih kolegija na diplomskom i poslijediplomskom studiju. Osmislila je i voditeljica je programa Poslijediplomskog specijalističkog studija kliničke psihologije te sudjeluje u radu Doktorskog studija psihologije. Sudjeluje i u diplomskoj i poslijediplomskoj nastavi na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Mentorica je diplomskim, specijalističkim i doktorskim radnjama.

Aktivno se bavi istraživačkim radom. Znanstveni je interes otpočetak karijere vrlo aktivno usmjerila prema istraživanju etioloških čimbenika anksioznosti, pojava oblika anksioznih poremećaja i njihovom liječenju, kao i prema psihičkim manifestacijama stresa. Osim navedenog, klinički i istraživački se bavi fenomenom transpolnosti. Bila je voditeljica nekoliko znanstvenih projekata. Objavila brojne znanstvene i stručne radove u domaćim i inozemnim časopisima. Autorica više poglavlja u knjigama i udžbenicima. Licencirani je kognitivno-bihevioralni terapeut. Obnašala je funkciju predstojnice Katedre za zdravstvenu i kliničku psihologiju u nekoliko navrata. Bila je recenzentica nastavnih programa kao i prijedloga znanstvenih projekata na natječajima Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta, te Naklade za znanost RH. Dobitnica je priznanja *Hrvatskog psihološkog društva Marulić: Fiat Psychologia* (2007. godine) za osobito vrijedan doprinos razvitku i promicanju hrvatske primijenjene psihologije. Dobitnica je nagrade *Snježana Biga Friganović Hrvatske psihološke komore* (2013. godine) za poseban doprinos organizaciji, radu i razvoju Hrvatske psihološke komore. Dobitnica je posebnog priznanja Dekanskog kolegija filozofskog fakulteta za izniman doprinos u organizaciji međunarodnog znanstveno-stručnog skupa *37th STAR conference*.

Kulturološke prilagodbe kognitivno-bihevioralne terapije u izvanbolničkom tretmanu odraslih

Sažetak

Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) prva je linija tretmana indicirana za široki raspon poremećaja mentalnog zdravlja. Važno je spomenuti kako navedeni pristup reflektira europsko-američki skup vrijednosti. S druge strane, evidentirano je kako kultura pojedinca oblikuje percepciju zdravlja i dobrobiti, uvjerenja o uzrocima tegoba te njihovu liječenju. Upravo se stoga preporučuje kulturološka prilagodba psiholoških tretmana. Iako je logička podloga za kulturološke prilagodbe prilično jasna, znanstvena provjera učinkovitost prilagođenih tretmana na samim je počecima. Cilj ovog preglednog rada bio je sintetizirati literaturu o učinkovitosti kulturološki prilagođene kognitivno-bihevioralne terapije u usporedbi s neprilagođenom formom kognitivno-bihevioralne terapije u izvanbolničkom tretmanu odraslih pacijenata. U radu su prikazana randomizirana kontrolirana istraživanja te je ocijenjena i njihova kvaliteta prema standardiziranom protokolu za procjenu rizika od pristranosti (PRISMA-P). Drugi cilj ovog rada bio je ponuditi preporuke za proces kulturne prilagodbe kognitivno-bihevioralne terapije koji može biti koristan kako za kliničku praksu tako i za buduća istraživanja ishoda tretmana.

Ključni pojmovi: kognitivno-bihevioralna terapija, kulturološke prilagodbe psiholoških tretmana, učinkovitost psiholoških tretmana, randomizirana kontrolirana istraživanja

Cultural Adaptations of Cognitive Behavioral Therapy in Outpatient Adult Care

Summary

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) had become the first line of treatment indicated for a wide range of mental health disorders. It is relevant to mention that CBT was developed, evaluated, and revised predominantly in settings and on populations that reflect European-American set off values. That being said, one's culture shapes perception of health and well-being, beliefs about causes and remedies. Therefore, adapting treatments to be more culturally responsive is highly advisable. Although rationale for cultural adaptations is quite clear, the body of research that would inform evidence-based practice is still limited. The aims of this review were to synthesize the literature on efficacy of culturally adapted CBT in comparison to unadapted CBT for outpatient populations in randomized control trials reflecting also identified risks of bias for randomized trials. Additional aim was to describe the process and relevant elements .of cultural adaptation with reflection on quality of said primary studies.

Keywords: CBT, Cognitive Behavioral Therapy, Behavioral Cognitive Therapy cultural adaptation, culturally adapted, cultural modifications, treatment efficacy, randomized controlled trials

Sadržaj

1. Uvod	8
1.1 <i>Multikulturalna psihologija</i>	9
1.2 <i>Multikulturalno savjetovanje i kulturološke prilagodbe tretmana</i>	10
1.3 <i>Potreba za kulturološkim adaptacijama psiholoških tretmana</i>	12
1.4 <i>Definicija i modeli kulturoloških adaptacija psiholoških tretmana</i>	17
1.5 <i>Modeli kulturoloških adaptacija kognitivno-bihevioralnih tretmana</i>	22
1.6 <i>Nalazi o učinkovitosti kulturoloških adaptacija kognitivno-bihevioralnih tretmana</i>	25
2. Cilj i problemi istraživanja	28
3. Metodologija	29
3.1 <i>Nacrt</i>	29
3.2 <i>Kriteriji uključenja i isključenja</i>	29
3.3 <i>Strategija pretraživanja</i>	30
3.4 <i>Upravljanje i ekstrakcija podataka</i>	31
3.5 <i>Procjena kvalitete uključenih studija</i>	32
3.6 <i>Sinteza podataka</i>	32
4. Rezultati	33
4.1 <i>Pretraživanje literature</i>	34
4.2 <i>Obilježja uključenih studija</i>	36
4.3 <i>Učinkovitost kulturološki adaptiranih formi kognitivno-bihevioralnih tretmana</i>	38
4.4 <i>Opis procesa kulturne adaptacije kod uključenih studija</i>	40
4.5 <i>Kvaliteta i rizik pristranosti uključenih studija</i>	43
5. Rasprava	44
6. Zaključak	50
7. Literatura	53
8. Životopis	68
9. Prilozi	69

1. Uvod

Multikulturalna psihologija danas se smatra četvrtom strujom po značaju u kontekstu razumijevanja ljudskog ponašanja uz psihoanalitički pristup, biheviorizam i humanizam (Pedersen, 1990). Iz navedenog proizlazi kako su sva ljudska ponašanja, pa i način na koji kao praktičari pristupamo psihološkim tretmanima, obojena naslijeđem, vrednotama i skupom vjerovanja određene kulture. Navedeno je u novije vrijeme integrirano i u ključne dokumente, standarde rada, smjernice i etičke kodekse ključnih strukovnih udruga (American Psychological Association [APA] 2002, 2017; European Federation of Psychologists' Associations [EFPA], 2009). Načela i teorijski pristupi multikulturalne perspektive uključeni su i u mnoge sveučilišne priručnike i smjernice vezane za psihoterapiju i savjetovanje, kao ključni dijelovi kurikula za integriranu kliničku praksu (Ivey i sur., 2012; Moodlez i sur., 2013).

Načela i pristupi multikulturalne psihologije i njezine praktične implikacije doprinijeli su različitim granama primijenjene psihologije (Leong i sur., 2014), pa tako i području kliničke psihologije. Sue i sur. (1996) uvode koncept multikulturalnog savjetovanja kao okvira za implementaciju kulturološki osjetljivih psiholoških tretmana. U odnosu na ovaj metateorijski pristup postoje i istraživači koji promiču znanstveno utemeljene tretmane kao terapiju izbora i zadovoljavajućih ishoda u raznolikim kulturološkim kontekstima (Hwang, 2011). Noviji empirijski nalazi ipak govore u prilog učinkovitosti kulturološki prilagođenih tretmana (Griner i Smith, 2006; Benish i sur., 2011; Hall i sur., 2016, Thomas, 2017).

Imajući u vidu tendencije globalizacije i internacionalizacije, kao i raznovrsnost ciljanih populacija i zajednica, jasna je potreba za kulturnim prilagodbama psiholoških tretmana (Moodlez i sur., 2013). S druge je strane zamjetno kako je većina psiholoških tretmana razvijena i evaluirana u zapadnim zemljama (Kirmayer, 2007). Osim toga, etničke manjine često su podzastupljene u randomiziranim kontroliranim ispitivanjima, a nesklad između potreba i raspoloživosti psihosocijalnih usluga pogađa upravo najosjetljivije zajednice (La Roche i Christopher, 2008; Alonso i sur., 2018). U nastojanju da se odgovori na te potrebe i podrži daljnji razvoj ovog područja, razvijeni su različiti modeli kulturoloških adaptacija psiholoških tretmana, pa i kognitivno-bihevioralne terapije.

Cilj ovog rada je dati pregled nalaza dosadašnjih primarnih istraživanja usmjerenih na učinkovitost adaptirane u odnosu na neadaptiranu formu kognitivno-bihevioralne terapije i načiniti kvalitativnu analizu kako bi se doprinijelo razumijevanju specifičnog procesa i aspekata povezanih s prilagodbom navedenog psihološkog tretmana. U ovom je radu na početku dan kratak pregled najvažnijih trendova u ovom području i nalaza ranijih istraživanja vezanih za potrebe i učinkovitost kulturoloških adaptacija psiholoških tretmana. Potom je dan kratak pregled okvira za kulturnu adaptaciju općenito, a zatim za kognitivno-bihevioralnu terapiju u užem smislu. Nakon toga su, koristeći se metodologijom sustavnog preglednog rada, sumirani nalazi randomiziranih kontroliranih studija koji su vezani za učinkovitost adaptirane u odnosu na neadaptiranu formu kognitivno-bihevioralnog tretmana. Dodatno su u svrhu boljeg razumijevanja mehanizama za kulturološku adaptaciju sumirani elementi i proces kulturološke adaptacije u kontekstu modela Rathod i suradnika (2015).

U skladu sa smjernicama za izradu sustavnog preglednog rada rad je uključio i analizu kvalitete uključenih studija te cjelokupne mase dokaza pojedine terapijske intervencije. Ovakav sistematizirani pregled omogućuje sumiranje najnovijih nalaza u ovome području, s posebnim naglaskom na učinkovitost adaptirane u odnosu na neadaptiranu formu tretmana te pregled relevantnih elementa kulturološke prilagodbe u kognitivno-bihevioralnom tretmanu. Rad je uključio i kritički osvrt i smjernice za daljnja istraživanja, ali i praktični rad kliničara zainteresiranih za kulturno osjetljivu psihoterapiju i savjetovanje.

1.1 Multikulturalna psihologija

Multikulturalnost u savjetovanju i psihoterapiji jedan je od istaknutijih pristupa u integraciji savjetodavne teorije i prakse (Ivey i sur., 2012) i zauzima sve važnije mjesto u području kliničke psihologije. Multikulturalna psihologija bavi se proučavanjem različitih kulturoloških utjecaja na ljudsko ponašanje (Hall, 2009). Prema Pedersonu (1990) upravo je multikulturalna psihologija jedan od najznačajnijih pristupa u kontekstu razumijevanja ljudskog ponašanja te je komplementarna psihoanalitičkom pristupu, biheviorizmu i humanizmu. Navedeno bi značilo da je potrebno ljudsko ponašanje promatrati u kontekstu kulture iz koje pojedinac dolazi, bez obzira na polazišnu paradigmu praktičara ili istraživača. Korakom prema formalnom priznanju ovog područja istraživanja i kliničke prakse smatra se Etički kodeks (APA, 1992) u kojem je izrijekom navedeno kako psiholozi trebaju pružati svoje usluge na kulturno osjetljiv način te je sukladno

tome definiran i okvir kompetencija koji je postavio temelje za daljnji razvoj standarda u postupanju, istraživanju i kliničkoj praksi. Kasnije se putem *Smjernica za pružatelje psiholoških tretmana*, izdanih 1993. i 2002. (APA), kao profesionalne odgovornosti psihologa navode psihoedukacija o terapijskom procesu, kulturnim specifičnostima, razumijevanje uloge kulture u percepciji zdravlja i bolesti, poštivanje religijskih, obiteljskih, kulturoloških i drugih vrednota zajednice iz koje klijent dolazi. Osim toga, poželjno je komunicirati na jeziku koji klijent preferira, uzeti u obzir socijalne, političke, ekonomske i druge utjecaje prilikom postupka procjene, planiranja i evaluacije tretmana.

Novo *Multikulturalne smjernice* izdane su 2017. (APA) i njima se promiče shvaćanje kako je osobni identitet fluidan i dinamičan, što je potrebno imati na umu i prilikom konceptualizacije i izrade kliničkih formulacija te izbjegavati pretpostavke temeljene na ograničenom poznavanju kulturnog konteksta. Među ostalim, ističe se potreba za kulturološki prilagođenim intervencijama u tretmanu i usmjeravanjem na osobne snage u radu s pojedincima, obiteljima i grupama s ciljem razvoja otpornosti ovisno o sociokulturnom kontekstu. Na području Europe je 2009. u okviru *Europskog saveza društava psihologa osnovana Radna skupina za kulturalnu i etničku raznolikost* (Jensen i Kolman, 2018). Radna skupina izradila je preporuke za programe obrazovanja, etičke smjernice i preporuke vezane za kulturnu i etničku raznolikost koje također uključuju potrebu za kontinuiranom evaluacijom psiholoških instrumenata i tretmana s ciljem osiguravanja kulturne osjetljivosti. I dok relevantna stručna tijela ističu potrebu za kulturnom osjetljivošću prilikom planiranja, pružanja i evaluacije psiholoških tretmana, još su uvijek relativno rijetke primarne studije visoke kvalitete u ovom području istraživanja (Hofmann i Asmundson, 2017).

1.2 Multikulturalno savjetovanje i kulturološke prilagodbe tretmana

S obzirom na kontinuirana nastojanja oko pronalaženja odgovarajućih okvira za kulturno osjetljivu kliničku praksu potrebno je osvrnuti se na smjerove u razvoju ovog područja, kao i empirijske nalaze koji su bili podloga za daljnji napredak područja. Multikulturalno savjetovanje [MTC] (Sue i sur., 1996) je metateorijski pristup koji prepoznaje kako su različiti pristupi tretmanu i njihovi ishodi pod utjecajem kulturnog konteksta. Druga postavka je kako je potrebno uzeti u obzir da je i klijentov i praktičarev identitet rezultat kulturološki obojenih iskustava na

interpersonalnoj i intrapersonalnoj razini. Upravo je stoga nužno cjelovitost ovih utjecaja uključiti u pojedini plan tretmana. Sljedeća pretpostavka govori o tome kako je upravo taj identitet determinanta vjerovanja i stavova osobe o sebi, svijetu i drugima te ga je potrebno imati na umu pri raščlanjivanju problema i u skladu s tim postavljanju ciljeva. Četvrta pretpostavka odnosi se na učinkovitost tretmana, pri čemu je presudno da praktičar implementira strategije i tehnike koje su konzistentne s kulturološkim identitetom, životnom poviješću i iskustvima osobe koja dolazi na terapiju ili savjetovanje. Predzadnja postavka odnosi se na važnost prepoznavanja resursa u zajednici i već razvijenih praksi koji su komplementarni psihološkom tretmanu. Završna pretpostavka odnosi se na važnost poticanja svijesti o sebi u socijalnom kontekstu (ja – obitelj – zajednica – društvo).

Nasuprot metateorijskom pristupu postoje i istraživači koji promiču znanstveno utemeljene tretmane kao terapiju izbora i zadovoljavajućih ishoda u raznolikim kulturološkim kontekstima (Hwang, 2011). U tom kontekstu kulturološke prilagodbe kritizirane su kao skupe uz mali povrat dobiti. Tako su primjerice Marchand i sur. (2010) evidentirali kako je program prevencije depresije za adolescente po kognitivno-bihevioralnim principima producirao slične efekte za adolescente azijskog, hispankog i europskog podrijetla. S druge strane, noviji empirijski nalazi govore u prilog učinkovitosti kulturološki prilagođenih tretmana. Metaanaliza iz 2006. godine (Griner i Smith, 2006) govori u prilog učinkovitosti kulturološki prilagođene psihoterapije za etničke manjine ($d = 0,45$). Metaanaliza iz 2016. godine (Hall i sur., 2016) ujedno potvrđuje višu učinkovitosti kulturološki adaptirane u odnosu na neadaptiranu formu psihološke intervencije ($g = 0,52$). Ista studija navodi kako je od 16 primarnih studija koje izvještavaju o remisiji, kulturološki prilagođena forma imala 4,85 puta veće izgleda za klinički relevantna poboljšanja.

Osim toga, metaanaliza iz iste godine (Harper Shehadeh i sur., 2016) potvrđuje ranije nalaze uz dodatni nalaz kako su tretmani koji su u većoj mjeri prilagođeni rezultirali statistički značajnijim učinkom. Nadalje, metaanaliza iz 2011. godine (Benish i sur., 2011) evidentira kako je kulturološki prilagođeni tretman učinkovitiji od kulturološki neprilagođenog liječenja ($d = 0,32$). Ono što je zanimljivo jest kako je kulturološka prilagodba modela razumijevanja poremećaja bila jedina moderatorska varijabla u smislu povoljnijih ishoda kulturološki prilagođene terapije ($d = 0,21$).

Ovi su nalazi relevantni u kontekstu jednog od vječnih pitanja psihoterapije, a to je koji su ključni elementi tretmana, tj. oni koji doprinose klinički značajnim poboljšanjima (Ahn i Wampold, 2001). Specifične intervencije odnose se na pojedine tehnike i grupe tehnika (bihevioralne, kognitivne i sl.), a nespecifični faktori odnose se na terapijski savez, aktivno slušanje i sl. (Butler i Strupp, 1986; citirano u Cuijpers i sur. 2019). Potrebno je reći kako postoji i otvorena rasprava oko problematičnosti ove paradigme, tj. podjele na specifične i nespecifične faktore psihoterapije koju istraživači nisu univerzalno prihvatili (Butler i Strupp, 1986; citirano u Zilcha-Mano i sur., 2019). Benish i sur. (2011) nalaze svoje metaanalize interpretiraju u smjeru presudne važnosti klijentova shvaćanja problema u odnosu na kulturološku prilagodbu pojedinih intervencija, tj. specifične faktore.

Potrebno je svakako istaknuti kako, i mimo istraživanja kulturoloških prilagodbi, metaanalize randomiziranih kontroliranih studija, iako doprinose znanjima u području, postuliraju kako trenutačni nalazi ne daju odgovor na pitanje jesu li specifični ili nespecifični faktori oni koji doprinose učinkovitosti psihoterapije (Cuijpers i sur. 2019; Lemmens i sur. 2016).

Isto tako, Resnicow i sur. (2000) navode kako je potrebno imati na umu razliku između površinskih i dubokih adaptacija. Dok površinske adaptacije uključuju promjene u materijalu ili aktivnostima standardiziranih protokola, jezične preferencije i slične aspekte, duboke adaptacije uključuju promjene koje se tiču socijalnih, kulturoloških, ekoloških i psiholoških faktora koji utječu na zdravstvena ponašanja ciljne skupine.

1.3 Potreba za kulturološkim adaptacijama psiholoških tretmana

Uz teorijske i empirijske pristupe koji problematiziraju daljnji razvoj područja potrebno je uzeti u obzir i trenutačne globalne potrebe i dostupnost psiholoških tretmana. Kessler i sur. 2009. proveli su epidemiološku studiju koja je uključivala 28 zemalja i evidentirali su kako se cjeloživotna prevalencija mentalnih poremećaja kreće između 18 % i 36 %. S obzirom na visoku prevalenciju i raznovrsnost ciljanih populacija i zajednica potrebno je istaknuti kako je većina psiholoških tretmana razvijena i evaluirana u zapadnim zemljama (Kirmayer, 2007) i da su etničke manjine često podzastupljene u randomiziranim kontroliranim ispitivanjima vezanima za učinkovitost tretmana (La Roche i Christopher, 2008). Nadalje, studije o dostupnosti tretmana za

najčešće mentalne poremećaje evidentirale su neusklađenost potreba i raspoloživosti koji iznosi 60 % za razvijene i 80 % za nerazvijene zemlje (Alonso i sur., 2018).

S obzirom na navedeno potrebno se osvrnuti i na činjenicu kako kultura pojedinca oblikuje percepciju zdravlja i dobrobiti, uvjerenja o uzrocima i tretmanu, sklonost traženju pomoći, kao i ostala ponašanja vezana za zdravlje (Altweck i sur., 2015; Alvidrez, 1999). Stoga nije neobično da se preporučuje kulturna osjetljivost u tretmanskome radu, odnosno individualiziranje i prilagodba tretmana koja uzima u obzir razlike u kulturi te sukladnost klijentovu modelu zdravlja i bolesti (Moodley i sur., 2013). Globalizacija, koju prati etnička raznovrsnost i brojne socijalne i gospodarske promjene, nalaže potrebu za razvojem i validacijom kulturološki osjetljivih tretmana (Hofmann i Asmundson, 2017; Hays i Iwamasa, 2006).

Iako, kako je ranije rečeno, raste broj istraživanja usmjerenih na učinkovitost psiholoških tretmana, još uvijek ostaje pitanje njihove relativne učinkovitosti u manjinskim populacijama. S druge strane, nužno je usmjeriti istraživače k evaluaciji kulturnih adaptacija empirijski validiranih tretmana kako bi se adekvatno odgovorilo na potrebe klijenata, ali i standarde kliničkih istraživanja (Hall, 2001). Navedeno podupire čak i sama definicija prakse utemeljene na dokazima u psihologiji koja uz integraciju empirijskih nalaza i kliničke ekspertize posebno ističe treći aspekt, tj. važnosti karakteristika pojedinca, kulture i osobnih preferencija (Radna skupina za praksu utemeljenu na dokazima APA, 2006).

Iako empirijski validirani psihološki tretmani predstavljaju uži koncept koji je usmjeren na učinkovitost za određeni poremećaj u specifičnim okolnostima, ova tri aspekta ostaju vodeći principi. Tako se i u *Kriterijima za evaluaciju smjernica u tretmanu* (APA, 2002) stručna tijela usmjeravaju na dva aspekta: učinkovitost i korisnost koja uključuje primjenjivost u specifičnom kontekstu, dok Radna skupina, među ostalim, ističe kulturološke faktore kao jedno od najvažnijih budućih područja istraživanja (APA, 2006).

Iako su ranije navedeni kriteriji još uvijek važeći, stručna i istraživačka tijela identificirala su određene manjkavosti trenutnog modela, poput nedostatka studija u prirodnim uvjetima i s raznolikim populacijama (Tolin i sur., 2015). U nastojanju da odgovori na identificirane manjkavosti, Upravni odbor APA-e predložio je modernizaciju kriterija za empirijski validirane psihološke tretmane uvođenjem dodatnih preporuka poput procjene relevantnosti za kliničku praksu, procjene rizika od pristranosti te uvođenje kriterija sekundarnih ishoda tretmana kako bi

se smanjio fokus na redukciju simptoma. Navedeno naglašava važnost kulturoloških adaptacija i doprinijet će razvoju ovog područja istraživanja i kliničke prakse (Hollon i sur., 2014).

Navedeni principi relevantni su i za područje psihološke procjene koja je temelj za planiranje tretmana (APA, 2006), pa tako i kulturološki osjetljivog tretmana. Kliničari u posebnoj mjeri trebaju poticati navedeno imajući na umu da kultura značajno utječe na tip simptoma i rizične faktore vezane za pojedine mentalne poremećaje (Lopez i Guarnaccia, 2000). Kulturološke osobitosti pojedinih kliničkih slika opisane su i navedene i u dijagnostičkim priručnicima (APA, 2013).

Ne treba zanemariti ni kulturološki specifične koncepte distresa. Tako se primjerice pojam *nervios* povezuje s generalnom ranjivošću na stres u zajednici Latinoamerikanaca i stanovnika Latinske Amerike. Idiom se povezuje s glavoboljama, iritabilnošću, smetnjama spavanja i slično i u DSM-5 (APA, 2013) povezuje se s anksioznim i depresivnim smetnjama. Nadalje, jedan od kulturoloških sindroma predstavlja i *taijin kyofusho* koji se očituje kroz izbjegavanje socijalnih situacija uslijed straha da su reakcije i izgled osobe neadekvatne i/ili uvredljive za druge u okruženju. Iako ga se povezuje sa socijalnom anksioznošću, predstavlja širi konstrukt koji uključuje socijalnu osjetljivost i preokupacije mogućom uvredom prema drugima.

Nadalje, s obzirom na to da se tretmani razvijeni u zapadnim zemljama sve više provode u različitim kulturološkim kontekstima, postoji profesionalna odgovornost oko individualizacija u tretmanu i osjetljivosti na specifične potrebe klijenata (Weisman i sur., 2006).

Tako odjeljak 3. Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (APA, 2013) donosi revidirano poglavlje o kulturno osjetljivoj konceptualizaciji s predloškom intervjua koji može poslužiti u procjeni i prilikom izrade kulturne konceptualizacije slučaja. U odjeljku se ističe važnost zahvaćanja nekoliko područja prilikom procjene i planiranja tretmana poput kulturološkog identiteta, kulturološki osjetljive konceptualizacije patnje, psihosocijalnih stresora, kulturoloških obilježja osjetljivosti i otpornosti te odnosa kliničara i klijenta.

Ovaj odjeljak donosi i smjernice oko toga u kojim kontekstima je poželjno u procjenu uključiti i intervju za kulturološku konceptualizaciju. Tako je navedeno indicirano u slučaju značajnih razlika u kulturološkom, vjerskom ili socioekonomskom podrijetlu, nedoumica oko prikladnosti dijagnostičkih kriterija i kulturološki specifičnih simptoma te težine bolesti ili

oštećenja. Isto tako, navedeni intervju uključuje područja poput kulturološke definicije problema, percepcije uzroka i konteksta i čimbenika koji utječu na suočavanje i traženje pomoći. Dodatni modul u procjeni pruža još mogućnost produbljivanja različitih aspekata intervjua poput modela bolesti ili oštećenja, razine funkcioniranja, socijalne potpore, stresora, spiritualnosti, kulturnog identiteta i sl.

Navedeno se uvelike preklapa s kulturološki osjetljivom kognitivnom konceptualizacijom prema kognitivno-bihevioralnim principima Rathod i sur. (2019). U dijelu ranih iskustava se tako, sukladno navedenom modelu, pridaje posebna važnost potencijalnim migracijskim stresorima i drugim relevantnim kulturološkim faktorima poput socijalnih, političkih i drugih utjecaja. Isto tako, pri definiranju bazičnih vjerovanja važno se osvrnuti na religijske i spiritualne prakse te identitet u smislu kolektivističkih u odnosu na individualističke kulture. Prilikom prikupljanja podataka o precipitantima i posredujućim vjerovanjima potrebno je uvažiti eventualni stupanj akulturacije, kulturološke idiome distresa te značenje koje osoba pridaje simptomima. Pri tome se akulturacija odnosi na proces tijekom kojeg određena manjinska skupina interakcijom s dominantnom skupinom prolazi kroz kulturološke i psihološke promjene koje rezultiraju prihvaćanjem standarda, ponašanja i stavova dominantne skupine (Berry, 2006). Nadalje, kao podloga za ostvarivanje dobrog terapijskog odnosa potrebno je kontinuirano imati na umu specifičnosti u nošenju, traženju pomoći, postojećim resursima i kulturološki specifičnim stresorima. U praktičnom dijelu prilikom procjene teškoća, indikacija i eventualnih adaptacija tretmana potrebno je pristupiti vrlo individualizirano uzimajući pri tome u obzir složene okolinske faktore.

Navedeno možemo prikazati slučajem iz kliničke prakse kako bi se lakše dočarala praktična implementacija navedenog. Tako je, primjerice, tijekom ulazne procjene klijentice u kasnoj adolescenciji iz jugozapadne Azije, koja se javlja uslijed sniženog raspoloženja i napadaja tjeskobe po odlasku na preddiplomski studij u Europi, bilo potrebno uzeti u obzir različite situacijske i socijalne aspekte. S obzirom na to da se radilo o trećem preseljenju u posljednjih deset godina, od matične Malezije, Bliskog istoka i sada zapadne Europe, u kojoj je klijentica većinu srednjoškolskog obrazovanja provela u Međunarodnom obrazovnom sustavu (IB program), uz kulturološki osjetljiv intervju uvedeni su i drugi indikatori.

Osim primjene ljestvica za mjerenje ishoda, depresivnosti i anksioznosti, izraženosti somatskih simptoma, Youngova upitnika shema, uveden je i upitnik stupnja akulturacije i trenutačne kvalitete života za međunarodne studente. U području konceptualizacije slučaja koja se odnosila na rana iskustva klijentice identificirani su migracijski faktori koji su utjecali na teškoće u prilagodbi.

Od bazičnih vjerovanja i shema isticale su se defektnost, umreženost i samožrtvovanje i izolacija (Young i Klosko, 2003). U velikoj su mjeri navedeni koncepti vezani za visoka očekivanja u akademskom smislu, bespogovorno poštivanje obiteljskih i religioznih vrijednosti i dodane obveze koje dolaze s ulogom najstarijeg djeteta. Srodne smetnje klijentica je iskusila krajem IB programa, ali obitelj nije bila voljna uključiti specijalista u tretman i potporu. To je produčilo vjerovanja da bi se trebala bolje nositi sa stresom i da ne bi smjela biti opterećenje. Osim toga, klijentica se percipirala crnom ovcom kako u obitelji tako i na studiju. Sada obraćanje za pomoć vidi adaptivnim i korisnim, a od prevladavajućih simptoma usmjerena je na smetnje spavanja, umor i mišićnu napetost koje vidi kao najveće prepreke akademskom uspjehu, tj. području funkcioniranja koje visoko cijeni.

S obzirom na navedeno, u prvim susretima i kontinuiranom praćenju i procjeni u smjeru osiguravanja kulturološke osjetljivosti i prevencije ranog izlaska iz tretmana naglasak je stavljen na psihoedukaciju, korištenje primjerima i slikama iz religijske literature kao podrška uvođenju samosuosjećanja i bihevioralne aktivacije u skladu s recentnom literaturom (Naeem i sur., 2021). Nadalje, od početnih bihevioralnih tehnika nakon revidiranja ciljeva polako su uvedene i emocionalne te iskustvene tehnike, uz praćenje neverbalnih znakova, nuđenje opcija i empatičku konfrontaciju i postepeno popuštanje direktivnosti u pristupu.

Kako je čak i iz ovog primjera slučaja vidljivo, iako empirijski nalazi i klinička praksa podupiru potrebu za kulturološkim adaptacijama, još uvijek postoje raznovrsne definicije toga što je kulturološka adaptacija, pa popratno i modeli te smjernice vezani za kulturološki adaptirane psihološke tretmane, što predstavlja dodatni izazov za praktičare i istraživače. Upravo stoga sve su intenzivnije rasprave u istraživačkim krugovima oko potrebe za modelima koji bi omogućili replikabilnost i validaciju (Heim i Khort, 2019).

1.4. Definicija i modeli kulturoloških adaptacija psiholoških tretmana

Sistematičan, transparentan i na dokazima utemeljen okvir omogućava validaciju kulturoloških adaptacija i donosi svojevrsnu priliku da se integriraju najbolja obilježja kulturno osjetljivih i empirijski validiranih tretmana. U tom kontekstu potrebno je istaknuti koncepte koji su relevantni za manjinske kulture koji su podloga za razumijevanje specifičnog konteksta, vrijednosti i stavova pri uvođenju primjerenih kulturoloških adaptacija u protokole empirijski validiranih tretmana.

Koncepti međuovisnosti i duhovnosti neki su od reprezentativnih primjera relevantnih faktora za uključivanje u protokole kada se govori o manjinskim skupinama (Hall, 2001). Tako primjerice Azijski Amerikanci i Latinoamerikanci stavljaju velik naglasak na interpersonalne odnose i grupni identitet, što onda nužno utječe na percepciju, očekivanja i pridavanja relativne važnosti nekom ponašanju ili stanju.

Latinoamerikanci stavljaju veliki naglasak na *familismo* koji se može prevesti kao snažna identifikacija, privrženost i međuovisnost u primarnoj obitelji (Sabogal i sur., 1987). Imajući na umu navedeno, kontinuirana komunikacija i uvođenje primarne obitelji u procjenu, praćenje, pa i evaluaciju tretmana, kao i elementi savjetodavnog rada s roditeljima, mogu doprinijeti povoljnijim ishodima u tretmanu mladih Latinoamerikanaca (Burrow-Sánchez, 2019).

Kada govorimo o duhovnosti u kontekstu manjinskih grupa, ona se ne odnosi samo na religijske prakse i stavove, već često utječe na socijalna, politička i druga ponašanja u većoj mjeri nego u slučaju većinske kulture (Lovinger, 1996). Tako su, primjerice, religijske zajednice često utočište i izvor socijalne potpore za Afričke Amerikance. Nadalje, uvođenje religijskih praksi vezanih za iscjeljivanje, molitve, poučne priče i metafore može doprinijeti jačanju terapijskog saveza i rezultirati povoljnijim terapijskim ishodima (Willis, 1995; Khon i sur. 2002).

Isto tako, za ciljanu populaciju Latinoamerikanaca jedna je od značajnih metaanaliza u području (Griner i Smith, 2006) ukazala i na potencijalne moderatorske efekte akulturacije gdje su sudionici s niskim stupnjem akulturacije izvještavali o povoljnijim ishodima u situaciji kulturološki adaptiranog tretmana u odnosu na sudionike s umjerenim stupnjem akulturacije. Slične tendencije evidentirane su i u studiji Pana i sur. (2011): kulturološki adaptirani tretman fobija (OST) pokazao se superiornim u odnosu na standardnu formu OST-a u smanjenju

katastrofiziranja i generalnog straha za skupinu Azijskih Amerikanaca s nižim stupnjem akulturacije.

Ista studija, uz opis kulturoloških adaptacija, navodi empirijske nalaze i za druge koncepte na koje je potrebno obratiti pozornost prilikom planiranja tretmana u ovoj populaciji, poput sklonosti emocionalnoj kontroli i većoj direktivnosti u terapijskom odnosu. Tako su primjerice Azijski Amerikanci manje skloni iskazivanju neugodnih emocija i navedeno mogu percipirati socijalno neprihvatljivim ili opterećujućim za druge (Kim i sur., 2001). Isto tako, preferira se aktivan i direktivan pristup koji podržava sliku terapeuta kao autoriteta (Li i Kim, 2004). Navedeno je, na primjer, u Pan i sur. (2011) rezultiralo kulturološkim adaptacijama poput direktivnijih uputa i naglaskom na kognitivne tehnike, kao i prezentiranju tretmana kao okvira za postizanje bolje samokontrole.

Nadalje, kako bi se očuvali ključni elementi tretmana, a ujedno i uvele relevantne kulturološke adaptacije, istraživači i praktičari usmjerili su se na izradu okvira za adaptaciju koji bi olakšao sam proces (Rathod i sur., 2019). Tako iz perspektive Bernala i suradnika (2009) kulturološku prilagodbu možemo definirati kao: „sustavnu modifikaciju tretmana utemeljenog na dokazima kako bi se uzeli u obzir jezik, kultura i kontekst, na način koji je sukladan s klijentovim kulturnim obrascima, značenjima i vrijednostima“. Osim toga, kulturološke prilagodbe usmjerene su na poticanje uključenosti i ustrajnosti u tretmanu te izgradnju povoljnijeg terapijskog odnosa (Hwang, 2016).

Bernal i Saez-Sanriago (2006) razvili su okvir koji uključuje osam dimenzija koje mogu biti ciljevima kulturoloških prilagodbi: (1) jezik intervencije, (2) spajanje s odgovarajućim terapeutom, (3) kulturološki simboli i izreke (metafore), (4) kulturološko znanje ili sadržaj, (5) konceptualizacija liječenja/tretmana, (6) ciljevi tretmana/liječenja, (7) metode liječenja i (8) razmatranje konteksta liječenja/tretmana. Navedeni okvir uvelike se temeljio na teorijskim pretpostavkama, a ne na randomiziranim kontroliranim studijama koje bi uključile adaptiranu i neadaptiranu formu, što onemogućuje replikabilnost.

Tako su 1999. Rosello i Bernal uspoređivali relativnu učinkovitost kulturološki adaptiranog individualnog kognitivno-bihevioralnog protokola za depresiju kod adolescenata u odnosu na listu čekanja i interpersonalnu terapiju. Kao konkretne adaptacije autori navode prijevod

materijala na španjolski jezik uz prilagodbu kulturološki osjetljivih tema i metafora te intenzivnije uključivanje roditelja u odnosu na standardnu formu KB tretmana.

Navedene teškoće oko manjkavosti kvaliteta empirijskih nalaza ističu i Burrow-Sanchez i sur. (2011) pa navedeni okvir nadograđuju kvalitativnim istraživanjima, povezivanjem sa stručnjacima u području i povezivanjem sa zajednicom prije pilotiranja tretmana. Navedeni pristup rezultirao je identifikacijom područja i s njima vezanim potencijalnim prilagodbama, poput uvođenja igara uloga u problematičnim obiteljskim situacijama, rješavanjem problema vezanih za akulturacijske procese, uvođenjem psihoedukacije oko važnosti etničkog identiteta te uključivanjem bilingvalnog specijalista u procesu regrutacije i tretmana kako bi se unaprijedila dostupnost usluga.

Iako je Bernalov okvir jedan on najšire korištenih, neki od autora usmjerili su se na modele koji bi odgovorili na potrebe određene manjine. Tako je Hwang (2006) razvio *Okvir za prilagodbu i modifikaciju psihoterapije* (Psychotherapy Adaptation and Modification Framework [PAMF]) za vođenje terapijskih prilagodbi tretmana utemeljenih na dokazima te se usmjerio na praktične implikacije u populaciji Azijskih Amerikanaca.

PAMF je teorijski silazni pristup koji uključuje šest terapijskih domena: (a) identificiranje različitih kulturoloških ekspresija, (b) usmjeravanje klijenata na psihoterapiju, (c) razumijevanje kulturoloških uvjerenja o psihičkoj bolesti, uzrocima te onoga što predstavlja primjereno liječenje, (d) poboljšavanje odnosa između klijenta i psihoterapeuta, (e) razumijevanje kulturoloških razlika u izražavanju i komuniciranju nevolje/uznemirenosti i (f) bavljenje kulturološkim pitanjima specifičnima za populaciju.

Tako Hwang ističe važnost prve domene vezane za prevenciju stereotipizacije u pristupu i nužnosti uvažavanja raznolikih i preklapajućih identiteta i posebnosti svakog od njih. Tako klijentica može biti vijetnamska Amerikanka, visoko akulturirana s izraženim depresivnim simptomima. Elementi svakog od ovih koncepata reflektirat će se na ostale i, naravno, na ekspresiju mentalnih teškoća i poremećaja (Hwang, 2006).

Vezano za domenu usmjeravanja i orijentacije u tretmanu Hwang naglašava važnost psihoedukacije o važnosti procjene, tijeku i dijelovima tretmana, kao i očekivanjima klijenata iz perspektive kulturološke prilagodbe. Kroz kliničko iskustvo i kvalitativna istraživanja u populaciji

Azijskih Amerikanaca došao je do zaključka kako je osnove pristupa potrebno podijeliti s klijentom s ciljem demistificiranja protokola i procesa u terapiji jer su mnogi od klijenata u navedenoj populaciji imali tendenciju ranog izlaska iz terapije uslijed nedorečenosti, nedovoljne psihoedukacije ili neadekvatnog vođenja procesa od strane terapeuta.

Razumijevanje koncepta distresa koje je kulturološki obojeno je također vrlo važna dimenzija, kako bi se koncepti povezali na kulturološki usklađen način i tako olakšali konceptualizaciju i planiranje tretmana, ali i stvaranje dobrog terapijskog saveza. Tako se kroz izreke i metafore poput *chengyu*, kojima se koriste u poučavanju moralnih i etičkih principa u kineskoj kulturi, mogu približiti osnovni principi tretmana u populaciji kineskih Amerikanaca. Primjerice, *shuang guan ji xia* odnosi se na dva kista koja rade zajedno i vezuje se za slavnog umjetnika koji je slikao s dva kista u jednoj ruci te se na tom primjeru može u psihoedukaciji objasniti kako je uključivanje i bihevioralnih i kognitivnih tehnika istodobno korisno pri planiranju i provedbi tretmana (Hong, 1987).

Navedene prilagodbe i principi rada u svakom slučaju olakšavaju i uspostavu snažnijeg i produktivnijeg terapijskog odnosa u specifičnim populacijama. Neke od specifičnosti koje su vezane za posebnosti u iskazivanju distresa odnose se i na manju stigmatu pri dijeljenju somatskih simptoma distresa u odnosu na primjerice kognitivne ili emocionalne (Hwang, 2006). Responzivnost i uvažavanje terapeuta navedenih kulturoloških specifičnosti i stil komunikacije također potiču aktivniji angažman klijenta.

Hwang je navedene principe i koncepte razradio i putem teorijskog osvrtu, ali i testirao navedeni model kulturološke adaptacije u populaciji Azijskih Amerikanaca. U preglednom radu Hwang i sur. (2011) tako su naveli osnovne principe koji, među ostalim, uključuju: (a) pojačanu psihoedukaciju i orijentaciju u tretmanu poput pregleda osnovnih pojmova, modela i intervencija, (b) ulaganje truda oko usvajanja kulturološki značajnih koncepata kulture klijenta, (c) orijentaciju na ciljeve, fokus na redukciju simptoma i konkretna poboljšanja u tretmanu, (d) naglasak na razumijevanju problema i poticanje na učenje što je u skladu s konfucionističkom filozofijom i podupire smanjenje stigme, (e) integraciju novih koncepata s tradicionalnim i kulturološki specifičnim poput važnosti kultiviranja *qija* (životne energije) te balansa *yina* i *yanga* ili povezivanja meditativnih tehnika s *qi gongom* i sl.

Navedeni okvir je i validiran kroz randomiziranu kontroliranu studiju vezanu za učinkovitost kulturološki adaptiranog individualnog tretmana za depresiju u usporedbi sa standardiziranim KB protokolom (Hwang i sur., 2015). U samoj studiji opisane su neke od uvedenih adaptacija pa je tako revidirana standardna forma priručnika u KA-KBT priručnik (Hwang, 2008). Navedeni priručnik uključuje upute oko detaljne orijentacije i socijalizacije na tretman, rada na redukciji stigme, većeg fokusa na postavljanje ciljeva, tehnike rješavanja problema i somatskih simptoma depresije, revidiranja simbola i metafora te fokusa na kulturološki specifične fenomene.

Nadalje, Leong i Lee su (2006) predložili model kulturološke adaptacije psiholoških intervencija koji se usmjerio na diskrepanciju u shvaćanju i razumijevanju teškoća i kulturološki specifičnih koncepata s ciljem integracije specifičnih kulturoloških prilagodbi.

Hwang je 2009. usto uveo koncept Formativne metode za prilagodbu psihoterapije (Formative Method of Adapting Psychotherapy [FMAP]) kao pristup „odozdo prema gore” koji postulira suradnju s članovima zajednice u kojoj se tretman uvodi ili provodi. Pet je faza u FMAP modelu koji uključuju: (a) uspostavu suradnje s lokalnom zajednicom i prikupljanje informacija, (b) integraciju prikupljenih informacija s teorijom i kliničkom praksom, (c) reviziju kulturoloških prilagodbi sa sudionicima u zajednici i posljedično revidiranje, (d) evaluaciju kulturološki prilagođenog tretmana i (e) sintezu povratnih informacija i finalizacija plana tretmana.

Konceptualni okvir Castra i Barrere (2006) s druge strane predlaže četiri opća koraka u prilagodbi psiholoških tretmana radi prikupljanja relevantnih informacija, osmišljavanja i implementacije novih protokola te revidiranja protokola ili plana tretmana na temelju prikupljenih empirijskih podataka. Navedeni okvir naslanja se na Lauov članak (2006) koji postulira kako su kulturološke adaptacije opravdane samo u slučaju jednog ili više od sljedeća četiri faktora: niske participacije, jedinstvenih/visokospecifičnih zaštitnih faktora ili faktora ranjivosti, specifične simptomatologije i/ili niske učinkovitosti tretmana za specifičnu skupinu.

Chu i Leino su 2017. proveli pregledno istraživanje kako bi sistematizirali elemente predložene u pojedinim modelima kulturoloških prilagodbi. Oni dijele elemente na periferne (povećavaju dostupnost) i ključne (vezani za redukciju simptoma i klinički značajna poboljšanja). U svom pregledu sumiraju kako su sve uključene primarne studije integrirale periferne, dok ih je 11 % modificiralo, a 60 % dodalo nove ključne elemente.

Noviji okvir za kulturnu adaptaciju psiholoških intervencija razvijen je 2019. godine (Heim i Kohrt) i uključuje: (a) koncept kulturnog shvaćanja distresa, (b) komponente tretmana i (c) način implementacije. Prvi element usmjerava se na ključna vjerovanja o uzrocima, ključnim mehanizmima i tretmanu psihičkih teškoća. U opisu drugog elementa Heim i Kohrt su također predložili prilagodbe za pojedine elemente tretmana koje reflektiraju taksonomiju predloženu 2017. (Singla i sur., 2017): (a) specifične elemente tretmana (bihevioralne, kognitivne, interpersonalne ili emocionalne intervencije), (b) nespecifične elemente (primjerice empatija, aktivno slušanje i sl.) i (c) specifične tehnike (primjerice postavljanje ciljeva, igra uloga i sl.). Po definiranju elemenata tretmana bira se optimalan način primjene s obzirom na ciljnu skupinu.

Iako su brojna nastojanja istraživača i praktičara u smjeru osiguravanja osnova za praksu utemeljenu na dokazima, Rathod i sur. (2019) primjećuju kako ni jedan od ovih okvira nije validiran u primarnim istraživanjima randomiziranih kontroliranih studija.

1.5 Modeli kulturoloških adaptacija kognitivno-bihevioralnih tretmana

Kognitivno-bihevioralnu terapiju možemo definirati kao: „aktivan, direktivan, vremenski ograničen, strukturiran pristup utemeljen na teorijskoj racionalni da su emocije i ponašanje neke osobe u velikoj mjeri određeni načinom na koji ta osoba strukturira svijet” (Beck i sur., 1979). Navedeni terapijski pristup utemeljen je na kognitivnom modelu, čvrstom terapijskom savezu, usmjeren na problem, održavajuće i rizične faktore, psioedukaciju i osnaživanje pojedinca, strukturiran, vremenski ograničen i temelji se na procesima sokratovskog propitivanja i „vođenog otkrivanja” (Young i Beck, 1982).

Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) postala je prva linija tretmana indiciranog za široki raspon poremećaja mentalnog zdravlja (Hofmann i sur., 2012). Većina ranijih nalaza o efikasnosti odnosila se na protokole za pojedini poremećaj ili teškoću, a u posljednje vrijeme sve više do izražaja dolazi i transdijagnostički model ili kognitivno-bihevioralni pristup koji se temelji na konceptualizaciji slučaja (Persons, 2008). Transdijagnostički tretmani koriste se univerzalnim tretmanskim principima s različitim mentalnim poremećajima, bez stvaranja specifičnog protokola s obzirom na dijagnozu, već s obzirom na cjelokupnu kliničku sliku i konceptualizaciju prisutnih teškoća. Pregledni radovi vezani za učinkovitost pristupa govore u prilog pristupu, posebice u

slučaju komorbiditeta (McEvoy i sur. 2009). Ovo omogućava veću fleksibilnost prilikom planiranja tretmana i prilagodljivost u kontekstu potreba klijenata (Hoffman i sur., 2017).

Iako su fleksibilnost primjene KBT-a i jaka empirijska baza osigurale široku primjenjivost, važno je spomenuti da je KBT razvijana, ocjenjivana i revidirana pretežno u okruženjima i na populacijama koje odražavaju specifičnu pozadinu i europsko-američki skup vrijednosti (Hays i Iwamasa, 2006). KBT uključuje rad s posredujućim i bazičnim vjerovanjima, a istraživanja govore u prilog zaključku kako se sadržaj automatskih misli i vezana vjerovanja znatno razlikuju ovisno o kulturološkome kontekstu (Naeem, 2019, citiran u Tam i sur., 2007).

Neki primjeri kulturoloških prilagodbi vezani su za transdijagnostički pristup psiholoških tretmana, ali bez validacije navedenog modela ili detaljnijih opisa koji bi omogućili njihovu evaluaciju učinkovitosti (Hinton i Patel, 2017) ili su uključivali nacрте istraživanja koji ograničavaju generalizaciju nalaza (Nagel i sur., 2009), dok su se neki odnosili na specifične zajednice (Rojas i sur., 2007).

U tom kontekstu, te imajući na umu ranije spomenute nove smjernice vezane za praksu i tretmane koji se temelje na dokazima (APA, 2006), kulturološke adaptacije empirijski validiranih tretmana mogu donijeti fleksibilnost u pristupu klijentu ne isključujući u isto vrijeme vjernost validiranom KB protokolu (Kendall i Beidass, 2007). Što se tiče kriterija i opravdanosti uvođenja adaptacija, Castro i sur. (2010) identificirali su četiri kriterija i već prisutnost jednog od njih opravdava uvođenje kulturološke adaptacije: 1. slabija responzivnost i odustajanje od tretmana u ciljnoj skupini, 2. jedinstveni rizični i zaštitni faktori, 3. jedinstveni simptomi u kontekstu kulturoloških sidroma i općenito kliničke slike, 4. nepovoljniji nalazi o učinkovitosti tretmana s obzirom na očekivane na temelju empirijskih nalaza.

Kako bi se odgovorilo na evidentirane potrebe te se prilagodbe uvele na sistematičan i znanstveno provjerljiv način, potrebno je definirati odgovarajući kulturološki okvir i model prilagodbe koji bi bilo moguće testirati u kontroliranim randomiziranim studijama. Jedan od takvih modela kulturološke prilagodbe KBT-a razvili su Rathod i sur. (2019). Ovaj model testiran je u više randomiziranih kontroliranih studija i na različitim populacijama. Okvir za adaptaciju uključuje pregled dostupne literature, komunikaciju s lokalnim stručnjacima i kvalitativna istraživanja kako bi se prilagodio protokol za određeni KB tretman, preveo i prilagodio te testirao i revidirao s obzirom na dostupne informacije (Naeem i sur., 2016).

Shanaya Rathod i sur. 2016. godine razvili su okvir koji uključuje načela za kulturološku prilagodbu KBT-a nazvanih „Trostruko-A“ (*Awareness of relevant cultural issues and preparation for therapy; Assessment and engagement: Adjustments in therapy*): (a) svijest o kulturološkom kontekstu, ekološkom modelu funkcioniranja u odnosu na osobne resurse, resurse u obitelji i zajednici te svijest o relevantnim posredujućim i bazičnim vjerovanjima o problemu i tretmanu, (b) procjena i uključenosti u tretman te (c) prilagodba samih terapijskih intervencija.

Okvir je usredotočen na sljedeće aspekte koji obuhvaćaju i svako od navedenih načela: (i) filozofsku orijentaciju koja pažljivo razmatra i objedinjuje elemente akulturacije, uvjerenja i pripisivanja razloga za nastanak bolesti, kulturološku usmjerenost prema ponašanjima kojima se traži pomoć i psihoterapiji općenito, (ii) praktična razmatranja društvenih i čimbenika vezanih za zdravstveni sustav, (iii) tehničku prilagodbu metoda i vještina i (iv) teorijsku prilagodbu koncepata.

Filozofska orijentacija odnosi se na detaljan uvid u procese i konstrukte akulturacije, prevladavajuća vjerovanja i pretpostavke o problemu, kulturološki prihvaćene načine traženja pomoći i generalnu orijentaciju prema uključivanju u tretman. Tako Naeem i sur. kao jednu od praktičnih smjernica uključuju naslanjanje na biopsihosocijalnospiritualni model bolesti kod nezapadnih kultura (2016) gdje terapeut treba istražiti viđenje, objašnjenje i posljedice bolesti. Neke od interpretacija tako uključuju bacanje uroka ili slabost vjere, a o interpretaciji i modelu teškoća uvelike će ovisiti konceptualizacija individualnog slučaja.

Praktična razmatranja odnose se na društvene i druge relevantne čimbenike, potencijalne moderatore uključivanja u tretman poput religijskih uvjerenja, socijalnog statusa i sl. Od posebne važnosti je pronalaženje odgovarajućeg konteksta za tretman i osiguravanje dostupnosti, prilagodba stila praktičara i jačanje terapijskog saveza. Preostale tehničke prilagodbe odnose se na ulogu obitelji, zajednice i religije u kontekstu planiranja i uključivanja u tretman. Nekad će to značiti intenzivnije uključivanje obitelji ili suradnju s vjerskim učiteljem ili zajednicom (Rathod i sur., 2019).

Teorijska prilagodba konceptualizacije odnosi se na prilagodbu osnovnih postavki na kulturološki prilagođen način i modifikaciju načina i jezika uvođenja određenih tehnika. Tako primjerice u treningu socijalnih vještina asertivnost može biti kulturno osjetljivo formulirana kao

„tehnika isprike“ te Naeem i sur. (2013) čak daju primjer moguće verbalizacije: „Uz veliku ispriku, ovim putem tražim dopuštenje za neslaganje.“

Navedeni okvir uključuje robusnu metodologiju, strateški pristup i detaljan pregled kulturoloških adaptacija za pojedine aspekte tretmana, kao i randomizirane kontrolirane studije koje govore u prilog učinkovitosti tretmana adaptiranog na navedeni način. Jedna od prvih randomiziranih kontroliranih studija u tom smjeru provedena je u Pakistanu 2010. (Naeem i sur., 2010) na populaciji osoba s depresivnim teškoćama te se kulturološki adaptiran KB tretman pokazao učinkovitijim u odnosu na farmakoterapiju.

U pripremnoj kvalitativnoj fazi istraživanja uključeni su lokalni specijalisti, pacijenti lokalnih bolnica i šira zajednica u pokušaju definiranja potencijalnih prepreka za uključivanje stavova, vrijednosti i drugih kulturološki specifičnih koncepata relevantnih za procjenu indikacija i planiranje tretmana. Na temelju toga su primjerice umjesto prijevoda naziva kognitivnih distorzija na Urdu uvedeni kulturološki prikladni idiomi te su korišteni primjeri iz života proroka Muhameda i sura Kur'ana. Uz to, fokus je na samom početku stavljen na tjelesne simptome u zapisu disfunkcionalnih misli, dok se rad polako proširivao na vezane misli i emocionalne reakcije. Isto tako, ukućani su uključeni kao koterapeuti i pomagali su oko zadaća između sastanaka.

Unatoč nastojanjima vodeći autori u području ističu kako su još uvijek rijetke studije koje bi uključivale usporedbu adaptirane i neadaptirane forme kognitivno-bihevioralnog tretmana (Rathod i sur., 2019).

1.6 Nalazi o učinkovitosti kulturoloških adaptacija kognitivno-bihevioralnih tretmana

Iako su pregledni radovi vezani za učinkovitost kulturološki adaptiranih psiholoških tretmana uglavnom obećavajući, često nisu bazirani na aktivnoj kontroli i ne uključuju detaljne opise prilagodbi (Rathod i suradnici, 2017). Neki od aspekata koji nepovoljno utječu na taj trend su relativno mali broj studija koji uključuju empirijski testirane okvire za prilagodbu, nedostatan dokumentiranje i praćenje sadržaja i procesa prilagodbe i studije slabije kvalitete koje otežavaju replikaciju i validaciju (Heim i Knaevelsrud, 2021).

Trenutačno dostupni nalazi istraživanja govore u prilog zaključku kako je kulturološki adaptiran KB tretman učinkovitiji i s nižim stopama odustajanja u odnosu na neadaptiranu formu

KB tretmana (Hwang i sur., 2015). Pregled metaanaliza iz 2018. (Rathod i sur.) daje podatak o tome kako 12 metaanaliza koje su uključene u studiju izvještava o umjerenim do visokim efektima za kulturološki adaptirane forme tretmana. U zaključku autori govore o malom broju studija koje uključuju aktivnu kontrolu ili neadaptiranu formu tretmana, što su upravo i njihove preporuke za nastavak istraživanja u tom području, uz potrebu za standardizacijom okvira za kulturološku prilagodbu i studije isplativosti.

Naeem i sur. (2020) primjećuju kako se značajan broj primarnih studija odnosio baš na kognitivno-bihevioralne tretmane. Ovaj tim istraživača objavio je i pregledni rad koji uključuje 21 primarnu studiju koje se odnose na različita randomizirana kontrolirana istraživanja koja su provedena u Aziji.

Mnoge studije usmjerile su se na rad s izbjeglicama, pa tako pregledno istraživanje Crumlisha i O'Rourkea (2010) također izvješćuje o povoljnim nalazima u smislu učinkovitosti KB tretmana usmjerenog na traumu, uz napomenu kako su potrebna daljnja ulaganja oko kulturoloških prilagodbi. Za kulturološki prilagođenu psihoterapiju ustanovljeno je kako je učinkovitija za etničke manjine od drugih indiciranih tretmana i pristupa liječenju (Griner i Smith, 2006; Benish i sur., 2011; Hall i sur., 2016), ali nalazi povezani s relativnom učinkovitošću kulturološki prilagođene psihoterapije u odnosu na neprilagođene forme psiholoških tretmana još su uvijek rijetki. Nalazi najnovijeg preglednog rada koji uključuje i metaanalizu adaptiranih u odnosu na neadaptirane forme psihosocijalnih tretmana ukazuju na učinkovitost i dodanu vrijednost adaptiranih formi (Arundell i sur., 2021).

S druge strane, nalazi rijetkih preglednih istraživanja na populaciji djece i adolescenata (Huey i Polo, 2008) upućuju na zaključak kako su psihosocijalne intervencije polučile umjerene efekte ($d = 0,44$) za raznovrsne probleme u populaciji adolescenata neovisno o tipu i intenzitetu problema, dijagnostičkom statusu, pa čak i kulturološkim prilagodbama. Važno je navesti kako se većina intervencija odnosila na kognitivne ili bihevioralne tretmane te sistemske obiteljske terapije. Ovaj nalaz u suglasju je s ranijim istraživanjima (Szapocznik i sur., 1989), s tim da autori naglašavaju specifičnost uzorka, mali broj studija i heterogenost nacрта istraživanja u kontekstu generalizacije zaključaka. Novije metaanalize govore u prilog učinkovitosti kulturološki adaptiranih intervencija (Pina i sur., 2019; Hodge i sur., 2010).

U posljednje vrijeme istraživačka zajednica pokušava sistematizirati pristup kulturološkim adaptacijama i unaprijediti ovo područje istraživanja. Tako Haim i Weise (2021) u uvodu editorijala *Europskog udruženja za kliničku psihologiju* posvećenog kulturološkim prilagodbama tretmana izvješćuju o sedam projekata i jedanaest randomiziranih kliničkih studija posvećenih kulturološkim adaptacijama psiholoških tretmana u izbjegličkoj populaciji. Nalazi ovih studija pružili su detaljniji uvid u relevantne sadržaje i procese u okviru kulturoloških adaptacija psiholoških tretmana u kojima je evidentirana važnost kulturoloških koncepata, modela bolesti i idioma vezanih za distres, kao i važnost dokumentiranja i praćenja svih dijelova studija od samih početaka te potrebu za praktičnim i jasnim uputama i dokumentacijom koja omogućava jednostavnu administraciju.

Dosadašnji nedostatak standardiziranog pristupa u kulturološkom adaptacijama dovodi u pitanje replikabilnost, učinkovitost i isplativost takvih adaptacija (Heim i sur., 2021). U tom kontekstu su od velike vrijednosti RECAPT (*Reporting cultural adaptation in psychological trials*) kriteriji i poratna dokumentacija kojima se može koristiti u procesu kulturološke adaptacije psiholoških tretmana (Heim i sur., 2021).

RECAPT okvir odnosi se na jedanaest kriterija koji su implementirani u četiri dijela: 1. osnovne postavke vezane za ciljnu populaciju, istraživački tim i formalnu dokumentaciju te proces, 2. formativno istraživanje vezano za simptome, kulturološki specifične idiome distresa, potrebe ciljane populacije i kontekst intervencije, 3. specifični i nespecifični elementi tretmana i površinske prilagodbe te 4. implementacija i mjere učinkovitosti.

2. Cilj i problemi istraživanja

Iako je logička podloga za kulturološke prilagodbe prilično jasna (Moodley i sur., 2013), broj istraživanja koja bi informirala o praksi utemeljenoj na dokazima još je uvijek ograničen (Griner i Smith, 2006; Benish i sur., 2011; Hall i sur., 2016). Evidentirani nesrazmjer između evidentiranih potreba i dostupnosti validiranih kulturološki osjetljivih psiholoških tretmana reflektira se u niskim stopama uključivanja, ostanka u tretmanima, pa i nepovoljnijim ishodima u odnosu na kulturološki adaptirane psihološke tretmane (Kirmayer, 2012). Nadalje, iako se posljednjih desetljeća intenziviraju nastojanja oko sistematiziranja okvira za kulturološku prilagodbu (Rathod i sur., 2019), još su uvijek rijetke studije koje bi uključivale usporedbu adaptirane i neadaptirane forme kognitivno-bihevioralnog tretmana, kao i detaljan i sistematičan opis procesa, sadržaja i ishoda adaptacije (Rathod i sur., 2019).

Prvi cilj ovog preglednog rada je dati detaljan pregled literature o učinkovitosti kulturološki prilagođenog kognitivno-bihevioralnog tretmana u usporedbi s neprilagođenom formom u izvanbolničkom tretmanu. U radu su prikazana randomizirana kontrolirana istraživanja te je ocijenjena i njihova kvaliteta prema standardiziranom protokolu za procjenu rizika od pristranosti.

Drugi cilj ovog rada bio je prikupljanje podataka o opisanim postupcima kulturološke adaptacije u primarnim studijama u odnosu na kulturološki okvir „Trostruko-A“ za prilagodbu kognitivno-bihevioralnog tretmana. Navedeno može biti korisno kako za kliničku praksu tako i za buduća istraživanja ishoda tretmana.

3. Metodologija

3.1 Nacrt

Ovo je istraživanje sustavni pregled koji je planiran i proveden u skladu s PRISMA-P smjernicama (Moher i sur., 2015; Page i sur., 2021). Navedene smjernice metodološka su podloga za planiranje, razvoj i izvještavanje o nalazima preglednih istraživanja i uključuju sedamnaest koraka koji olakšavaju izradu protokola, planiranje i praćenje ishoda rada, a pregled je dan u odjeljku Prilozi (Prilog 1). Ovaj sustavni pregled uključuje kvalitativnu sintezu nalaza.

U tom kontekstu istraživačko pitanje postavljeno je usko jer je fokus na dodanoj vrijednosti kulturološki adaptiranog KBT-a u odnosu na neadaptiranu formu kao aktivnu kontrolu. S obzirom na glavni cilj istraživanja na početku su definirani elementi koji pomažu u postavljanju kriterija uključenja i isključenja (PICO) u skladu s mjerodavnim smjernicama u području (Higgins i sur., 2021):

P – populacija – izvanbolnički odrasli klijenti¹

I – intervencija – Ka-KBT (kulturološki adaptirani KBT)

C – usporedba – aktivna kontrola – neadaptirana verzija KBT-a te

O – ishod – klinički značajna poboljšanja i/ili remisija

Nadalje, randomizirane kontrolirane studije razmatrane su kao najprigodniji nacrt u smislu evaluacije ishoda intervencija te su kao takve uzete u obzir pri definiranju kriterija uključenja (Roqué i sur., 2020).

3.2 Kriteriji uključenja i isključenja

U skladu s PRISMA-P smjernicama kriteriji uključivanja i isključivanja osmišljeni su u skladu s PICO (patient/population, intervention, comparison and outcomes) smjernicama. Pregled je usmjeren na procjenu učinkovitosti kulturološki prilagođenog kognitivno-bihevioralnog tretmana u odnosu na neprilagođenu formu u izvanbolničkom tretmanu i stoga je cilj bio izdvojiti randomizirana kontrolirana ispitivanja usmjerena na ocjenu učinkovitosti ovih dviju tretmanskih

¹ S obzirom na ograničeni broj studija na populaciji odraslih istraživački tim odlučio je proširiti kriterije koji se odnose na dob, kako ne bismo izostavili relevantne izvore koji se odnose na ciljnu skupinu adolescenata.

modela. Istraživanja su ograničena na kognitivno-bihevioralni tretman zbog zahvaćanja jedinstvenog doprinosa kulturoloških prilagodbi u psihoterapijskom pristupu.

Usto, ono što je dodatno bilo od naročitog interesa u kontekstu ciljeva istraživanja, jest razumijevanje specifičnog procesa i aspekata povezanih s prilagodbom kod KBT pristupa. Pregled nije ograničen na pojedino stanje mentalnog zdravlja, ali su isključene preventivne aktivnosti, tj. one koje nisu zasnovane na tretmanskome pristupu. Nisu predviđena ograničenja u odnosu na datum objave istraživanja, grupni ili pojedinačni način primjene tretmana, lokaciju ili specifičnu etničku skupinu u smislu ciljne populacije.

Pretraživanje je ograničeno na studije koje su pisane na engleskom jeziku i na randomizirana kontrolirana ispitivanja. Zaključno, iz prvog cilja i elemenata preglednog rada u probiru relevantnih studija uključene su studije koje:

1. se bave usporedbom učinkovitosti Ka-KBT-a i KBT-a
2. uključuju randomizirane kontrolirane studije
3. opisuju individualni i grupni tretman, savjetovanje, psihoterapiju i različite modalitete provedbe (telefonski, *online* i dr.) u smislu validiranih protokola i/ili dijelova protokola
4. su napisane na engleskom jeziku, bez obzira na datum objave.

Isključena su izvješća s konferencija, studije isplativosti, pisma uredniku, korelacijska istraživanja, kvaziekperimentalna istraživanja i drugi nacrti koji nisu randomizirane kontrolirane studije. Osim toga, isključena su preventivna istraživanja ili ona koja su usmjerena na unaprjeđenje adaptacije na liječenje, kvalitete života i sl., u smislu preventivnih, a ne tretmanskih aktivnosti s obzirom na to da je pregledni rad usmjeren na specifični tip psihološke intervencije u kliničkom kontekstu.

3.3 Strategija pretraživanja

U pretraživanje su uključene dvije elektronske bibliografske znanstvene baze, psychINFO i PubMed. Pretraživanje je provedeno kombinacijom MeSH termina *cultural adaptation*, *culturally adapted*, *cultural modifications*, *CBT*, *Cognitive Behavioral Therapy*, *Behavioral Cognitive Therapy* s prilagodbom pravopisnih varijacija te je ono prilagođeno za svaku od pretraživanih baza, uz uključivanje samo randomiziranih kontroliranih ispitivanja. Kako bi se

osigurala što kvalitetnija pretraga, u smislu osjetljivosti u odnosu na specifičnost, konzultiran je i znanstveni knjižničar kako bi se optimizirala strategija pretraživanja.

U procesu pretraživanja literature uključena su i dva registra primarnih studija, tj. kliničkih ispitivanja – Cochrane knjižnica CENTRAL i Gov.Trial baza koju administrira američka Nacionalna knjižnica medicine pri Nacionalnom institutu zdravstva. Kako bi se povećao obuhvat drugih potencijalno relevantnih izvora sive literature, u pretragu su uključeni i europski izvori i registri www.opengrey.eu i DART. Pretraživanje je još uključilo i WoS (Web of Science) s prvih 100 relevantni referenci. Siva literatura uključuje sve javno dostupne informacije iz različitih izvora, poput jedinica samouprave, istraživačkih instituta, obrazovnih institucija, realnog i drugih sektora koje su dostupne u tiskanom ili elektronskom izdanju kojima nakladništvo nije osnovna djelatnost izvora informacija (ICGL, 1997). Unakrsno su u Scopus bazi referencirane unaprijed i unatrag studije relevantne za istraživačko pitanje kako bi se obuhvatilo što više potencijalno relevantnih izvora. Pregled strategije pretraživanja dostupan je u odjeljku Prilozi (Prilog 2.)

U sljedećem koraku kontaktirano je s ključnim autorima u području kako bi se evidentirali izvori, poput još neobjavljenih članaka koji bi mogli biti relevantni s obzirom na prvi cilj istraživanja. Poslani su i dodatni upiti vezani za detalje kulturološke prilagodbe kako bi se prikupili detalji vezani za drugi cilj istraživanja kako bi se prikupili detalji vezani za drugi cilj istraživanja, odnosno za kulturološki okvir „Trostruko-A.“

3.4. Upravljanje i ekstrakcija podataka

Podaci o studijama izvezeni su u program za upravljanje referencama i pregledne studije Rayyan (Ouzzani i sur., 2016). Naslovi i sažeci svake reference identificirane u pretraživanju konvertirani su u odgovarajući format te su u dodatnom koraku identificirani duplikati. Potom su sve reference evaluirane u odnosu na unaprijed definirane kriterije za uključivanje i isključivanje dvaju neovisnih procjenjivača koji nisu imali uvid u procjene drugog člana tima.

Nesuglasja u procjeni razriješena su kompromisom nakon detaljnog pregleda cjelovitog teksta članka ili izvještaja, uz refleksiju na kriterije za uključivanje. Tad se pristupilo pregledavanju potencijalno relevantnih radova u cjelovitom tekstu. Budući da su pridružene heterogene kliničke slike, u pregled su uključena sva istraživanja koja su kao mjeru poboljšanja uključila rezultate na ljestvicama za evaluaciju ishoda tretmana, a u skladu s prvim ciljem.

U radnu tablicu za pregled izdvojene su značajke kao što su autori, godina objavljivanja, broj i obilježja sudionika, vrsta teškoće, eventualni komorbiditeti, primijenjena intervencija, status i kompetencije kliničara koji su primijenili intervenciju te korištene mjere, kao i primarne i sekundarne ishode, eventualne nalaze praćenja te dostupnost opisa procesa i sadržaja kulturološke prilagodbe. Kako bi se odgovorilo na drugi cilj istraživanja, podaci o prilagodbama sažeti su i u tablici na temelju kriterija okvira kulturološke prilagodbe psiholoških tretmana (Prilog 3).

3.5 Procjena kvalitete uključenih studija

U svrhu procjene kvalitete uključenih studija korišten je instrument RoB 2.0 (*Risk-of-bias tool for randomized trials*). Ovaj alat na raspolaganju je za procjenu rizika od pristranosti u randomiziranim kliničkim ispitivanjima (Sterne i sur., 2019; Higgins i sur., 2011). Ljestvica uključuje pet domena, s naglaskom na postupak randomizacije i odstupanja od planiranih intervencija. Sve odabrane randomizirane kontrolirane studije procijenjene su u odnosu na unaprijed definirane kriterije navedenog alata od dva neovisna procjenjivača koja nisu imala uvid u procjene drugog člana tima. Nesuglasja u procjeni razriješena su kompromisom nakon detaljnog pregleda bilješki i ocjene algoritma uz refleksiju na kriterije.

3.6 Sinteza podataka

Za sve uključene studije pregled nalaza dan je narativno i tablično uz navođenje relevantnih indikatora u smislu ključnih značajki primarnih studija i elemenata kulturološke prilagodbe, a u odnosu na kulturološki okvir „Trostruko-A“ za prilagodbu kognitivno-bihevioralnog tretmana. Sumiran je postupak i relevantni aspekti kulturološke adaptacije tako gdje je to primjenjivo, a u nedostatku detaljnije povratne informacije od prvih autora uključenih istraživanja.

4. Rezultati

Prvi cilj ovog istraživanja bio je dati detaljan pregled nalaza o učinkovitosti kulturološki prilagođenog kognitivno-bihevioralnog tretmana u usporedbi s neprilagođenom formom u izvanbolničkom tretmanu. Razmatrane su randomizirane kontrolirane studije kao najprigodniji nacrt u smislu evaluacije ishoda intervencija te je detaljnije analizirana kvaliteta navedenih studija.

Drugi cilj ovog rada bio je prikupiti podatke o opisanim postupcima kulturološke adaptacije u primarnim studijama u odnosu na kulturološki okvir „Trostruko-A“ za prilagodbu kognitivno-bihevioralnog tretmana.

Usprkos metodološkim ograničenjima, prigodnim i relativno malim uzorcima, dostupni nalazi generalno ukazuju na relativnu učinkovitost kulturološki adaptiranih verzija kognitivno-bihevioralnih tretmana u odnosu na neadaptiranu formu za različite dobne skupine i u slučaju heterogenih teškoća.

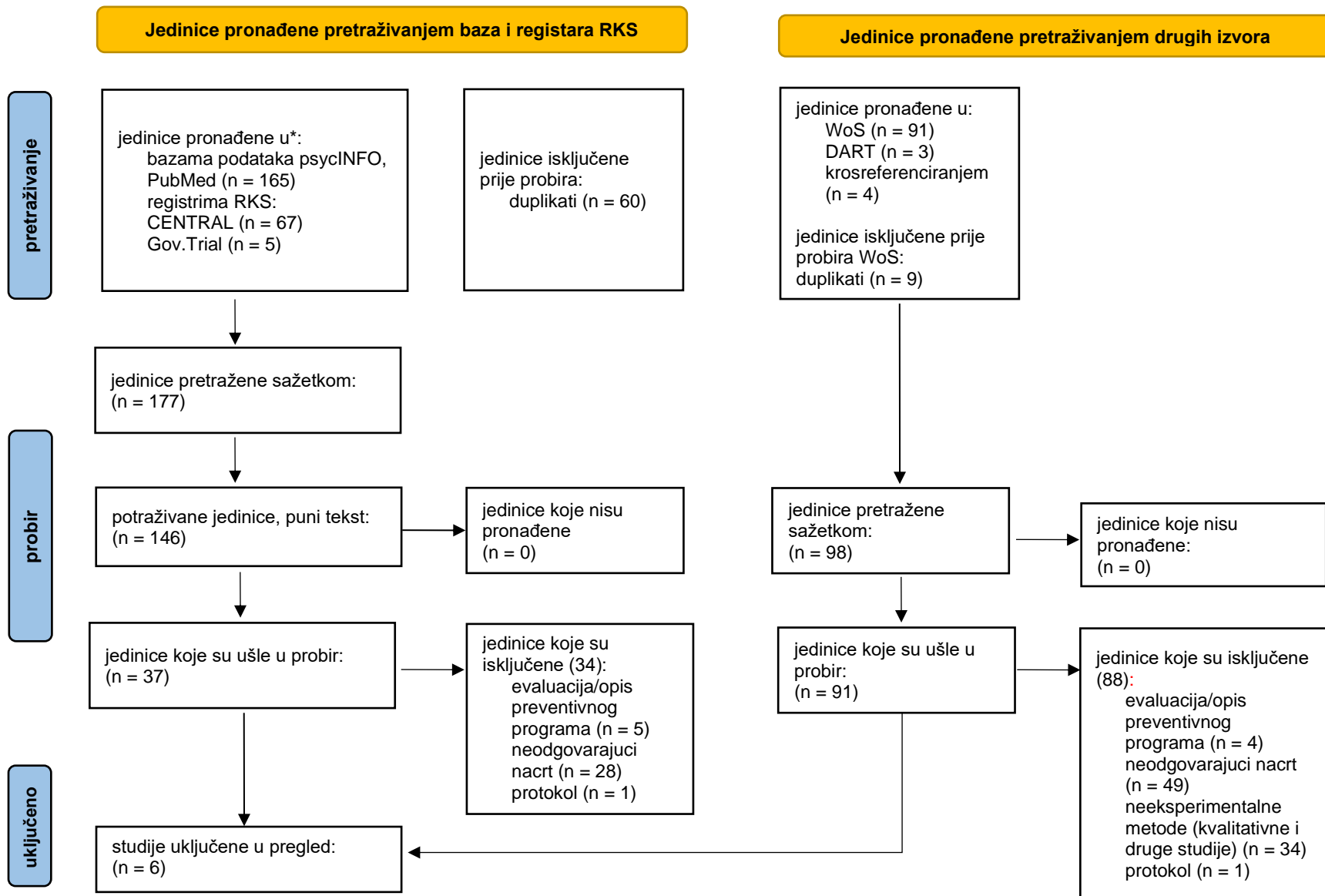
Nadalje, iako je tek u polovini studija jasno naveden korišteni okvir za adaptaciju poput Bernalovog (2006) ili ranije navedenih Hwangovih PAMF (2006) ili FMAP (2009), postoje elementi koji su zajednički opisanim okvirima u kojima je naglasak na uvažavanju kulturološki osjetljivog modela shvaćanja poremećaja, tj., specifičnog koncepta distresa te adaptacijama u sadržaju i procesu u odnosu na standardiziranu formu tretmana.

Nastavno na navedeno, a neovisno o referentnom kulturološkom okviru za prilagodbu, sve uključene studije opisuju implementaciju adaptacija vezanih za uvažavanje specifičnosti kulturološkog koncepta distresa te prilagodbi u sadržaju i procesu u odnosu na standardiziranu formu tretmana što reflektira, među ostalim, i elemente okvira za kulturološku adaptaciju tretmana „Trostruko-A“.

4.1 *Pretraživanje literature*

Dijagram tijeka probira i uključenja studija (Slika 1.) daje kratak pregled procesa. Nakon identifikacije 69 istovjetnih izvještaja uz pomoć Rayyan programa (Ouzzani i sur., 2016) preostalo je 165 izvora pronađenih u bazama podataka PubMed i psycINFO te 72 izvora pronađenih u registrima randomiziranih kontroliranih studija. Pretraživanjem drugih izvora sive literature poput DART, WoS, kao i unakrsnom pretragom, evidentirano je dodatnih 98 izvora. Probirom pomoću sažetaka, a zatim pretragom punog teksta došlo se do rezultata od 128 izvora.

Od tog broja 122 ih je isključeno zbog sljedećih razloga: 1. preventivni, a ne tretmanski programi (7 %), 2. neodgovarajući nacrti istraživanja u smislu pasivne kontrole ili aktivne kontrole koju je predstavljala druga intervencija, a ne adaptacija standardnog protokola (60 %), 3. kvalitativne studije (27 %) i 4. protokoli (2 %). Po završnom probiru uključeno je šest studija koje ispunjavaju kriterije uključenja i isključenja (Burrow-Sanchez, 2019; Burrow-Sanchez, i Wrona, 2012; Pan i sur., 2011; Huey i Pan, 2006; Hwang i sur., 2015; Kohn i sur., 2002).



Slika 1. Dijagram tijeka probira i uključanja studija (PRISMA, prema Page i sur., 2021)

4.2 Obilježja uključenih studija

Ukupno je uključeno 6 eksperimentalnih primarnih studija. Radi se o randomiziranim kontroliranim studijama od kojih dvije studije predstavljaju nadogradnju na pilot-studije, koje su također uključene u pregled.

Postupak regrutacije i randomizacije detaljnije je opisan u polovici studija, kao i osipanje sudionika, te u dodatnim analizama vezanima za pridržavanje protokola, tj. postupaka u tretmanima i potencijalnim moderator-varijablama poput kvalitete terapijskog odnosa, identifikacije s identitetom manjinske skupine ili stupnja akulturacije. Navedeno je u skladu i s nalazima ranijih metaanaliza, a u smjeru povoljnijih ishoda adaptiranih verzija tretmana za sudionike s nižom stopom akulturacije (Griner i Smith, 2006).

Studije su usmjerene na raznovrsne teškoće i poremećaje te uključuju zlouporabu i ovisnost o opijatima, poremećaje raspoloženja i anksiozne poremećaje, a u postupku regrutacije i ulazne procjene u svim studijama korišteni su strukturirani intervjui usmjereni na specifični tip teškoća. Sve su studije uključivale i psihološke mjere ishoda poput standardiziranih psihologijskih upitnika, npr. BDI-ja, SCARED-a i HDRS-a. Uključene su još u dvije trećine studija i mjere specifične za određeni tip protokola i tretmana, npr. SUDs, FTQ i FSS-III te indikatori vezani za akulturacijske procese i druge potencijalne moderator-varijable, npr. WAI, AVS-R. Od sekundarnih ishoda korištene su još skale globalnog funkcioniranja, npr. CGAS, GAF.

Sva istraživanja provedena su u SAD-u na prigodnim populacijama i manjinskim grupama (Afroamerikanci, Latinoamerikanci i Azijski Amerikanci) većinom srednje i kasne adolescentne dobi, dok jedna studija navodi samo interval dobi od 18 do 65 bez jasnog izdvajanja podskupina. Radi se o relativno malim i prigodnim uzorcima, posebice u pilot-studijama koje čine trećinu uključenih u studije, te o relativno kratkim tretmanima od kojih najdulji traje 16 sastanka, dok u polovini studija izostaju nalazi praćenja.

Polovina studija jasno navodi kulturološki okvir za prilagodbu tretmana te je većina studija za aktivnu kontrolu preuzela ranije validiran tretmanski protokol, a radi se poglavito o grupnim protokolima rada. Kao pasivnu kontrolu trećina studija uvodi i priručnik za samopomoć.

Što se tiče statusa i kvalifikacije savjetnika u tretmanu, u polovini studija radilo se o bilingvalnim stručnjacima srodnog kulturološkog konteksta, studentima doktorskog studija psihologije koji su prošli dodatnu edukaciju s licenciranim stručnjakom, koji je većinom prvi autor studije, te im je osigurana supervizija. Dvije studije ne navode detalje o savjetnicima, ali sve uključene studije opisuju različita nastojanja oko pridržavanja protokola i priručnika, kao što su skale za praćenje, snimanje sastanaka, redovita supervizija i sl.

U trećini studija radilo se o intervencijama koje su propisane u okviru mjera pravnog sustava i sustava socijalne skrbi za značajan udio sudionika studija. Relativno su niske stope osipanja ispitanika u odnosu na ranija istraživanja (Wierzbicki i Pekarik, 1993), a dvije studije ističu trend kako se manjinske skupine kasnije odlučuju za tretman, odnosno kada su već prisutne izražene teškoće te se primarni ishodi stoga odnose na klinički značajna poboljšanja, ali ne i potpunu remisiju (Hwang i sur., 2015; Kohn i sur. 2002).

U vezi drugog cilja ovoga rada, a radi sistematiziranja opisanih adaptacija na strukturiran način, prvim autorima uključenih studija dostavljen je kratki upitnik koji je sumirao elemente „Trostruko-A“ okvira za kulturološku adaptaciju (Prilog 4).

Kako autori studija nisu dostavili ispunjeni upitnik, kratak pregled adaptacija u odnosu na navedeni okvir sistematiziran je iz podataka dostupnih iz samih izvješća, a u Tablici 1. u kojoj se daje pregled obilježja primarnih studija. Sve studije uključile su ili kvalitativna istraživanja, poput intervjua, fokus grupa, kontakata sa zajednicom, ili stručnjaka u području radi evidentiranja i integracije relevantnih kulturološki specifičnih elemenata u postupku adaptacije, poput uvažavanja akulturacijskog statusa, etničkog identiteta, uloge i funkcije obitelji u kontekstu mentalnog zdravlja te religijske perspektive zdravlja i bolesti. Za neke od studija navedeno je rezultiralo i dodavanjem zasebnih modula u plan tretmana koji su bili usmjereni na kulturološki specifične teme poput primjerice identiteta i percepcije vlastite uloge u obitelji (Kohn i sur., 2002).

Što se tiče procjene indikacija za tretman i samo uključivanje, u dvije trećine studija osigurani su bilingvalni procjenjivači i/ili dvostruki prijevod priručnika za pojedini protokol kako bi se osigurala semantička i druga ekvivalentnost (Hwang i sur., 2015). Isto tako, neke od prilagodbi rezultirale su i manjim brojem kraćih sastanaka i ekstenzivnim uključivanjem članova obitelji u procjenu i praćenje (Burrow-Sanchez, 2019).

U kontekstu sadržajnih prilagodbi i procesnog djela tretmana sve studije navele su barem neki od sljedećih elemenata: naglašavanje emocionalne kontrole kod grupa koje cijene stoičku dispoziciju i nisu sklone otvorenom pokazivanju emocija, ekstenzivnu socijalizaciju na tretman i psihoedukaciju s ciljem smanjena stigme, fokus na tjelesne simptome određene kliničke slike i bihevioralne intervencije te prilagodbu simbola i metafora kojima se koriste u radu.

U trećini studija je promoviran direktivniji stil kod savjetnika s obzirom na to da je za specifičnu manjinu navedena promjena u ranijim istraživanjima prvog autora rezultirala snažnijim terapijskim savezom (Pan i sur., 2011; Huey i Pan, 2006).

4.3 Učinkovitost kulturološki adaptiranih formi kognitivno-bihevioralnih tretmana

Nalazi kontroliranih randomiziranih studija govore u prilog učinkovitosti kulturološki adaptirane forme u odnosu na standardnu formu kod različitih kognitivno-bihevioralnih protokola za raznovrsne teškoće i određene ciljne skupine. Potrebno je navesti kako se radi o sljedećim populacijama: Latinoamerikancima, Azijski Amerikancima i Afroamerikancima. Navedene populacije ujedno su i najzastupljenije u kontekstu istraživanja vezanih za kulturološke adaptacije generalno. Tako novija metaanaliza iz 2020. (Enik i sur.) o kulturološki adaptiranim tretmanima depresije navodi kako se gotovo polovina uključenih studija odnosila na manjine u zapadnim zemljama, od čega je većina provedena u Sjedinjenim Američkim Državama

Tako su Burrow-Sanchez i Wrona 2012. proveli pilot-istraživanje s ciljem utvrđivanja učinkovitosti kulturološki adaptiranog grupnog protokola u odnosu na neadaptiranu formu protokola vezano za zlouporabu sredstava ovisnosti i ovisnost o psihoaktivnim supstancama. Uzimajući u obzir skroman prigodni uzorak od 35 sudionika, rezultati su upućivali na zaključak o relativnoj učinkovitosti adaptirane verzije u kojoj su sudionici s višim etničkim identitetom i privrženosti obitelji izvještavali o povoljnijim ishodima, tj. o manjoj čestini zlouporabe sredstava ovisnosti s blagim povećanjem u praćenju nakon tri mjeseca. Prvi autor u nastavku je proveo randomiziranu kontroliranu studiju (Burrow-Sanchez, 2019) s dodatnim točkama praćenja nakon 6 i 12 mjeseci na uzorku od 70 Latinoamerikanaca adolescentske dobi, uz stratifikaciju sudionika koji su uzimali i farmakoterapiju tijekom tretmana. Rezultati obrade upućivali su, također, na superiornost adaptirane u odnosu na neadaptiranu verziju tretmana u praćenju i nakon 12 mjeseci po završetku tretmana, dok je privrženost obitelji u značajnoj mjeri moderirala ishod.

Isto tako, Huey i Pan 2006. proveli su pilot-istraživanje na prigodnom uzorku od 15 odraslih Azijskih Amerikanaca radi evaluacije učinkovitosti kulturološki adaptiranog individualnog tretmana za fobije. U jednom sastanku u trajanju od 3 sata koji je utemeljen na izlaganju i modeliranju - OST (*One-Session Treatment*) naspram neadaptiranoj OST formi te priručniku za samopomoć. Izbjegavanje je bilo znatno niže za sudionike u situaciji kulturološki adaptiranog tretmana usporedbi sa *self-help* situacijom, ali samo marginalno značajno u odnosu na standardni format. Osim toga, kulturološki adaptirana forma pokazala se superiornom u odnosu na ostale dvije situacije u smanjenju katastrofiziranja i izbjegavanja. Prvi autor je sa suradnicima (2011), nakon 6 mjeseci, proveo još jednu randomiziranu kontroliranu studiju na prigodnom uzorku od 30 odraslih Azijskih Amerikanaca, s dodatnom točkom praćenja. Studija je dodatno uključila i evaluaciju potencijalnih moderator-varijabli. I u ovom se slučaju kulturološki adaptirana OST pokazala superiornom u odnosu na standardni protokol, u smislu nižeg katastrofiziranja i razine generalnog straha za skupinu sudionika s nižim stupnjem akulturacije.

Nadalje, Hwang i sur. su 2015. proveli istraživanje na 50 odraslih Azijskih Amerikanaca s dijagnozom velike depresivne epizode radi utvrđivanja relativne učinkovitosti kulturološki adaptiranog individualnog protokola u odnosu na standardiziranu formu tretmana. Randomizacija je uključila i stratifikaciju sudionika koji su uzimali farmakoterapiju tijekom tretmana. Kod sudionika iz situacije kulturološki adaptiranog tretmana evidentirano je veće poboljšanje nego kod sudionika iz aktivne kontrole, iako je izraženost depresivnih simptoma ostala relativno visoka u obje skupine uz nisku stopu odustajanja od tretmana.

Na kraju, kontrolirana randomizirana studija koju su 2002. na uzorku 20 Afroamerikanki s višestrukim teškoćama i izraženim depresivnim simptomima proveli Kohn i sur. također govori u prilog kulturološki adaptirane verzije grupnog tretmana za depresiju u odnosu na standardnu formu. Potrebno je istaknuti kako su u obje skupine evidentirane perzistentne teškoće srednjeg intenziteta i po završetku tretmana.

4.4 *Opis procesa kulturne adaptacije kod uključenih studija*

Iako su u studijama korišteni različiti pristupi, postoje elementi koji su zajednički opisanim okvirima za adaptaciju gdje je naglasak na uvažavanju kulturološki osjetljivog modela shvaćanja poremećaja, tj., specifičnog koncepta distresa te adaptacijama u sadržaju i procesu tretmana u odnosu na standardiziranu formu. S obzirom na navedeno prvim autorima je u ovom koraku dostavljen kratak upitnik vezan za elemente kulturoloških adaptacija za pojedini protokol. Kako autori studija nisu dostavili ispunjeni upitnik, u nastavku je dan kratak pregled adaptacija sistematiziran iz podataka dostupnih iz samih izvješća.

Tako se u Burrow-Sanchez i Wrona (2012) te Burrow-Sanchez (2019) navodi uvođenje zasebnog modula pod nazivom Etnički identitet i prilagodba, revizija sadržaja i primjera u smjeru kulturološki osjetljivih te intenziviranje uključivanja roditelja u tretman i obiteljske socijalizacije na tretman. Navedeno se temelji na modelu prilagodbe koji je razvijen specifično za ovaj protokol (Burrow-Sanchez i sur., 2011) koji je uključivao pregled literature, fokus-grupe s kulturološki osjetljivim bilingvalnim terapeutima, socijalnim radnicima, roditeljima i adolescentima. U specifičnim tehnikama, kao što je na primjer igra uloga, uključene su relevantne obiteljske situacije te je prilagođen i način provedbe u smislu češće komunikacije s roditeljima, osiguravanja prijevoza i fleksibilnosti oko lokacije provedbe tretmana.

Nadalje, u pilot-istraživanju (Huey i Pan, 2006) i popratnoj randomiziranoj kontroliranoj studiji (Pan i sur., 2011) navedeno je nekoliko kulturološki responzivnih modifikacija poput uvažavanja akulturacijskog statusa i klijentova modela teškoća, normalizacije i naglaska na povjerljivosti bez navođenja detalja i primjera prilagodbi u samom izvješću. Isto tako, uvedene su sadržajne prilagodbe u smislu naglaska na emocionalnoj kontroli i psihoedukaciji te modifikacije načina provedbe u smislu veće direktivnosti u terapijskom odnosu (Huey i Pan, 2005).

Kohn i sur. (2002) ukratko opisuju kako su podloga za kulturološke modifikacije grupnog protokola za depresivne teškoće bile konzultacije s kulturno osjetljivim terapeutima i pregled literature o kulturološkim adaptacijama u terapijskom radu. U kontekstu prilagodbe sadržaja navode se dodavanje iskustvenih meditativnih kulturološki osjetljivih vježbi, relevantnih tema vezanih za njegovanje odnosa, obiteljske teškoće, odnos prema religioznosti i identitetu. U kontekstu prilagodbi u načinu izvedbe navode se izmjene opisa pojedinih tehnika, korištenje

kulturološki kongruentnim primjerima, navođenje značajnih osoba ili anegdota iz afričkoameričke kulture te prilagodba načina prezentacije zadaće između sastanaka (Kohn i Oden, 1997).

Randomizirana kontrolirana studija Hwanga i sur. (2015) opisuje specifičnu metodologiju prilagodbe koja uključuje kombinaciju pristupa odozgo prema dolje (PAMF) i odozdo prema gore (FMAP) koji su opisani ranije u tekstu. PAMF tako uključuje generalne teorijske smjernice za prilagodbu u smislu rada na terapijskom odnosu, orijentacije i socijalizacije na tretman, razumijevanja modela teškoća i kulturoloških razlika u doživljavanju i ekspresiji teškoća i uvažavanja kulturoloških specifičnosti. FAMP uključuje pretraživanje relevantne literature popraćene intervjuima i fokus-grupama s kulturno osjetljivim terapeutima i značajnim osobama u zajednici (npr. praktičarima tradicionalne kineske medicine, vjerskim učiteljima i sl.) te razvoj, pilotiranje i reviziju protokola s ciljem izrade finalne verzije.

Kao konkretne kulturološke prilagodbe procesa u izvješću se navode opširnija i produljena socijalizacija na tretman u usporedbi sa standardnim protokolom i rad na redukciji stigme. Nadalje, navedeno je revidiranje kulturološki relevantnih simbola i metafora, npr. iz religijskih učenja i kulturne baštine. U sadržaju je veći fokus stavljen na postavljanje ciljeva, rješavanje problema, kao i na identificiranje i suočavanje sa somatskim simptomima depresije.

Kako bih se osvrnula donekle i na vlastito kliničko iskustvo i na implementaciju ovih principa u osobni rad, činilo se relevantno uključiti i jedan prikaz slučaja u kojem mogu dati kratak pregled implementacije osnovnih principa „Trostrukog A“: (a) svijest o kulturološkom kontekstu, ekološkom modelu funkcioniranja u odnosu na osobne resurse, resurse u obitelji i zajednici te relevantna posredujuća i bazična vjerovanja o problemu i tretmanu, (b) procjena i uključenosti u tretman te (c) prilagodba samih terapijskih intervencija. Tako se na primjeru klijentice iz Indije koja dolazi uslijed izraženih depresivnih simptoma po najavi preseljenja iz obiteljske kuće može vidjeti kratki pregled uvedenih adaptacija i promjena u pristupu i procjeni i samim intervencijama.

U specifičnom slučaju klijentica je opisivala narušenu sliku o sebi, u početku u ulozi kćeri, a po intenziviranju simptoma i u radnoj ulozi. Bila je sklona samoizolaciji, izbjegavajućim obrascima, posebice u obiteljskoj kući, opisivala je konstantan osjećaj tuge, gubitak interesa i samokritične ruminacije koje su se intenzivirale neposredno nakon preseljenja, a mjesec dana prije nego je došla na terapiju.

Radilo se o visokoobrazovanoj osobi koja je odselila iz Indije u osnovnoj školi, upisala međunarodnu srednju školu te kasnije pohađala studij izvan Katara. U opisanom razdoblju nije bilo akademskih, socijalnih, zdravstvenih ili drugih teškoća ili teškoća u prilagodbi. Opisuje kontinuitet sukoba oko svoje uloge u obitelji od razdoblja rane adolescencije. Najmlađe je dijete i ima dva oženjena brata. Odnose u obitelji opisuje tradicionalnima uz intenziviranje tih tendencija po njezinom povratku u Katar nakon što se odlučila odseliti, a da nije uredila bračni status. Nakon opisa osnovnih osobnih informacija i glavne pritužbe slijedi kratak opis po elementima implementacije:

(a) Svijest o kulturološkom kontekstu

Snažna relacijska priroda osobnog identiteta nešto je što je vezano i za moje kliničko iskustvo i svakako je utjecalo na prilagodbe u mojoj konceptualizaciji i planiranju tretmana gdje su očekivanja obitelji, posebno onih vezanih za ulogu žena, jedan od velikih rizičnih i održavajućih faktora na koje usmjeravam pažnju u ulaznoj procjeni klijenta koji dolazi iz kolektivističke kulture. Tako se na preseljenje iz obiteljske kuće, a da nije riječ o ulasku u brak, ne gleda blagonaklono. Osim toga, činjenica da su braća poštovala socijalnu normu dodatni je otežavajući faktor jer intenzivira pritisak roditelja, ali i šire obitelji.

(b) Procjena i uključenost u tretman

S obzirom na opisani kulturološki kontekst i životne promjene u samoj procjeni je, osim ljestvica depresivnosti, anksioznosti i stresa, uključen i upitnik akulturacije, Youngov upitnik shema i upitnik psihološke fleksibilnosti. Jedno od područja koje često uključujem u procjenu, a i kasnije psihoedukaciju i popratni rad, je i samosuosjećanje. Rezultati procjene upućivali su na visoko iskustveno izbjegavanje, izražene sheme defektnosti i umreženosti, izraženu samokritičnost i samoizolaciju, umjereni intenzitet depresivnih i anksioznih teškoća te srednje izraženu akulturaciju. Ulazna procjena bila je dobra podloga za psihoedukaciju i normalizaciju smetnji, uz uvođenje koncepata univerzalnih potreba, mitova o suosjećanju, važnost osobnih vrijednosti te kako se one reflektiraju u njezinu životu, uz uvažavanje kulturoloških osobitosti.

(c) Prilagodba samih terapijskih intervencija

U elemente protokola za KB tretman depresije uvedeni su i neki koncepti shema terapije, kao i sadržaji vezani za samosuosjećanje. Bihevioralna aktivacija uključila je i *pranayama* vježbe disanja, dok su različite kognitivne distorzije predstavljene kao naočale s različitim filterima kojima smo smislili za nju uvjerljiva imena. Uvedena je tehnika prazne stolice koja je pomogla u identifikaciji unutarnjeg kritičara te je osmišljena *kartica suočavanja* u slučaju javljanja glasa kritičara koji je personaliziran kao lik iz priče koju je slušala kao dijete. Dnevnik disfunkcionalnih misli uključio je i neke elemente dnevnika samosuosjećanja, a uveden je i dnevnik pozitivnih kvaliteta kao dio jutarnjih rituala.

4.5 Kvaliteta i rizik pristranosti uključenih studija

Metodološka kvaliteta uključenih studija procijenjena je uz pomoć algoritma i smjernica navedenih u alatu RoB 2.0 koji je namijenjen procjeni pet domena: proces randomiziranja, izmjena unaprijed definiranog protokola, adekvatnost mjera i postupaka vezanih za praćenje ishoda tretmana te adekvatnost metoda i pristupa u obradi podataka. Randomizirane kontrolirane studije procijenila su dva neovisna procjenjivača uz pomoć RoB 2.0 alata, a neslaganja su razriješena kompromisom po završenoj procjeni, uz refleksiju na kriterije definirane u navedenom alatu, algoritamskoj procjeni i pomoćnoj popratnoj literaturi. Dvije trećine studija generalno su procijenjene niskim rizikom pristranosti, dok su procjene preostalih studija rezultirale jednom procjenom umjerenog rizika pristranosti, uz jednu studiju za koju je procijenjeno da ima visoki rizik od pristranosti. Grafički prikaz dostupan je u odjeljku Prilozi (Prilog 5).

5. Rasprava

Ovo je istraživanje jedno od rijetkih koje je metodom sistematiziranog preglednog rada istražilo učinkovitost kulturološki prilagođene KBT u usporedbi s neprilagođenom formom, uz pregled primijenjenih kulturnih adaptacija u odabranim primarnim studijama. Usprkos malom broju studija koje su ispunile kriterij za uključivanje, određenim ograničenjima i evidentiranim metodološkim nedostacima navedenih studija, generalni nalazi ovog istraživanja govore u prilog učinkovitosti kulturološki adaptirane forme u odnosu na standardnu formu kod različitih kognitivno-bihevioralnih protokola za raznovrsne teškoće i određene ciljne skupine pacijenata.

Isto tako, iako su u studijama korišteni različiti modeli kulturoloških adaptacija, ustanovljeni su elementi koji su zajednički opisanim okvirima u kojima je naglasak na uvažavanju kulturološki osjetljivog modela shvaćanja poremećaja te adaptacijama u sadržaju i procesu tretmana u odnosu na standardiziranu formu. Kako autori primarnih studija uključenih u ovaj pregledni rad nisu dostavili ispunjeni upitnik, dan je kratak pregled adaptacija sistematiziran iz podataka dostupnih iz samih izvješća te je povezan s primjerom iz kliničkog iskustva prema „Trostruko A“ modelu.

Iako su generalno nalazi preglednih radova vezani za učinkovitost kulturološki adaptiranih psiholoških tretmana obećavajući (Griner i Smith, 2006; Chowdhary i sur. 2014), česta je zamjerka kako nisu bazirani na aktivnoj kontroli i kako uglavnom ne uključuju detaljne opise prilagodbi (Rathod i suradnici, 2017). Ujedno, učestalo je i uspoređivanje različitih oblika tretmana što umanjuje mogućnost generalizacije nalaza i zaključaka o učinkovitosti kulturoloških adaptacija u odnosu na standardizirani oblik intervencije.

Jedan od rijetkih preglednih radova koji je uključio primarne studije koji se kao aktivnom kontrolom koriste neadaptiranom formom tretmana, podupire ranije nalaze u smislu učinkovitosti kulturološki adaptiranih psiholoških tretmana u odnosu na standardnu formu (Benish i sur., 2011). Ono što je zanimljivo jest da je u tom slučaju kongruentnost modela shvaćanja poremećaja identificirana kao jedina moderator-varijabla vezana za nalaze o superiornosti adaptirane u odnosu na neadaptiranu formu. Ovo ujedno otvara nova istraživačka pitanja oko drugih mogućih moderator-varijabli koje bi doprinijele boljem shvaćanju relevantnih elemenata kulturoloških adaptacija tretmana.

Neke od ranije navedenih boljki u ovom području istraživanja evidentirane su i u ovom preglednom radu prilikom pretraživanja literature gdje, unatoč velikom broju studija koje se bave ovim istraživačkim pitanjem, izostaju aktivne kontrole, dok su studije koje uključuju neadaptiranu formu tretmana još malobrojnije (Benish i sur., 2011).

Osim toga, čak je i u slučaju odabranih studija evidentno kako su sva istraživanja provedena u SAD-u na prigodnim populacijama i manjinskim grupama različitog stupnja akulturacije (Afroamerikanci, Latinoamerikanci i Azijski Amerikanci). Tako se primjerice u trećini studija radilo o intervencijama koje su propisane u okviru mjera pravnog sustava i sustava socijalne skrbi za značajan udio sudionika studija ili o prigodnom uzorku studenata, što ograničava mogućnost generalizacije zaključaka (Burrow-Sanchez i Wrona, 2012; Huey i Pan, 2006).

Kako su u preglednom radu na navedenu temu evidentirali Benish i sur. (2011), i ovdje se radilo o pacijentima s različitim intenzitetom teškoća u izvanbolničkom kontekstu. U studiji autora Burrow-Sanchez (2019) su tako uključeni sudionici koji ispunjavaju kriterije za zlouporabu, ali i oni koji ispunjavaju kriterij za ovisnost, dok je u pilot-studiji Hueya i Pana (2006) navedeno kako je većina sudionika ispunila barem tri kriterija za specifičnu fobiju bez navođenja detalja. Proširivanje uzorka, kao i adaptacije protokola za različite tipove teškoća, a i homogenizacija po izraženosti simptoma, također bi doprinijeli većoj generalizabilnosti zaključaka.

Sve uključene studije opisivale su korištenje standardiziranih psiholoških mjera ishoda tretmana poput standardiziranih psihologijskih upitnika i strukturiranih intervjua pri regrutaciji i probiru. Uključene su još u dvije trećine studija i mjere specifične za određeni tip protokola i tretmana te indikatori vezani uz akulturacijske procese i druge potencijalne moderator varijable.

Većina navedenih mjernih instrumenata izrađena je i normirana na populacijama koje ne reflektiraju kulturološki kontekst i posebnosti uzorka sudionika koji su uključeni u opisane studije, što može rezultirati nereprezentativnim ishodima. Na tragu toga istraživači u području sugeriraju potrebu za kulturološkim adaptacijama mjera korištenih u istraživanjima ovog tipa (Beaton i sur., 2000). Nadalje, angažiranje nezavisnog kliničara u fazama regrutacije i samog tretmana doprinijelo bi metodološkoj kvaliteti budućih studija (Pan i sur., 2011).

Kako je već ranije navedeno, nedostatak standardiziranog pristupa u kulturološkom adaptacijama dovodi u pitanje replikabilnost, učinkovitost i isplativost takvih adaptacija (Heim i

sur., 2021). U tom smjeru je jasnoća oko korištenog okvira, kao i procesa, elemenata te ishoda prilagodbe, nužna za bolje razumijevanje ovog područja istraživanja, što nije eksplicitno navedeno u većem dijelu odabranih studija. Nastavno na navedeno, treba istaknuti kako polovina studija uključenih u ovo istraživanje jasno navodi kulturološki okvir za prilagodbu tretmana te je većina studija za aktivnu kontrolu uzela ranije validiran tretmanski protokol. Isto tako, u većini istraživanja postupak prilagodbe nije detaljno objašnjen. Iako se iz izvješća može uspješno izdvojiti elemente prilagodbe, izostaju specifični primjeri i opis načina implementacije pojedinog elementa prilagodbe.

Potrebno je istaknuti kako se u većini studija radilo o relativno malim i prigodnim uzorcima, posebice u pilot-studijama koje čine trećinu uključenih studija, te o relativno kratkim tretmanima od kojih najdulji traje šesnaest sastanka, dok u polovini studija izostaju nalazi praćenja (Huey i Pan, 2006; Hwang i sur., 2015; Kohn i sur., 2002).

Isto tako, dvije studije jasno navode kako, iako rezultati upućuju na zaključak o značajnom poboljšanju, nije postignut oporavak, što bi također išlo u prilog potrebi za duljim terapijskim tretmanima u budućim istraživanjima (Kohn i sur., 2002; Hwang i sur., 2015).

Vežano za status i kvalifikacije savjetnika u tretmanu u polovini studija navedeno je kako se radilo o bilingvalnim stručnjacima srodnog kulturološkog konteksta, studentima doktorskog studija psihologije koji su prošli dodatnu edukaciju s licenciranim stručnjakom, koji je u većini slučajeva i prvi autor studije. S obzirom na to da je u većini studija slučaj bio taj da su autori ujedno bili i terapeuti u eksperimentalnoj i kontrolnoj situaciji, postavlja se pitanje potencijalnih, u izvješću nevidljivih, adaptacija i jasnoće u odvajanju standardnog od adaptiranog oblika tretmana od istog provoditelja tretmana u različitim eksperimentalnim situacijama (Huey i Pan, 2006; Burrow-Sanchez i Wrona, 2012).

Zaključno, a s obzirom na evidentirane i hipotetske moderatorske varijable poput izraženosti stupnja akulturacije (Pan i sur., 2011) i sl., bilo bi od velike važnosti usporediti učinkovitost kulturoloških adaptacija, primjerice u kontekstu procesa i terapijskog odnosa u usporedbi s dubokim, sadržajnim i tehničkim, provedbenim modifikacijama protokola (Pan i Huey, 2006, Pan i sur., 2011).

Na temelju dostupnih podataka i nalaza potrebno je izdvojiti i moguće praktične implikacije za klinički rad. Imajući na umu potrebu za kulturološki osviještenom procjenom i konceptualizacijom, potrebno je evidentirati posebnosti u kontekstu slike distresa, specifičnosti kliničke slike u pojedinim populacijama i uvažavati kulturološki obojene idiome i sindrome.

Tako Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (APA, 2013) donosi vodič za kulturno osjetljivu formulaciju slučaja. On predstavlja konceptualni okvir za utvrđivanje uloge kulture pojedinca na kliničku prezentaciju, shvaćanje simptoma i prihvatljive oblike pomoći u četiri domene: definiciji i percepciji teškoće, kulturološkim faktorima vezanima za postojeće mehanizme suočavanja i stavovima prema traženju pomoći.

Isto tako, potrebno je imati na umu i potencijalne izvore pristranosti u slučaju kad se koristi dijagnostičkim instrumentima i mjerama za praćenje ishoda tretmana koji uključuju norme u kojima su podzastupljene manjinske skupine ili je nedovoljan pažnja pridodana potencijalnoj jezičnoj barijeri i akulturacijskim procesima (Moleiro, 2018).

Trenutačni nalazi govore u prilog važnosti eksplanatornog modela teškoća samog pacijenta (Benish i sur., 2011) pa je potrebno kao praktičnu implikaciju ugraditi vrlo eksplicitno bavljenje pacijentovim viđenjem problema, njegovom etiologijom, vezanim vjerovanjima i pretpostavkama kao temeljem za istraživanje kulturološki osjetljivog pristupa tretmanu, kao i procjeni indikacija za tretman.

Pri samoj pripremi kulturološki osjetljivih tretmana, a imajući na umu niže stope uključivanja i retencije kod manjinskih skupina, potrebno je uzeti u obzir raznolike kontekstualne faktore poput postojećih sustava potpore u zajednici, religijskih drugih obilježja te uloge obitelji, kako bi se pristup učinio kulturološki osjetljivim od samog početka i prvog kontakata s pacijentom ili zajednicom (Rathod i sur., 2015).

S obzirom na to da se većina kulturološki adaptiranih tretmana temelji na prilagodbama postojećih i validiranih protokola, potrebno je prilagodbi pristupiti sistematično, s podlogom u kvalitativnim istraživanjima koji uključuju relevantne osobe u zajednici prije izmjene i pilotiranja revidiranog protokola (Rathod i sur., 2015) kako bi se očuvala vjernost elementima tretmana i u isto vrijeme unijele modifikacije koje će osigurati dodanu vrijednost, tj. doprinijeti njezinoj učinkovitosti.

Osim fleksibilnosti u formatu i načinu provedbe potrebno je posvetiti pažnju načinu prezentiranja pojedinih teorijskih koncepata, intenzivirati psihoedukaciju te aktivno istraživati relevantne elemente poput shvaćanja veze uma i tijela, posebnosti kolektivističkih u odnosu na individualističke kulture te stupanj akulturacije kako bi se pristup učinio kulturološki što osjetljivijim putem suradničkog učenja (Rathod i sur., 2019).

Zaključno, svakako je potrebno pratiti jezične preferencije, fleksibilnost oko lokacije provedbe, zadovoljstvo tretmanom, razloge osipanja i sl. kako bi se unaprijedili budući planovi tretmana (Burrow-Sanchez i Wrona, 2012, Burrow-Sanchez, 2019).

S obzirom na to da se radilo o preglednom sustavnom radu, većina ograničenja ovog istraživanja vezana je za strategije pretraživanja. Unatoč različitosti algoritama pojedinih baza i izvora strategija pretraživanja, iako izrađena u suradnji s knjižničarem, ona nije kasnije evaluirana.

Nadalje, uslijed ograničene dostupnosti baza CINAHL baza podataka nije bila uključena u pretragu. S obzirom na to da se radi o bazi podataka s cjelovitim tekstom koja pokriva područja sestrištva, biomedicine i srodnih zdravstvenih djelatnosti, evidentno je da se radi se o relevantnom izvoru koji, nažalost, nije uključen u pretragu.

Završno, iako su obuhvaćeni neki izvori, nije bilo uključeno sustavno filtriranje sive literature u smislu publikacija koje nisu lako dostupne javnosti putem uobičajenih kanala, primjerice putem izdavača, a ipak predstavljaju relevantan izvor informacija. Potrebno je još istaknuti kako su uključeni samo radovi na engleskom jeziku i da strategija pretraživanja nije obnavljana nakon listopada 2021. godine.

U vremenima ubrzane globalizacije i prožimanja različitih kultura pitanje tretmana utemeljenih na dokazima postaje još značajnije. Novije tendencije u psihološkoj praksi koja se temelji na dokazima pružaju mogućnost razvoja ovog područja istraživanja i unaprjeđenja kulturološki adaptiranih tretmana (APA, 2006). Nove smjernice poput testiranja u prirodnim uvjetima, na raznolikim populacijama i uvažavajući njihove posebnosti, pružaju istraživačima i kliničarima u ovom području priliku za razvoj novih programa i testiranje modela u pokušaju da se na kulturološki osjetljiv način odgovori na potrebe klijenata.

Na tragu ovih novih tendencija kontinuiran istraživački trud i otvorenost kliničara za implementaciju novih praksi i fleksibilnost u pristupu bit će od iznimne važnosti. Veselimo se mogućnosti da i ovaj rad bude mali doprinos na ovom uzbudljivom putu.

6. Zaključak

Kognitivno-bihevioralna terapija je prva linija tretmana indicirana za široki raspon poremećaja mentalnog zdravlja (Hofmann i sur., 2012). Uvažavajući navedeno, evidentirano je kako kultura pojedinca oblikuje percepciju zdravlja i dobrobiti, uvjerenja o uzrocima tegoba te njihovom liječenju (Altweck i sur., 2015; Alvidrez, 1999) što dovodi do zaključka kako je kulturološka prilagodba psiholoških tretmana od iznimne važnosti za suvremenu kliničku praksu. Dodatno, imajući na umu podzastupljenost manjinskih skupina u istraživanjima (La Roche i Christopher, 2008) te s druge strane izražene potrebe za kulturološki osjetljivim tretmanom (Alonso i sur., 2018) postaje jasno da je ovo područje i od važnosti za javno zdravstvo općenito.

I dok je logička podloga za kulturološke prilagodbe prilično jasna, broj istraživanja koja bi informirala praksu utemeljenu na dokazima još je uvijek ograničen. Tako metaanalize iz 2006. (Griner i Smith) i 2016 godine (Hall i sur.) govore u prilog kulturološki prilagođene psihoterapije u smislu učinkovitosti za manjinske skupine od skupa raznovrsnih kontrolnih uvjeta za različite načine liječenja. Dodatno, metaanaliza iz iste godine (Harper Shehadeh i sur., 2016) potvrđuje ranije nalaze uz dodatni kako su psihološki tretmani koji su u većoj mjeri prilagođeni rezultirali statistički značajno višom veličinom učinka. Metaanaliza iz 2011. godine (Benish i sur.) dodatno evidentira kako je kulturološki prilagođeni tretman učinkovitiji od kulturološki neprilagođene forme istog tretmana.

Kako bi se dobila cjelovitija slika o učinkovitosti adaptiranog tretmana u odnosu na standardnu formu KBT protokola cilj ovog preglednog rada bio je sintetizirati literaturu o učinkovitosti kulturološki prilagođene KBT u usporedbi s neprilagođenom formom u izvanbolničkom tretmanu pacijenata. U radu su prikazana odabrana randomizirana kontrolirana istraživanja, te je ocijenjena i njihova kvaliteta prema standardiziranom protokolu za procjenu rizika od pristranosti. Generalni nalazi istraživanja govore u prilog učinkovitosti kulturološki adaptirane forme u odnosu na standardnu formu kod različitih kognitivno-bihevioralnih protokola za raznovrsne teškoće i raznolike ciljne skupine pacijenata. Dodatno, ako se osvrnemo na kvalitetu odabranih studija, polovina studija je generalno procijenjena niskim rizikom pristranosti dok su procjene preostalih studija rezultirale umjerenim rizikom pristranosti uz jednu studiju s visokim rizikom.

Iako empirijska istraživanja govore u prilog učinkovitosti kulturološki adaptiranih tretmana ono što dovodi u pitanje replikabilnost, učinkovitost i isplativost takvih adaptacija je nedostatak standardiziranog pristupa u kulturološkom adaptacijama (Heim i sur., 2021). U tom kontekstu su od iznimne važnosti modeli kulturološke prilagodbe utemeljeni na empirijskim nalazima (Rathod i sur., 2019). Na tragu toga, ovaj pregledni rad se usmjerio i na sumiranje elemenata kulturoloških adaptacija kod odabranih studija. Kao podloga za sumiranje smjernica za prilagodbu odabran je „Trostruko-A“ model. Shanaya Rathod i sur. su 2016. godine razvili su navedeni okvir koji uključuje načela za kulturološku prilagodbu kako slijedi: (a) svijest o kulturološkom kontekstu, ekološkom modelu funkcioniranja u odnosu na osobne resurse, resurse u obitelji i zajednici te relevantne posredujuća i bazična vjerovanja o problemu i tretmanu; (b) procjena i uključenosti u tretman te (c) prilagodbe samih terapijskih intervencija.

Nastavno na gore navedeno, drugi cilj ovog rada bio je sumirati smjernice za kulturološku adaptaciju kognitivno-bihevioralnih tretmana u svjetlu „Trostruko-A“ modela te ponuditi preporuke za proces kulturne prilagodbe koji može biti koristan kako za kliničku praksu tako i za buduća istraživanja ishoda tretmana. Iako su u odabranim kontroliranim randomiziranim studijama korišteni različiti modeli i pristupi kulturološkoj adaptaciji postoje elementi koji su zajednički opisanim okvirima gdje je naglasak na uvažavanju kulturološki osjetljivog modela shvaćanja poremećaja, tj., specifičnog koncepta distresa te adaptacijama u sadržaju te procesu tretmana u odnosu na standardiziranu formu.

Zaključno, sve odabrane studije opisuju elemente kvalitativnih istraživanja i narativne izvještaje koji su prethodili kulturološkim adaptacijama standardiziranog protokola tretmana što odgovara prvom elementu navedenog modela gdje je potrebno uzeti u obzir praktična razmatranja koja se odnose na društvene i druge relevantne čimbenike i sl. Većina odabranih studija opisuje površinske modifikacije vezano uz tehničke pretpostavke poput lokacije provedbe, načina i razine uključenosti obitelji u tretman, kao i responzivnost u odnosu na jezične preferencije ili sadržaja specifičnih tehnika poput korištenja kulturološki prilagođenih metafora i slika u igrama uloga, naglaska na socijalizaciju na tretman i fizičke simptome teškoće. Dodatno, većina odabranih studija opisuje i neke od dubokih modifikacija poput naglaska na emocionalnu kontrolu, dodavanje zasebnih modula koji se usmjeravaju na kulturološki relevantne teme poput identiteta i religioznosti ili veće direktivnosti u terapijskom odnosu u smislu prilagodbe procesa.

Ovaj pregledni rad daje kratki pregled područja i povijesti kulturoloških adaptacija i nekih izazova vezanih uz planiranje i evaluaciju učinkovitosti u području kognitivno bihevioralnog pristupa. Potreba za kulturološkim adaptacijama tretmana je široko evidentirana, kao i obaveza istraživačke zajednice za intenziviranjem kliničkih ispitivanja u ovom području.

Kako bi se navedene tendencije ispunile potrebno je raditi na daljnjem razvoju i validaciji modela prilagodbe te metodičkom i transparentnom pristupu u evidenciji uvedenih kulturoloških prilagodbi.

7. Literatura

Izvešća o primarnim studijama koje su uključene u pregledni rad su označene zvjezdicom ()*

- *Burrow-Sánchez, J. J., Hops, H. (2019). A randomized trial of culturally accommodated versus standard group treatment for Latina/o adolescents with substance use disorders: Posttreatment through 12-month outcomes. *Cultural diversity & ethnic minority psychology*, 25(3), 311–322. <https://doi.org/10.1037/cdp0000249>
- *Burrow-Sanchez, J. J., Wrona, M. (2012). Comparing culturally accommodated versus standard group CBT for Latino adolescents with substance use disorders: a pilot study. *Cultural diversity & ethnic minority psychology*, 18(4), 373–383. <https://doi.org/10.1037/a0029439>.
- *Huey, S., Jr., & Pan, D. (2005). Cultural adaptations to one-session treatment (OST) for Asian Americans. Unpublished treatment manual.
- *Hwang, W. C., Myers, H. F., Chiu, E., Mak, E., Butner, J. E., Fujimoto, K., Wood, J. J., & Miranda, J. (2015). Culturally Adapted Cognitive-Behavioral Therapy for Chinese Americans With Depression: A Randomized Controlled Trial. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 66(10), 1035–1042. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400358>
- *Kohn, L. P., Oden, T. (1997). *Group Therapy Manual for African American Women's Group*. San Francisco General Hospital, Division of Psychosocial Medicine, San Francisco, CA.
- *Pan, D., Huey, S. J., Jr, Hernandez, D. (2011). Culturally adapted versus standard exposure treatment for phobic Asian Americans: Treatment efficacy, moderators, and predictors. *Cultural diversity & ethnic minority psychology*, 17(1), 11–22. <https://doi.org/10.1037/a0022534>
- Ahn, H., Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 251–257. doi:10.1037/0022-0167.48.3.251.
- Ahn, H.-n., Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 251-257. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.3.251>.

- Alegría, M., Green, J. G., McLaughlin, K. A., Loder, S. (2015). Disparities in child and adolescent mental health and mental health services in the US. New York, NY: William T. Grant Foundation.
- Alonso, J., Liu, Z., Evans-Lacko, S., Sadikova, E., Sampson, N., Chatterji, S., Thornicroft, G. (2018). Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depression and Anxiety*, 35(3), 195-208. <https://doi.org/10.1002/da.22711>
- Altweck, L., Marshall, T.C., Ferenczi, N., Lefringhausen, K. (2015). Mental health literacy: a cross-cultural approach to knowledge and beliefs about depression, schizophrenia and generalized anxiety disorder. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01272>.
- Alvidrez, J. (1999). Ethnic variations in mental health attitudes and service use among low-income African American, Latina, and European American young women. *Community Mental Health Journal*, 35(6), 515–530. <https://doi.org/10.1023/A:1018759201290>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
- American Psychological Association. (1992). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. *American psychologist*, 47, 1597-1611. <https://www.apa.org/ethics/code/code-1992>
- American Psychological Association. (1993). Guidelines for Providers of Psychological Services to Ethnic, Linguistic, and Culturally Diverse Populations. *American psychologist*, 47,45-48. <https://www.apa.org/pi/oema/resources/policy/provider-guidelines>
- American Psychological Association. (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*, 57, 1052–1059. doi:10.1037//0003-066X.57.12.1052.

- American Psychological Association. (2002). Guidelines on multicultural education, training, research and practice and organizational change for psychologists. Washington, DC. <https://www.apa.org/about/policy/multicultural-guidelines-archived.pdf>
- American Psychological Association. (2017). Multicultural Guidelines: An Ecological Approach to Context, Identity, and Intersectionality. <http://www.apa.org/about/policy/multicultural-guidelines.pdf>
- Antony, M.M., Craske, M.G., Barlow, D.H. (1995). *Mastery of your specific phobia*. Albany, NY: Graywind Publications.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *The American psychologist*, 61(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Arundell, L., Barnett, P., Buckman, J., Saunders, R., Pilling, S. (2021). The effectiveness of adapted psychological interventions for people from ethnic minority groups: A systematic review and conceptual typology. *Clinical Psychology Review*. 88. 102063. [10.1016/j.cpr.2021.102063](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102063).
- Barrera, M., Jr., Castro, F. G. (2006). A Heuristic Framework for the Cultural Adaptation of Interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(4), 311–316. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00043.x>
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186–3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B., Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guildford Press.
- Benish, S. G., Quintana, S., Wampold, B. E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: a direct-comparison meta-analysis. *Journal of counseling psychology*, 58(3), 279–289. <https://doi.org/10.1037/a0023626>

- Bernal, G., Chafey, M., Domenech Rodríguez, M. (2009). Cultural Adaptation of Treatments: A Resource for Considering Culture in Evidence-Based Practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 361-368. [10.1037/a0016401](https://doi.org/10.1037/a0016401).
- Bernal, G., Sáez-Santiago, E. (2006). Culturally centered psychosocial interventions. *Journal of Community Psychology*, 34(2), 121–132. <https://doi.org/10.1002/jcop.20096>.
- Berry, J.W. (2006). Acculturation: A conceptual overview. In: Bornstein, M.H.; Cite, L. R., editors. *Acculturation and Parent-Child Relationships: Measurement and Development*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers;13-30.
- Burrow-Sanchez, J. J., Martinez, C. R., Jr., Hops, H., & Wrona, M. (2011b). Cultural accommodation of substance abuse treatment for Latino adolescents. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 10(3), 202–225. <https://doi.org/10.1080/15332640.2011.600194>
- Burrow-Sánchez, J.J. (2013a). A-CBT: Cognitive-behavioral treatment for adolescent substance use disorders: Culturally accommodated version (Unpublished manual). University of Utah; Salt Lake City, UT.
- Burrow-Sánchez, J.J. (2013b). S-CBT: Cognitive-behavioral treatment for adolescent substance use disorders: Standard version (Unpublished manual). University of Utah; Salt Lake City, UT.
- Butler, S., Strupp, H. (1986). Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A problematic paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 23, 30-40. [10.1037/h0085590](https://doi.org/10.1037/h0085590).
- Castro, F. G., Barrera, M., Jr, Holleran Steiker, L. K. (2010). Issues and challenges in the design of culturally adapted evidence-based interventions. *Annual review of clinical psychology*, 6, 213–239. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-033109-132032>
- Chowdhary, N., Jotheeswaran, A. T., Nadkarni, A., Hollon, S. D., King, M., Jordans, M. J., Rahman, A., Verdeli, H., Araya, R., Patel, V. (2014). The methods and outcomes of cultural adaptations of psychological treatments for depressive disorders: a systematic review. *Psychological medicine*, 44(6), 1131-1146. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001785>

- Crumlish, N., O'Rourke, K. (2010). A systematic review of treatments for post-traumatic stress disorder among refugees and asylum-seekers. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(4), 237–251. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181d61258>
- Hinton, D., Patel, A. (2017). Cultural Adaptations of Cognitive Behavioral Therapy. *Psychiatric Clinics of North America*. 40. 10.1016/j.psc.2017.08.006.
- Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M., Hollon, S. D. (2019a). Component studies of psychological treatments of adult depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 29(1), 15-29. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1395922>.
- Ellison, C.G. (1995). Race, religious involvement and depressive symptomatology in a southeastern U.S. community. *Social Science & Medicine*, 40, 1561–1572.
- Grey Literature Network Services (1997, studeni 13-14). *Perspectives on the Design and Transfer of Scientific and Technical Information. Third international conference. on grey literature. Luxembourg.*
- Griner, D., Smith, T. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*. 43. 531-48. 10.1037/0033-3204.43.4.531.
- Griner, D., Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 531-548. doi:10.1037/0033-3204.43.4.531.
- Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Sultan, S., Glasziou, P., Akl, E. A., Alonso-Coello, P., Atkins, D., Kunz, R., Brozek, J., Montori, V., Jaeschke, R., Rind, D., Dahm, P., Meerpohl, J., Vist, G., Berliner, E., Norris, S., Falck-Ytter, Y., Murad, M. H., Schünemann, H. J., ... GRADE Working Group (2011). GRADE guidelines: 9. Rating up the quality of evidence. *Journal of clinical epidemiology*, 64(12), 1311–1316. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.06.004>
- Hall, C.C.I. (2009). *Multicultural Psychology*. Upper Saddle River. NJ. Prentice Hall.
- Hall, G. C. N., Ibaraki, A. Y., Huang, E. R., Marti, C. N., Stice, E. (2016). A meta-analysis of cultural adaptations of psychological interventions. *Behavior Therapy*, 47(6), 993-1014. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.005>

- Harper Shehadeh, M., Heim, E., Chowdhary, N., Maercker, A., Albanese, E. (2016). Cultural adaptation of minimally guided interventions for common mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *JMIR Mental Health*, 3(3), Article e44. <https://doi.org/10.2196/mental.5776>.
- Hays, P.A., Iwamasa, G.Y. (2006). *Culturally Responsive Cognitive-Behavioral Therapy: Assessment, Practice, and Supervision*. Washington, DC, USA: American Psychological Association.
- Heim, E., Knaevelsrud, C. (2021). Standardised Research Methods and Documentation in Cultural Adaptation: The Need, the Potential and Future Steps. *Clinical Psychology in Europe*, 3, 1-15. <https://doi.org/10.32872/cpe.5513>
- Heim, E., Kohrt, B. (2019). Cultural Adaptation of Scalable Psychological Interventions: A New Conceptual Framework. *Clinical Psychology in Europe*. 1. [10.32872/cpe.v1i4.37679](https://doi.org/10.32872/cpe.v1i4.37679).
- Heim, E., Mewes, R., Abi Ramia, J., Glaesmer, H., Hall, B., Harper Shehadeh, M., Ünlü, B., Kananian, S., Kohrt, B. A., Lechner-Meichsner, F., Lotzin, A., Moro, M. R., Radjack, R., Salamanca-Sanabria, A., Singla, D. R., Starck, A., Sturm, G., Tol, W., Weise, C., & Knaevelsrud, C. (2021). Reporting Cultural Adaptation in Psychological Trials – The RECAPT criteria. *Clinical Psychology in Europe*, 3, 1-25. <https://doi.org/10.32872/cpe.6351>
- Heim, E., Mewes, R., Abi Ramia, J., Glaesmer, H., Hall, B., Harper Shehadeh, M., Ünlü, B., Kananian, S., Kohrt, B. A., Lechner-Meichsner, F., Lotzin, A., Moro, M. R., Radjack, R., Salamanca-Sanabria, A., Singla, D. R., Starck, A., Sturm, G., Tol, W., Weise, C., & Knaevelsrud, C. (2021). Supplementary materials to: Reporting cultural adaptation in psychological trials – The RECAPT criteria [RECAPT Template]. *PsychOpen GOLD*. <https://doi.org/10.23668/psycharchives.5192>
- Heim, E., Weise, C. (2021). Special Issue Editorial: Cultural Adaption of Psychological Interventions. *Clinical Psychology in Europe*, 3, 1-5. <https://doi.org/10.32872/cpe.7627>
- Heim, E., Weise, C. (2021). Special Issue Editorial: Cultural Adaption of Psychological Interventions. *Clinical Psychology in Europe*, 3, 1-5. <https://doi.org/10.32872/cpe.7627>

- Higgins, J.P.T, Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M.J., Welch, V.A. (urednici). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.2 (updated February 2021). Cochrane, 2021. Available from www.training.cochrane.org/handbook.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Hofmann, S.G., Asmundson, G.J. (2017), *The Science of Cognitive Behavioral Therapy*. San Diego: Academic Press.
- Hofmann, S.G., Gordon, G.J., Asmundson, G. (2017). *The Science of Cognitive Behavioral Therapy* Academic Press.
- Hollon, S. D., Arean, P. A., Craske, M. G., Crawford, K., A., Kivlahan, D. R., Magnavita, J. J., ... Kurtzman, H. (2014). Development of clinical practice guidelines. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 213–241. [doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185529](https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185529)
- Huey, S., Pan, D. (2006). Culture-responsive one-session treatment for phobic Asian Americans: A pilot study. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 43(4), 549–554. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.4.549>
- Hwang W. C. (2006). The psychotherapy adaptation and modification framework: application to Asian Americans. *The American psychologist*, 61(7), 702–715. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.7.702>.
- Hwang W. C. (2009). The Formative Method for Adapting Psychotherapy (FMAP): A community-based developmental approach to culturally adapting therapy. *Professional psychology, research and practice*, 40(4), 369–377. <https://doi.org/10.1037/a0016240>.
- Hwang W. C. (2011). Cultural Adaptations: A Complex Interplay between Clinical and Cultural Issues. *Clinical psychology : a publication of the Division of Clinical Psychology of the*

- American Psychological Association, 18(3), 238–241. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01255.x>.
- Hwang, W. (2008) Improving your mood: A culturally responsive and holistic approach to treating depression in Chinese Americans. 2008. (Client Manual - Chinese and English versions).
- Hwang, W. C., Myers, H. F., Chiu, E., Mak, E., Butner, J. E., Fujimoto, K., Wood, J. J., & Miranda, J. (2015). Culturally Adapted Cognitive-Behavioral Therapy for Chinese Americans With Depression: A Randomized Controlled Trial. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 66(10), 1035–1042. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400358>
- Hwang, W.C. (2016). *Culturally adapting psychotherapy for Asian heritage populations: An evidence-based approach*. Elsevier Academic Press.
- Ivey, A. E., D'Andrea, M.J., Ivey, M.B. (2012). *Theories of Counseling and Psychotherapy: A Multicultural Perspective, 5th Edition*. Allen E. Ivey, University of Massachusetts, Amherst.
- Jensen, I. B., Kolman, L. (2018). Meaning of the EFPA task force cultural and ethnic diversity for psychologists in Europe. In A. Thomas (Ed.), *Cultural and ethnic diversity: How European psychologists can meet the challenges* (pp. 5–12). Hogrefe Publishing. <https://psycnet.apa.org/record/2017-34095-001>
- Kendall, P. C., Beidas, R. S. (2007). Smoothing the trail for dissemination of evidence-based practices for youth: Flexibility within fidelity. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 13-20.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., Ustün, T. B., Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 18(1), 23–33. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00001421>
- Kim, B.S.K., Atkinson, D.R., Umemoto, D. (2001). Asian cultural values and the counseling process: Current knowledge and directions for future research. *The Counseling Psychologist*. 2001; 29:570–603.

- Kirmayer, L. J. (2007). Psychotherapy and the cultural concept of the person. *Transcultural psychiatry*, 44(2), 232–257. <https://doi.org/10.1177/1363461506070794>
- Kirmayer, Laurence. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural psychiatry*. 49. 149-64. [10.1177/1363461512444673](https://doi.org/10.1177/1363461512444673).
- Kohn, L. P., Oden, T., Muñoz, R. F., Robinson, A., Leavitt, D. (2002). Adapted cognitive behavioral group therapy for depressed low-income African American women. *Community mental health journal*, 38(6), 497–504. <https://doi.org/10.1023/a:1020884202677>
- La Roche, M., Christopher, M. S. (2008). Culture and empirically supported treatments: On the road to a collision? *Culture Psychology*, 14(3), 333-356. <https://doi.org/10.1177/1354067X08092637>
- Lau, A. S. (2006). Making the Case for Selective and Directed Cultural Adaptations of Evidence-Based Treatments: Examples From Parent Training. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(4), 295–310. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00042.x>.
- Lemmens, L. H., Muller, V., Arntz, A., Huibers, M. J. H. (2016). Mechanisms of change in psychotherapy for depression: An empirical update and evaluation of research aimed at identifying psychological mediators. *Clinical Psychology Review*, 50, 95-107. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.004>.
- Leong, F. T. L., Comas-Díaz, L., Nagayama Hall, G. C., McLoyd, V. C., Trimble, J. E. (Eds.). (2014). *APA handbook of multicultural psychology, Vol. 1. Theory and research*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14189-000>
- Leong, F., Lee, S.-H. (2006). A cultural accommodation model for cross-cultural psychotherapy: Illustrated with the case of Asian Americans. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*. 43. 410-23. [10.1037/0033-3204.43.4.410](https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.4.410).
- López, S. R., Guarnaccia, P. J. J. (2000). Cultural psychopathology: Uncovering the social world of mental illness. *Annual Review of Psychology*, 51, 571–598. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.571>

- Marchand, E., Ng, J., Rohde, P., Stice, E. (2010). Effects of an indicated cognitive-behavioral depression prevention program are similar for Asian American, Latino, and European American adolescents. *Behaviour research and therapy*, 48(8), 821–825. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.005>.
- Marchand, E., Ng, J., Rohde, P., Stice, E. (2010). Effects of an Indicated Cognitive-Behavioral Depression Prevention Program are Similar for Asian American, Latino, and European American Adolescents. *Behaviour research and therapy*. 48. 821-5. [10.1016/j.brat.2010.05.005](https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.005).
- Miranda, J., Woo, S., Lagomasinom, I., Hepner, K.A., Wiseman, S., Munoz, R. (2006). *Manual for group cognitive-behavioral therapy of major depressions*. San Francisco, CA: San Francisco General Hospital; *Group cognitive behavioral therapy for depression - Thoughts, actions, people and your mood*.
- Moher, S., Clarke, G., Liberati, P., Shekelle, S. (2015). Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols (PRISMA-P), *Syst Rev.*;4(1):1. doi: 10.1186/2046-4053-4-1.
- Moleiro, C. (2018) Culture and Psychopathology: New Perspectives on Research, Practice, and Clinical Training in a Globalized World. *Front. Psychiatry* 9:366. doi: [10.3389/fpsyt.2018.00366](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00366).
- Moodley, R., Gielen, U. P., Wu, R. (Eds.). (2013). *Handbook of counseling and psychotherapy in an international context*. Routledge/Taylor Francis Group.
- Muñoz, R. F., Miranda, J. (1986). *Group therapy manual for cognitive-behavioral treatment of depression*. San Francisco General Hospital, Depression Clinic, San Francisco, CA.
- Naeem F, Phiri P, Nasar A, Gerada A, Munshi T, Ayub M, Rathod, S. (2016). An evidence-based framework for cultural adaptation of cognitive behaviour therapy: process, methodology and foci of adaptation. *World Cultural Psychiatry Research Review* 11, 61–70. <https://bit.ly/3uRx4yh>

- Naeem F., Ayub, M., McGuire, N., ... (2013) *Culturally Adapted CBT (CaCBT) for Depression: Therapy Manual for Use with South Asian Muslims* [Kindle edition]. Pakistan Association of Cognitive Therapists (PACT).
- Naeem, F. (2019). Cultural adaptations of CBT: A summary and discussion of the Special Issue on Cultural Adaptation of CBT. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 12, E40. doi:10.1017/S1754470X19000278.
- Naeem, F., Latif, M., Firdaus, Y.-R. Phd, K., Li, W., Gul, M., Butt, G., Kumar, N., Roger, Mbchb, Ng. (2020). Transcultural adaptation of cognitive behavioral therapy (CBT) in Asia. *Asia-Pacific Psychiatry*. 13. 10.1111/appy.12442.
- Naeem, F., Latif, M., Mukhtar, F., et al. (2021). Transcultural adaptation of cognitive behavioral therapy in Asia. *Asia Pac Psychiatry*; 13:e12442. <https://doi.org/10.1111/appy.12442>
- Naeem, F., Phiri, P., Nasar, A., ... (2016) An evidence-based framework for cultural adaptation of Cognitive Behaviour Therapy: process, methodology and foci of adaptation. *World Cultural Psychiatry Research Review*, 11: 67–70
- Naeem, F., Phiri, P., Rathod, S., Ayub, M. (2019). Cultural adaptation of cognitive-behavioural therapy. *BJPsych Advances*, 25(6), 387-395. doi:10.1192/bja.2019.15.
- Nagel, T., Robinson, G., Condon, J., & Trauer, T. (2009). Approach to treatment of mental illness and substance dependence in remote Indigenous communities: results of a mixed methods study. *The Australian journal of rural health*, 17(4), 174–182. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2009.01060.x>
- Rathod, S., Phiri, P., Naeem, F. (2019). An evidence-based framework to culturally adapt cognitive behaviour therapy. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 12, E10. doi:10.1017/S1754470X18000247.
- Organista, K.C., Muñoz, R.F. & González, G. Cognitive-behavioral therapy for depression in low-income and minority medical outpatients: Description of a program and exploratory analyses. *Cogn Ther Res* 18, 241–259 (1994). <https://doi.org/10.1007/BF02357778>
- Öst L. G. (1996). One-session group treatment of spider phobia. *Behaviour research and therapy*, 34(9), 707–715. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(96\)00022-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(96)00022-8)

- Öst, L.-G. (2012). One-session treatment: Principles and procedures with adults. In T. E. Davis III, T. H. Ollendick, & L.-G. Öst (Eds.), *Intensive one-session treatment of specific phobias* (pp. 59–95). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3253-1_4
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., Elmagarmid, A. (2016) Rayyan - a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*. 5:210, DOI: 10.1186/s13643-016-0384-4
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pederson, P. (1990). The multicultural perspective as the forth force in counseling. *Journal of Mental Health Counseling*, 12, 6-12. <https://eric.ed.gov/?id=EJ411394>
- Persons, J. B. (2008). *The case formulation approach to cognitive-behavior therapy*. New York: Guilford Press.
- Pina, A. A., Polo, Antonio J.; Huey, S. J. (2019). Evidence-Based Psychosocial Interventions for Ethnic Minority Youth: The 10-Year Update. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(2), 179–202. doi:10.1080/15374416.2019.1567350.
- Rathod, S., Phiri, P., Naeem, F. (2019). An evidence-based framework to culturally adapt cognitive behaviour therapy. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 12, E10. doi:10.1017/S1754470X18000247
- Rathod, S., Gega, L., Degnan, A., Pikard, J., Khan, T., Husain, N., Munshi, T., & Naeem, F. (2018). The current status of culturally adapted mental health interventions: a practice-focused review of meta-analyses. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 14, 165–178. <https://doi.org/10.2147/NDT.S138430>

- Rathod, S., Gega, L., Degnan, A., Pikard, J., Khan, T., Husain, N., Munshi, T., Naeem, F. (2018). The current status of culturally adapted mental health interventions: a practice-focused review of meta-analyses. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 14, 165–178. <https://doi.org/10.2147/NDT.S138430>.
- Rathod, S., Kingdon, D., Pinninti, N., Turkington D, Phiri, P. (2015). *Cultural Adaptation of CBT for Serious Mental Illness: A Guide for Training and Practice*. Wiley-Blackwell.
- Rathod, S., Kingdon, D., Smith, P., & Turkington, D. (2005). Insight into schizophrenia: the effects of cognitive behavioural therapy on the components of insight and association with socio-demographics--data on a previously published randomised controlled trial. *Schizophrenia research*, 74(2-3), 211–219. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.07.003>
- Rathod, S., Phiri, P., Harris, S., Underwood, C., Thagadur, M., Padmanabi, U., & Kingdon, D. (2013). Cognitive behaviour therapy for psychosis can be adapted for minority ethnic groups: a randomised controlled trial. *Schizophrenia research*, 143(2-3), 319–326. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.11.007>
- Resnicow, K., Soler, R., Braithwaite, R. L., Ahluwalia, J. S., Butler, J. (2000). Cultural sensitivity in substance use prevention. *Journal of community psychology*, 28(3), 271-290.
- Rojas, G., Fritsch, R., Solis, J., Jadresic, E., Castillo, C., González, M., Guajardo, V., Lewis, G., Peters, T. J., Araya, R. (2007). Treatment of postnatal depression in low-income mothers in primary-care clinics in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, 370(9599), 1629–1637. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61685-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61685-7).
- Roqué, M., Martínez-García, L., Solà, I., Alonso-Coello, P., Bonfill, X., & Zamora, J. (2020). Toolkit of methodological resources to conduct systematic reviews. *F1000Research*, 9, 82. <https://doi.org/10.12688/f1000research.22032.3>
- Rosselló, J. M., Bernal G. J. (1999). The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 734-745.

- Sabogal F., Marin, G., Otero-Sabogal, R., Marin, B.V. (1987). Hispanic familism and acculturation: What changes and what doesn't. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. 19; 9:397–412.
- Singla, D. R., Kohrt, B. A., Murray, L. K., Anand, A., Chorpita, B. F., Patel, V. (2017). Psychological treatments for the world: Lessons from low- and middle-income countries. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13(1), 149-181. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045217>.
- Singla, D. R., Kohrt, B. A., Murray, L. K., Anand, A., Chorpita, B. F., & Patel, V. (2017). Psychological Treatments for the World: Lessons from Low- and Middle-Income Countries. *Annual review of clinical psychology*, 13, 149–181. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045217>
- Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H. Y., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Emberson, J. R., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Jüni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li, T., ... Higgins, J. P. T. (2019). RoB 2: A revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *The BMJ*, 366, [14898]. <https://doi.org/10.1136/bmj.14898>
- Sue, D., Ivey, A., Pedersen, P. (1996). *A Theory of Multicultural Counseling and Therapy*. Thomson Brooks/Cole Publishing Co.
- Szapocznik, J., Rio, A., Murray, E., Cohen, R., Scopetta, M., Rivas-Vazquez, A., Hervis, O., Posada, V., & Kurtines, W. (1989). Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57(5), 571–578. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.57.5.571>
- Tam, P.W.C, Wong, D.F.K., Chow, K.K.W., Ng, F.S., Ng, R.M.K., Cheung, M.S.M, Mak, A.D.P. (2007). Qualitative analysis of dysfunctional attitudes in Chinese persons suffering from depression. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, 17, 109. <https://www.easap.asia/index.php/find-issues/past-issue/item/445-v17n4>
- Thomas, A. (2017). *Cultural and Ethnic Diversity: How European Psychologists Can Meet the Callenges*. Hogrefe Publishing.

- Tolin, D. F., McKay, D., Forman, E. M., Klonsky, E. D., Thombs, B. D. (2015). Empirically supported treatment: Recommendations for a new model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(4), 317–338. <https://doi.org/10.1037/h0101729>
- Weisman, A., Duarte, E., Koneru, V., Wasserman, S. (2006). The Development of a Culturally Informed, Family-Focused Treatment for Schizophrenia. *Family Process*, 45(2), 171–186. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2006.00089.x>
- Wierzbicki, M., Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Prof Psychol Res Pr.*; 24(2):190–195.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Young, J., and Beck, A. T. (1982). Cognitive therapy: Clinical applications. In A. J. Rush (Ed.), *Short-term psychotherapies for depression* (pp. 182–214). New York: Wiley.
- Zilcha-Mano, S., Roose, S. P., Brown, P. J., Rutherford, B. R. (2019). Not just nonspecific factors: The roles of alliance and expectancy in treatment, and their neurobiological underpinnings. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 12, Article 293. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00293>.

8. Životopis

Ivana Mrgan rođena je 01.05.1985. u Slavonskim Brodu. Osnovnoškolsko i srednjoškolsko obrazovanje je završila u Slavonskom Brodu. Diplomirala je psihologiju na Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu u rujnu 2009. diplomskim radom na temu *Stavovi o braku i razvodu s obzirom na neka demografska obilježja sudionika, odnose u primarnoj obitelji i osobna romantična iskustva*. Dodatno, 2012. je završila jednogodišnji program stručnog usavršavanja vezano uz upravljanje ljudskim resursima te je 2016. završila poslijediplomsko stručno usavršavanje iz kognitivno-bihevioralnih terapija pri *Hrvatskom udruženju za bihevioralno-kognitivne terapije* (HUBIKOT). Iste godine je ispunila i uvijete za akreditaciju *Europskog udruženja za bihevioralno-kognitivne terapije* (EABCT). Nakon završetka studija se kroz četiri godine bavila profesionalnim usmjeravanjem pri *Hrvatskom zavodu za zapošljavanje* te se od 2012. uključila u rad savjetovališta *Ti si sunce*. Od 2013. do 2015. godine je provodila brojne treninge, radionice i savjetovanja vezano uz upravljanje karijernim promjenama, nošenje sa stresom i teškoćama učenja u okviru *Centra za savjetovanje i podršku studentima* Sveučilišta u Zagrebu kao Savjetnik za savjetovanje studenata. Sudjelovala je također na nekoliko razvojnih projekata u području profesionalnog usmjeravanja te nekoliko stručnih radova u području organizacijske psihologije. Osim toga, sudjelovala je u nekoliko međunarodnih i domaćih stručnih skupova. Dodatno se stručno usavršavala kroz edukacije za korištenje psihodijagnostičkih sredstava. U 2015 je bila zaposlena kao Stručni suradnik za selekciju u domaćem trgovačkom lancu *Konsum*. Tijekom sljedeće dvije godine je radila u dvije osnovne škole kao Stručni suradnik te kao Vanjski suradnik *Savjetovališta Filozofskog fakulteta za studente*. Sredinom 2017. završava stručno usavršavanje za provedbu ACT terapije. Početkom 2018. se seli u Katar gdje je radila u međunarodnoj britanskoj školi *Compass International* kao Koordinator za učenike s teškoćama u učenju i Stručni suradnik, a posljednje dvije godine radi u *Poliklinici Al Ahmadani* u Odsjeku za kliničku psihologiju kao Psihoterapijski savjetnik. Od 2021. godine je u edukant Shema terapije i u statusu je Shema terapeuta pod supervizijom. Dodatno, od 2021. je licencirana kao zdravstveni djelatnik pri *Katarskom vijeću za djelatnike u sustavu zdravstva* (Qatar Council for Healthcare Practitioners). Članica je Hrvatske psihološke komore te Hrvatskog udruženja za bihevioralno-kognitivne terapije.

9. Prilozi

Prilog 1. PRISMA 2020 Protokol za provjeru

Odjeljak/tema	Broj stavke	Stavka popisa za provjeru
NASLOV		
Naslov	1	Kulturološke prilagodbe kognitivno-bihevioralne terapije u izvanbolničkom tretmanu - pregledni rad
SAŽETAK		
Sažetak	2	Zasebni popis za provjeru
UVOD		
Obrazloženje/ razlog	3	<p><i>Opišite obrazloženje/razloge za pregled u kontekstu onoga što je već poznato, tj. u odnosu na empirijske temelje obrađene teme i područja.</i></p> <p>Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) postala je prva linija tretmana indiciranog za široki raspon poremećaja mentalnog zdravlja (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer i Fang, 2012). Iako su fleksibilnost KBT-a u smislu primjene te jaka empirijska baza osigurale široku primjenjivost, važno je spomenuti da je KBT razvijana, ocjenjivana i revidirana pretežno u okruženjima i na populacijama koje odražavaju specifičnu pozadinu i europsko-američki skup vrijednosti (Hays, Iwamasa, 2006). S obzirom na navedeno, jasno je da kultura pojedinca oblikuje percepciju zdravlja i dobrobiti, njihova uvjerenja o uzrocima i liječenjima, sklonost traženju pomoći i ostala ponašanja vezana uz zdravlje (Altweck, Marshall, Ferenczi i Lefringhausen, 2015). Stoga se preporučuje individualiziranje i prilagodba liječenja/tretmana kako bi isti uzimali u obzir razlike u kulturi te kako bi bili podudarni s klijentovim modelom zdravlja i bolesti, tj. kulturalna osjetljivost u tretmanskome radu. Iz perspektive Bernala i kolega (2009) možemo definirati kulturološku prilagodbu kao "sustavnu modifikaciju liječenja utemeljenog na dokazima kako bi se uzeli u obzir jezik, kultura i kontekst, na način koji je sukladan s klijentovim kulturnim obrascima, značenjima i vrijednostima. Empirijski nalazi također podržavaju značaj kulturoloških prilagodbi, tj. izravne usporedbe meta-analiza (Benish, Quintana, Wampold, 2011) evidentiraju kako je kulturološki prilagođeno liječenje učinkovitije od kulturološki neprilagođenog liječenja. Iako je logička podloga za kulturološke prilagodbe prilično jasna, broj istraživanja</p>

Odjeljak/tema	Broj stavke	Stavka popisa za provjeru
		<p>koja bi informirala praksu utemeljenu na dokazima još je uvijek ograničen (Chowdhary i sur. 2014). Niske razine uključivanja i zadržavanja pripadnika etničkih manjina, sudionika u istraživanjima ishoda tretmana (Rathod i sur., 2005) te pomanjkanje podataka o specifičnim komponentama prilagodbe koje imaju maksimalan utjecaj (Rathod, Giga, Degnan et al., 2017) čine pribavljanje relevantnih ulaznih podataka prilično izazovnim pothvatom. Za kulturološki prilagođenu psihoterapiju ustanovilo se da je učinkovitija za etničke i rasne manjine od skupa raznovrsnih kontrolnih uvjeta za različite načine liječenja (Griner i Smith, 2006), ali nalazi povezani s relativnom učinkovitošću kulturološki prilagođene psihoterapije u odnosu na neprilagođeno liječenje još su uvijek rijetki. Ovakvi trendovi tad posljedično ograničavaju zaključke koji se mogu izvući iz nalaza/rezultata u smislu jedinstvenog doprinosa kulturoloških prilagodbi. Usto, ono što bi bilo od naročitog interesa jest razumijevanje specifičnog procesa i aspekata povezanih s prilagodbom, budući da ovo može biti podrška stručnjacima/praktičarima i istraživačima u pripremi/oblikovanju planova liječenja i intervencija koje su ne samo učinkovite nego i sukladne s kulturološkim okvirom. Ovaj je specifični pregled će biti usredotočen na relativnu učinkovitost i kulturološke prilagodbe u smislu KBT-a. Za utvrđivanje i sažeti prikaz procesa i elemenata kulturološke prilagodbe koristit će se okvir utemeljen na dokazima „Trostruko A“ Rathod i suradnika. Rathod i sur. (2015) razvili su okvir koji uključuje načela za kulturološku prilagodbu KBT-a „Triple-A“ (svijest, procjena, prilagodba), usredotočen na sljedeće aspekte: (i) filozofsku orijentaciju koja pažljivo razmatra i objedinjuje elemente akulturacije, uvjerenja i pripisivanja razloga za nastanak bolesti, kulturološku usmjerenost prema ponašanjima kojima se traži pomoć i psihoterapiji općenito; (ii) praktična razmatranja društvenih i čimbenika vezanih uz zdravstveni sustav; (iii) tehničke prilagodbe metoda i vještina; i (iv) teorijske prilagodbe koncepata.</p>
Ciljevi	4	<p><i>Navedite eksplicitan popis/navode pitanja kojima će se pregled baviti u odnosu na sudionike, intervencije, komparatore/usporednike i ishode</i></p> <p>Ciljevi ovog pregleda će biti: 1. Sintetizirati literaturu o učinkovitosti kulturološki prilagođene KBT u usporedbi s neprilagođenom KBT za populacije izvanbolničkih pacijenata te 2. Opisati proces prilagodbe u smislu načela Trostruko A za kulturološku prilagodbu KBT-a</p>
METODE		

Odjeljak/tema	Broj stavke	Stavka popisa za provjeru
Kriteriji prihvatljivosti	5	<p><i>Navedite značajke studije (npr. PICO (populacija, intervencija, usporedba, ishod), plan studije, okruženje, vremenski okvir) i značajke izvješća (npr. razmatrane godine, jezik, status publikacije) koje će se koristiti kao kriteriji prihvatljivosti za pregled</i></p> <p>Do određene mjere, pozivat ćemo se na standardne metode za sustavne preglede i meta-analize u skladu s PRISMA (Preferirane stavke izvještavanja za sustavne preglede i meta-analize) smjernicama (Shamseer i sur., 2015; Page i sur., 2021). Sljedeći kriteriji prihvatljivosti osmišljeni su u sukladnosti s PICO (populacija-intervencija-usporedba-ishod) modelom. Pregled će biti usmjeren na procjenu učinkovitosti kulturološki prilagođene KBT u odnosu na neprilagođenu KBT kod izvanbolničke populacije i stoga će cilj biti utvrditi nasumična/randomizirana kontrolirana ispitivanja usmjerena na ocjenu učinkovitosti kulturološki prilagođene KBT nasuprot neprilagođenoj KBT. Neće biti određen datum početka, a pretraživanje će biti ograničeno na studije koje su pisane na engleskom jeziku. Nećemo ograničiti naš pregled na bilo koje pojedino stanje mentalnog zdravlja, ali ćemo isključiti preventivne aktivnosti, tj. one koje nisu zasnovane na tretmanskome pristupu. Štoviše, nećemo ograničiti studije u odnosu na njihov datum objave, grupni ili pojedinačni način iznošenja ili specifičnu etničku ili rasnu manjinu u smislu ciljne populacije.</p>
Izvori informacija	6	<p><i>Opišite sve izvore informacija koji se namjeravaju koristiti (npr. elektroničke baze podataka, kontakt s autorima studija, registri istraživanja, ili drugi izvori sive literature), s planiranim datumima pokrivenosti</i></p> <p>U pretraživanje će biti uključene dvije elektronske bibliografske znanstvene baze psychINFO i PubMed. Dodatno, u procesu pretraživanja literature će biti uključena i dva registra primarnih studija, tj. kliničkih ispitivanja - Cochrane knjižnica CENTRAL te Gov.Trial baza koju administrira američka Nacionalna knjižnica medicine pri Nacionalnom institutu zdravstva. Kako bi se povećao obuhvat drugih potencijalno relevantnih izvora sive literature u pretragu će biti uključeni i europski izvori i registri www.opengrey.eu i DART. Pretraživanje će uključiti i WoS (Web of Science) s prvih 100 relevantni referenci. Unakrsno će u Scopus bazi biti referencirane unaprijed i unatrag studije relevantne za istraživačko pitanje kako bi se obuhvatilo što više potencijalno značajnih izvora.</p>

Odjeljak/tema	Broj stavke	Stavka popisa za provjeru
Strategija pretraživanja	7	<p><i>Sadašnji nacrt strategije pretraživanja koji će se koristiti za najmanje jednu elektroničku bazu podataka, uključujući planirana ograničenja, takva da se može ponoviti</i></p> <p>Pretraživanje će biti provedeno kombinacijom MeSH termina cultural adaptation, culturally adapted, cultural modifications, CBT, Cognitive Behavioral Therapy, Behavioral Cognitive Therapy s prilagodbom pravopisnih varijacija te prilagođeno za svaku od pretraživanih baza uz uključivanje samo randomiziranih kontroliranih ispitivanja. Kako bi se osigurala što kvalitetnija pretraga u smislu osjetljivosti u odnosu na specifičnost biti će konzultiran i znanstveni knjižničar kako bi se optimizirala strategija pretraživanja. Pune informacije o strategijama pretraživanja će biti uključena u prilogima ovog rada.</p>
Proces selekcije	8	<p><i>Definirajte metode koje su korištene u postupku odlučivanja o tome ispunjava li primarna studija uvijete za uključivanje u pregledni rad.</i></p> <p>Podaci o studijama bit će izvezeni u program za upravljanje referencama i pregledne studije Rayyan (Ouzzani i sur., 2016). Naslovi i sažeci svake reference identificirane u pretraživanju će biti konvertirani u odgovarajući format te u dodatnom koraku identificirani duplikati. Potom će sve reference biti evaluirane u odnosu na unaprijed definirane kriterije za uključivanje i isključivanje od strane dva neovisna procjenjivača. Nesuglasja u procjeni će biti razriješena kompromisom nakon detaljnog pregleda cjelovitog teksta članka ili izvještaja uz refleksiju na kriterije za uključivanje.</p>
Upravljanje podacima	9	<p><i>Opišite mehanizam (mehanizme) koji će se koristiti za upravljanje zapisima i podacima kroz cijeli pregled</i></p> <p>Sva pozitivno pregledana randomizirana kontrolna ispitivanja (RKI) bit će importirana u Rayyan softver i duplikati će biti odstranjeni. Kako bismo odabrali potencijalno bitna RKI, prvo ćemo pregledati naslove i sažetke svih jedin-stvenih primarnih studija prema PICO stavkama. Zatim ćemo pregledati cjelovite tekstove radi odabira relevantnih RKI koja će biti uključena u naš pregled.</p>
Postupak odabira i prikupljanja podataka	10 a, b	<p><i>Navedite proces koji će se koristiti za odabir studija (npr. dva neovisna autora) i podatke koji će biti ekstrahirani</i></p> <p>Naslovi i sažeci svakog citata identificiranog u pretraživanju provjerit će se u odnosu na kriterije za uključivanje i isključivanje te kako bi se identificirali duplikati. Tad se pristupa i pregledavaju se potencijalno relevantni radovi u cjelovitom tekstu. Kako bi se osvrnulo na prvo i drugo pitanje pregleda, radovi koji su se pozivali na prethodne publikacije koje opisuju proces prilagodbe i pojedinosti prilagodbi također će se izvući iz datoteke. Izdvojiti ćemo</p>

Odjeljak/tema	Broj stavke	Stavka popisa za provjeru
		značajke RKI-a kao što su autori, naslov, časopis, godina objavljivanja, broj sudionika, posebne poteškoće, komorbiditeti, primijenjena intervencija, mjere, primarni i sekundarni ishodi i vrsta kulturološke prilagodbe. Podaci će se sažeti u tablici na temelju prethodno opisanih teorijskih okvira, koji će obuhvatiti načela Triple-A za kulturološku prilagodbu KBT-a, usredotočujući se na aspekte opisane u okviru. Koristit će se tematska analiza za ocjenjivanje postupka i prirode prilagodbi i ovi će se ishodi sažeto prikazati posebno u prilogima preglednog rada.
Rizik od pristranosti	11	<i>Opišite alate i postupke korištene u procjeni rizika od pristranosti.</i> Sve odabrane randomizirane kontrolirane studije će biti procijenjene u odnosu na unaprijed definirane kriterije RoB 2.0 alata za procjenu rizika od pristranosti od strane dva neovisna procjenjivača. Nesuglasja u procjeni bit će razriješena kompromisom nakon detaljnog pregleda bilješki i ocjena algoritma uz refleksiju na kriterije
Ishodi i identificiranje prioriteta	12	<i>Navedite i definirajte sve ishode za koje će se tražiti podaci, uključujući identificiranje prioriteta kod glavnog i dodatnih ishoda, s obrazloženjem</i> Budući da će se uključiti heterogene kliničke slike, podaci o remisiji ili klinički značajnom poboljšanju u smislu prilagođene srednje vrijednosti, promjena u srednjoj vrijednosti u smislu smanjenja klinički značajnih simptoma bit će zabilježeni. Nadalje, induktivne analize kulturoloških prilagodbi naznačit će se u pregledu u smislu ekstenzivnosti i vrste kulturološke prilagodbe primijenjene u specifičnom RKI-u. Usto, plan je za svaki ishod specificirati učinak mjere (mjera) (npr. omjer rizika, srednje odstupanje) korištenih u sintezi ili prezentaciji rezultata.
Metode sinteze	13 a, b, c, d, e, f	<i>Opišite postupak procjene ispunjavanja kriterija, korištene metode i alate za vizualizaciju navedenog uz popratne metode i rezultate ako se radilo o metaanalizi</i> Dijagram tijeka probira i uključivanja studija će dati kratak pregled procesa. Nakon identifikacije istovjetnih izvještaja uz pomoć Rayyan programa (Ouzzani i sur., 2016) preostali izvori će biti procijenjeni prema unaprijed definiranim i ranije navedenim kriterijima od strane dva neovisna procjenjivača. Pretraživanjem drugih izvora sive literature poput DART, WoS kao i unakrsnom pretragom punog obit će evidentirani drugi izvori prije pregleda punog teksta i umiranje nalaza kod odabranih studija.

Odjeljak/tema	Broj stavke	Stavka popisa za provjeru
Izvještavanje o sustavnim pogreškama vezanim uz pristranosti u izvještavanju	14	<p><i>Opišite očekivane metode za procjenu rizika od sustavne pogreške individualnih studija, uključujući i to hoće li to biti napravljeno na razini ishoda ili studije, ili oboje; navedite kako će ova informacija biti korištena u sintezi podataka</i></p> <p>Jedna od dimenzija alata RoB 2.0 se odnosi upravo na ovaj tip rizika te će, u skladu s ranijim opisima biti potkrijepljen procjenama neovisnih procjenjivača, a u skladu s kriterijima u smjernicama navedenog alata za procjenu.</p>
Pouzdanost/povjerenje u kumulativni dokaz	15	<p><i>Opišite kako će se procijeniti snaga ukupnosti dokaza (npr., GRADE – Ocjenjivanje procjene, razvoja i evaluacije preporuka)</i></p> <p>Ako se čini korisno/potrebno, pristup GRADE bio mogao biti prikladan okvir za korištenje budući da je ovaj sustav inicijalno bio razvijen za sustavne preglede intervencija (Goldet i Howick, 2013.) i na raspolaganju su jasne smjernice (Schünemann i sur., 2013). Nalazi vezani uz pouzdanost/sigurnost u kumulativni dokaz tad bi se mogli sažeti u tablici koja bi prezentirala ključne značajke i pokazatelje.</p>
REZULTATI		
Izbor primarnih studija	16 a, b	<p><i>Opišite ukratko proces pretrage i selekcije primarnih studija</i></p> <p>Postupak će biti opisan narativno i tablično uz pomoć dijagrama koji će biti uključen u poglavlje o rezultatima s jasnom distinkcijom o bazama, registrima randomiziranih kontroliranih studija i izvora sive literature uz jasnu kategorizaciju studija i evidentiranje kriterija i razloga uslijed kojih primarne studije nisu izabrane, tj. koje kriterije ne ispunjavaju ovisno o uputnom pitanju.</p>
Karakteristike studija	17	<p><i>Citirajte sve odabrane studije i prezentirajte osnovne karakteristike relevantne za istraživačko pitanje.</i></p> <p>U poglavlju o rezultatima, popratnoj tablici koja daje pregled glavnih obilježja studija kao i raspravi bit će dan detaljan pregled studija koje su uključene u pregledni rad s kritičkim osvrtom na jake strane i potencijalne izvore rizika pristranosti.</p>

Odjeljak/tema	Broj stavke	Stavka popisa za provjeru
Rizik od pristranosti za pojedinu studiju	18	<i>Prezentirajte i sumirajte rizik od pristranosti za svaku od studija</i> Pregled elemenata i dimenzija u okviru Rob 2.0 alata će biti dan grafički i narativno s obzirom na područja i dimenzije uključene u ranije navedenom alatu.
Ishodi prezentirani u pojedinim studijama	19	<i>Za sve ishode i za svaku od studija prikažite pregled rezultata</i> Ovisno o heterogenosti rezultata i obrada uključenih u primarne studije u slučaju da je rezultate moguće zasebno prikazati i grafički i narativno, naglasak će biti na dostupan oblik prezentacije. U slučaju da navedeno nije moguće bit će navedeni točni razlozi kao i sažeti narativni prikaz.
Rezultati sinteze podataka	20 a, b, c, d	<i>Za sve ishode i za svaku od studija prikažite pregled rezultata</i> S obzirom da će pregledni rad uključiti narativni sažetak i tablični prikaz relevantnih obilježja studija i primarnih nalaza o ishodima randomiziranih kontroliranih studija neće biti zastupljene statističke analize i prikazi.
Procjena rizika pristranosti u izvještavanju za svaku sintezu	21	<i>Za sve ishode i za svaku od studija prikažite pregled rezultata</i> S obzirom da će pregledni rad uključiti narativni sažetak i tablični prikaz relevantnih obilježja studija i primarnih nalaza o ishodima randomiziranih kontroliranih studija neće biti zastupljene statističke analize i prikazi.
Pouzdanost/povjerenje o kumulativnom dokazu za svaki ishod	22	Ako se čini korisno/potrebno, pristup GRADE bio mogao biti prikladan okvir za korištenje budući da je ovaj sustav inicijalno bio razvijen za sustavne preglede intervencija (Goldet, Howick, 2013.) i na raspolaganju su jasne smjernice (Schünemann i sur., 2013). Nalazi vezani uz pouzdanost/sigurnost u kumulativni dokaz tad bi se mogli sažeti u tablici koja bi prezentirala ključne značajke i pokazatelje.
<i>OSTALE INFORMACIJE</i>		
Registracija	24 a, b, c	<i>Ako je registriran, navedite naziv Registra (npr., PROSPERO) i registracijski broj u Sažetku</i> Nije primjenjivo jer u ovom slučaju sam protokol nije registriran niti u jednom registru prije koraka filtriranja i obrade rezultata te stoga u skladu sa PRISMA smjernicama autori nisu pristupili registraciji.

Odjeljak/tema	Broj stavke	Stavka popisa za provjeru
Potpora	25	<p><i>Navedite ime i prezime osobe i/ili sponzora koji financira pregled</i></p> <p>Nije primjenjivo, rad nije financiran od vanjskog izvora, korišteni instrumenti su stavljeni na raspolaganje znanstvenoj zajednici i referencirani u skladu sa smjernicama autora.</p>
Izjava o konfliktu interesa	26	<p><i>Izvijestite o eventualnom konfliktu interesa.</i></p> <p>Nije primjenjivo, autori, prema njihovim saznanjima, nisu u nikakvom konfliktu interesa ili u riziku za isti.</p>
Dostupnost podataka i popratne dokumentacije	27	<p><i>Gdje su dostupni javni izvori informacija i popratna dokumentacija</i></p> <p>Pregled strategije za pretraživanje, upitnik za prve autore odabranih studija, tablica s ekstrahiranim relevantnim elementima modifikacija kao i obilježjima studija te pokazatelji kvalitete odabranih studija će biti uključeni kao prilozi ovog rada</p>

Prilog 2. Strategija pretraživanja literature

Baza podataka ili registar	Datum pretraživanja	Detalji pretrage
Gov.Trial	23-10-2021	culturally adapted AND Cognitive behavioral therapy; Limiters - Studies With Results Interventional Studies
Cochrane Central	17-10-2021	"culturally adapted" in Title Abstract Keyword AND ("cognitive behavioral" or "cognitive behavioural" or CBT) in Title Abstract Keyword - in Trials (Word variations have been searched)
DART	17-10-2021	cognitive behavioural therapy AND culturally adapted, Limiters - Language - English Language
Web of Science	17-10-2021	TS=(((('cognitive behavioral therap*' OR 'cognitive behavior therap*' OR 'cognitive therap*' OR 'cognition therap*' OR 'cognitive psychotherap*') OR *CBT*)) AND (('culturally adapted') OR cultur* OR adapt*))
psychINFO	17-10-2021	culturally adapted AND (cognitive behavioral therapy OR CBT OR cognitive behavioural therapy) Limiters - English; Population Group: Human; Methodology: CLINICAL TRIAL Expanders - Apply related words; Also search within the full text of the articles; Apply equivalent subjects; Search modes - Boolean/Phrase
PubMed	17-10-2021	("behavior therapy"[MeSH Terms] OR ("behavior"[All Fields] AND "therapy"[All Fields]) OR "behavior therapy"[All Fields] OR ("behavioural"[All Fields] AND "therapy"[All Fields]) OR "behavioural therapy"[All Fields]) AND ("culturabilities"[All Fields] OR "culturability"[All Fields] OR "culturable"[All Fields] OR "culturalism"[All Fields] OR "culture"[MeSH Terms] OR "culture"[All Fields] OR "cultural"[All Fields] OR "culturally"[All Fields] OR "cultures"[All Fields] OR "culture s"[All Fields] OR "cultured"[All Fields] OR "culturing"[All Fields] OR "culturings"[All Fields] OR "ethnology"[MeSH Subheading] OR "ethnology"[All Fields]) AND ("acclimatization"[MeSH Terms] OR "acclimatization"[All Fields] OR "adaptation"[All Fields] OR "adaptations"[All Fields] OR "adapt"[All Fields] OR "adaptabilities"[All Fields] OR "adaptability"[All Fields] OR "adaptable"[All Fields] OR "adaptational"[All Fields] OR "adaptative"[All Fields] OR "adapte"[All Fields] OR "adapted"[All Fields] OR "adapting"[All Fields] OR "adaption"[All Fields] OR "adaptions"[All Fields] OR "adaptive"[All Fields] OR "adaptively"[All Fields] OR "adaptiveness"[All Fields] OR "adaptivity"[All Fields] OR "adapts"[All Fields]) Filters applied: Randomized Controlled Trial, Adolescent: 13-18 years, Adult: 19+ years, Young Adult: 19-24 years, Adult: 19-44 years, Middle Aged + Aged: 45+ years, Middle Aged: 45-64 years, Aged: 65+ years, 80 and over: 80+ years, English.

Prilog 3.. Obilježja randomiziranih kontroliranih studija uključenih u pregled s opisom kulturoloških adaptacija

Autori i godina provedbe	Dizajn studije	Vrsta, tip, primjena i trajanje tretmana	Kontrolna situacija	Obilježja sudionika (broj, dob, spol i drugo)	Primarna dijagnoza i eventualni komorbiditeti	Korišteni dijagnostički postupci	Status i kompetencije savjetnika	Detaljni opis postupka adaptacije	Primarni i sekundarni ishodi	Nalazi praćenja
(Burrow-Sanchez, i Wrona, 2012)	Kontrolirana randomizirana studija; model intervencija-paralelni zadatci, razvrstavanje - po slučaju, nisu opisani detalji; prikrivanje - nije uvedeno za terapeute, ali izmjenjivali po situacijama	Na temelju nalaza kvalitativnog istraživanja uvedene su kulturološke adaptacije u grupni tretman poremećaja zlouporabe droga KA-SAT (Burrow-Sanchez i sur. 2011b). Organiziran u 12 tjednih sastanaka, svaki u trajanju od 90 minuta	Grupni KB tretman poremećaja zlouporabe droga SAT (Burrow-Sanchez i sur., 2011a). Organiziran u 12 tjednih sastanaka, svaki u trajanju od 90 minuta	$N_{SAT}=18$, 94% M, $M_{DOB}=15.83$, $SD_{DOB}=1.20$, 67% rođeni u SAD; $N_{CA-SAT}=17$, 94% M, $M_{DOB}=15.12$, $SD_{DOB}=1.41$, 71% rođeni u SAD. Za 55% sudionika tretman propisan obvezom, a 80% sudionika završilo tretman u cijelosti.	Zlouporaba i ovisnost o drogama u okviru DSM-IV kriterija. Iz istraživanja isključeni potencijalni sudionici koju su suicidalni ili akutno psihotični	SKID-IV za kliničare; TLFB; CSQ za roditelje i sudionike; ARSMA-II; MEIM; FS za sudionike	Studenti na doktoratu, oboje bilingvalni, s iskustvom kliničkog rada s Latinoamerikancima koji su prošli 20 sati treninga od strane licenciranog KBT terapeuta i redovitu superviziju kao i procjenu pridržavanja priručnika (samoprocjena i procjena snimki)	Opisane promjene: uvođenje zasebnog modula etnički identitet i prilagodba, revizija sadržaja i primjera u smjeru kulturološki osjetljivih, i intenziviranje uključivanja roditelja u tretman i obiteljske socijalizacije na tretman	Rezultati linearnog miješanog modela i popratne analize su upućivale na zaključak o relativnoj učinkovitosti adaptirane verzije gdje su sudionici s višim etničkim identitetom i primrženosti obitelji izvještavali o povoljnijim ishodima, tj. nižom čestinom zlouporabe	Nakon 3 mjeseca, identificiran porast u zlouporabi za obje skupine (KA-SAT i SAT)
(Burrow-Sanchez, 2019)	Kontrolirana randomizirana studija; model intervencija	Na temelju priručnika koji integrira kulturološke	Grupni KB tretman poremećaja zlouporabe	$N_{SAT}=36$, 89% M, $M_{DOB}=15.31$, $SD_{DOB}=1.19$, 69% rođeno u	SAT skupina - 44% zlouporaba, 56% ovisnost,	TLFB za kliničare/asistente, nisu sudjelovali	Studenti na doktoratu, oboje bilingvalni, s iskustvom kliničkog	Opisane promjene: uvođenje zasebnog modula etnički identitet i	Rezultati obrade upućuju na superiornost adaptirane (KA-SAT) u	Nakon 3, 6 i 12 mjeseci

	cija-paralelni zadatci, razvrstavanje - po slučaju, korišten program za randomiziranje; prikrivanje - nije uvedeno za terapeute, ali izmjenjivali po situacijama	adaptacije u grupni tretman poremećaja zlouporabe droga KA-SAT (Burrow-Sanchez, 2013b). Organiziran u 12 tjednih sastanaka, svaki u trajanju od 90 minuta	droga (SAT) prema priručniku (Burrow-Sanchez, 2013a). Organiziran u 12 tjednih sastanaka, svaki u trajanju od 90 minuta	SAD; $N_{CA-SAT}=34$, 91% M, $M_{DOB}=15.09$, $SD_{DOB}=1.41$, 53% rođeno u SAD. Za 74% sudionika tretman propisan obvezom, a 75% sudionika završilo tretman u cijelosti	CA-SAT skupina - 71% zlouporaba, 29% ovisnost, u okviru DSM-IV kriterija	u tretmanu; AR-SMA-II; MEIM; FS za sudionike. Osipanje najveće za praćenje nakon 12 mjeseci (25%). Nema statistički značajne razlike s obzirom na tip dijagnoze ili eksperimentalnu situaciju	rada s Latinoamerikancima koji su prošli 20 sati treninga od strane licenciranog KBT terapeuta i redovitu superviziju kao i procjenu pridržavanja priručnika (samoprocjena i procjena snimki)	prilagodba, revizija sadržaja i primjera u smjeru kulturološki osjetljivih, i intenziviranje uključivanja roditelja u tretman i obiteljske socijalizacije na tretman	odnosu na neadaptiranu verziju tretmana (SAT) u praćenju nakon 12 mjeseci dok je privrženost obitelji u značajnoj mjeri moderirala ishod.	
(Kohn i sur., 2002)	Kontrolirana randomizirana studija; model intervencija-paralelni zadatci, razvrstavanje - nije opisan postupak; prikrivanje - nije uvedeno	Na temelju priručnika koji integrira kulturološke adaptacije u grupni tretman depresije KA-KBT (Kohn i Oden, 1997) temeljen na relevantnoj i konsultacijama s terapeutima. Organiziran u 16 tjednih sastanaka, svaki u trajanju od 90 minuta	Grupni KB tretman za depresiju prema priručniku (Muñoz i Miranda, 1986). Grupa otvorenog tipa. Organiziran u 16 tjednih sastanaka,	$N_{KBD}=10$, $N_A-KBD=10$, ženskog spola sve sudionice, $M_{DOB}=47$ bez podatka o standardnoj devijaciji	Psihosocijalni stresori, poglavito obiteljski problemi i financijske teškoće u okviru DSM-IV kriterija. Svaka sudionica s popratnom somatskom dijagnozom s kroničnim tijekom	GAF za kliničare, BDI za sudionike na početku i na kraju	U izvještaju nisu opisani detalji vezano uz savjetnike, navedeno je kako su sastanci snimani i kodirani za sadržajnu analizu gdje se ne opisuje pridržavanje priručnika nego afektivitet sudionica	Opisane prilagodbe: dodavanje iskustvenih meditativnih kulturološki osjetljivih vježbi, izmjena opis pojedinih tehnika i korištenje kulturološki kongruentnih primjera. Dodavanje relevantnih tema vezano uz obiteljske odnose, religioznost i identitet	Sudionice iz eksperimentalne grupe KA-KBT izvještavale o klinički značajnom poboljšanju gdje je razlika od 12.6 bodova interpretirana u okviru ranije studije ishoda (Organista i sur., 1994) do prosječan rezultat na BDI za obje skupine po završetku	Nema nalaza praćenja

			svaki u trajanju od 90 minuta						upućuje na perzistentne teškoće srednjeg intenziteta.	
(Huey i Pan, 2006)	Kontrolirana randomizirana studija; model intervencija-paralelni podatci, razvrstavanje - po slučaju, nisu opisani detalji; prikrivanje - nije uvedeno	Na temelju priručnika koji integrira kulturološke adaptacije u intervenciju za fobije KA-OST (Pan i Huey, 2005). Organiziran u jednom sastanku, trajanja 180 minuta.	Individuálni tretman za fobije u jednom sastanku temeljen na izlaganju i modeliranju OST (Öst, 1996; Öst, 2012) i self-help priručnik o specifičnim fobijama (Antony i sur., 1995).	N=15 Azijskih Amerikanaca, studenata u 3 situacije, od tog 60% Kineza/Kineskinja, 47% je rođeno van SAD-a, 47% ih se procjenjuje bikulturalnima (SL-ASIA), 67% žena, M _{DOB} =19.9, bez podatka o standardnoj devijaciji. Nije opisano eventualno osipanje sudionika.	Skoro svi ispitanici (93%) ispunili barem tri kriterija za specifičnu fobiju (ADIS-IV, DSM-IV)	ADIS-IV i BAT za kliničare, SUDs, FSS-III, FTQ, na početku i na kraju te SL-ASIA	Student psihologije, Azijski Amerikanac, bez kvalifikacija u KB tretmanu, superviziran i treniran od strane prvog autora, licenciranog psihologa, koji je nadgledao 70% sastanaka i pružio direktnu povratnu informaciju putem audio transivera.	Opisane promjene: sedam kulturološki odgovornih modifikacija poput naglašavanja emocionalne kontrole (sadržaj) i direktivnosti (proces)	Izbjegavanje je bilo znatno niže u CA-OST U usporedbi sa self-help situacijom, ali samo marginalno značajna u odnosu na OST. KA-OST se pokazala superiornom u odnosu na OST i self-help za smanjenje katastrofiziranja i izbjegavanja	Nema nalaza praćenja
(Pan i sur., 2011)	Kontrolirana randomizirana studija; model intervencija-paralelni podatci, razvrstavanje - po slučaju, nisu	Na temelju priručnika koji integrira kulturološke adaptacije u intervenciju za fobije CA-OST (Pan I	Individuálni tretman za fobije u jednom sas-	N=30 Azijskih Amerikanaca u tri situacije, 67% žena, M _{DOB} =22.1, bez	Svi ispitanici (100%) ispunili barem pet kriterija za specifičnu fobiju, a	ADIS-IV i BAT za kliničare, SUDs, FSS-III, FTQ, na početku	Nema detalja o savjetniku/savjetnicima, ali je navedeno kako su svi sastanci	Opisane promjene: sedam kulturološki odgovornih modifikacija poput uvažavanja	CA-OST se pokazala superiornom u odnosu na OST u smanjenju katastrofiziranja i generalnog straha za	Nalazi praćenja nakon 6 mjeseci

<p>opisani detalji; prikriivanje - nije uvedeno</p>	<p>Huey, 2005). Organiziran u jednom sastanku, trajanja 180 minuta.</p>	<p>tanku temeljen na izlaganju i modeliranju OST (Öst, 1996; Öst, 2012) i self-help priručnik o specifičnim fobijama (Antony i sur., 1995).</p>	<p>podatka o standardnoj devijaciji. Popraćeno osipanje sudionika (troje uslijed nedostupnosti, za jednog situacija izlaganja previše averzivna). Utvrđeni kako nema razlika među njima i ostalim sudionicima u spolu, dobi ili stupnju akulturacije.</p>	<p>33% sve kriterije (ADIS-IV, DSM-IV)</p>	<p>i na kraju te AVS-R</p>	<p>snimani I procenjeni od strane kodera nesvjesnih o kojoj se situaciji radi sa svrhom identifikiranja diferencijacija i pridržavanja elemenata tretmana koji su srodni (izlaganje i modeliranje). Dodatno savjetnik i sudionici su ispunili i upitnik kvalitete terapijskog odnosa (WAI)</p>	<p>vanja akulturacijskog statusa, klijentovog modela teškoća, normalizacije, povjerljivosti, emocionalne kontrole, direktivnosti i naglaska na psihoedukaciju</p>	<p>skupinu sudionika s nižim stupnjem akulturacije. Indeks kulturoloških faktora procesa (CA-OST) povezan s nižom samoprocjenom neugode, katarotfiziranja i straha, a kvaliteta terapijskog odnosa</p>
---	---	---	---	--	----------------------------	--	---	--

(Hwang i sur., 2015)	Kontrolirana randomizirana studija; model intervencija-paralelni zadatci, razvrstavanje - po slučaju, korišten program za randomiziranje, stratifikacija sudionika koji su primili farmakoterapiju; prikrivanje - nije uvedeno	Na temelju priručnika koji uključuje nalaze i preporuke kvalitativnog istraživanja temeljenog, između ostalog na fokus grupama i intervjuima sa stručnjacima (Hwang, (2008)	Individualni KB tretman za depresiju temeljen na validiranom protokolu (Miranda i sur., 2006) u trajanju od 12 sastanaka u trajanju od 90 minuta	Detaljno opisano rasipanje prije randomizacije i po uključivanju. Uključeno 145 Kineskih Amerikanca u početnu procjenu, nije navedena prosječna dob sudionika, samo interval od 18 do 65. N _{KA-KBT} =27, 93% završilo tretman, N _{KBT} =23, 74% završilo tretman.	Svi ispitanici (100%) prije randomizacije ispunili kriterij za depresivnu epizodu.	SKID-IV od strane kliničara koji nije uključen u studiju kao i praćenje na početku te nakon 4, 8 i 12. sastanka - HDRS	Kako bi se osigurala semantička i druga ekvivalencija oba priručnika su dvostruko prevedena. Terapeuti su angažirani istraživačkog tima i primili su 12 sati treninga koji je popraćen tjednim supervizijama i praćenjem pridržavanja protokola.	Opisane promjene: revidirani priručnik KA-KBT (Hwang, 2008) uključuje detaljnu orijentaciju i socijalizaciju na tretman, rad na redukciji stigme, veći fokus na postavljanje ciljeva, rješavanje problema i somatske simptome depresije, revidiranje simbola i metafora, fokus na kulturološki specifične fenomene.	Kod sudionika iz KA-KBT situacije evidentirano veće poboljšanje nego kod sudionika iz aktivne kontrole iako je izraženost depresivnih simptoma ostala relativno visoka u obje skupine pri završetku tretmana.	Nema nalaza praćenja
----------------------	--	---	--	--	--	--	--	---	---	----------------------

Kratice: SCARED - multidimenzionalni upitnik za anksiozne poremećaje; ADIS-5-P - strukturirani intervju usmjeren na anksiozne poremećaje prema kriterijima DSM-V; CGI-5, CGI-I, CGI-S - skale kliničkog dojma-opća, intenziteta i izraženosti teškoća; MASC-2 - multidimenzionalni upitnik anksioznih teškoća; CGAS - skala za procjenu globalnog funkcioniranja; ACES skala za procjenu akademskih vještina; SKID-IV strukturirani klinički intervju za procjenu psihičkih poremećaja prema kriterijima DSM-IV; TLFB klinički intervju vezano čestinu korištenja sredstava ovisnosti kroz posljednjih 90 dana; CSQ - upitnik klijentovog zadovoljstva tretmanom; ARSMA-II - skala akulturacije za Latinoamerikance; MEIM - skala multietničkog identiteta; FS - skala identifikacije s i privrženosti obitelji; GAF - skala globalnog funkcioniranja, os V, BDI - Beckov inventar za depresiju; ADIS-IV - strukturirani intervju za anksiozne poremećaje za DSM-IV; BAT - mjera bihevioralnog izbjegavanja u 13 situacija; SUDs – subjektivna procjena distresa; FSS-III - skala za procjenu generalne razine straha; FTQ - skala katastrofičnih kognicija; SL-ASIA - skala akulturacije azijskog identiteta; AVS-R - skala azijskih vrijednosti; WAI - skala kvalitete terapijskog odnosa, HDRS - Hamiltonova ocjenska ljestvica za depresiju

Prilog 4. Upitnik Overview of elements included in the process of cultural adaptation

1. Awareness of relevant cultural issues and preparation for therapy

1.1. How did your research team approach the pre-engagement phase in terms of defining specific culture related aspects, e.g., community setting, political situation, family engagement, and spirituality to gather relevant information?

1.2. During this phase how did you research team determine, evaluate, and account for systemic and environmental aspects connected with pathways to care, help-seeking behaviors or existing support systems, e.g., existing services, community support, etc.?

1.3. How did your research team address relevant assumptions, beliefs, norms, and attributions that are frequently related to the perception, evaluation, and explanatory model of existing difficulties and, consequentially, treatment options?

2. Assessment and engagement

2.1. How did your research team explore and manage the potential impact of cultural differences linked with assessment approach, process, tools, and formulation? How did this reflect on the therapeutic relationship?

3. Adjustments in therapy

3.1. Was there any need for changes in terms of theoretical concepts, e.g., idioms of stress, perception of symptoms, to optimize the process and the content of intervention? If applicable, would you be so kind to provide examples?

3.2. Was there any need for changes in setting, environment, or therapist approach, e.g., engagement of translators, changes in location or duration, in terms of technical adjustments? If applicable, would you be so kind to provide examples?

Additional aspects

Prilog 5. RoB 2.0 grafički prikaz

Oznaka studije	D1	D2	D3	D4	D5	Sumativna procjena
S3	!	+	+	!	+	!
S4	+	+	+	+	+	+
S1	+	+	+	+	+	+
S2	!	-	+	+	!	-
S5	+	+	+	+	+	+
S6	+	+	+	+	+	+

	Niski rizik
	Umjereni rizik
	Visoki rizik

D1	Postupak randomizacije
D2	Otkloni od planirane intervencije
D3	Izostavljeni podaci o ishodima
D4	Mjere ishoda
D5	Selekcija predstavljenih podataka