

Research Paper



The Efficacy of Culturally Adapted Cognitive Behavioral Therapy on the Symptoms of Emotional Disorders



Saeideh Nourmohammadi Ahari¹, Mostafa Zarean^{*2}, Farooq Naeem³

1. M. Sc in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
2. Assistant professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
3. Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Toronto, Toronto, Canada.



DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.65.27.5](https://doi.org/20.1001.1.27173852.1401.17.65.27.5)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15083.html



ARTICLE INFO

Keywords:
Cognitive behavioral therapy; Culturally adapted cognitive behavioral therapy; anxiety; depression; culture

Received: 2022/02/08
Accepted: 2022/02/24
Available: 2022/06/10

ABSTRACT

Culturally Adapted Cognitive Behavioral Therapy (CaCBT) is a newly introduced treatment for emotional disorders applied to enhance Cognitive behavioral therapy Cognitive (CBT) efficiency in non-Western cultures. This study aimed to investigate the efficiency of CaCBT on the symptoms of emotional disorder in Iranian population. The present study was applied in terms of purpose, experimental in terms of data collection and single-case in research design. The statistical population was all students of the University of Tabriz in the year 2018-2019. The depression, anxiety, and stress scale (DASS-42) were implemented on 335 students who enrolled in the study through the multilevel clustering method. Of them, 4 students were selected for the main intervention based on their higher scores in DASS-42. Then, the 8-session CaCBT (Naeem et al., 2015) was administered to both students and their families by two independent therapists. To assess the severity of symptoms, Beck Depression Inventory-II (BDI-II) and Beck Anxiety Inventory (BAI) were used. The results indicated that CaCBT effectively and significantly changed the symptoms of emotional disorders (e.g. depression and anxiety), and the follow up scores were optimal. The effect sizes for all 4 participants were at least moderate (0.52). It was articulated that appropriate therapeutic protocols for the Iranian population could be developed and applied through changing or adapting traditional psychotherapies based on cultural and contextual components. Clinical and applied considerations of the CaCBT are discussed.



* Corresponding Author: Mostafa Zarean

E-mail: zarean@tabrizu.ac.ir

مقاله پژوهشی



کارایی درمان شناختی رفتاری حساس به فرهنگ بر علایم اختلالات هیجانی

سعیده نورمحمدی اهری^۱، مصطفی زارعان^{۲*}، فاروق نعیم^۳

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
۲. استادیار روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
۳. استاد روان‌پزشکی، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه تورنتو، تورنتو، کانادا.

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.65.27.5](https://doi.org/10.27173852.1401.17.65.27.5)URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15083.html

چکیده

مشخصات مقاله

درمان شناختی رفتاری حساس به فرهنگ (CaCBT) یک روش درمانی جدید برای اختلالات هیجانی است که برای افزایش کارایی درمان شناختی رفتاری (CBT) در فرهنگ‌های غیر غربی به کار می‌رود. هدف این پژوهش، مطالعه کارایی CaCBT بر علایم اختلالات هیجانی در جامعه ایرانی بود. پژوهش حاضر با توجه به هدف، کاربردی، به لحاظ جمع‌آوری داده‌ها از نوع تجربی و طرح آن تک-موردی بود. جامعه آن را دانشجویان دانشگاه تبریز در سال ۹۸-۹۷ تشکیل می‌دادند. برای انتخاب نمونه ابتدا پرسشنامه DASS-42 بین ۳۳۵ دانشجویان که به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای وارد مطالعه شده بودند، اجرا شد. سپس ۴ نفر که بالاترین نمره را در DASS-42 کسب کرده بودند، برای مرحله درمان انتخاب شدند. بسته درمان شناختی رفتاری حساس به فرهنگ (نعیم و همکاران، ۲۰۱۵) به مدت ۸ جلسه بر شرکت‌کنندگان و خانواده آن‌ها از سوی دو درمانگر مستقل اجرا شد. از پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب بک نیز جهت اندازه‌گیری شدت علایم افسردگی و اضطراب استفاده شد. نتایج مطالعه با استفاده از درصد بهبودی نشان داد شرکت‌کننده‌ها بهبودی قابل ملاحظه‌ای در علایم افسردگی و اضطراب داشته‌اند و نمرات پیگیری در حد مطلوب بود. همچنین اندازه اثر برای همه شرکت‌کنندگان حداقل در سطح متوسط (۰/۵۲) بود. بر اساس یافته‌های پژوهش به نظر می‌رسد با تغییر یا انطباق درمان‌های سنتی روان‌شناختی بر پایه مؤلفه‌های بافتاری و فرهنگی، می‌توان پروتکل‌های درمانی مناسب‌تری برای جمعیت ایرانی تدوین کرده و به کار بست. ملاحظات کاربردی و بالینی CaCBT در مقاله مورد بحث قرار گرفته است.

کلیدواژه‌ها:

صفات درمان شناختی رفتاری،
روان‌درمانی حساس به
فرهنگ، اضطراب، افسردگی،
فرهنگ

دریافت شده: ۱۴۰۰/۱۱/۱۹

پذیرفته شده: ۱۴۰۰/۱۲/۰۵

منتشر شده: ۱۴۰۱/۰۳/۲۰

* نویسنده مسئول: مصطفی زارعان

رایانامه: zarean@tabrizu.ac.ir

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانم سعیده نورمحمدی اهری است.

مقدمه

اختلالات اضطرابی در ویژگی‌های ترس، اضطراب بیش‌ازحد و مشکلات رفتاری سهمیم هستند. اضطراب بیشتر با تنش عضلانی و گوش‌به‌زنگی هنگام آماده شدن برای خطر و هشدار یا رفتارهای اجتنابی ارتباط دارد. اختلالات افسردگی هم مواردی را شامل می‌شود که در تنظیم خلق دچار مشکل هستند. وجه مشخص برخی از آن‌ها، خلق افسرده و برخی دیگر دوره‌هایی از خلق بالا، منبسط و فراگیر و یا تحریک‌پذیری و شیدایی است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). امروزه افسردگی از شایع‌ترین اختلالات روانی محسوب می‌شود که تبعات زیادی از جمله خودکشی و هزینه‌های گزاف اقتصادی و اجتماعی در پی دارد. از طرفی، میزان بالای عود در اختلالات اضطرابی باعث گردیده روانشناسان به‌صورت ویژه در جهت پیشگیری و درمان آن‌ها تلاش کنند (سازمان جهانی بهداشت^۲، ۲۰۲۰). براون و بارلو^۳ (۲۰۰۹) به مجموعه اختلالات اضطرابی و افسردگی که در بد تنظیمی هیجانی مشترک هستند (بیسو^۴ و همکاران، ۲۰۱۰)، اختلالات هیجانی می‌گویند. روش‌های درمانی مختلفی برای بهبود اختلالات هیجانی به کار گرفته شده که یکی از آن‌ها درمان شناختی رفتاری^۵ (CBT) است. هدف CBT رفع علایم مشترک بین اختلالات افسردگی و اضطرابی می‌باشد که از جمله آن‌ها می‌توان به سوگیری‌های شناختی در افراد مبتلا (مثلاً دوری جستن از اطلاعات مثبت در افراد افسرده و سوگیری به اطلاعات منفی در افراد مضطرب) اشاره کرد (هاینس^۶، ۲۰۱۵). این روش درمانی بر مدل آموزش روانی ساخت دار استوار است؛ بر نقش تکالیف خانگی تأکید داشته و درمان‌جو را مسئول پذیرفتن نقش فعال در جلسات درمان و خارج از آن می‌داند. همچنین CBT بر برقراری اتحاد درمانی نیرومند تأکید داشته و برای ایجاد تغییر از انواع راهبردهای شناختی و رفتاری کمک می‌گیرد (کنارد^۷، ۲۰۱۶). فعال و هدایتگر بودن درمانگر، روشن و واضح بودن اهداف درمانی، تأثیر درمانی بالا در اختلالات هیجانی و قابلیت اجرای آسان از سوی مراجعین و درمانگران، همواره از جنبه‌های مثبت این درمان بوده است. با این حال، CBT اختصاصی برای اختلالات هیجانی در دهه‌های گذشته محدودیت‌هایی نیز داشته است؛ از قبیل ناکامی این درمان‌ها در بهبودی شماری از بیماران؛ وجود راهنما و دستورالعمل‌های درمانی متعدد برای هر یک از اختلال‌ها؛ مقرون‌به‌صرفه نبودن از نظر وقت و هزینه برای متخصصان در استفاده از راهنما؛ پروتکل‌های درمانی متفاوت؛ گذراندن دوره‌های کارورزی طولانی‌مدت و متعدد برای درمان هر یک از اختلال‌ها؛ ایجاد سردرگمی در انتخاب دستورالعمل مناسب بیمار برای متخصصان بالینی؛ و درنهایت پیچیده بودن فرآیند انتشار یا تدوین دستورالعمل‌های درمانی برای تهیه‌کنندگان.

این محدودیت‌ها، ضرورت اصلاح و تدوین درمان‌های ذکرشده را بیش‌ازپیش آشکار ساخته است (دابسون و دابسون^۸، ۲۰۱۸).

با در نظر گرفتن محدودیت‌های اشاره‌شده، رشد روزافزون مبانی نظری درمان اختلالات روانی و همچنین ظهور پژوهش‌های جدید در زمینه درمان بیماران روانی، به نظر می‌رسد نیاز ضروری به درک بهتر شرایط بیماران و طراحی برنامه‌های مداخله‌ای مناسب‌تر برای آن‌ها وجود دارد. یکی از مباحث بسیار مهم و اساسی در امر مشاوره و روان‌درمانی، توجه به شرایط فکری و فرهنگی هر جامعه است. در دنیای معاصر، اغلب افراد و گروه‌ها در معرض فرهنگ‌های متعدد قرار دارند که از آن‌ها برای شکل دادن به هویت و معنی دادن به تجارب خود استفاده می‌کنند. زبان، مذهب و معنویت، ساختارهای خانوادگی، آیین‌های تشریفاتی، آداب و رسوم و همچنین سیستم‌های اخلاقی و قانونی از جمله عوامل فرهنگی مرتبط با فرد هستند که توجه به آن‌ها می‌تواند موجب آشکار شدن جنبه‌هایی از بیماری و یا مشکلات وی شود، درحالی‌که بدون توجه به فرهنگ دسترسی به آن ناممکن است (میلکی و دنی^۹، ۲۰۱۴). به همین جهت بسیاری از متخصصین در حوزه مشاوره و روان‌درمانی معتقدند که درک و فهم بافت فرهنگی تجربه بیماری برای ارزیابی تشخیصی و مدیریت بالینی مؤثر، امری ضروری بوده و همه مشاوران و روان‌درمانگران لاجرم می‌بایست عوامل فرهنگی را در ارزیابی و فرآیند درمان منظور کنند (ماتسوموتو و هوانگ^{۱۰}، ۲۰۱۲).

در سال‌های اخیر تلاش‌های گسترده‌ای در راستای تدوین پروتکل‌های درمانی مبتنی بر فرهنگ به‌ویژه درمان شناختی رفتاری حساس به فرهنگ^{۱۱} (CaCBT) توسط محققان صورت گرفته است (نعیم^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۵). به‌عنوان مثال نتایج پژوهش امین^{۱۳} و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد CaCBT در کاهش اضطراب اجتماعی در نمونه پاکستانی مؤثر بوده است. دورته و ولز^{۱۴} و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه‌ای با عنوان CaCBT مبتنی بر شواهد بر روی یک نوجوان افسرده لاتین نشان دادند که پروتکل درمانی می‌تواند با حفظ چارچوب اصلی خود یک سری انعطاف‌پذیری‌های قابل توجه برای مقابله با ارزش‌ها و ترجیحات بیمار فراهم آورد. در مطالعه دیگری خان^{۱۵} و همکاران (۲۰۱۹) به طراحی مداخله CaCBT بر روی بیماران افسرده پرداختند که شواهد اولیه حاصل از این مطالعه، نتایج بالینی قابل قبولی در اختیار پژوهشگران قرار داد. ایشیکاوا^{۱۶} و همکاران (۲۰۱۹) نیز در مطالعه‌ای اثربخشی درمان شناختی رفتاری اختصاصی برای اختلالات اضطرابی کودکان و نوجوانان ژاپنی^{۱۷} (JACA-CBT) را بررسی کردند. نتایج نشان داد ۵۰ درصد افراد نمونه در پایان دوره درمان فاقد نشانه‌های کلیدی برای تشخیص اختلالات اضطرابی بوده و اثرات درمان در پیگیری ۳ ماهه و ۶ ماهه همچنان

10. Matsumoto & Hwang
11. Culturally Adapted Cognitive Behaviour Therapy
12. Naeem
13. Amin
14. Duarte-Vélez
15. Khan
16. Ishikawa
17. Japanese Anxiety Children/Adolescents Cognitive Behavior Therapy program

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
2. World Health Organization
3. Brown and Barlow
4. Boisseau
5. Cognitive Behavior Therapy
6. Haynes,
7. Kennard
8. Dobson & Dobson
9. Milkie & Denny

مشاوره برگزار شد). در نهایت ۴ نفر از بین دانشجویانی که نمره بالاتری کسب کرده بودند و شرایط شرکت در مطالعه را داشتند وارد مطالعه شدند. علاوه بر آن مقیاس‌های تشخیصی بر روی هر شرکت‌کننده اجرا شد و پس از محرز شدن ملاک‌های پژوهش، شرکت‌کنندگان وارد درمان شدند.

ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش: ۱- کسب نمره بالا در DASS-42 ۲- عدم مصرف مواد و دارو ۳- عدم دریافت روان‌درمانی‌های دیگر حین انجام پژوهش ۴- داشتن حداقل ۱۸ سال ۵- موافقت بیمار برای شرکت در مطالعه

ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش: ۱- ابتلا به اختلالات طیف اسکیزوفرنی یا اختلالات شخصیت، ۲- مخالفت شرکت‌کننده از شرکت در ادامه پژوهش در هر مرحله از آن

ابزار اندازه‌گیری

پرسشنامه نشانگان افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-42): برای اندازه‌گیری متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش از پرسشنامه نشانگان افسردگی، اضطراب و استرس^۳ (DASS-42) استفاده شد. این پرسشنامه در سال ۱۹۹۵ میلادی از سوی لایبوند^۴ و لایبوند تهیه و معرفی شده است. فرم اصلی این پرسشنامه دارای ۴۲ سؤال است که هر یک از سازه‌های روانی استرس، اضطراب و افسردگی را توسط ۱۴ سؤال متفاوت مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پایایی مقیاس‌های DASS از طریق بررسی ضرایب همسانی درونی و ضرایب باز آزمایی تأیید شده است (اصغری مقدم و همکاران، ۱۳۸۷).

پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II): شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک^۵ (BDI) جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. این پرسشنامه از ۲۱ ماده تشکیل شده و هر ماده ۴ گزینه دارد که از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. ثبات درونی این ابزار در نمونه خارجی ۰/۷۳ - ۰/۹۲ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱؛ و در نمونه ایرانی، ضریب آلفای ۰/۹۲ برای بیماران سرپایی و ضریب باز آزمایی ۰/۹۳ و روایی آن از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ به دست آمده است (فتحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۸). نمرات برش این پرسشنامه بدین صورت است که: نمره ۰ تا ۱۳: افسردگی جزئی، نمره ۱۴ تا ۱۹: افسردگی خفیف، نمره ۲۰ تا ۲۸: افسردگی متوسط و نمره ۲۹ تا ۶۳: افسردگی شدید را نشان می‌دهند و نقطه برشی برای فقدان افسردگی در راهنمای این ابزار گزارش نشده است (بک^۶ و همکاران، ۱۹۹۶).

پایدار بود. همچنین بنت^۱ و همکاران (۲۰۱۴) پژوهشی را تحت عنوان CaCBT نژاد موری برای افسردگی اساسی در نیوزیلند انجام دادند و متوجه شدند این درمان نتایج قابل توجهی را در کاهش علائم افسردگی و شناخت منفی در گروه شرکت‌کننده نشان می‌دهد. در مطالعه آزمایشی دیگری اینترین^۲ و همکاران (۲۰۰۸) به ارزیابی CaCBT در افراد اسپانیایی مبتلا به افسردگی اساسی پرداختند. نتایج کاهش علائم افسردگی و اضطراب پس از درمان و پیگیری ۶ ماهه را نشان داد. میانگین کاهش علائم افسردگی بعد از درمان نیز ۵۷٪ بود.

با توجه آنچه گفته شد در سال‌های اخیر مطالعات مختلفی به بررسی درمان شناختی رفتاری حساس به فرهنگ پرداخته‌اند و کارایی این روش درمانی در برخی کشورها به اثبات رسیده است؛ با این حال به دلیل ماهیت فرهنگی متفاوت کشور ایران با کشورهای مزبور و با در نظر گرفتن اینکه طبق بررسی‌های به عمل آمده تحقیقی در دست نیست که کاربرد CBT در بافت فرهنگی ایران را بررسی کرده باشد و معدود پژوهش‌های صورت گرفته در این حوزه (دژمان، ۲۰۱۰؛ زارعان، ۱۳۹۴؛ علیزاده صحرائی، ۱۳۹۵) غالباً بر روی آسیب‌شناسی اختلالات روانی انجام شده‌اند؛ بنابراین ضروری است در مورد انطباق فرهنگی CBT در ایران اقداماتی انجام گیرد. لذا پژوهش حاضر باهدف بررسی کارایی مقدماتی CaCBT بر علائم اختلالات هیجانی صورت پذیرفت.

روش

پژوهش حاضر با توجه به هدف، کاربردی و به لحاظ جمع‌آوری داده‌ها از نوع تجربی بود. طرح آزمایشی این پژوهش تک موردی از نوع خط پایه چندگانه با آزمودنی‌های متفاوت بود و آزمودنی‌ها به ترتیب در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری شرکت کردند. کد اخلاق پژوهش حاضر از سوی کمیته محلی ناظر بر پژوهش‌های انسانی در گروه روانشناسی دانشگاه تبریز صادر شده است. جامعه آماری این پژوهش، دانشجویان دانشگاه تبریز در سال ۹۸-۹۷ بود. برای انتخاب نمونه ابتدا پرسشنامه DASS-42 در بین ۳۳۵ دانشجویی که به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای وارد مطالعه شده بودند اجرا شد. سپس برای انتخاب نمونه مورد پژوهش ابتدا ۸ نفر که بالاترین نمره را در DASS کسب کرده بودند برای مرحله درمان انتخاب شدند. پس از انجام هماهنگی‌های لازم، دو نفر از شرکت‌کننده‌ها از شرکت در تحقیق امتناع کردند. یک شرکت‌کننده نیز پس از جلسه نخست، متأسفانه دچار سانحه شد و از ادامه درمان بازماند. یک نفر هم به دلیل تغییر شهر و انتقال به محل زندگی اصلی، نتوانست درمان را تمام کند (درمان در شهر تبریز و در یک مرکز مشاوره با اتاق‌های استاندارد مورد تأیید سازمان بهزیستی و سازمان نظام روانشناسی و

1. Bennett
2. Interian
3. Depression, anxiety, and stress scale

4. Lovibond
5. Beck depression inventory
6. Beck

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات CaCBT (نعیم و ایوب، ۲۰۱۳)

جلسه	موضوع	محتوای جلسه	زمان (دقیقه)
اول	مصاحبه اولیه	ارزیابی مشکلات جاری مراجع، تعریف اهداف درمانی	۶۰
دوم	آموزش روانی	آموزش شیوه درمان، آگاهی در مورد نشانه‌های اختلال، ارائه منطق درمان	۴۵
سوم	مدیریت علایم	راهبردهای اختصاصی کنترل نشانه‌های بیماری	۴۵
چهارم	تغییر تفکر منفی	راهبردهای شناختی چالش با افکار ناکارآمد منفی	۴۵
پنجم	فعال‌سازی رفتاری	ارائه تکالیف کسب لذت و مهارت در چرخه رفتاری	۴۵
ششم	حل مسئله	آموزش مهارت حل مسئله و پنج گام عملی	۴۵
هفتم	مهارت‌های ارتباطی	آموزش سبک‌های ارتباطی سالم و ناسالم، آسیب‌های ارتباط	۴۵
هشتم	آموزش خانواده	آموزش عوامل مؤثر در بیماری، آموزش نحوه مدیریت رفتارهای بیمار	۶۰

نتایج

همان‌طور که قبلاً نیز اشاره شد، نمونه‌های مورد مطالعه در این پژوهش چهار مراجع بودند که در آزمون غربالگری پرسشنامه نشانگان افسردگی، اضطراب و استرس نمره بالایی کسب کرده بوده و تحت CaCBT قرار گرفته بودند. ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کننده‌ها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان

مراجع	سن	جنسیت	تحصیلات	تأهل	محل تولد	درمان قبلی
اول	۲۱	زن	کارشناسی	مجرد	تبریز	نداشته
دوم	۲۲	مرد	کارشناسی	مجرد	تبریز	نداشته
سوم	۲۲	مرد	کارشناسی	مجرد	تبریز	نداشته
چهارم	۲۱	زن	کارشناسی	مجرد*	سهند	داشته

* شرکت‌کننده چهارم مابین جلسه ششم و هفتم ازدواج (عقد) کرد.

جدول ۳ نشان‌دهنده نمرات شرکت‌کننده‌ها در علایم و نشانه‌های افسردگی در خط پایه جلسات درمانی سوم، پنجم و هفتم، پیگیری و شاخص درصد بهبودی در پایان جلسه دهم و پیگیری است. همه شرکت‌کننده‌ها در مرحله خط پایه دارای علایم افسردگی بودند و با توجه به درصد بهبودی، می‌توان اظهار داشت که شرکت‌کننده‌ها بهبودی قابل‌ملاحظه‌ای در علایم افسردگی داشته‌اند. همچنین نمرات پیگیری در حد مطلوب بود.

پرسشنامه اضطراب بک (BAI): پرسشنامه اضطراب بک^۱ (BAI) یک پرسشنامه ۲۱ ماده‌ای خود گزارش دهی برای اندازه‌گیری شدت اضطراب است. هر ماده برحسب شدت وضعیت گزارش شده از سوی بیمار از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شوند. ضریب آلفای ۰/۹۲ و ضریب باز آزمایی ۰/۸۱ بافاصله یک هفته برای این آزمون گزارش شده است (فتیحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۸). نمرات برش این پرسشنامه بدین صورت است که: نمره ۰ تا ۷: اضطراب جزئی، نمره ۸ تا ۱۵: اضطراب خفیف، نمره ۱۶ تا ۲۵: اضطراب متوسط و نمره ۲۶ تا ۶۳: اضطراب شدید را نشان می‌دهند و نقطه برشی برای فقدان اضطراب در راهنمای این ابزار گزارش نشده است (بک و همکاران، ۱۹۸۸).

روند اجرای پژوهش

پس از انتخاب چهار آزمودنی، قبل از جلسه اول، به منظور تعیین خط پایه، پیش‌آزمون‌ها گرفته شد و وضعیت شرکت‌کنندگان از لحاظ شاخص‌های مورد نظر، مورد بررسی قرار گرفت. CaCBT به مدت ۸ جلسه بر روی شرکت‌کنندگان اجرا شد. در جلسه اول، سوم، پنجم و هفتم و یک ماه پس از درمان، پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب بک برای بررسی روند درمانی استفاده شد. در پایان برنامه درمانی، شرکت‌کنندگان به روانشناس بالینی جهت ارزیابی مجدد ارجاع داده شدند.

درمان شناختی رفتاری حساس به فرهنگ (CaCBT)

منظور از CaCBT بسته درمانی تدوین شده ۸ جلسه‌ای بر اساس کتاب تطبیق فرهنگی درمان شناختی برای افسردگی هست (نعیم و همکاران، ۲۰۱۵). این مداخله با استفاده از یک راهنمای درمان انجام شد که بر روی آموزش روانی، مدیریت علایم، تغییر تفکر منفی، فعال‌سازی رفتاری، حل مسئله، روابط رو به رشد و مهارت‌های ارتباطی تأکید می‌کند. مداخله در طول ۱۰-۱۶ جلسه نیز انجام می‌شود که در یک مطالعه مقدماتی اثربخشی نسخه پاکستانی آن به‌دست آمده است (نعیم و همکاران، ۲۰۱۵). در مطالعه حاضر از نسخه خلاصه شده مداخله استفاده شد که از ۸ جلسه تشکیل شده است بدین ترتیب که ۷ جلسه برای شرکت‌کنندگان و یک جلسه برای خانواده‌ها تشکیل می‌شود. در ذیل جلسات این بسته درمانی به اختصار توضیح داده شده است.

1. Beck anxiety inventory

جدول ۳. میزان تغییرات و درصد بهبودی شرکت‌کننده‌ها در علایم افسردگی

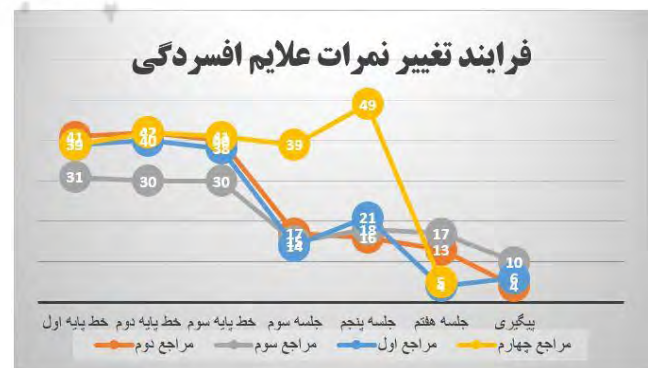
بهبودی	پیگیری (ماه)	بهبودی	ج ۷	ج ۵	ج ۳	ج ۲	ج ۱	ج ۰	بهبودی
۸۴٪	۶	۸۹٪	۴	۲۱	۱۴	۳۸	۴۰	۳۹	اول
۹۰٪	۴	۶۷٪	۱۳	۱۶	۱۷	۴۰	۴۲	۴۱	دوم
۶۷٪	۱۰	۴۳٪	۱۷	۱۸	۱۵	۳۰	۳۰	۳۱	سوم
۸۷٪	۵	۸۷٪	۵	۴۹	۳۵	۴۱	۴۲	۳۹	چهارم

جدول ۴ اندازه اثر CaCBT بر علایم افسردگی را نشان می‌دهد. بر طبق داده‌های جدول، اندازه اثر CaCBT برای شرکت‌کننده نخست ۳/۱۶، دوم ۴/۱۵، سوم ۱/۴۲ و چهارم ۰/۵۲ می‌باشد که این میزان اندازه اثر را می‌توان برای شرکت‌کننده نخست و دوم خیلی بالا (اثر بزرگ)، شرکت‌کننده سوم بالا و چهارم اندازه اثر متوسط استنباط کرد.

جدول ۴. اندازه اثر CaCBT بر علایم افسردگی

شرکت‌کننده	شرکت‌کننده	شرکت‌کننده	شرکت‌کننده	میانگین خط پایه
۴	۳	۲	۱	
۴۰/۶۶	۳۰/۳۳	۴۱	۳۹	میانگین خط پایه
۲۹/۶۶	۱۶/۶۶	۱۵/۳۳	۱۳	میانگین درمان
۲/۹۲	۷/۴۱	۳/۲۵	۱/۲۶	انحراف استاندارد خط پایه
۱۸/۳۵	۲/۱۵	۲/۹۳	۶/۹۷	انحراف استاندارد درمان
۰/۵۲	۱/۴۲	۴/۱۵	۳/۱۶	اندازه اثر درمان

شکل ۱ دگرگونی‌های روند درمان را در علایم افسردگی شرکت‌کننده‌ها نشان می‌دهد. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که شرکت‌کننده‌ها در روند درمان کاهش قابل توجهی در علایم افسردگی داشته‌اند.



شکل ۱. دگرگونی‌های روند درمان در علایم افسردگی

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از درصد بهبودی و اندازه اثر برای هر شرکت‌کننده و نمودارهای ترسیمی، چنین استنباط می‌شود که CaCBT موجب کاهش علایم افسردگی شده است.

جدول ۵ نشان‌دهنده نمرات شرکت‌کننده‌ها در میزان علایم اضطراب در خط پایه، جلسات درمان سوم، پنجم، هفتم، پیگیری و شاخص درصد بهبودی در پایان جلسه هشتم و پیگیری است. همه شرکت‌کننده‌ها در مرحله خط پایه دارای علایم اضطراب بودند و با توجه به درصد بهبودی، می‌توان اظهار داشت که شرکت‌کننده‌ها بهبودی قابل‌ملاحظه‌ای در میزان اضطراب داشته‌اند؛ و همچنین نمرات پیگیری در حد مطلوب بود.

جدول ۵. میزان تغییرات و درصد بهبودی شرکت‌کننده‌ها در علایم اضطراب

مراجع	پایه ۱	پایه ۲	پایه ۳	ج ۳	ج ۵	ج ۷	بهبودی	پیگیری	بهبودی
اول	۴۶	۴۵	۴۷	۲۸	۲۸	۲۸	۸۷٪	۲	۹۵٪
دوم	۱۸	۱۶	۱۷	۹	۸	۴	۷۶٪	۳	۸۲٪
سوم	۲۱	۲۱	۲۰	۱۳	۱۱	۱۰	۵۰٪	۹	۵۶٪
چهارم	۴۳	۴۰	۴۳	۳۷	۳۸	۹	۷۹٪	۹	۷۸٪

جدول ۶ اندازه اثر CaCBT در اضطراب را نشان می‌دهد. بر طبق داده‌های جدول، اندازه اثر CaCBT برای شرکت‌کننده نخست ۱/۱۰، دوم ۰/۶۱، سوم ۰/۷۳ و چهارم ۰/۵۷ می‌باشد که این میزان اندازه اثر را می‌توان برای شرکت‌کننده نخست اثر بالا، شرکت‌کننده دوم، سوم و چهارم اندازه اثر متوسط استنباط کرد.

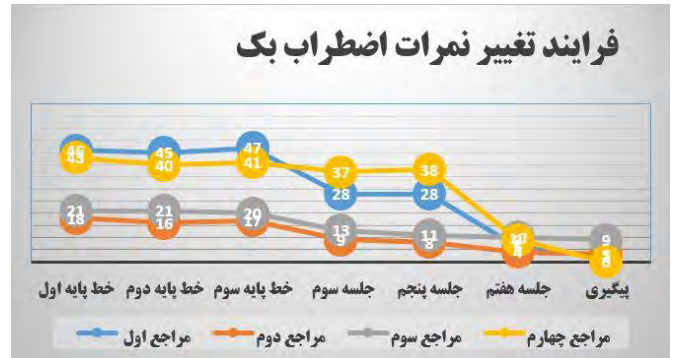
جدول ۶. اندازه اثر درمان شناختی رفتاری حساس به فرهنگ در کاهش علایم اضطراب

شرکت‌کننده	شرکت‌کننده	شرکت‌کننده	شرکت‌کننده	میانگین خط پایه
۴	۳	۲	۱	
۴۱/۳۳	۲۰/۶۶	۱۷	۴۶	میانگین خط پایه
۲۸	۱۱/۳۳	۷	۲۰/۶۶	میانگین درمان
۱۰/۰۸	۱۰/۵۹	۱۴/۲۵	۱۴/۷۵	انحراف استاندارد خط پایه
۱۳/۴۴	۲/۱۵	۲/۱۵	۱۰/۳۶	انحراف استاندارد درمان
۰/۵۷	۰/۷۳	۰/۶۱	۱/۱۶	اندازه اثر درمان

شکل ۲ در گونی‌های روند درمان را در میزان اضطراب شرکت‌کننده‌ها نشان می‌دهد. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که شرکت‌کننده‌ها در روند درمان کاهش چشمگیری در میزان اضطراب داشته‌اند.

بافتار فرهنگی فرد در فرآیند تشخیص، ارزیابی و درمان تأکید می‌کند تا بدین‌وسیله بتوان اقدامات درمانی موثرتری را برای مراجعان مختلف ارائه کرد. در گروه‌های فرهنگی مختلف ممکن است مجموعه‌ای از علایم و نشانه‌ها باهم روی دهند و به‌صورت الگویی منسجم تجربه شوند که از آن با نام نشانگان فرهنگی یاد می‌شود. در این راستا، زارعان (۱۳۹۴) در مطالعه ابعاد افسردگی و اضطراب در فرهنگ ایران چنین نتیجه گرفت که آسیب‌های عمده در اختلالات هیجانی در قومیت‌های ایرانی شامل یازده طبقه اصلی هستند که مهم‌ترین آن‌ها را می‌توان به‌صورت جسمانی سازی، هیجان منفی، تکرار و شناخت معیوب نام برد. به‌علاوه اینکه افراد در فرهنگ‌های مختلف از کلمات و اصطلاحات متفاوتی برای ابراز ناراحتی خود استفاده می‌کنند که DSM از آن با عنوان اصطلاحات فرهنگی ناراحتی یاد می‌کند. اصطلاحات فرهنگی ناراحتی اشاره به شیوه‌های جمعی و مشترک تجربه کردن و صحبت کردن علایم بیماری‌ها دارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). زارعان و همکاران (۲۰۱۴) در یک مطالعه بر روی اقوام آذری نشان دادند که آذری‌زبان‌ها از کلمات و اصطلاحات مخصوص به خود در ابراز علایم هیجانی خود استفاده می‌کنند که رایج‌ترین آن‌ها «داریخما» است.

همچنین، زاعان و همکاران (۱۳۹۹) در یک مطالعه ابعاد فرهنگی افسردگی و اضطراب را در سه قوم آذری، کرد و فارس مورد بررسی قرار دادند و به سه مقوله مشترک هیجان منفی، جسمانی‌سازی و شناخت معیوب در بین این اقوام رسیدند؛ اما این مطالعه نشان داد مجموعه ناهمگنی از سازه‌های روانشناختی در بین این اقوام وجود دارد که ضرورت توجه به متغیرهای بافتاری مانند فرهنگ و قومیت را در ارزیابی، تشخیص و درمان نشان می‌دهد. آگاهی از عوامل فرهنگی مؤثر بر درمان مانند پایبندی به قواعد شرعی، جدی پنداشتن نشانه‌ها از سوی درمانگر، داشتن ظاهر و پوشش مذهبی، تسلط به آیات و احادیث و هماهنگی جنسیت درمانگر با درمان‌جو در بهبود علایم مراجعین مؤثر شناخته شده است (علیزاده صحرائی، ۱۳۹۵). لذا در تبیین کارایی CaCBT می‌توان گفت که آگاهی و استفاده از تکنیک‌های مرتبط با فرهنگ و دین، استفاده درست از ظرفیت سیستم بهداشتی مانند دسترسی به درمانگران و شناخت باورهای افراد در مورد علت بیماری نقش بسزایی ایفا می‌کند (نعیم و همکاران، ۲۰۱۵). به‌علاوه نورکراس و ومپلد^۵ (۲۰۱۸) معتقدند در جهت افزایش اثربخشی و کارایی، روان‌درمانی‌ها باید هر چه بیشتر متناسب با هر فرد شخصی‌سازی شوند و از جمله مهم‌ترین مؤلفه‌ها که باید برای افزایش



شکل ۲. دگرگونی‌های روند CaCBT در اضطراب

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده کارایی CaCBT در بهبود علایم افسردگی و اضطراب بود. همان‌طور که در جدول‌ها مشاهده گردید میزان درصد بهبودی کلی و اندازه اثر قابل قبولی به دست آمد. نتایج یافته‌های این پژوهش با یافته‌های اسکیکی^۱ و همکاران (۲۰۲۱)، کنعانیان^۲ و همکاران (۲۰۲۰)، نعیم و همکاران (۲۰۱۵)، نعیم و همکاران (۲۰۱۴)، بنت و همکاران (۲۰۱۴)، امین و همکاران (۲۰۲۰) و اسلام و همکاران (۲۰۱۵) همسو بود. نعیم و همکاران (۲۰۱۵) به این نتیجه رسیدند که CaCBT می‌تواند در مقایسه با درمان عادی در بهبود علایم افسردگی مؤثر باشد. همچنین بنت و همکاران (۲۰۱۴) پژوهشی را تحت عنوان CaCBT نژاد موری برای افسردگی اساسی در نیوزیلند انجام دادند و متوجه شدند این درمان نتایج قابل توجهی را در کاهش علایم افسردگی و شناخت منفی در گروه شرکت‌کننده نشان می‌دهد. امین و همکاران (۲۰۲۰) نیز گزارش نمودند که CaCBT در کاهش اضطراب اجتماعی در نمونه پاکستانی مؤثر بوده است. کنعانیان و همکاران (۲۰۲۰) از CaCBT در کنار آموزش مهارت حل مسئله برای درمان یک نمونه از پناهندگان افغانی تبار که مبتلا به یکی از اختلالات افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه^۳ (PTSD) بودند، استفاده کردند. نتایج آن‌ها حاکی از بهبودی قابل توجه در شرکت‌کنندگان و نیز تداوم بهبودی در جلسات پیگیری یک‌بار ۱۲ هفته پس از درمان و بار دیگر ۱ سال پس از درمان - بوده است. اسکیکی و همکاران (۲۰۲۱) از CaCBT برای درمان یک نمونه از زنان پناهنده سوری در ترکیه که از نشانگان افسردگی، اضطراب و PTSD رنج می‌بردند، استفاده کردند. نتایج این مطالعه حاکی از اثربخشی بالای این روش درمانی برای PTSD و اثربخشی متوسط برای نشانگان افسردگی و اضطراب بود.

انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۱۳) در جدیدترین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۴ (DSM-5) بر لزوم در نظر گرفتن

4. Diagnostic and statistical manual of mental disorders

5. Norcross and Wampold

1. Eskici

2. Kananian

3. Post-traumatic stress disorder

همچنین در تبیین این یافته تا می‌توان گفت که در درمان‌های شناختی سعی می‌شود افکار غیرمنطقی و نارکارآمد برانگیزاننده‌ی علائم بیماری و اضطراب شناسایی شود، بیمار نسبت به نقش این افکار در بیماری‌اش بینش یابد و افکار صحیح‌تری را جایگزین آن‌ها نماید. از آنجاکه افراد دارای اضطراب آسیب‌پذیری نسبت به نگرانی و اضطراب از خود نشان می‌دهند و آمادگی زیادی برای سوءتعبیر علائم فیزیولوژیکی اضطراب دارند. این بینش به بیماران داده شد که آن‌ها نسبت به وضعیت سلامتی و سیر درمان بیماری افکار فاجعه‌آمیز و نادرستی دارند که باعث می‌شود یک سوگیری منفی و گزینشی نسبت به سلامتی و سیر بهبودی خود نشان دهند.

در فرآیند درمانی پژوهش حاضر، محتوای جلسات ۳ تا ۵ به صورت سیال در نظر گرفته شد. به این صورت که محتوای جلسات متناسب با نیازهای مراجع تطبیق داده شد. همچنین با توجه به شکایات متعددی که درمان‌جویان از خانواده‌های خود داشتند، از الگوهای فرهنگی مبتنی بر احترام به خانواده بهره گرفته شد. این الگوها تا حدی برخاسته از منابع دینی و کمی هم مبتنی بر ضرب‌المثل‌ها و تمثیل‌های فرهنگی بودند. استفاده از داستان‌های فرهنگی در انتقال پیام و ایجاد انگیزه برای تغییر در مراجعین همانند یافته‌های نعیم و همکاران (۲۰۱۵) نیز بسیار موفق عمل کرد. برای ناسازگاری‌های ناشی از سن آزمودنی‌ها با خانواده، از الگوهای فرهنگی بهره گرفته شد. بدین ترتیب که نه مانند فرهنگ غربی که در آن بر جدایی و استقلال افراد تأکید می‌شود و نه مانند الگوهای فرهنگی شرقی که بر وابستگی و فرمان‌بری مطلق جوانان پرداخته می‌شود، به آزمودنی‌ها یاد داده شد که در یک مسیر بینابینی تا رسیدن به استقلال کامل از خانواده حرکت کنند. برای کنترل خشم مراجعین (به‌ویژه مراجعین مذهبی) از روش‌های سنتی مانند صلوات فرستادن و همچنین تأکید بر اهمیت کظم غیض در خانواده استفاده گردید. همچنین در تمامی تکالیف ارائه‌شده، بر منطبق بودن رفتارهای بیرونی و قابل‌مشاهده آزمودنی‌ها با فرهنگ و ساختار اجتماعی آن تأکید گردید. در راستای یافته‌های نعیم و همکاران (۲۰۱۵)، نیز از شوخی به‌عنوان عاملی برای تسهیل فرآیند درمان و بهبود بخشیدن به تفاهم درمانی استفاده شد.

بر پایه جستجوی نویسندگان مقاله، پژوهش حاضر احتمالاً نخستین کاربرست CaCBT در بستر فرهنگی ایران برای اختلالات هیجانی (افسردگی و اضطراب) بوده است. اگرچه تلاش‌هایی در باب شناسایی و تبیین آسیب‌شناسی اختلالات هیجانی صورت پذیرفته، باین‌حال،

اثربخشی درمان برای هر فرد در نظر گرفته شود، فرهنگ قومی و نژادی و تعهدات دینی و معنوی افراد است؛ این همان مسئله‌ای است که CaCBT در مرکزیت تمرکز و توجه خود قرار می‌دهد.

در تبیین کاهش میزان افسردگی می‌توان گفت که استفاده از تکنیک فعال‌سازی رفتاری درمان شناختی رفتاری حساس به فرهنگ نقش بسزایی ایفا کرد بدین‌صورت که بیماران افسرده نسبت به کوچک‌ترین شکست‌ها حساس بوده و ادراک خود منفی‌نگری در آن‌ها تقویت می‌شود، برنامه‌ریزی فعالیت‌ها به بیمار کمک می‌کند تا احتمال شکست را در رسیدن به برنامه‌های روزانه به حداقل برساند. بیماران تشویق می‌شوند تا هرگونه افزایش سطح فعالیت روزانه را در خود ارزش‌گذاری کرده و با تفکر مثبت تقویت نمایند (هوگوت^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). بعد دیگر، روابط بین فردی ضعیف در این بیماران بود. به دلیل ماهیت این بیماری، خلق افسرده و تحریک‌پذیری زیاد، اغلب این بیماران از لحاظ روابط بین فردی مشکلات زیادی داشته و سبک‌های ارتباط غلط (اغلب پرخاشگر یا منفعل) منجر به طردشدن از سوی دیگران شده و باعث انزوای اجتماعی هر چه بیشتر در این بیماران می‌شود (اشنیدر^۲، ۲۰۱۴)، لذا یکی از اهداف جلسات درمانی آموزش سبک ارتباطی صحیح، شجاعانه و توأم با ابراز وجود در این بیماران بود تا بیماران به برقراری روابط اجتماعی خوب و تقویت‌کننده تشویق شوند.

در تبیین نتایج مطلوب در بهبود نشانگان اضطراب می‌توان گفت که فرایندهای شناختی، طرح‌واره‌های فعالی در مورد خود، دنیا و آینده هستند. این فرایندها در یک فرد مضطرب همراه با نوعی سوگیری انتخابی با محتویات اضطرابی است (آیزنک و فچکوفسکا^۳، ۲۰۱۸). به‌طوری‌که در قبال رویدادهای تهدیدآمیز، روش‌های مقابله‌ای مانند گریز، نگرانی و ناتوانی را در پیش می‌گیرد (کسی^۴ و همکاران، ۲۰۱۲). در درمان شناختی رفتاری این پژوهش، مؤلفه‌های مشخصی برای هدف قرار دادن علائم شناختی، فیزیولوژیک و رفتاری اضطراب تنظیم شد. آموزش مفهوم اضطراب و تمرین شناسایی هیجانات مختلف و توجه به علائم هشداردهنده اولیه، تکنیک‌های مدیریت علائم فیزیولوژیک از طریق تمرین تنفس، تن آرامی و تکنیک‌های توجه برگردانی و چالش با افکار منفی، آموزش حل مسئله و کمک به فرد در شناسایی عوامل و محرکات درونی و بیرونی (محیطی) برانگیزنده اضطراب، بخشی از موارد گنجانده‌شده در این برنامه بود. اجرای جلسات به‌طور فردی، امکان اختصاص زمان لازم برای هر دسته از تکنیک‌های فوق و بررسی دقیق تکالیف خانگی را فراهم می‌کرد.

1. Huguet
2. Schneider

3. Eysenck and Fajkowska
4. Kasi

در اجرای راهنماهای درمانی اقتباس شده یا انطباق یافته، به نظر می‌رسد اقدام خاصی در ایران صورت نگرفته است.

طرح‌های پژوهشی تک موردی در ذات خود محدودیت‌هایی دارند که مهم‌ترین آن‌ها ناتوانی در تعمیم دادن یافته‌ها به جمعیت عمومی می‌باشد. از این رو باید در تفسیر نتایج مطالعه حاضر احتیاط‌های لازم صورت پذیرد. همچنین ویژگی‌های شخصیتی و شناختی عاطفی جمعیت دانشجویی احتمالاً بر روند بهتر فرآیند درمانی تأثیراتی داشته است. ارزیابی‌های مبتنی بر خود گزارشی از طریق پرسشنامه هم می‌تواند محدودیت دیگر این پژوهش و یافته‌های حاصل از آن باشد. برای دستیابی به نتایج متقن و بهره‌برداری بهتر از CaCBT به نظر می‌رسد به کار بردن این درمان در مداخله‌های گروهی و در مطالعات کنترل شده تصادفی بتواند نتایج محکمی به دست دهد. همچنین اجرای این راهنمای درمانی در جمعیت‌های دیگر و قومیت‌های مختلف می‌تواند یافته‌های مرتبط با کارایی و اثربخشی آن را غنی‌تر نماید.

سپاسگزاری

بدین وسیله مراتب سپاسگزاری و تشکر خود را از دانشجویان دانشگاه تبریز و شرکت‌کننده‌های بخش اصلی مطالعه اعلام می‌داریم که با صبر و حوصله و با انگیزه و دقت مراحل درمانی را پیگیری کردند و به پژوهشگران در اجرای هر چه بهتر این درمان یاری رساندند.

منابع

- اصغری مقدم، محمدعلی؛ ساعد، فواد؛ دیباج نیا، پروین؛ زنگنه، جعفر (۱۳۸۷). بررسی مقدماتی اعتبار و پایایی مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) در نمونه‌های غیر بالینی. *ماهنامه علمی-پژوهشی دانشگاه شاهد*، ۳۲ (۱۵)، ۳۸-۲۳.
- زارعان، مصطفی (۱۳۹۴). *ابعاد افسردگی و اضطراب در فرهنگ ایران*، رساله دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی.
- زارعان، مصطفی؛ شهیدی، شهریار؛ وان‌دی‌فایر، فونز؛ دهقانی، محسن (۱۳۹۸). مطالعه کیفی علایم اختلالات هیجانی در برخی از اقوام ایرانی. *پژوهش‌های روانشناختی*، ۴۴ (۲۲)، ۷۶-۵۴.
- علیزاده صحرانی، ام هانی (۱۳۹۵). *طراحی راهنمای درمان شناختی - رفتاری مقدماتی برای اختلال وسواس نجس - پاک‌ی با توجه به بافت فرهنگی ایران*، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه الزهرا.
- فتحی آشتیانی، علی؛ دادستانی، محبوبه (۱۳۸۸). *آزمون‌های روانشناختی: ارزیابی شخصیت و سلامت روان*، تهران، بعثت.

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Amin, R., Iqbal, A., Naeem, F., & Irfan, M. (2020). Effectiveness of a culturally adapted cognitive behavioural therapy-based guided self-help (CACBT-GSH) intervention to reduce social anxiety and enhance self-esteem in adolescents: a randomized controlled trial from Pakistan. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 48(5), 503-514. <https://doi.org/10.1017/S1352465820000284>
- Asarnow, L. D., & Manber, R. (2019). Cognitive behavioral therapy for insomnia in depression. *Sleep medicine clinics*, 14(2), 177-184. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2019.01.009>
- Beck, A. T. S. R., Steer, R. A. B. G., & Brown, G. (1996). Manual for the Beck depression inventory-II (BDI-II). <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Bennett, S. T., Flett, R. A., & Babbage, D. R. (2014). Culturally adapted cognitive behavioural therapy for Māori depression. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 7. <https://doi.org/10.1017/S1754470X14000233>
- Boisseau, C. L., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., & Barlow, D. H. (2010). The development of the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 102-113. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.09.003>
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychological assessment*, 21(3), 256. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0016608>
- Dejman, M. (2010). *Cultural explanatory model of depression among Iranian women in three ethnic groups (Fars, Kurds and Turks)*. Institutionen för klinisk neurovetenskap/Department of Clinical Neuroscience. <http://hdl.handle.net/10616/40153>
- Dejman, M., Ekblad, S., Forouzan, A. S., Eftekhari, M. b., & Malekafzali, H. (2008). Explanatory Model of Help-Seeking and Coping Mechanisms among Depressed Women in Three Ethnic Groups of Fars, Kurdish, and Turkish in Iran. *Arch Iranian Med*; 11 (4): 397-406. <https://dx.doi.org/08114/AIM.0011>
- Dobson, D., & Dobson, K. S. (2018). *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. Guilford publications.
- Duarte-Vélez, Y., Bernal, G., & Bonilla, K. (2010). Culturally adapted cognitive-behavior therapy: Integrating sexual, spiritual, and family identities in an evidence-based treatment of a depressed Latino adolescent. *Journal of Clinical Psychology*, 66(8), 895-906. <https://doi.org/10.1002/jclp.20710>
- Eskici, H. S., Hinton, D. E., Jalal, B., Yurtbakan, T., & Acarturk, C. (2021). Culturally adapted cognitive behavioral therapy for Syrian refugee women in Turkey: A randomized controlled trial. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/tra0001138>

- Eysenck, M. W., & Fajkowska, M. (2018). Anxiety and depression: toward overlapping and distinctive features. *Cognition and Emotion*, 32(7), 1391-1400. <https://doi.org/10.1080/02699931.2017.1330255>
- Haynes, P. (2015). Application of cognitive behavioral therapies for comorbid insomnia and depression. *Sleep Medicine Clinics*, 10(1), 77-84. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2014.11.006>
- Hinton, D. E., Hofmann, S. G., Rivera, E., Otto, M. W., & Pollack, M. H. (2011). Culturally adapted CBT (CA-CBT) for Latino women with treatment-resistant PTSD: A pilot study comparing CA-CBT to applied muscle relaxation. *Behaviour research and therapy*, 49(4), 275-280. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.01.005>
- Huguet, A., Miller, A., Kisely, S., Rao, S., Saadat, N., & McGrath, P. J. (2018). A systematic review and meta-analysis on the efficacy of Internet-delivered behavioral activation. *Journal of affective disorders*, 235, 27-38. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.073>
- Interian, A., Allen, L. A., Gara, M. A., & Escobar, J. I. (2008). A pilot study of culturally adapted cognitive behavior therapy for Hispanics with major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(1), 67-75. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.12.002>
- Irfan, M. (2016). *Developing and testing of culturally adapted CBT (CaCBT) for common mental disorders of Pashto speaking Pakistans and Afghans* (Doctoral dissertation, Universidade NOVA de Lisboa (Portugal)).
- Ishikawa, S. I., Kikuta, K., Sakai, M., Mitamura, T., Motomura, N., & Hudson, J. L. (2019). A randomized controlled trial of a bidirectional cultural adaptation of cognitive behavior therapy for children and adolescents with anxiety disorders. *Behaviour research and therapy*, 120, 103432. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103432>
- Ismail, H., Wright, J., Rhodes, P., & Small, N. (2005). Religious beliefs about causes and treatment of epilepsy. *British journal of general practice*, 55(510), 26-31.
- Jalal, B., Samir, S. W., & Hinton, D. E. (2017). Adaptation of CBT for traumatized Egyptians: Examples from culturally adapted CBT (CA-CBT). *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(1), 58-71. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.03.001>
- Kananian, S., Soltani, Y., Hinton, D., & Stangier, U. (2020). Culturally adapted cognitive behavioral therapy plus problem management (CA-CBT+) with Afghan refugees: A randomized controlled pilot study. *Journal of traumatic stress*, 33(6), 928-938. <https://doi.org/10.1002/jts.22615>
- Kasi, P. M., Naqvi, H. A., Afghan, A. K., Khawar, T., Khan, F. H., Khan, U. Z., ... & Khan, H. M. (2012). Coping styles in patients with anxiety and depression. *International Scholarly Research Notices*, 2012.
- Kennard, J. (2016). Benefits and Limitations of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for Treating Anxiety. *New York, USA*.
- Khan, S., Lovell, K., Lunat, F., Masood, Y., Shah, S., Tomenson, B., & Husain, N. (2019). Culturally-adapted cognitive behavioural therapy based intervention for maternal depression: a mixed-methods feasibility study. *BMC women's health*, 19(1), 1-11. <http://dx.doi.org/10.1186/s12905-019-0712-7>
- Matsumoto, D., & Hwang, H. S. (2012). Culture and emotion: The integration of biological and cultural contributions. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 43(1), 91-118. <https://doi.org/10.1177%2F0022022111420147>
- Milkie, M. A., & Denny, K. E. (2014). Changes in the cultural model of father involvement: Descriptions of benefits to fathers, children, and mothers in Paen Magaznre, 1926-2006. *Journal of Family Issues*, 35(2), 223-253. <https://doi.org/10.1177%2F0192513X12462566>
- Naeem, F., Gul, M., Irfan, M., Munshi, T., Asif, A., Rashid, S., ... & Ayub, M. (2015). Brief culturally adapted CBT (CaCBT) for depression: a randomized controlled trial from Pakistan. *Journal of Affective Disorders*, 177, 101-107. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.012>
- Naeem, F., Saeed, S., Irfan, M., Kiran, T., Mehmood, N., Gul, M., ... & Farooq, S. (2015). Brief culturally adapted CBT for psychosis (CaCBTp): a randomized controlled trial from a low income country. *Schizophrenia Research*, 164(1-3), 143-148. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.02.015>
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of clinical psychology*, 74(11), 1889-1906. <https://doi.org/10.1002/jclp.22678>
- Schneider, B. (2014). Interpersonal distress and interpersonal problems associated with depression. Columbia University.
- Zarean, M., Shahidi, S., Vijver, F. V. D., Dehghani, M., Asadollahpour, A., & Sohrabi, R. (2014). Reflections from indigenous psychology on emotional disorders: A qualitative study in Azeri ethnic group. *Practice in Clinical Psychology*, 2(4), 285-291. <http://jpcp.uswr.ac.ir/article-1-247-en.html>