

УДК 159.98

DOI <https://doi.org/10.32782/psych.studies/2024.4.1>

## **АДАПТАЦІЯ ДОКАЗОВИХ ПРАКТИК ПСИХОТЕРАПІЇ: МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ТА АЛГОРИТМ РОБОТИ**

### **Алексіна Надія Юріївна,**

магістрантка психології,  
кафедри експериментальної та прикладної психології  
Київського національного університету імені Тараса Шевченка;  
керівниця дослідницького проєкту з адаптації психодіагностичних методик  
БО «БФ «Бережи себе», Київ, Україна  
<https://orcid.org/0009-0008-2120-1326>

### **Савченко Олена Вячеславівна,**

докторка психологічних наук, професорка,  
професорка кафедри загальної психології  
Київського національного університету імені Тараса Шевченка  
<https://orcid.org/0000-0002-7069-7419>

### **Лавриненко Денис Гійович,**

старший викладач кафедри педагогіки та психології  
Київського національного економічного університету імені Вадима Гетьмана  
<https://orcid.org/0000-0002-9306-3830>

### **Герасименко Ольга Володимирівна,**

докторка психології (PsyD),  
Інститут Райта, Берклі, США,  
постдокторантка, Інститут психологічних послуг «Екセス»  
<https://orcid.org/0009-0006-9507-2139>

### **Степаненко Маргарита Володимирівна**

магістриня психології,  
головна внутрішня експертка клінічного напрямку  
БО «БФ «Бережи себе», Київ, Україна  
<https://orcid.org/0009-0001-7032-9771>

*Стаття описує основні методологічні аспекти культурної адаптації доказових практик психотерапії. Численні соціокультурні фактори, такі як стиль життя, сімейні та родові стосунки, фізичне оточення, бідність, дискримінація, безпека тощо, суттєво впливають на психологічний добробут людини. Культура (особливості мови, традиційні погляди на психічне здоров'я, стереотипи стосовно учасників психотерапевтичного процесу, особливості картини світу) є ключем до розуміння того, як проявляються симптоми психічних розладів та поведінка, спрямована на пошук допомоги, а отже, на те, як надавачі психотерапевтичних послуг діагностують клієнтів/пацієнтів та працюють із ними. Усе це зумовлює необхідність адаптації та модифікації доказових психотерапевтичних практик відповідно до запитів, потреб та особливостей українського суспільства. Описано загальний алгоритм соціокультурної адаптації психотерапевтичних утручань, що складається з 11 етапів (від вибору практики і створення робочої експертної групи до перевірки ефективності адаптованої версії). Детально охарактеризовані соціокультурні чинники, які впливають на впровадження психотерапевтичної практики та мають бути враховані в адаптації протоколів та програм утручань. Виділено незмінні елементи доказової практики та варіативні компоненти, стосовно яких доцільна процедура культурної адаптації. Зміни протоколу утручань у процесі адаптації умовно поділені на три напрями: усунення елементів, не актуальних в українському контексті; додавання елементів, щоб покращити розуміння практики (кейси, приклади використання вправ, глосарій термінів тощо); трансформація елементів відповідно до соціокультурного контексту. Обґрун-*

товане залучення громадськості (професійної спільноти та цільових груп) до обговорення внесених модифікацій, сформульовані завдання і напрями роботи із фокус-групами. Окреслено основні шляхи експериментальної перевірки ефективності адаптованих практик.

**Ключові слова:** психологічне втручання, психотерапевтичне втручання, протокол, соціокультурна адаптація, доказова практика психотерапії, соціокультурні чинники.

**Aleksina Nadiia, Savchenko Olena, Lavrynenko Denys, Gerasimenko Olha, Stepanenko Marharyta. Adaptation of evidence-based psychotherapy practices: methodological aspects and algorithm of work**

*The article describes the main methodological aspects of cultural adaptation of evidence-based psychotherapy practices. Numerous sociocultural factors, such as lifestyle, family and generational relationships, physical environment, poverty, discrimination, safety, etc. have a significant impact on a person's psychological well-being. Culture (language features, traditional views on mental health, stereotypes about participants in the psychotherapeutic process, and worldview) is key to understanding how symptoms of mental disorders and help-seeking behavior manifest themselves, and thus how psychotherapy providers diagnose clients/patients and work with them. All of this necessitates the adaptation and modification of evidence-based psychotherapeutic practices in accordance with the demands, needs, and peculiarities of Ukrainian society. The article describes a general algorithm for sociocultural adaptation of psychotherapeutic interventions, consisting of 11 stages (from the choice of practice and organizing a working expert group to testing the effectiveness of its adapted version). The socio-cultural factors that influence the implementation of psychotherapeutic practice and should be taken into account when adapting protocols and intervention programs are described in detail. The article highlights the unchanged elements of evidence-based practice and the variable components that warrant cultural adaptation procedures. Changes to intervention protocols during the adaptation process are categorized into three directions: (1) eliminating elements irrelevant in the Ukrainian context; (2) adding elements to enhance understanding of the practice (e.g., cases, examples of exercise applications, glossaries of terms); and (3) transforming elements to align with the sociocultural context. The involvement of public stakeholders (professional community and target groups) in the discussion of proposed modifications is substantiated, and the tasks of working with focus groups are formulated. Finally, the main ways to test the effectiveness of adapted practices are outlined.*

**Key words:** psychological intervention, psychotherapeutic intervention, protocol, sociocultural adaptation, evidence-based practice of psychotherapy, socio-cultural factors.

**Постановка проблеми.** Необхідність адаптації доказових практик психотерапії зумовлена тим, що більшість із них розробляються у розвинених західних країнах, отже, їхній зміст і спосіб реалізації зумовлюються певним культурним контекстом. Виникає питання про можливість застосування таких практик стосовно вихідців з іншого соціокультурного та лінгвістичного середовища: населення інших країн, національних меншин, мігрантів, які прибувають до Європи та Америки. Простого перекладу матеріалів на іншу мову часто не досить, щоб зробити їх доступними та ефективними для населення з відмінними культурними особливостями. Адаптації потребують також способи надання психологічних послуг населенню, адже в різних країнах світу цей процес відбувається та регулюється по-своєму.

У науковій літературі не часто обговорюється вплив соціокультурних чинників

на надання допомоги у сфері психічного здоров'я. Але культура значною мірою визначає поширеність психічних та поведінкових порушень, а також те, як людина проявляє симптоми розладу, які використовує захисти і механізми подолання, де шукає соціальну підтримку, наскільки вона готова звертатися за психологічною допомогою, що очікує від спілкування з психотерапевтом. Крім того, соціокультурні особливості впливають на постачальників психологічних/терапевтичних послуг, насамперед на підходи до діагностики та терапії. З іншого боку, наявні культурно зумовлені бар'єри у наданні психологічної допомоги різним категоріям населення: недоступність психотерапевтичних послуг, недовіра до системи охорони здоров'я, відсутність страхування, ризик стигматизації, індивідуальна та інституційна дискримінація і т. ін. [1]. Метааналіз

результативності програм психотерапевтичного втручання різного походження (нових практик та практик, узятих з інших контекстів, з адаптацією або без неї) показав перевагу нових та адаптованих програм порівняно із запозиченими програмами без адаптації [2]. Отже, використання західних доказових практик терапії не повинно здійснюватися без відповідної соціокультурної адаптації та модифікації.

*Доказова практика терапії* (Evidence-Based Practice, далі – EBP) – це підхід до профілактики та/або терапії психічних та поведінкових розладів, який підтверджується науковими фактами – позитивними результатами у багатьох різноманітних дослідженнях: експериментах, рандомізованих клінічних тестах, метааналізах тощо, які засвідчують його здійсненість, безпечність та ефективність. Усі EBP мають чітко прописані рекомендації з чітко визначеними вимогами та процедурами втручання. Щоб зрозуміти, які частини доказової практики потрібно модифікувати відповідно до особливостей конкретної культурної групи, потрібна ретельно продумана методологія.

*Адаптація EBP* – це навмисна, цілеспрямована модифікація протоколу втручання, спрямована на досягнення кращої відповідності між доказовою практикою терапії та новим контекстом її реалізації. Адаптація може бути запланованою (зміни, внесені до впровадження практики) та реакційною (зміни у відповідь на проблеми, що виникають у впровадженні).

**Мета дослідження** – поділитися досвідом авторської групи щодо українськомовної адаптації доказових практик психотерапії, описати загальний алгоритм та окремі практичні аспекти цієї роботи.

**Результати дослідження.** Адаптація протоколів втручання передбачає систематичну модифікацію окремих елементів та технологій EBP, відповідно до мовних особливостей, культурних патернів, уявлень та цінностей цільової групи, зберігаючи при цьому ключові характеристики та теоретичну основу втручання [3]. Крім того, систематична та ретельно задокументована модифікація доказових практик терапії та/або протоколів втручання сприяє розвитку цих інструментів, уточненню їх ефективності в різних контекстах.

Можна виділити два рівні аналізу культурної чутливості психотерапевтичних утручань: поверхневий та глибинний. Поверхнева структура передбачає вивчення явних, спостережуваних характеристик цільової групи: соціально-демографічних, мовних, поведінкових. Вони вказують, наскільки EBP відповідає певній культурі, сприяють збільшенню сприйнятливості та покращенню прийняття повідомлень цільовою аудиторією. Глибинна структура передбачає більш тонкий аналіз культурних, історичних, екологічних, психологічних та інших сил, які впливають на сферу психічного здоров'я у конкретній популяції [4].

Нині дослідниками з різних країн сформульовано декілька підходів до міжкультурної адаптації EBP. Однією з найбільш визнаних та відомих є модель екологічної валідності та культурної чутливості, що розроблена Г. Берналем та співавторами [5], згідно з якою адаптація доказової практики терапії спирається на вісім вимірів: мова, особистість, метафори, зміст, концепції, цілі, методи та контекст. К. Перера з колегами [6] розробили чотирьохетапну схему адаптації психологічних утручань низької інтенсивності, що включає: а) збір інформації щодо характеристик місцевого населення; б) формулювання адаптаційних гіпотез; в) консультації з місцевими громадами для уточнення компонентів, які потребують адаптації; г) оцінку адаптованих протоколів утручань місцевими експертами. Це дозволяє краще зрозуміти культурні особливості, які можуть впливати на ефективність втручання. Керівництво ADAPT акцентує увагу на дотриманні балансу між збереженням основних елементів практики та підвищенням її відповідності культурному контексту шляхом постійного аналізу ефективності протоколу в нових умовах. Автори наголошують, що будь-які особливості контексту, в якому реалізується втручання (географічні, культурні, організаційні, економічні, етичні, правові, політичні обставини, а також місцеві практики) можуть призвести до змін результатів [7]. Оскільки особливості контексту змінюються з часом, процес адаптації має бути регулярним та системним.

Метааналітичне дослідження, проведене Д. Грінером та Т. Смітом (2006), пока-

зало, що втручання, націлені на конкретну культурну групу, у чотири рази ефективніші, ніж втручання, орієнтовані на клієнтів із різними культурними особливостями [8]. Системний огляд адаптованих психологічних утручань для терапії тривоги та депресії серед молоді [9] засвідчив необхідність та ефективність врахування мовних особливостей, культурних метафор та цінностей отримувачів допомоги. Разом із тим дослідники дійшли висновку, що у цій галузі потрібна додаткова робота. Зокрема, слід зосередитися на визначенні аспектів ЕВР, які мають бути адаптованими, щоб зробити їх доступними, привабливими та ефективними для користувачів.

### **Аналіз результатів дослідження**

#### ***Загальний алгоритм адаптації доказової практики психотерапії***

Покроковий алгоритм адаптації доказових практик психотерапії був сформований на основі узагальнення наявної світової практики. Насамперед це методологія культурної модифікації ЕВР в організаційному контексті, розроблена Дж. Семюелс та колегами [1]. Описана методологія успішно застосовується авторським колективом у процесі адаптації ЕВР-гайдів: когнітивно-поведінкової терапії тривоги у членів родин військовослужбовців, терапії прийняття та відповідальності по роботі з депресією, терапії прийняття та відповідальності для подолання залежної поведінки (версії для ветеранів та військовослужбовців), когнітивно-процесуальної терапії ПТСР та терапії гострого горя у сімей військовослужбовців та інших цивільних осіб.

У загальному вигляді адаптація та модифікація ЕВР, проведена авторською групою, включала 11 етапів роботи.

#### ***Алгоритм адаптації доказової психотерапевтичної практики.***

1. Вибір практики відповідно до потреб культурної громади або організації (включаючи отримання дозволу авторів та/або володарів авторських прав).

2. Створення робочої групи із залученням широкого кола експертів.

3. Структурний аналіз ЕВР для виокремлення ключових складників та компонентів, що потребують адаптації.

4. Переклад та зворотний переклад (не менше 2 варіантів для кожної форми).

5. Процес модифікації та документування змін (обговорення робочою групою складників ЕВР та варіантів їхньої модифікації з урахуванням культурних особливостей цільової аудиторії).

6. Обговорення варіантів модифікації у фокус-групах з представниками професійної спільноти (терапевтами, адміністраторами та надавачами послуг), а також потенційними клієнтами.

7. Вибір та узгодження модифікацій (експертна група).

8. Формулювання остаточного варіанту практики/опису практики, протоколу та інструкцій.

9. Випробування модифікованої ЕВР, що включає два підетапи: навчання надавачів послуги/проведення вебінара (ToT – «тренінг тренерів») та пілотажне дослідження (до 10 кейсів з попередньою розробкою анкет для терапевтів та клієнтів для фіксації результатів).

10. Оцінювання результатів пілотажного дослідження за різними критеріями успішності, коригування, уточнення та доповнення фінального варіанту практики (експертна група).

11. Клінічне дослідження в ході поступового впровадження практики та накопичення достатньої бази даних.

Деякі аспекти представленого алгоритму потребують більш детального опису, який буде поданий нижче.

#### ***Прямий та зворотний переклад***

Переклад ЕВР зазвичай здійснюється у двох версіях, незалежних одна від одної, із наступним складанням узгодженого варіанту. До перекладу залучаються фахівці, які мають психологічну і разом з тим філологічну освіту. Насамперед це дозволяє забезпечити належне розуміння психологічних понять та професійної термінології. На етапі узгодження відбувається вибір найбільш вдалих формулювань із тих, що були запропоновані у різних версіях. До цього процесу може залучатися незалежний фахівець або керівник експертної групи. Найбільш надійним варіантом процедури узгодження є сліпий перехресний метод (2+2 експерти).

На етапі перекладу добре зарекомендувало себе використання великих мовних моделей (DeepL, Claude, Chat GPT та ін.). Текст, розроблений за допомогою про-

грамного забезпечення, розглядався поряд з варіантами перекладів, створених запрошеними фахівцями. При цьому експерт, який складає узгоджену версію, не знав джерела текстів, тобто здійснював «сліпе» рецензування. Досвід показав, що іноді мовна модель пропонує більш вдалий варіант перекладу, ніж перекладач з фаховою психологічною і філологічною освітою. Безумовно, були випадки, коли більш влучні й точні формулювання пропонували фахівці.

### **Внесення змін в оригінальну версію протоколів**

Зміст протоколу доцільно розділити на дві частини:

1. *Стала частина*, яка перекладається без змін, максимально тотожно до авторського варіанту. До таких елементів зазвичай належать цілі та завдання практики, її етапи (кроки), теоретичне обґрунтування методу тощо.

2. *Варіативна частина*, яка потребує адаптації до соціокультурного контексту, потреб та особливостей певної категорії клієнтів, для яких розробляється практика (вікові, професійні, клінічні та інші групи).

Детальніше ці компоненти представлені у табл. 1.

Зміни, яким підлягає протокол утручань у процесі адаптації, можна умовно поділити на 3 напрями:

1) усунення елементів, які неактуальні або зайві в українському контексті (наприклад, занадто ускладнюють використання практики);

2) додавання елементів, яких не було в оригінальному протоколі, щоб полегшити та покращити розуміння практики (кейси, пояснення теоретичних основ методу, приклади використання вправ, глосарій термінів тощо);

3) трансформація елементів відповідно до соціокультурного контексту їх використання (наприклад, заміна метафор у практичних вправах, уточнення професійної термінології, телефони «гарячих ліній», контакти центрів підтримки тощо).

Усі внесені зміни до протоколів мають бути узгоджені внутрішніми та зовнішніми експертами.

### **Експертна група. Прийняття колегіальних рішень**

Рішення про необхідність змін приймає експертна група, в яку входять

фахівці-практики з досвідом проведення психологічних утручань (бажано, щоб це були сертифіковані терапевти зі стажем роботи у відповідній галузі не менше 5 років). Кожен із залучених фахівців працює окремо, заносючи власні пропозиції та коментарі у загальну форму (Google-таблиці, Google-документи). Надалі приймається колегіальне рішення про доречність змін, конкретизуються та уточнюються запропоновані модифікації.

Слід ретельно та відповідально аналізувати внесені зміни, щоб зберегти цілісність психотерапевтичного втручання та отримати очікувані результати.

### **Чинники, що потрібно враховувати під час адаптації протоколів**

Є велика кількість факторів, зумовлених культурою та менталітетом клієнтів, які слід враховувати під час адаптації ЕВР. Нижче представлено загальний перелік таких чинників та пояснений їх можливий вплив на процес і результат впровадження доказової практики.

1. *Традиційні погляди на психічне здоров'я у спільноті*, що включають ставлення до проблем психічного здоров'я та готовність окремих груп/когорт населення до самостійного звернення за психологічною допомогою. Цей чинник опосередковано відображає широту застосування адаптованої практики, готовність потенційних клієнтів до роботи за пропонованим методом, ставлення до психологів та психотерапевтів. Неготовність цільової аудиторії може призвести до збільшення кількості сесій, розширення завдань перших етапів (роз'яснення принципів роботи, практичної корисності психологічної допомоги, формування альянсу, задоволення потреби у безпеці та ін.).

2. *Соціальна позиція клієнта* включає 4 групи чинників, такі як: дискримінація, стереотипи стосовно терапевтичного процесу, сформованість єдиної мовної культури і форма звернення до клієнта.

– Дискримінація (приналежність клієнта/пацієнта до когорти, яка піддається дискримінації з боку інших суспільних прошарків). Така приналежність може суттєво гальмувати процес впровадження ЕВР.

– Стійкі стереотипи, що є у суспільстві стосовно учасників терапевтичного процесу (психологів/психотерапевтів та окре-

мих типів клієнтів). Наявність жорстких стереотипів, а також невідповідність між очікуваннями учасників терапевтичного процесу та уявленнями щодо ролі партнера може гальмувати проходження етапів/завдань ЕВР.

– Мовна культура. Важливо враховувати, що мешканці країни мають різний рівень володіння українською мовою внаслідок історичних умов, специфіки її регіо-

нів. Рівень володіння мовою визначає стиль комунікацій, підбір метафор, ілюстративних прикладів та друкованих матеріалів.

– Форма звернення до клієнта впродовж консультативного процесу.

3. *Стиль життя* включає у себе багато складників, які по-різному впливають на здійснення психологічних утручань:

– місце та умови проживання клієнта (рівень безпеки або соціальної напруже-

Таблиця 1

**Структурні компоненти доказової практики психотерапії**

Компонент	Складники компонента	Опис компонента, приклади його подання та дії у процесі адаптації
Передмова	Стала частина	Вступна частина доказової практики для фахівців.
	Змінна (варіативна) частина	Матеріали, визначені під час адаптації у форматі додаткових коментарів та рекомендацій, посилання на нормативні документи фахових спільнот та законодавство тощо.
Структура сесії	Мета	Перекладається без змін.
	Завдання	Перекладається без змін.
	Конкретизований опис цілей та завдань	Містить матеріали, що потребують додаткового уточнення / пояснення / зміни. Приміром, приклади повідомлень клієнта, фрагменти діалогів з ним, особливості згоди на терапію тощо. Є предметом культурної адаптації.
	Рекомендації для фахівців	Містить матеріали, що потребують додаткового уточнення/ пояснення/зміни. Приміром, винесення на перший план найбільш важливих настанов, виключення несуттєвого та додавання суттєвого матеріалу з т.з. українських реалій тощо. Є предметом культурної адаптації.
	Візуальні матеріали (схеми, таблиці, рисунки, графіки тощо)	Містить матеріали, що потребують додаткового уточнення/ пояснення/зміни. Приміром, пояснення наявних категорій/ конструктивів/термінів відповідно до кваліфікації фахівців та рівня освіти клієнтів, узгодження з уже наявними, усталеними у професійних спільнотах практиками тощо. Є предметом культурної адаптації.
Практичні завдання	Назва	Перекладається без змін.
	Кроки	Перекладається без змін.
	Обґрунтування	Перекладається без змін.
	Постановка завдання	Містить матеріали, що потребують додаткового уточнення/ пояснення/зміни. Приміром, роз'яснення інструкції та уточнення змісту наявних категорій відповідно до середнього рівня освіти клієнтів тощо. Є предметом культурної адаптації.
	Структура завдання	Містить матеріали, що потребують додаткового уточнення/ пояснення/зміни. Приміром, пояснення наявних категорій залежно від рівня освіти клієнтів тощо, приклади заповнення таблиць, схем та ін.; ілюстративні приклади, метафори, які дотичні до культури та ментальності клієнтів. Після перекладу узгоджується внутрішніми та зовнішніми експертами. Є предметом адаптації.
Список джерел	Стала частина	Містить джерела, на яких базується розробка практики. Подається без змін.
	Змінна частина	Містить джерела, на яких базуються зміни у процесі адаптації практики. Подається уніфіковано (за наявності), відповідно до вимог оформлення списку джерел.
Додатки	Повністю	Містить матеріали, що потребують додаткового уточнення/ пояснення/зміни/включення/виключення. Приміром, зразки плану терапії, нотатки прогресу, скринінги, робочі аркуші тощо. Є предметом культурної адаптації.
Інші компоненти	Повністю	Уточнюються залежно від специфіки практики.

ності в регіоні, умови життя, склад родини тощо);

- рівень освіти клієнта та цінності освіти в культурному середовищі;

- соціально-економічний статус (середній рівень доходу в країні визначає вартість окремої сесії, загальну кількість сесій, можливості скорочення або збільшення кількості зустрічей);

- домінуючі у суспільстві уявлення щодо періодів життєвого розвитку, їх тривалості та провідних життєвих завдань, які вирішуються на цих етапах;

- врахування вікових особливостей клієнтів для внесення модифікацій у протокол відповідно до специфіки певної вікової категорії;

- врахування статевих особливостей під час впровадження протоколу, змісту приписуваних ґендерних ролей у суспільстві;

- сімейний стан і ставлення до різних форм партнерства (з'ясування та врахування наявності/відсутності партнерства в житті клієнта; вилучення інтервенцій, які припускають обговорення реакцій партнерів);

- сексуальне життя (врахування традиційної табуованості або відкритості обговорення сфери сексуальності, сексуальної орієнтації, сексуальної активності; толерантне або нетерпиме ставлення до різних проявів сексуальності, статевих відносин, моногамії, полігамії, холостяцтва);

- уживання наркотиків та алкоголю (типові моделі уживання та зловживання в культурі слід враховувати у разі встановлення правил і обмежень для клієнтів щодо уживання ПАР під час впровадження практики; (не)толерування консультантом зловживання ПАР, впровадження цінностей здорового способу життя).

4. *Здоров'я*. Типові проблеми зі здоров'ям у мешканців країни, поширеність цих проблем, соматичний статус окремого клієнта (включаючи метаболічний синдром, ожиріння, діабет, ЗПСШ, ВІЛ/СНІД та ін.).

5. *Сімейні та родові стосунки* передбачають урахування типової моделі родини в країні та міри її поширеності; норми дисципліни в родині (контроль, покарання за провину); стосунки влади (усталений розподіл ролей у родині, стосунки «домінування/підпорядкування», які створюють підстави для дискримінації та насилля) та

фактори, які надають перевагу одній особі над іншою (вік, стать, роль та ін.); а також поширений/традиційний стиль спілкування, продиктований культурою.

6. *Особливості картини світу* включають широкий перелік чинників: релігійність, духовність (поширені у суспільстві уявлення про природу людини, цінності, ідеї національної та громадянської ідентичності та ін.), індивідуалізм/колективізм, домінуючі тенденції щодо приписування причин зовнішнім подіям чи внутрішнім факторам (локус контролю), ставлення до часу і можливостей керування ним, тенденції до оптимізму, песимізму чи реалізму в поглядах на майбутнє.

7. *Фізичне оточення*. Важливо врахувати зручність розташування місця проведення зустрічей, наявність транспортного сполучення для комфортного пересування; внутрішнє та зовнішнє оформлення місця проведення зустрічей, що включає безбар'єрний доступ до будівлі, дизайн екстер'єру та інтер'єру (у т.ч. зони очікування), фактори комфорту кімнати для зустрічей (освітлення, кондиціонування, шумоізоляція). Крім того, важливо врахувати загальне ставлення в культурі до психіатричних лікарень, щоб не сформувати або не посилити стигматизацію клієнтів. Слід визначити найкращі інституції для впровадження протоколу (центр психічного здоров'я, індивідуальний кабінет практичного психолога, кабінет при громадському центрі та ін.); визначити можливість впровадження протоколу в онлайн-форматі.

8. *Компоненти практики* включають час проведення та планування зустрічей, форму оплати послуг, вимоги до кваліфікації особи, яка надає психологічні послуги за протоколом, спеціальне навчання та матеріали для інтервенцій. Слід визначити можливості використання протоколу для індивідуальної, парної, сімейної чи групової форми роботи, залучення інших членів родини в індивідуальній формі роботи; розширення сфери застосування протоколів для завдань профілактики чи просвіти.

Вказані чинники можуть мати вплив на етапі розробки адаптованої українськомовної версії психотерапевтичного протоколу, після його впровадження в пілотажному дослідженні, а також на етапі навчання фахівців доказової практики.

Серед запропонованого вище переліку можна виділити універсальні чинники (див. рис. 1). Вони були виділені експертною групою як такі, що мають суттєвий вплив на впровадження більшості доказових психологічних практик.

Крім того, існують специфічні **варіативні чинники**, які важливо враховувати під час здійснення тих чи інших втручань у конкретній віковій, професійній або клінічній групі. Наприклад, під час адаптації протоколу КПТ-терапії тривожності у членів родин військовослужбовців такими чинниками виступали: специфіка отримувачів послуг, міра стигматизованості, вплив проблеми на сексуальне життя, релігія та духовність (чинники відбиралися шляхом їх оцінювання експертами за двома параметрами: важливістю врахування та етапом врахування).

У кожному випадку приймається окреме рішення про чинники, які впливають на адаптацію протоколу. Воно залежить від проблематики та спрямованості втручання, використаного терапевтичного підходу, шляху надання послуг (очні або онлайн-сесії), категорії клієнтів/пацієнтів тощо. Для створення такого переліку проводиться опитування експертної групи. Експертам надається для оцінки повний перелік чинників та оригінал доказової практики, вони мають оцінити кожен пункт стосовно його важливості у конкретному протоколі (варіанти відповідей: чинник має значний вплив, чинник має незначний вплив; чинник практично не має впливу). На основі суми оцінок, виставлених експертами, виділяються провідні чинники,

що впливають на реалізацію конкретної доказової практики або терапевтичної модальності.

### **Залучення фокус-груп**

Необхідність залучення фокус-груп для адаптації протоколів психологічних втручань зумовлена потребою врахування думки цільової аудиторії, для якої розробляється доказова практика. Доцільно залучати до обговорення дві групи учасників: а) потенційних клієнтів/пацієнтів, зацікавлених в отриманні послуги та б) психологів, які працюють з такою проблематикою та здійснюють психотерапевтичні втручання.

Робота з групою потенційних клієнтів спрямована на вирішення трьох груп завдань. Насамперед це вивчення досвіду отримання психологічної допомоги та труднощів, які його супроводжували: специфіки отриманих послуг, їх доступності, ефективності тощо. Крім того, у клієнтській фокус-групі доцільно обговорити чинники, які впливають на реалізацію конкретного психотерапевтичного втручання (вони були описані вище). Перелік універсальних та специфічних чинників уточнюється заздалегідь і обговорюється в ході зустрічі. Третім завданням фокус-групи є обговорення складників психологічної допомоги, важливих для потенційних клієнтів: очікувань від взаємодії з психологом, найбільш актуальних вимог та запитів з фокусом на проблематику, з якою працює конкретна доказова практика, тощо. Це дозволяє досліднику отримати цінну інформацію про психологічну проблему, потребу в допомозі та можливі



**Рис. 1. Соціокультурні чинники адаптації українськомовних доказових практик психотерапії**



шляхи її надання, причому ця інформація надається живою та зрозумілою клієнту мовою.

Робота у професійній фокус-групі (психологи-консультанти, психотерапевти, працівники соціальних служб та інші надавачі психологічних послуг населенню) спрямована на обговорення різних аспектів досвіду роботи з цільовою аудиторією, труднощів, які у ній виникають, суб'єктивних та об'єктивних критеріїв ефективності психотерапевтичного втручання. Після цього обговорюються соціальні, біологічні та психологічні чинники, що впливають на реалізацію доказової практики психотерапії, необхідність та можливість їх врахування (табл. 2). Це дозволяє уточнити соціокультурну специфіку, яка закладається в основу роботи з адаптації протоколу, а також перевірити модифікації ЕВР, запропоновані експертами на попередньому етапі адаптації.

Після складання та вичитки адаптованої версії протоколу відбувається його презентація у профільних організаціях та професійних спільнотах, які займаються вказаною проблематикою в модальності

конкретної доказової практики. Мета такої презентації – не тільки ознайомити зацікавлених фахівців із можливостями психотерапевтичного втручання, але й отримати зворотний зв'язок. Поставлені питання, пропозиції, критичні зауваження є цінним матеріалом для вдосконалення представлені українськомовної доказової практики та форми її подачі.

Слід відзначити, що більшість фахівців, які розробляли керівництва з адаптації доказових практик терапії, підкреслювали важливість залучення до цього процесу громадськості: цільової аудиторії втручання, професійної спільноти, провайдерів психологічних послуг та інших зацікавлених сторін [6; 7; 9]. На думку Дж. Семюелс та колег, робота з громадськістю є головною відмінністю культурної адаптації ЕВР від інших типів модифікацій. Наполегливо рекомендується залучати представників локального експертного середовища якомога раніше, на ранніх стадіях адаптації, починаючи з розуміння певної клінічної потреби та вибору терапевтичної практики, і надалі підтримувати з ними зв'язок у процесі внесення змін та

Таблиця 2

**Структура фокусованого групового інтерв'ю під час адаптації ЕВР**

<b>Блок інтерв'ю</b>	<b>Фокус-група психологів/ психотерапевтів</b>	<b>Фокус-група потенційних клієнтів/ цільової групи</b>
Вступ та інструкція	Пояснення мети і завдань дослідження. Мотивація учасників до спільної роботи і взаємодії.	
Блок 1. Досвід роботи з психологічною проблемою	Досвід надання допомоги Оцінити професійний досвід роботи із цільовою аудиторією, визначити поширені труднощі. Зрозуміти, як підтримка психологічного здоров'я клієнтів допомагає їм у подоланні кризових ситуацій.	Досвід отримання допомоги Оцінити досвід отримання психологічної допомоги, визначити основні труднощі у роботі та її ефективність. Зрозуміти, як підтримка психологічного здоров'я допомагає у кризових ситуаціях.
Блок 2. Фактори, що лежать в основі адаптації ЕВР	Розгляд та обговорення конкретних факторів, що враховуються для адаптації доказових практик та суттєво впливають на особливості використання терапевтичної модальності (методи, техніки, практики): – біологічні фактори (вік, стать, стан здоров'я, залежності тощо); – психологічні фактори (ставлення до психічного здоров'я, локус контролю, наявні стереотипи тощо); – соціальні фактори (стигматизація, умови життя, доступність психологічних послуг, соціально-економічний статус і т. ін.).	
Блок 3. Прикладні аспекти впровадження ЕВР	Особливості діяльності та ставлення до використання ЕВР Проаналізувати наявні підходи та практики у роботі з певною проблемою, визначити їхню актуальність та ефективність. Запропонувати зміни, що покращать психотерапевтичну підтримку певної категорії клієнтів.	Бажані складники психологічної допомоги Розкрити розуміння потенційними клієнтами бажаних для них складників та очікуваних результатів роботи з психологом/ психотерапевтом
Блок 4: Завершення	Додаткові зауваження і коментарі учасників. Завершення обговорення та зустрічі.	

впровадження протоколів. Це потребує часу, терпіння та поваги. Робоча група, яка здійснює адаптацію ЕВР, має визнавати та цінувати досвід членів спільноти, демонструвати бажання співпрацювати і вчитися у них, шанобливо вислуховуючи думку представників професійної громади стосовно ЕВР та її модифікацій. Така співпраця є особливо корисною, коли залучені члени спільноти зацікавлені в тому, щоб бути частиною процесу адаптації, є лідерами думок, обіймають відповідальні посади в організаціях, або ж мають спеціальні знання, важливі для роботи [1]. Учасники таких обговорень, своєю чергою, зацікавлені в поширенні знань про нагальні потреби, проблеми, цінності та світогляд спільноти, яку представляють.

### **Перевірка ефективності адаптованої практики**

Фінальним етапом розробки протоколу психологічного втручання є апробація в процесі безпосередньої роботи з клієнтами/пацієнтами. Це передбачає попереднє навчання фахівців роботи з протоколом та наступну апробацію практики. На етапі пілотажного дослідження досить проаналізувати 10 кейсів, при цьому проводиться опитування клієнта та терапевта після кожної сесії за допомогою спеціально розроблених анкет. Інформація, отримана у процесі пілотажу, дозволяє

внести фінальні корективи, доповнення та уточнення в адаптовану версію ЕВР.

На етапі клінічних досліджень застосовується класична експериментальна методологія, яка дозволяє оцінити ефективність і безпеку психологічного втручання, мінімізуючи можливий вплив сторонніх факторів (рандомізовані контрольовані дослідження або single-subject research). Накопичення емпіричних даних з часом дозволить проводити метааналізи.

**Висновки.** Запропонований алгоритм адаптації доказових практик психотерапії є важливим інструментом для впровадження сучасних методів психологічної допомоги в умовах кризових змін українського суспільства. У наступних публікаціях будуть конкретизовані та детально описані окремі приклади адаптації ЕВР, роз'яснено процес перевірки ефективності адаптованого психотерапевтичного втручання в пілотажних дослідженнях.

У разі необхідності додаткових роз'яснень щодо надання матеріалів, а також із пропозиціями співробітництва запрошуємо звертатися до БО БФ «Бережи себе», що виступає ініціатором та донором програми адаптації інструментів для психодіагностики та надання психологічної допомоги українцям у період повномасштабного вторгнення. Контакти для звернення: info@ptsd.team

### **ЛІТЕРАТУРА:**

1. Samuels J., Schudrich W., Altschul D. Toolkit for modifying evidence-based practice to increase cultural competence. Orangeburg, NY : Research Foundation for Mental Health. 2009. 55 p. URL: <https://www.montclair.edu/profilepages/media/8019/user/toolkit.pdf>.
2. Sundell K., Beelmann A., Hasson H., von Thiele Schwarz U. Novel Programs, International Adoptions, or Contextual Adaptations? Meta-Analytical Results From German and Swedish Intervention Research. *Journal of clinical child and adolescent psychology*. 2016. Vol. 45(6). P. 784–796. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1020540>.
3. Bernal G., Jiménez-Chafey M.I., Domenech Rodríguez M.M. Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2009. Vol. 40(4). P. 361–368. <https://doi.org/10.1037/a0016401>.
4. Resnicow K., Baranowski T., Ahluwalia J.S., Braithwaite R.L. Cultural sensitivity in public health: defined and demystified. *Ethnicity & disease*. 1999. Vol. 9(1). P. 10–21. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10355471>.
5. Bernal G., Bonilla J., Bellido C. Ecological validity and cultural sensitivity for outcome research: issues for the cultural adaptation and development of psychosocial treatments with Hispanics. *Journal of abnormal child psychology*. 1995. Vol. 23(1). P. 67–82. <https://doi.org/10.1007/BF01447045>.
6. Perera C., Salamanca-Sanabria A., Caballero-Bernal J., Feldman L., Hansen M., Bird M., Hansen P., Dinesen C., Wiedemann N., Vallières F. No implementation without cultural adaptation:

a process for culturally adapting low-intensity psychological interventions in humanitarian settings. *Conflict and Health*. 2020. Vol. 14, Article No. 46. <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00290-0>.

7. Moore G., Campbell M., Copeland L., Craig P., Movsisyan A. et al. Adapting interventions to new contexts – the ADAPT guidance. *BMJ (Clinical research ed.)*. 2021. No. 374, n1679. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1679>.

8. Griner D., Smith T.B. Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2006. Vol. 43(4). P. 531–548. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.4.531>.

9. Mishu M.P., Tindall L., Kerrigan P., Gega L. Cross-culturally adapted psychological interventions for the treatment of depression and/or anxiety among young people: A scoping review. *PLOS ONE*. 2023. Vol. 18(10), e0290653. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290653>.

#### REFERENCES:

1. Samuels, J., Schudrich, W., & Altschul, D. (2009). Toolkit for modifying evidence-based practice to increase cultural competence. Orangeburg, NY: Research Foundation for Mental Health. Retrieved from: <https://www.montclair.edu/profilepages/media/8019/user/toolkit.pdf> [in English].

2. Sundell, K., Beelmann, A., Hasson, H., & von Thiele Schwarz, U. (2016). Novel Programs, International Adoptions, or Contextual Adaptations? Meta-Analytical Results From German and Swedish Intervention Research. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 45(6), 784–796. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1020540> [in English].

3. Bernal, G., Jiménez-Chafey, M.I., & Domenech Rodríguez, M.M. (2009). Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), 361–368. <https://doi.org/10.1037/a0016401> [in English].

4. Resnicow, K., Baranowski, T., Ahluwalia, J.S., & Braithwaite, R.L. (1999). Cultural sensitivity in public health: defined and demystified. *Ethnicity & disease*, 9(1), 10–21. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10355471> [in English].

5. Bernal, G., Bonilla, J., & Bellido, C. (1995). Ecological validity and cultural sensitivity for outcome research: issues for the cultural adaptation and development of psychosocial treatments with Hispanics. *Journal of abnormal child psychology*, 23(1), 67–82. <https://doi.org/10.1007/BF01447045> [in English].

6. Perera, C., Salamanca-Sanabria, A., Caballero-Bernal, J., Feldman, L., Hansen, M., Bird, M., Hansen P., Dinesen, C., Wiedemann, N. & Vallières, F. (2020). No implementation without cultural adaptation: a process for culturally adapting low-intensity psychological interventions in humanitarian settings. *Conflict and Health*, 14, Article number 46. <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00290-0> [in English].

7. Moore, G., Campbell, M., Copeland, L., Craig, P., Movsisyan, A., Hoddinott, P., Littlecott, H., O’Cathain, A., Pfadenhauer, L., Rehfues, E., Segrott, J., Hawe, P., Kee, F., Couturiaux, D., Hallingberg, B., & Evans, R. (2021). Adapting interventions to new contexts – the ADAPT guidance. *BMJ (Clinical research ed.)*, 374, n1679. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1679> [in English].

8. Griner, D., & Smith, T.B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(4), 531–548. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.4.531> [in English].

9. Mishu, M.P., Tindall, L., Kerrigan, P., & Gega, L. (2023). Cross-culturally adapted psychological interventions for the treatment of depression and/or anxiety among young people: A scoping review. *PLOS ONE*, 18(10), e0290653. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290653> [in English].