

# فرهنگ و سلامت روانی

اثرات اجتماعی فرهنگی، نظریه و عمل

تألیف

سوزی اشان

ریگان آر. آ. گورانگ

ترجمه

دکتر ابراهیم مسعودنیا

دانشیار جامعه‌شناسی پزشکی

عضو هیأت علمی دانشگاه گیلان



# فهرست

- مقدمه مترجم..... ۵  
مقدمه نویسندگان..... ۱۱

## بخش ۱: موضوعات عمومی: درباره فرهنگ و سلامت روانی

- ۱: درآمدی به فرهنگ و آسیب‌شناسی روانی..... ۱۶  
سوزی اشان و ریگان آ. آر. گورانگ
- ۲: فرهنگ و ارزیابی سلامت روانی..... ۳۴  
بوئی آ. گرین
- ۳: استرس و سلامت روانی..... ۵۳  
ریگان آ. آر. گورانگ و آنگلا روتل - وندورف
- ۴: مدیریت استرس شغلی: تفاوت‌های میان‌فرهنگی در زمینه سازگاری..... ۷۵  
ژوزف بی. اشان و کیوین جی. کیلی
- ۵: درد مزمن: حساسیت فرهنگی نسبت به درد..... ۹۳  
جی هان چانگ
- ۶: بازگشت روح به روان‌شناسی: مذهب در فرآیند روان‌درمانی..... ۱۱۴  
پل ای. پریستر، شیوا خلیلی، و خوزه ای. لواتینگال
- ۷: روان‌درمانی در دنیای فرهنگی متنوع..... ۱۴۴  
لورا آر. جانسون، گیلبرت باستین و مایکل جی. هرشل
- ۸: چشم‌اندازهای بین‌المللی درباره فرهنگ و سلامت روانی..... ۱۸۳  
بی. اس. دی. وی. پرسادارا

## بخش ۲: موضوعات میان‌فرهنگی در زمینه اختلال‌های روانی خاص

- ۹: فرهنگ و اختلالات خلقی..... ۲۲۲  
سوزی اشان و توی کالدول - کالبرت
- ۱۰: فرهنگ و اختلالات اضطرابی..... ۲۴۰  
سیمون آ. ریگو

- ۱۱: عوامل فرهنگی استرس پس از سانحه..... ۲۶۹  
 پیتر دی. یومنز و ایوان ام. فورمن
- ۱۲: فرهنگ و اختلالات سایکوتیک..... ۲۹۸  
 کریستین ام. وسپیا
- ۱۳: فرهنگ و اختلالات خوردن..... ۳۳۳  
 مگان آ. مارکی هود؛ جیلون اس. فاندرا وال؛ و جودیت ال. گیننز
- ۱۴: فرهنگ و خودکشی..... ۳۵۹  
 دیوید لستر
- واژه‌نامه انگلیسی به فارسی..... ۳۸۹
- واژه‌نامه فارسی به انگلیسی..... ۳۹۵
- نمایه موضوعی..... ۴۰۲

## مقدمه مترجم

از زمانی که برای نخستین بار ایده «پزشکی به‌عنوان علمی اجتماعی» توسط رودلف ویرکو در سال ۱۸۴۸ مطرح شد و نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی در تولید، تعریف و درمان بیماری در قالب مفهوم «اپیدمی‌های غیرطبیعی» نشان داده شد، و از زمانی که امیل دورکیم (۱۸۹۷) در حدود یک‌صد سال پیش رابطه‌ی میان متغیرهای اجتماعی و خودکشی را در مطالعات خود نشان داد، کوشش‌های عمده‌ای برای نشان دادن تأثیر عوامل مختلف محیطی و فرهنگی در شکل‌گیری، تشخیص، و مداخله‌های درمانی در حوزه‌های مختلفی مانند انسان‌شناسی، جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، روان‌شناسی، پزشکی و روان‌پزشکی صورت گرفته است.

یکی از پیامدهای چنین کوشش‌هایی، توسعه مدل‌های نظری و مداخله‌ای مختلف درباره‌ی اختلالات روانی و ازجمله رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی (BPS) بوده است. این رویکردها در نقطه مقابل رویکردهای زیست‌پزشکی و فیزیولوژیک، بر خصلت چندبُعدی بودن اختلالات تأکید داشته و بر طیفی از عوامل خطر، از عوامل سطح خُرد، مانند عوامل زیستی و ژنتیک گرفته تا عوامل سطح میانه مانند عوامل روان‌شناختی و سرانجام عوامل سطح کلان، مانند عوامل فرهنگی و اجتماعی در تولید و گسترش بیماری‌ها و نیز مداخله‌ها برای پیشگیری، کنترل، و درمان بیماری‌ها تأکید دارند.

یکی از چالش‌های همیشگی که متخصصان حوزه سلامت روانی، به‌ویژه در زمینه اندازه‌گیری و تشخیص اختلالات روانی و در نتیجه درمان آن مواجه بودند این است که آیا ارزیابی و درمان اختلالات روانی در فرهنگ‌های مختلف در قالب رویکرد شاهدمحور و مدل زیست‌پزشکی غربی امکان‌پذیر است؟ برای مثال، آیا می‌توان از نظام‌های طبقه‌بندی اختلالات روانی، مانند راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM)، و نظام طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD) برای تشخیص، ارزیابی، طبقه‌بندی، و درمان اختلالات روانی در فرهنگ‌های متفاوت و یا جوامع چندفرهنگی بهره گرفت. پژوهش‌ها و فراتحلیل‌های انجام‌شده در سراسر دنیا، ناتوانی این مدل‌های طبقه‌بندی را که بر اساس ویژگی‌های فرهنگی کشورهای غربی شکل گرفته‌اند در تشخیص و مداخله‌های درمانی اختلالات روانی در فرهنگ‌های غیر غربی نشان داده‌اند. برای مثال، در یک مطالعه، کوکا، شانلی، پیترسون، و وان‌دنبرگ (۱۹۹۰)، با مقایسه عملکرد پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون (MCMI) در میان مردان آمریکایی آفریقایی‌تبار و مردان سفیدپوست که از نظر معیارهای تشخیص روان‌پزشکی هم‌سازی شده بودند دریافتند که ۴۵ ماده از ۱۷۵ ماده پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون، چیزهای یکسانی را در دو گروه مردان اندازه‌گیری نمی‌کرد. مردان آمریکایی آفریقایی‌تبار، در

مقایسه با شرکت‌کنندگان سفیدپوست، به احتمال بیشتری مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته و ضداجتماعی، هذیان‌های سایکوتیک، و اعتیاد به مواد تشخیص داده می‌شدند. همچنین، ویس، ویس، ساوانلرت، و چایاسیت (۲۰۰۶)، با بررسی کیفیت سیاهه رفتار کودک (CBCL) و توانایی آن در تشخیص صحیح سندروم‌های نوجوانان دریافتند که استفاده از سندروم‌های آمریکایی محور و ترجمه مقیاس‌ها به زبان تایلندی باعث می‌شود که مقیاس‌های مزبور، سندروم‌های مشاهده‌شده در میان نوجوانان تایلندی را به درستی ثبت نکنند.

ناکامی مدل‌های ارزیابی و درمان برآمده از فرهنگ غربی باعث گردید که یک پارادایم جدید با عنوان «پارادایم امیک» که مبتنی بر مدل‌های تک‌سبب‌بین و زیست‌پزشکی بوده در مقابل «پارادایم اتیک» شکل بگیرد. درحالی‌که رویکرد اتیک ادعا می‌کند که فرهنگ هیچ تأثیری بر سازه‌های سلامت روانی ندارد و بر این باور است که یک حقیقت مطلق وجود دارد که به لحاظ فرهنگی بی‌طرف است، در هر فرهنگی دیده می‌شود، و متأثر از رسوم یا هنجارهای محلی نیست، رویکرد امیک تأکید می‌کند که هر چیزی با توجه به فرهنگی که در آن مورد مطالعه قرار می‌گیرد، نسبی است. به بیان دیگر، فلسفه امیک شیوه‌ای برای بررسی تجربیات فرهنگی است که برای اعضای فرهنگ تحت مطالعه، معنادار و مناسب به نظر می‌رسد. اعتباریابی این اطلاعات، بر مبنای توافق در چارچوب فرهنگ صورت می‌پذیرد. دلالت رویکرد امیک در زمینه سلامت روانی این است که علائمی که در هر فرهنگ به‌عنوان علائم اختلال روانی تشخیص داده می‌شود ممکن است متفاوت از فرهنگ‌های دیگر بوده و در نتیجه، لازم است ارزیابی و تشخیص علائم و مداخله و درمان آن علائم نیز متفاوت باشد.

دست‌آورد ارزیابی و تلقی سلامت یا بیماری روانی به‌عنوان پدیده‌های فرهنگی باعث گردید تا محققان سندروم‌هایی را در فرهنگ‌های مختلف جهان کشف نمایند که نام آن‌ها را «سندروم‌های وابسته به فرهنگ» گذاشته‌اند. این سندروم‌ها علائمی هستند که فقط در برخی از فرهنگ‌ها پیدا می‌شوند. برخی از این سندروم‌ها عبارت‌اند از: سندروم شنجینگ‌شار در چین؛ سندروم ها- پیا در کره؛ سندروم تایجین کیوفوشو در ژاپن؛ سندروم سزیسمان در هائیتی؛ سندروم حمله اعصاب در برخی از فرهنگ‌های اسپانیولی‌زبان؛ سندروم کیول‌گوه در بین خمرهای سرخ در کامبوج؛ سندروم کورو و پا-لنگ/پا-فنگ در چین و سندروم‌های دیگری که در فصول مختلف این کتاب ذکر شده‌اند. بنابراین، تأثیر فرهنگ بر شکل‌گیری، بیان، و درمان اختلالات روانی در فرهنگ‌های مختلف باعث گردید که در نسخه چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) مقوله جدیدی از اختلالات روانی با عنوان «سندروم‌های وابسته به فرهنگ» به این نظام طبقه‌بندی اضافه شود.

نتیجه دیگر تفکر امیک در ارزیابی، تشخیص، و درمان اختلالات روانی، شکل‌گیری نظام‌های طبقه‌بندی اختلالات روانی متناسب با فرهنگ در برخی از کشورها بود. برای مثال، یکی از نمونه‌های بارز در این زمینه، طبقه‌بندی چینی اختلالات روانی است که جدیدترین ویرایش آن، یعنی ویرایش

سوم، در سال ۲۰۰۱ توسط انجمن روان‌پزشکی چین به چاپ رسیده است. طبقه‌بندی چینی دربارهٔ اختلالات روانی، از نظر طبقه‌بندی، مشابه طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD)، و راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) است با این تفاوت که برخی علائم و شرایطی که خاص فرهنگ چینی هستند، برای مثال در مورد شنجینگ‌شار، مورد تأکید قرار گرفته‌اند. به‌رحال فلسفه شکل‌گیری چنین نظام‌های طبقه‌بندی این ایده است که همان‌گونه که مردم فرهنگ‌های مختلف در سراسر جهان از چارچوب‌ها و معیارهای متفاوتی برای تشخیص امور بهنجار از امور نابهنجار برخوردارند پس قطعاً معیارهای نشانه‌شناسی متفاوتی برای تفکیک علائم روانی بهنجار از نابهنجار نیز دارند.

دست‌آورد دیگر چشم‌انداز امیک، گرایش مطالعات مرتبط به سلامت روانی به رویکرد چندفرهنگ‌گرایی است. رویکرد چندفرهنگ‌گرایی عبارت از باوری است که بر مبنای آن، برای فهم سلامت روانی لازم است هم تأثیر مؤلفه‌های جهانی یا اتیک، و هم تأثیر فرهنگ یا امیک، بر سلامت روانی در نظر گرفته شود. استدلال می‌شود که در دنیای مابعد مدرن همراه با مهاجرت و اقامت‌گزینی مجدد، اتخاذ رویکرد چندفرهنگی برای پرداختن و فهم علائم روانی از اهمیت فزاینده‌ای برخوردار است. اکنون این رویکرد، در بسیاری از علوم مرتبط با سلامت روانی، از جمله جامعه‌شناسی اختلالات روانی، روان‌شناسی، روان‌پزشکی، انسان‌شناسی سلامت و نظایر آن‌ها برای مطالعه سلامت و بیماری‌های روانی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

و سرانجام، یکی دیگر از اثرات اتخاذ و گسترش علاقه به رویکرد امیک و چندفرهنگ‌گرایی در حوزه سلامت روانی، گرایش برخی از نظام‌های مراقبت سلامت روانی به تغییر برجسب‌های برخی از اختلالات روانی مندرج در نظام‌های طبقه‌بندی بیماری‌های روانی مانند راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا است. این تمایل به تغییر نام اختلالات روانی تا حد زیادی به این واقعیت مربوط می‌شود که فرهنگ‌های مختلف، از الگوهای زبانی و نظام واژگانی متفاوتی برای بیان یا ابراز علائم تجربه‌شده بهره می‌گیرند. می‌دانیم که تجزیه یک بخش از زبان و فرهنگ کاری بسیار دشوار است. فرهنگ‌های مختلف، درک متفاوتی از زبان دارند، و این امر بر چگونگی ارزیابی و فهم یک مقیاس در زبان‌هایی غیر از زبانی که مقیاس‌های ارزیابی در آن ساخته شده‌اند تأثیر می‌گذارد. برای مثال، مطالعات نشان می‌دهند که ایتالیایی‌ها برای توصیف دیگران، بیشتر از صفات استفاده می‌کنند تا افعال، در حالی که در مورد ژاپنی‌ها، این موضوع برعکس است. این الگوی زبانی در گویندگان استرالیایی و آمریکایی که از صفات برای توصیف افراد استفاده می‌کنند نیز دیده شده است در حالی که کره‌ای‌ها بیشتر از افعال استفاده می‌کنند.

این مشکلات باعث گردید تا بسیاری از کشورها از برجسب‌هایی غیر از برجسب‌های نظام‌های طبقه‌بندی متعارف جهان برای توصیف علائم اختلالات روانی استفاده کنند. برای مثال، در بسیاری از کشورهای آسیایی از جمله ژاپن، نظام‌های زبانی از ویژگی‌های نشانه‌ای چینی بهره می‌گیرند. در این نظام زبانی، ریشه‌های لغوی یونانی واژه «اسکیزوفرنی» (برای مثال، ذهن دوپاره) مستقیماً نمایش داده

می‌شوند و این امر باعث می‌گردد که در ژاپن این اختلال با عنوان «بیماری ذهن دوپاره» شناخته شود. برخی از نویسندگان بر این باورند که بیان مستقیم اختلال با علائم اندیشه‌نگارانه ممکن است بدنامی اسکیزوفرنی را افزایش داده و حتی ممکن است احساس عدم تمایل به صحبت دربارهٔ این تشخیص با بیماران و خانواده‌ها را در روان‌پزشکان ژاپنی ایجاد کند. به‌هرحال، این مشکلات باعث شد تا انجمن روان‌پزشکی و نورولوژی ژاپن در سال ۲۰۰۲ به‌طور رسمی عنوان اختلال اسکیزوفرنی را به اختلال «توگو شیتجو شو» یا «اختلال یکپارچگی» تغییر دهد. نکته جالب این‌که محققان دریافته‌اند که تنها با گذشت ۷ ماه پس از تغییر نام اسکیزوفرنی به اختلال «توگو شیتجو شو»، این برچسب جدید در ۷۸ درصد موارد استفاده‌شده و درصد بیمارانی که از تشخیص خود باخبر شدند از ۳۶/۷ درصد به ۶۹/۷ درصد بین سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۴ افزایش یافت.

کتاب حاضر، نخستین کتابی است که در ایران در حوزه روابط متقابل فرهنگ و اختلالات روانی به چاپ می‌رسد. در این کتاب که فصول آن توسط برجسته‌ترین اندیشمندان حوزه سلامت روانی در ایالات متحده نگاشته شده است از زوایای مختلفی به تعامل فرهنگ و علائم روانی همراه با ارائه مثال‌های جذاب پرداخته است. این کتاب به متخصصان حوزه سلامت روانی کمک می‌کند تا نقش فرهنگ در شکل‌گیری، ارزیابی، تشخیص، و درمان اختلالات روانی را دریابند. رویکرد این کتاب در بررسی و ارزیابی اختلالات روانی، رویکرد چندفرهنگ‌گرایی و زیستی-روانی - اجتماعی بوده و ضمن تأکید بر نسبی بودن ماهیت اختلالات روانی، با بهره‌گیری از دیدگاه امیک به بررسی اختلالات روانی در درون و بین فرهنگ‌ها می‌پردازد. در فصول مختلف این کتاب، شواهد پژوهشی بی‌شماری ارائه می‌شود تا نشان دهد که ارزیابی، تشخیص، و درمان اختلالات روانی با تأکید صرف بر پارادایم‌های اتیک و رویکردهای شاهدمحور غربی امکان‌پذیر نیست. برای تأیید این امر، از مفهومی در ارتباط با دلالت‌ها، معانی، شیوه بیان، و مواجهه به اختلالات روانی صحبت می‌کند که به «سندروم‌های وابسته به فرهنگ» معروف است. در فصول مختلف این کتاب، سندروم‌های وابسته به فرهنگ بی‌شماری از فرهنگ‌های شرقی (مانند چین، ژاپن، هند، خاورمیانه)، فرهنگ‌های اسپانیولی‌زبان، فرهنگ‌های بومیان در آمریکای شمالی و مرکزی و شرق آسیا ارائه شده است که به بهترین نحوی نشان‌دهنده برخورد متفاوت این فرهنگ‌ها در تعریف، ارزیابی، تشخیص، و شیوه‌های مقابله با علائم اختلال روانی است.

کتاب حاضر راهنمایی مناسب برای متخصصانی است که به شیوه‌های مختلف با اختلالات روانی سروکار دارند. برای مثال، این کتاب به روان‌پزشکان و روان‌شناسان بالینی کمک می‌کند تا از نظام‌های طبقه‌بندی و تشخیصی اختلالات روانی که در سراسر جهان مورد استفاده قرار می‌گیرند، مانند راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا) نه به‌عنوان یک نظام مطلق بلکه تنها به‌عنوان یکی از نظام‌های طبقه‌بندی استفاده نمایند. به‌بیان‌دیگر، این کتاب به روان‌پزشکان یادآور می‌شود که در ارزیابی، تشخیص، و درمان اختلالات روانی، ویژگی‌های فرهنگی منطقه تحت مطالعه را مدنظر قرار دهند زیرا نظام‌های طبقه‌بندی و تشخیصی اختلالات روانی، نوعی زبان هستند. لذا

از آنجا که واژگان بکار رفته در این نظام‌ها، دلالت‌های معناشناختی و نشانه‌شناختی متفاوتی دارند بنابراین، درک و فهم افراد فرهنگ‌های غیرغربی از این نظام نشانه‌شناختی به‌گونه‌ای متفاوت از فرهنگ‌های غربی صورت گرفته و این امر منجر به پدیده‌هایی مانند تشخیص نادرست، بیش‌تشخیصی، و عدم موفقیت درمان می‌شود.

استفاده از این کتاب برای متخصصان و پژوهشگران حوزه‌های دیگر، مانند جامعه‌شناسی و انسان‌شناسی سلامت روانی نیز توصیه می‌شود. از آنجا که این محققان به دنبال یافتن پایه‌های فرهنگی و اجتماعی تولید اختلالات روانی هستند، کتاب حاضر می‌تواند بینش‌ها و ایده‌های مناسبی برای یافتن بنیادهای اجتماعی فرهنگی سلامت و اختلالات روانی به آن‌ها ارائه نماید. بحث درباره‌ی رویکردهای اتیک و امیک، معرفی ایده‌سندروم‌های وابسته به فرهنگ، ارائه مثال‌های متنوع درباره‌ی سندروم‌های وابسته فرهنگ در فرهنگ‌های غیر غربی، رویکرد چندفرهنگی و میان‌فرهنگی برای ارزیابی و مطالعه سلامت و اختلالات فرهنگی در این کتاب همگی نشانگر تلاش برای فهم بنیادهای فرهنگی و اجتماعی آن‌ها است که محققان جامعه‌شناسی و انسان‌شناسی به دنبال آن هستند.

و سرانجام، مطالعه این کتاب به سیاست‌گذاران سلامت روانی در کشور نیز پیشنهاد می‌گردد. اگر سلامت یا بیماری روانی را پدیده‌ای فرهنگی تلقی کنیم، لازم است تدوین طرح‌ها و سیاست‌های مختلف برای ارتقای سلامت روانی و پیشگیری و درمان اختلالات روانی با توجه به چارچوب‌های فرهنگی و نظام باورها و ارزش‌های فرهنگی و اجتماعی هر کشور صورت پذیرد. بنابراین، شگفت‌انگیز نیست که بهره‌گیری از نظام‌ها و مدل‌های ارزیابی، تشخیصی، و درمانی شاهدمحور غربی بدون توجه به ویژگی‌های فرهنگی جامعه‌ای که قرار است طرح‌ها و سیاست‌های مراقبت سلامت روانی برای آن تدوین شود منجر به شکست گردد. لذا، خواندن این کتاب می‌تواند بینش‌های خوبی به سیاست‌گذاران سلامت روانی کشور در تدوین طرح‌ها و مدل‌های مداخله‌ای برای ارتقای سلامت روانی بدهد.

در ترجمه این کتاب کوشش شده تا درباره‌ی واژگان و اصطلاحات پیچیده توضیحات مناسبی در پاورقی ذکر شود. برای مثال، تمامی سندروم‌های وابسته به فرهنگ، نظام علائم اختلالات روانی در فرهنگ‌های بومی، فرهنگ‌های سنتی و بومی، و اسامی قبایلی که در فصول مختلف این کتاب آورده شده است توسط مترجم در پاورقی توضیح داده شده است.

به‌هرحال، به‌مانند هر اثر و ترجمه دیگر، ترجمه کتاب حاضر خالی از اشکال نخواهد بود. لذا از خوانندگان محترم استدعا می‌شود که اشتباهات احتمالی در ترجمه را به مترجم یادآور شده و به بهبود اثر کمک نمایند.

**ابراهیم مسعودنیا**

دانشیار جامعه‌شناسی پزشکی

دانشگاه گیلان

اردیبهشت ۱۴۰۰



## مقدمه نویسندگان

شما این کتاب را یا به خاطر علاقه شخصی به موضوع آن انتخاب کردید و یا استاد شما آن را برای یک دوره خاص در نظر گرفته است. به هر حال به هر دلیلی که این کتاب را انتخاب کرده باشید، این احتمال وجود دارد که پرسش‌های بنیادی اما مهمی داشته باشید از جمله «فرهنگ چیست؟» و یا «آیا فرهنگ واقعاً بر ادراک ما از سلامت روانی اثر می‌گذارد؟» یا «آیا نقش فرهنگ در زمینه سلامتی صرفاً یک حرکت سیاسی درست است؟» کتاب حاضر به این پرسش‌ها می‌پردازد، اما در عین حال فراتر از این پرسش‌ها رفته و نگاهی انتقادی به پژوهش‌های مربوط به برخی از اختلالات و شرایط روانی شایع مانند افسردگی، اضطراب، خودکشی و اختلالات استرس پس از سانحه دارد. فرهنگ چیست؟ پیش از آن‌که تعاریف مختلف درباره فرهنگ را ارائه کنیم به سناریو زیر توجه کنید:

خانم B پسر ۱۴ ساله خود را از دست داد. پسر وی یک ورزشکار سالم بود و به‌طور غیرمنتظره بدون هیچ دلیل روشنی مانند بیماری یا سانحه رانندگی درگذشت. او بسیار آشفته بود، دائماً گریه می‌کرد، احساس درماندگی می‌کرد و نسبت به ناامنی‌های آینده هراسان بود. در مراسم خاک‌سپاری، پیدا بود که درد وی غیرقابل تحمل است. در حالی که وی این تجربه غیرقابل توصیف را تحمل می‌کرد، همسر، خانواده، بستگان نزدیک و نیز دوستان و همسایگان وی در کنارش بودند و به بهترین وجهی به وی حمایت و تسلی خاطر می‌دادند. همان‌طور که وی از آرامگاه برمی‌گشت، یعنی جایی که وی با حتمیت و واقعیت جدایی از پسرش مواجه می‌شد، ناگهان اشک در چشمانش حلقه زد و به‌طور جنون‌آمیزی شیون می‌کشید و گریه و زاری می‌کرد. درست وقتی که شیون می‌کشید، یکی از خویشاوندان سالخورده (اندکی جوان‌تر) وی جلو آمد و زیر بازوهایش را گرفت تا به خانم B دلداری بدهد اما وی با تُن صدای قوی به شیون کردن ادامه داد ... «برگشتن به منزل با شیون کشیدن و گریه و زاری کردن تابو است ... شما نباید اجازه بدهید تا سایر فرزندان شما را در این حالت ببینند ... تمام گریه‌هایتان باید در اینجا یعنی آرامگاه به پایان برسد ... شما باید همین حالا گریه‌تان را متوقف کنید.» بعد از چند دقیقه خانم B با اکراه چنین زمزمه کرد «باشد» و شیون کشیدن را متوقف نمود اگرچه وی گریه کردن در سکوت را ادامه می‌دهد.

واکنش شما بعد از خواندن این داستان چیست؟ احتمالاً پرسش‌هایی در ذهن شما خطور می‌کند از جمله این‌که تابو چیست و چه کسی تصمیم می‌گیرد که تابو را وضع کند و یا خویشاوند سالخورده کیست و چه حقی دارد که به خانم B چیزی بگوید؟ افزون بر این، از نقطه نظر سلامت روانی ممکن است فکر کنید که بازداشتن خانم B از ابراز احساسات و درد وی پس از خاک‌سپاری از سوی

خویشاوند سالخورده کار درستی نیست. به هر حال، مجموعه گسترده‌ای از آثار وجود دارند که نشان می‌دهند که ابراز چنین هیجان‌هایی در محیطی امن بهتر است. آیا خانم B احتمالاً به یک اختلال روانی، شاید افسردگی، اضطراب، اختلال در سازگاری و یا اختلال استرس حاد دچار می‌شود؟ همه این پرسش‌ها و نگرانی‌ها حائز اهمیت هستند. پرسش و تمرکز اصلی این کتاب این است که آیا اگر خانم B تبار لاتینی، آفریقایی، یا اروپای شرقی داشت وضعیت او متفاوت می‌بود؟

اکثر مطالعات اپیدمیولوژیک، بالینی یا مطالعات دیگر، «تأثیر متوسط اما نه نامحدود عوامل فرهنگی» بر سلامت روانی را نشان می‌دهند (دراگونز، ۱۹۹۷). این نشان می‌دهد که ارزیابی و تشخیص‌های درست اختلالات روانی در درون گروه‌های فرهنگی برای درمان و مداخله مؤثر و مناسب از اهمیت زیادی برخوردار است (آریندل، ۲۰۰۳). با این حال، با وجود کوشش‌ها در حوزه روان‌شناسی مشاوره یا بالینی برای گنجاندن یا تأکید بر عوامل مؤثر فرهنگی در برنامه‌های آموزشی سنتی، ما هنوز خود را در عمق و گستره متغیرهای مادی محدود کرده‌ایم. آریندل (۲۰۰۳) با بررسی مقالات چاپ‌شده در برخی از مجله‌های معتبر طی یک دوره دو ساله، عرضه ناچیز مقاله‌ها و مطالعات مربوط به جهان غیرغربی را نشان داد. این موضوع بسیار جالب است زیرا اگرچه بیشتر داده‌های حاصل از نظریه‌ها و مفاهیم روان‌شناختی از نمونه‌هایی از کشورهای صنعتی غرب گرفته شده‌اند، برآورد می‌شود که حدود ۷۰ درصد از جمعیت جهان در کشورهای غیرغربی زندگی می‌کنند (تریاندیس، ۱۹۹۶).

اهداف آموزشی اصلی این کتاب این است که چگونه می‌توان حوزه‌های سلامت روانی را از چشم‌اندازهای فرهنگی متفاوت مطالعه کرد. ما موضوعات و مسائل عمده در حوزه سلامت روانی را با تمرکز بر فرهنگ ارائه می‌کنیم. کتاب حاضر به‌ویژه برای کمک به خواننده برای فهم موضوعات زیر طراحی شده است که: (الف) میزانی که سلامت روانی وابسته به فرهنگ است؛ (ب) معنای فرهنگ؛ و (پ) عناصر سلامت روانی (تشخیص، گزارش، شیوع و درمان علائم) در تمام فرهنگ‌ها چه در ایالات متحده و چه در سراسر جهان متفاوت هستند.

علاقه به سلامت روانی و مراقبت سلامتی به‌طور کلی به‌صورت تصاعدی افزایش پیدا کرده است. امروزه نزدیک به ۱۰۰۰ تا از حدود ۱۵۰۰ دانشگاه چهارساله در آمریکا، برنامه‌های کارشناسی (لیسانس) در زمینه مشاوره و حرفه‌های مرتبط با سلامتی را ارائه می‌کنند و هر بخش روان‌شناسی دست‌کم یک دوره درباره سلامت روانی یا مشاوره برگزار می‌کند. اکثر دانشجویان رشته‌های روان‌شناسی (دومین رشته رایج در آمریکا) می‌خواهند روان‌شناس مشاوره بشوند. این علاقه‌مندی به این حوزه با رشد تعداد کتاب‌های نوشته‌شده در این حوزه هماهنگی دارد. هرچند این تنوع متون، مقدمه خوبی برای جنبه‌های نظری و کاربردی در این حوزه است اما تعداد کمی از این آثار تأثیر فرهنگ را مورد بررسی قرار دادند (ببینید کازاریان و اوانز، ۱۹۹۸، به‌عنوان یک نمونه قابل توجه هرچند تا حدودی قدیمی؛ و کاستیلو، ۱۹۹۷). مروری اجمالی بر کاتالوگ‌های دانشگاه‌ها نشان می‌دهند که در

حال حاضر دوره‌های مربوط به سلامت روانی و فرهنگ در حال افزایش است. این افزایش در دوره‌های مرتبط به «سلامت روانی چندفرهنگی» با حوزه‌هایی از فرهنگ (به‌ویژه جنسیت و جایگاه اجتماعی اقتصادی) همخوانی دارد که جزء «موضوعات داغ» در حوزه روان‌شناسی به شمار می‌روند. به همین ترتیب، حتی سرفصل دوره‌های روان‌شناسی مشاوره در سطح کارشناسی از اهمیت فزاینده موضوعات اجتماعی فرهنگی و فرهنگ در معنای گسترده‌تر حکایت دارد.

این کتاب درباره موضوعات فرهنگی در سلامت روانی یک نیاز رو به رشد را برآورده خواهد ساخت. کتاب حاضر به‌عنوان یک متن اصلی برای مقاطع بالاتر از سطح کارشناسی در دوره‌های روان‌شناسی مشاوره چندفرهنگی، انسان‌شناسی پزشکی، جامعه‌شناسی پزشکی، روان‌شناسی فرهنگی، مراقبت سلامت، یا دوره‌های فرهنگ‌محور در سایر دوره‌های روان‌شناسی در نظر گرفته شده است.

هدف کتاب حاضر بررسی موضوعات مرتبط به تأثیرات فرهنگی از دیدگاه درمان‌جو و درمانگر است. هر فصل از این کتاب بر موضوعاتی تأکید دارد که به مفهوم‌سازی، ادراک، رفتارهای کمک‌جویی، ارزیابی، تشخیص و درمان در شرایط گوناگونی فرهنگی مربوط می‌شوند. ما با یک فصل مقدماتی شروع می‌کنیم که درباره نقش فرهنگ در بیماری روانی بحث می‌کند و همچنین استفاده گسترده طبقه‌بندی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، جلد چهارم، نسخه تجدیدنظرشده از سندروم‌های وابسته به فرهنگ را برجسته می‌سازیم (فصل نخست، نوشته اشان و گورانگ). این فصل با مجموعه‌ای از فصول دیگر ادامه می‌یابد که موضوعات مربوط به تنوعی از مسائل سلامت روانی را مورد بحث قرار می‌دهد. فصل دوم (نوشته گرین) موضوعات مرتبط به پایایی، اعتبار و استانداردسازی ابزارهای ارزیابی روان‌شناختی که بیشتر در میان گروه‌های فرهنگی مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرند و فعالانه خوانندگان را به توجه به این موضوعات تشویق می‌کند را شامل می‌شود. فصل سوم (نوشته گورانگ و روتل) و فصل چهارم (نوشته اشان و کیلی) نقش استرس به‌طور کلی و استرس شغلی را به‌گونه‌ای که هر دو آن‌ها با فرهنگ ارتباط دارند مورد بحث قرار می‌دهد. فصل پنجم (نوشته چانگ) بر موضوع درد تمرکز دارد و موضوعات خاص فرهنگ در این زمینه را بررسی می‌کند. فصل ششم (نوشته پرپرستر، خلیلی و لوایتینگال) بحثی درباره نقش مذهب در سلامت روانی را ارائه می‌کند. در مرحله بعد ما به تصویر بزرگ‌تری نگاه می‌کنیم، یعنی تأکید بر روان‌درمانی در یک دنیای فرهنگی متنوع (فصل هفتم، نوشته جانسون، باستین و هرشل) و با چشم‌اندازی بین‌المللی در زمینه سلامت روانی (فصل هشتم، نوشته پرسادارا).

در یک نگاه کلی، ما بر اختلالات خاص تأکید کردیم. فصول مرتبط به اختلالات خلقی (فصل نهم، نوشته اشان و کالبرت)، اختلالات اضطرابی (فصل دهم، نوشته ریگو)، اختلال استرس پس از سانحه (فصل یازدهم، نوشته یومنز و فورمن) و اختلالات سایکوتیک (فصل دوازدهم، نوشته وسپیا) یک بررسی انتقادی درباره تفاوت‌ها یا تشابهات فرهنگی در زمینه علائم گزارش شده، با در نظر گرفتن احتمال تشخیص نادرست بیماری روانی در میان افرادی که به دلایل مختلف بر علائم خاص (برای

مثال علائم جسمانی) و کمتر بر علائم دیگر تأکید دارند ارائه می‌کنند. سرانجام، ما به فصول مرتبط به اختلالات خوردن (فصل سیزدهم، نوشته مارکی هود، گینز و فاندر وال) و خودکشی (فصل چهاردهم، نوشته لستر) می‌رسیم.

مادام که شما به پایان این کتاب برسید باید متوجه شده باشید که چقدر فرهنگ و تفاوت‌ها در میان گروه‌های فرهنگی از اهمیت برخوردار است. ما غالباً متونی را می‌بینیم که فرهنگ را به‌عنوان یک عامل کم‌اهمیت تلقی می‌کنند و آن را به یک پاراگراف در اینجا و آنجا تنزل می‌دهند و اغلب آن را در پایان هر فصل اضافه می‌کنند. فرهنگ آن‌قدر با اهمیت است که باعث شده تا ما این مجلد را تدوین کنیم. شما با این موضوع مواجه می‌شوید که چگونه فرهنگ بر موضوعات و مسائل مهم در روان‌شناسی بالینی اثر می‌گذارد. ما امیدواریم که این کتاب را جذاب و مفید بیابید.

سوزی اشان و ریگان آ. آر. گورانگ

## منابع

- Arrindell, W. A. (2003). Cultural abnormal psychology. *Behavior Research and Therapy*, 41, 749–753.
- Castillo, R. J. (1997). *Culture and Mental Illness*. Pacific Grove, CA: ITP.
- Draguns, J. G. (1997). Abnormal behavior patterns across culture: Implication for counseling and psychotherapy. *International Journal of Intercultural Relations*, 21(2), 213–248.
- Kazarian, S. S. & Evans, D. R. (Ed.) (1998). *Cultural Clinical Psychology: Theory, Research, and Practice*. New York: Oxford University Press.
- Triandis, H. C. (1996). The psychological measurement of cultural syndromes. *American Psychologist*, 51(4), 407–415.

بخش ۱

---

موضوعات عمومی  
درباره فرهنگ و سلامت روانی

## درآمدی به فرهنگ و آسیب‌شناسی روانی

سوزی اشان و ریگان آ. آر. گورانگ

### فرهنگ و آسیب‌شناسی روانی

وقتی روان‌شناسان حرفه‌ای و مردم عادی درباره فرهنگ صحبت می‌کنند، معانی متفاوتی از آن در ذهن دارند. فرهنگ واژه‌ای است که کاربرد فراوانی دارد و معمولاً به اشتباه مورد استفاده قرار می‌گیرد. بسیاری از افراد، واژه‌های «فرهنگ»، «قومیت» و «نژاد» را در یک معنا به کار می‌برند. فرهنگ معمولاً به شیوه زندگی گروهی از مردم اطلاق می‌شود. باین وجود، این تعریف بسیار ساده‌انگارانه می‌آید، زیرا فرهنگ، مفهومی بسیار پیچیده و چندلایه است. واژه فرهنگ، از لغت لاتین *colo-ere* اقتباس شده است که به معنای پرورش دادن یا سکنی گزیدن است. واژه فرهنگ، نخستین بار در سال ۱۸۷۱ توسط یک انسان‌شناس به نام ادوارد بی. تایلور (تایلور، ۱۹۷۴)، وارد علوم اجتماعی شد. وی فرهنگ را «کل پیچیده‌ای تعریف کرد که شامل دانش، باور، هنر، قوانین، اخلاقیات، سنن و هرگونه قابلیت‌ها و عادت‌هایی می‌شود که توسط یک فرد، به‌عنوان عضوی از جامعه کسب می‌شود.» از زمان تعریف اولیه تایلور، چشم‌اندازهای متفاوتی از سوی افراد و سازمان‌های مختلف درباره فرهنگ ارائه شدند که بر دیدگاه‌های فراگیرتر تأکید داشتند. نمونه‌هایی از این چشم‌اندازها و تعاریف عبارت‌اند از:

«فرهنگ، عبارت از پیکربندی و آرایش رفتارهای آموخته‌شده و نتایج رفتار است که عناصر مؤلفه‌های آن در میان افراد یک جامعه، مشترک بوده و از سوی اعضای یک جامعه خاص انتقال داده می‌شود.» (لیتن، ۱۹۵۴، ص. ۳).

«فرهنگ عبارت است از برنامه‌ریزی جمعی ذهن که اعضای یک طبقه از جامعه را از یکدیگر متمایز می‌سازد.»

(هافستد، ۱۹۸۴، ص. ۵۱)

«فرهنگ باید به‌عنوان مجموعه‌ای از ویژگی‌های روانی، مادی، ذهنی و هیجانی متمایز یک جامعه یا یک گروه اجتماعی در نظر گرفته شود که افزون بر این‌ها، هنر، ادبیات، سبک‌های زندگی، شیوه‌های زندگی

با یکدیگر، نظام ارزش‌ها، سنت‌ها و باورها را نیز در برمی‌گیرد.»

(یونسکو، ۲۰۰۲)

این تعریف‌ها نشان می‌دهند که فرهنگ، ترکیبی است از ارزش‌ها، باورها، هنجارها، نمادها و رفتارهایی که اساساً فراگرفته می‌شوند. از این رو، فرهنگ را می‌توان به‌عنوان شیوه کلی زندگی یا رفتارهای گروهی از مردم تعریف کرد که تجربیات اجتماعی، ارزش‌ها، هنجارها و باورهای مشترک آن‌ها از یک نسل به نسل دیگر انتقال یافته و در طی زمان تغییر می‌یابد. به‌طورکلی، فرهنگ عبارت از هر چیزی است که آموخته می‌شود، در طی زمان تغییر می‌یابد، دوره‌ای یا خود تقویت‌کننده است، شامل رفتارهای آشکار یا غیرآشکار می‌شود و مهم‌تر از همه، برای بقا یا سازگاری، حیاتی و مهم است. هنجارها و ویژگی‌های فرهنگی، بر این‌که ما چگونه فکر می‌کنیم، چگونه به درماندگی‌ها و پریشانی‌ها واکنش نشان می‌دهیم و چقدر در بیان هیجان‌اتمان راحت هستیم اثر می‌گذارند.

باوجود آنکه ما به‌ندرت به این موضوع توجه داریم، اما فرهنگ ابعاد متعددی دارد. برای فهم کامل و جامع پیشایندهای بیماری روانی، تعریف گسترده‌تر و بحث درباره فرهنگ ضروری است. فرهنگ در واقع، قومیت، نژاد، مذهب، سن، جنس، ارزش‌های خانوادگی، منطقه یک کشور و بسیاری از ویژگی‌های دیگر را نیز شامل می‌شود. فرهنگ همچنین می‌تواند ویژگی‌های جسمانی مشابه (برای مثال، رنگ پوست)، ویژگی‌های روان‌شناختی (برای مثال، سطوح خصومت) و ویژگی‌های ظاهری معمولی (برای مثال، مدل مو و پوشش) را نیز شامل شود. فرهنگ، پویا است زیرا بسیاری از باورهایی که اعضای یک جامعه دارند می‌توانند در طی زمان تغییر یابند. با این وجود، سطح کلی فرهنگ تا حد زیادی ثابت باقی می‌ماند زیرا افراد باهم تغییر پیدا می‌کنند. باورها و نگرش‌ها یا می‌توانند تلویحی باشند، از طریق مشاهده آموخته شوند و سینه‌به‌سینه انتقال داده شوند و یا آن‌که می‌توانند صریح و آشکار باشند و به‌صورت قوانین یا قواعدی نوشته شوند که مردم از آن‌ها پیروی کنند. یکی از معمول‌ترین گروه‌های فرهنگی عینی توصیف‌شده، گروه‌بندی افراد از نظر قومیت، نژاد، جنس و سن است. همچنین، جنبه‌های بی‌شماری از فرهنگ وجود دارند که بسیار ذهنی هستند و نمی‌توانند دیده شده و آن‌ها را به‌آسانی به برخی از ویژگی‌های فیزیکی ارتباط داد. برای مثال، ملیت، سن/ هویت جنسی، مذهب، جغرافیا نیز گروه‌های فرهنگی متفاوتی را شکل می‌دهند که هرکدام مجموعه قواعد رفتاری خودشان را دارند. فهم روابط متقابل پویا نیروهای فرهنگی که بر ما اثر می‌گذارند تا حد زیادی می‌تواند بر این‌که چگونه ما با دنیای بیرون مواجه می‌شویم و چگونه شیوه زندگی خودمان را بهبود ببخشیم را تقویت کند. این کتاب، توضیح خواهد داد که زمینه‌های فرهنگی چگونه بر شناخت، نحوه گزارش، درمان و شیوع بیماری‌های روانی مختلف اثر می‌گذارند. در این فصل، مقدمه مبسوطی درباره چگونگی روابط متقابل فرهنگ با سلامت روانی ارائه می‌کنیم.

## فرهنگ و بیماری روانی: چشم‌اندازهای نظری و تحقیقات مهم

فرهنگ بر این‌که افراد چگونه علائم خود را ابراز می‌کنند، علائمشان را انتقال می‌دهند، با مشکلات روانی مقابله می‌کنند و نیز بر تمایل آن‌ها به جستجوی درمان اثر می‌گذارد. استدلال می‌شود که فرهنگ و بیماری روانی، کم‌وبیش در یکدیگر ریشه دارند (سام و موریرا، ۲۰۰۲) و فهم نقش فرهنگ در سلامت روانی برای تشخیص و درمان بیماری‌ها بسیار ضروری و حیاتی است. کاستیلو (۱۹۹۷)، شیوه‌های متعددی را شناسایی کرده که فرهنگ از طریق آن‌ها بر سلامت روانی اثر می‌گذارد. این شیوه‌ها عبارت‌اند از:

۱. تجربه شخصی فرد از بیماری و علائم مرتبط؛
۲. چگونگی ابراز و بیان تجربه یا علائم از سوی افراد با توجه به هنجارهای فرهنگی‌شان؛
۳. چگونگی ابراز، تفسیر و در نتیجه، تشخیص علائم؛
۴. چگونگی درمان بیماری روانی و نتیجه نهایی آن.

نقش فرهنگ در سلامت روانی، به بهترین نحو در بیانیه گزارش مقام ارشد رئیس بهداشت عمومی ایالات متحده آمریکا درباره سلامت روانی خلاصه شده است که می‌گوید «فرهنگ‌هایی که بیماران از آن می‌آیند، سلامت روانی آن‌ها را شکل داده و بر انواع خدمات سلامت روانی مورد استفاده آنها اثر می‌گذارد. افزون بر این، فرهنگ‌های متخصصان بالینی و نظام خدماتی، بر فرایند تشخیص، درمان و سازمان‌دهی و تأمین مالی خدمات» تأثیر می‌گذارد (دپارتمان سلامت و خدمات انسانی ایالات متحده، ۱۹۹۹).

برای فهم بهتر این‌که فرهنگ چگونه بر سلامت روانی اثر می‌گذارد، لازم است ابتدا نظری کوتاه بر موقعیت‌های نظری عمده در مطالعات میان‌فرهنگی بیفکنیم. یک دیدگاه مطلق‌گرا فرض می‌کند که فرهنگ هیچ نقشی در ابراز و بیان رفتار ندارد. این دیدگاه معتقد است که نمایش، ابراز و معنای بیماری روانی، بدون در نظر گرفتن فرهنگ، یکسان هستند. در سوی دیگر، دیدگاه نسبی‌گرا قرار دارد که معتقد است همه رفتارهای انسانی (از جمله ابراز و بیان بیماری روانی) باید در چارچوب و زمینه فرهنگی مورد تفسیر قرار گیرند. دیدگاه سوم، دیدگاه همگانی‌نگر است. این دیدگاه، یک موضع میانه دارد و فرض می‌کند که رفتارهای خاص و بیماری‌های روانی برای همه مردم مشترک هستند، اما، رشد، بیان و واکنش نسبت به شرایط، تحت تأثیر فرهنگ قرار دارد (بری، ۱۹۹۵).

در تأیید موضع همگانی‌نگر، یک مطالعه پهنانگر با حمایت سازمان بهداشت جهانی، تأیید کرد که درحالی‌که پاسخگویان فرهنگ‌های مختلف، حُلق غمگین، اضطراب، تش و فقدان انرژی را به‌عنوان علائم معمول افسردگی گزارش کردند، پاسخگویان غربی، یک علامت اضافی دیگر، یعنی احساس



گناه را نیز به‌عنوان علامت افسردگی گزارش کردند این در حالی است که پاسخگویان غیرغربی، بیشتر بر علائم جسمانی تأکید داشتند (دراگونز، ۱۹۹۰). مطالعاتی مانند این‌ها ما را به این نتیجه‌گیری رهنمون می‌سازند که علائم نباتی افسردگی، تاندازه‌ای جهانی هستند، درحالی‌که احساسات گناه ممکن است با عوامل فرهنگی، مانند فردگرایی و مذهب در رابطه باشند (بیینید دراگونز، ۱۹۹۷).

### طبقه‌بندی، تشخیص و معنا

این فرض که طبقه‌بندی نسخه چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - فرم تجدیدنظر شده (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) و طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها - نسخه ۱۰ (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۲) دربارهٔ بیماری‌های روانی، در مورد همه افراد قابل کاربرد است نیز از یک چشم‌انداز همگانی‌نگر ناشی می‌شود. این تصور که اصول روان‌شناختی برگرفته‌شده از پژوهش‌ها در جوامع غربی می‌توانند مستقیماً به فرهنگ‌های غیرغربی نیز تعمیم داده شوند، ضرورتاً درست نیست. همچنان‌که بعداً در این کتاب بحث خواهد شد، ویرایش‌های جدیدتر راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، بر اهمیت زمینه فرهنگی در مفهوم‌سازی بیماری روانی تأکید دارند. متخصصان سلامت روانی مایل‌اند تا دربارهٔ زمینه فرهنگی بیماران خود، آگاهی بیشتری کسب کرده و دربارهٔ قابلیت‌ها و توانش فرهنگی کار کنند.

به دنبال مباحثی دربارهٔ این دیدگاه که فرهنگ بر علائم و ابراز بیماری روانی اثر می‌گذارد و به دنبال مطالعاتی که همواره علائمی را در مناطق خاص گزارش کرده‌اند که در دیگر مناطق پیدا نمی‌شوند، ویرایش اخیر راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، مقوله جدیدی از اختلالات روانی با عنوان «سندروم‌های وابسته به فرهنگ» را به این نظام طبقه‌بندی اضافه کرد (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۰۰). اگرچه، سندروم‌های وابسته به فرهنگ ممکن است شباهت‌هایی با سایر اختلالات روانی شایع داشته باشند، اما این سندروم‌ها بی‌همتا هستند زیرا در یک ناحیه خاص (یا گروه فرهنگی خاص)، به‌عنوان آسیب‌شناسی روانی شناخته شده‌اند. یکی از نمونه‌هایی ذکر شده این سندروم‌ها، نورآستنی، یا شنجینگ شار<sup>۱</sup> در زبان چینی است که ظاهراً مشابه طبقه‌بندی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی از افسردگی عمده (ماژور) است، اما بیماران در اینجا، بیشتر از مشکلات جسمانی شکایت دارند تا خلق غمگین. از دیگر شکل‌های سندروم وابسته به فرهنگ که مشابه برخی اختلالات روان‌شناختی معمول، در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی هستند عبارت‌اند از: ها-پییا، سندروم کره‌ای مشابه اختلال افسردگی در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات

1. Shenzjing shairuo:

اصطلاحی است برای توصیف سندرومی که با خستگی جسمی و روانی، بی‌اشتهایی، تحریک‌پذیری، بیخوابی، تمرکز فکری و سردرد که با بیماری خاصی رابطه ندارد. (مترجم)

روانی؛ تایجین کیوفوشو، یک اختلال ژاپنی مشابه اختلال فوبی اجتماعی در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. شکل‌های متعدد دیگری از سندروم‌های وابسته به فرهنگ در سراسر این کتاب مورد بحث قرار خواهند گرفت.

شایان ذکر است که بسیاری از گروه‌های فرهنگی غیر غربی، شیوه‌های طبقه‌بندی، تشخیص و درمان بیماری‌های روانی رسمی و غیررسمی خودشان را دارند. یکی از نمونه‌های بارز در این زمینه، طبقه‌بندی چینی اختلالات روانی است که جدیدترین ویرایش آن، یعنی ویرایش سوم، در سال ۲۰۰۱ توسط انجمن روان پزشکی چین به چاپ رسیده است (چن، ۲۰۰۲). طبقه‌بندی چینی درباره اختلالات روانی، از نظر طبقه‌بندی، مشابه طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD) و راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) است با این تفاوت که برخی علائم و شرایطی که در آن فرهنگ خاص، بی‌همتا هستند، برای مثال در مورد شنجینگ شار، مورد تأکید قرار گرفته‌اند. همچنین، چند مورد از بیماری‌های روانی که خاص فرهنگ چینی هستند، مانند کورو<sup>۱</sup> (نگرانی مفرط ناگهانی که بر اساس آن اندام‌های جنسی فرد در بدن فرورفته و در نهایت منجر به مرگ می‌شود)، مورد بحث قرار گرفته است. همچنین، برخی از افراد ممکن است طبقه‌بندی چینی اختلالات روانی را بسیار نسبی‌گرا تلقی کنند، در حالی که بسیاری از متخصصان سلامت روانی که اغلب با بیماران چینی سروکار دارند بر این باورند که نقاط قوت این کتاب بر ضعف‌هایی که در آن وجود دارد می‌چربد.

### رفتارهای سلامت‌جویی و مقابله

این که آیا افراد برای اختلال روانی خود به دنبال کمک باشند یا خیر، به میزان اعتماد آن‌ها به متخصصان سلامت روانی و یا نظام سلامت روانی به‌عنوان یک کل بستگی دارد. پژوهش‌ها درباره تفاوت‌های مشاوران، بی‌اعتمادی فرهنگی و میل به خودابرازی نشان می‌دهند که این عوامل بر رفتارهای سلامت‌جویی و نرخ‌های خاتمه زودرس در میان سیاه‌پوستان تأثیر بسزایی دارند (کارلوس پوستون، کراین و آتکینسون، ۱۹۹۱). کاردمیل و باتل (۲۰۰۳) در مقاله خود درباره راحتی در گفتگوها در آسیب‌شناسی روانی با توجه به نژاد و قومیت، بر اهمیت کامل برخی عوامل، از جمله عناصر مهم

#### 1. koro:

کورو یک اختلال وابسته به فرهنگ است که در DSM-IV توصیف شده است. این اصطلاح ریشه مالزیایی دارد که به دوره‌های اضطرابی ناگهانی ناشی از این احساس که آلت تناسلی مرد (در زن‌ها مهبل و نوک پستان) چروکیده شده و به داخل بدن فرو می‌رود و احتمالاً موجب مرگ خواهد شد، اشاره دارد. این سندرم در آسیای جنوبی و شرقی گزارش می‌شود و در آنجا با اصطلاحات محلی مختلف نظیر suo yang، shuk yang، shook yag در چین و jinjinia در آسام، یا rok-joo در تایلند نامیده می‌شود. کورو گاهی در همه‌گیری‌های محلی در مناطقی از آسیای شرقی روی می‌دهد. این تشخیص در ویرایش دوم طبقه‌بندی چینی اختلالات روانی (CCMD) وارد شده است. (مترجم)

زمینه فرهنگی (به‌ویژه نژاد و قومیت) در آسیب‌شناسی روانی تأکید می‌کنند. فرهنگ حتی پس از آن‌که فرد تصمیم به جستجوی کمک تخصصی می‌گیرد، بر علائمی که بیمار گزارش می‌کند نیز اثر می‌گذارد. گفته شده که هنجارهای فرهنگی که مقابله اجتنابی را در میان آسیایی‌ها و آمریکایی‌های آسیایی تبار تقویت می‌کنند اغلب باعث می‌شوند که آن‌ها مشکلات و بیماری‌های جسمانی مرتبط به استرس را گزارش کنند نه مشکلات هیجانی را، زیرا شکایت‌ها و مشکلات هیجانی، غیرقابل‌پذیرش تلقی می‌شوند (ایواماسا، ۲۰۰۳).

همچنین، باورها و جهان‌بینی فرهنگی یک گروه درباره بیماری بر چگونگی مقابله فرد و خویشاوندان نزدیک با نشانه‌های بیماری روانی اثر می‌گذارد. در فرهنگ‌هایی که مردم بیماری روانی را ناشی از علل فرا طبیعی (برای مثال، ساحر، جادوگری، چشم شور) می‌دانند، تمایل کمتری به دریافت کمک از متخصصان سلامت روانی وجود دارد و برعکس، تمایل بیشتری به کمک گرفتن از یک شفادهنده یا طبیب سنتی به چشم می‌خورد (ماتئوس دوس سانتوس و دی جوسوس ماری، ۲۰۰۵). به همین ترتیب، جیمز میرز، یانگ، اوباسی و اسپیت (۲۰۰۳) گزارش می‌کنند که بسیاری از آفریقایی‌ها فرض می‌کنند که آسیب‌شناسی در فرد بازتاب بدکاری در گروه و زمینه اجتماعی بزرگ‌تر است و بنابراین، لازم است درمان هم بعد جمعی و هم بعد فردی را مدنظر قرار دهد.

اهمیت مهارت و دانش فرهنگی در میان متخصصان سلامت روانی، به بهترین نحوی در گزارشی درباره درمان روان‌شناختی جمعیت‌های اقلیت قومی خلاصه شده است که شورای انجمن‌های روان‌شناسی ملی برای پیشبرد منافع اقلیت قومی (۲۰۰۳) ارائه کرده است. این گزارش تأکید می‌کند که متخصصان سلامت روانی:

- نسبت به زمینه نژادی و فرهنگی و سوگیری‌های خود آگاه و حساس هستند؛
- نسبت به میراث فرهنگی خود و نیز بیمارانشان آگاهی دارند و اذعان دارند که چگونه بر ادراک‌های آن‌ها اثر می‌گذارند؛
- برای فهم فرهنگ خود و دیگران با هدف توسعه مهارت‌های مهم موردنیاز برای کار بر روی گروه‌های فرهنگی خاص فعالانه می‌کوشند.

## اثرات اجتماعی- فرهنگی بر بیماری روانی

علائم بیماری‌های روانی در چارچوب مفاهیم و سازه‌های فرهنگی بروز پیدا می‌کنند. این سازه‌ها و مفاهیم، شامل قومیت، نژاد، یا ملیت، فرهنگ‌پذیری، فردگرایی- جمع‌گرایی، قومیت‌پرستی، قدرت - فاصله و اجتناب از عدم قطعیت هستند.

## قومیت، نژاد و ملیت

سه واژه قومیت، نژاد و ملیت، واژگانی هستند که در جامعه ما به یک معنا بکار برده می‌شوند. معمولاً می‌شنویم که وقتی کسی بخواهد رفتار، ارزش‌ها، یا باورهای یک شخص را توصیف کند می‌گوید که «او آفریقایی است» یا «او آسیایی است». این توصیف‌ها ممکن است واقعی باشند زیرا هر شخص به واسطه کشوری که در آن زندگی می‌کند شناخته می‌شود. در هر حال، پس از برقراری روابط متقابل نزدیک با آن شخص ممکن است دریابید که آن‌ها توصیف خاص‌تر، مانند هندی یا غنایی را ترجیح می‌دهند. افزون بر این، حتی ممکن است برای آن‌ها شناخته شدن با یک گروه قومی یا قبیله‌ای (برای مثال، گجراتی برای هندی، آشانتی برای غنایی و دینا (ناواهو یا نایبهو) در کشور مادری شخص) مهم‌تر باشد. جالب است بدانیم که این توصیف‌های عمومیت‌یافته و کلی معمولاً توسط مردم جهان غرب مورد استفاده قرار می‌گیرد، اما، بسیار کم اتفاق می‌افتد که از غربی‌ها بشنوید که خودشان را اروپایی یا آمریکای شمالی توصیف کنند.

با وجود این که تمایل داریم که با مسامحه از این واژه‌ها استفاده کنیم، اما، نخستین و آشکارترین نشانه توصیفی برای ما، نژاد یا رنگ پوست است. واژه نژاد به دو شیوه بکار برده می‌شود: زیست‌شناختی و اجتماعی فرهنگی. تعاریف زیست‌شناختی از نژاد بر ویژگی‌های ژنتیک و جسمانی مشترک مردم، مانند رنگ پوست، ساختار مو و رنگ چشم تأکید دارند که حاصل آن طبقه‌بندی‌های تاریخی هندواروپایی (سفید)، مغولی (آسیایی) و سیاه‌ریخت (سیاه) است. به هر حال، تقسیم‌بندی‌های زیست‌شناختی از نژادها، مورد چالش و تردید قرار گرفته است (رلتفورد، ۲۰۰۲؛ اسمدلی و اسمدلی، ۲۰۰۵) و برخی از نویسندگان استدلال کرده‌اند که نژاد به عنوان یک راه فرار ساده از یک موقعیت پیچیده مورد استفاده قرار گرفته است (آتکینسون، ۲۰۰۴). تعریف اجتماعی فرهنگی درباره نژاد، به مهاجرت جغرافیایی گروه‌های مختلف و نیز به هدف شکل‌گیری هویت مربوط می‌شود. میو می‌نویسد که مفهوم اجتماعی فرهنگی نژاد:

«به چشم‌اندازی اشاره دارد که مطابق آن، خصوصیات، ارزش‌ها و رفتارهای مرتبط به گروه‌های با مشخصه‌های جسمانی متفاوت به هدف اجتماعی تدارک شیوه‌ای کمک می‌کند تا با استفاده از آن بیگانه‌ها گروه‌های اجتماعی دیگر را ببینند و اعضای یک گروه خودشان را بشناسند.»  
(میو، بارکر - هاکت و تامامینگ، ۲۰۰۶، ص. ۹).

به بیان دیگر، ما همچنان از واژه نژاد برای طبقه‌بندی استفاده می‌کنیم زیرا این واژه به ما کمک می‌کند تا به توصیف مردم بپردازیم، قطع نظر از این واقعیت که این توصیف‌ها کاملاً به صورت تصنعی ساخته شده‌اند. با توجه به شواهد موجود، در این زمینه‌ها توافق نظر وجود دارد که گروه‌های نژادی به

لحاظ ژنتیکی از یکدیگر متمایز نیستند، با اطمینان اندازه‌گیری نشدند، یا از نظر علمی معنادار نیستند، هر چند این برجسب‌ها، پیامدهای اجتماعی زیادی به‌ویژه از این نظر که مردم چگونه با یکدیگر رفتار می‌کنند به دنبال دارند (ابرهارت، ۲۰۰۵؛ اسمدلی و اسمدلی، ۲۰۰۵؛ استرنبرگ، گریگورنکو و کید، ۲۰۰۵).

قومیت و ملیت، از دیگر شیوه‌های نگرستن به یک فرد است. یک گروه قومی، به گروهی از افراد با نیای مشترک اشاره دارد که اغلب ویژگی‌های جسمانی و فرهنگی مشابهی مانند: زبان، خصوصیات فیزیکی، آیین‌ها و هنجارها دارند. از سوی دیگر، ملیت به اجتماع سیاسی اشاره دارد که ظاهراً از خاستگاه و تبار مشترکی برخوردار هستند. باوجوداین، در نظر گرفتن جنبه‌های زمینه‌ای یک شخص بر اساس نژاد آن‌ها آسان‌تر است، اما در عین حال لازم است که متخصصان سلامت روانی، محتاط‌تر باشند و یک مصاحبه دقیق از فرد به عمل آورند، زیرا گروه‌بندی‌های نژادی ضرورتاً اطلاعات زمینه‌ای مناسبی فراهم نمی‌کنند. برای نمونه، بر اساس تقسیم‌بندی‌های فدرال ایالات متحده آمریکا از گروه‌های اقلیت قومی، اسپانیولی زبان‌ها یا لاتین‌ها، به یک اندازه سیاه‌پوست تلقی می‌شوند. بنابراین، برای فهم درست یک شخص، لازم است متخصصان از دسته‌بندی‌های ساده فراتر رفته و به سطح عمیق‌تری از بررسی و هدفمندی دست یابند.

### فرهنگ‌پذیری

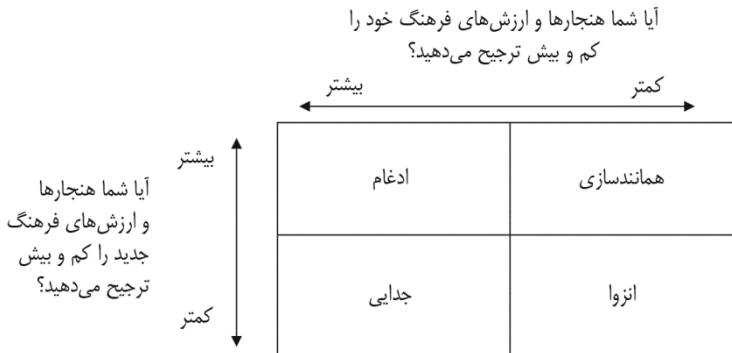
دنیای ما به دلیل افزایش سریع مسافرت‌ها و مهاجرت‌ها به دلایل مختلف، هر روز بیشتر جهانی می‌شود. نرخ‌های فزاینده مهاجرت، فرهنگ‌پذیری را به موضوعی مهم تبدیل کرده که باید مورد توجه قرار گیرد. فرهنگ‌پذیری در واقع نوعی انتقال است که در آن، فرد به تدریج سازگار شده و در نهایت برخی از ارزش‌ها و باورهای فرهنگ جدید را می‌پذیرد. بری (۱۹۹۲)، فرهنگ‌پذیری را عبارت از فرایند پوست‌اندازی فرهنگ و یادگیری فرهنگ تعریف می‌کند که متضمن از دست دادن عمدی یا غیرعمدی ارزش‌های فرهنگی یا رفتارهای منتخب با گذشت زمان و از سوی دیگر پذیرش ارزش‌ها و رفتارهای جدید از گروه جدید است. به‌طور کلی، فرهنگ‌پذیری به میزان بازبودگی فرهنگ میزبان برای تعامل و نیز به میزان تمایل گروه مهاجر به پذیرش هنجارها و ارزش‌های گروه میزبان بستگی دارد (بری، ۲۰۰۱): یعنی نوعی آمیختگی فرهنگ‌های اصلی و جدید به‌گونه‌ای که گذار فرد به فرهنگ جدید را به حداکثر برساند.

فرهنگ‌پذیری ممکن است برای افراد مختلف معانی متفاوتی داشته باشد و رویکردهای متعددی برای مطالعه فرهنگ‌پذیری وجود دارد (پادیا، ۱۹۸۰). رولاند (۱۹۹۰) که فرهنگ‌های مختلفی را مطالعه و مقایسه کرده معتقد است که فرایند فرهنگ‌پذیری مستلزم پذیرش یک فرهنگ در حضور فرهنگ دیگر است. در مقابل، بری، تریمبل و آلمدو (۱۹۸۶)، چهار مدل مختلف از فرهنگ‌پذیری را

مطرح می‌کنند. بری (۱۹۷۰)، چهار شکل متفاوت از فرهنگ را بر مبنای میزان تمایل یک فرد به فرهنگ خود و میزان ترجیح وی به ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگ جدید مطرح کرده است. این چهار شکل عبارت‌اند از: ادغام، همانندسازی، جدایی و انزوا. ادغام، زمانی اتفاق می‌افتد که فرد (مهاجر) تمایل دارد تا رفتارها را بپذیرد و خود را با فرهنگ میزبان سازگار کند درحالی‌که ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگ خود را نیز حفظ نماید، یعنی شکلی از توازن میان دو فرهنگ. این مدل، با جدایی تفاوت دارد زیرا در مدل جدایی فرد منحصراً بر پذیرش هنجارهای فرهنگی گروه (یا کشور) میزبان تأکید داشته و اساساً میراث فرهنگی خود را نادیده می‌گیرد. ادغام، کم‌وبیش متفاوت از جدایی است. در مدل همانندسازی، شخص بیشترین تلاش‌های خود را برای حفظ میراث فرهنگی خود به کار می‌گیرد و برای پذیرش هنجارهای گروه میزبان کمتر تلاش می‌کند. آخرین مدل فرهنگ‌پذیری، انزوا است. کناره‌گیری یا انزوا به وضعیت فردی اشاره دارد که نه میراث فرهنگی خودش را می‌پذیرد و نه میراث فرهنگی گروه میزبان و مسلط را. انزوا، کمترین نوع مرجح فرهنگ‌پذیری است و با دشواری‌ها و مشکلات گوناگون مربوط به سازگاری در رابطه است که برخی از آن‌ها در قسمت‌های بعدی این کتاب مورد بررسی قرار گرفته است. شکل ۱-۱، به‌طور خلاصه فرایندهای اساسی در فرهنگ‌پذیری و این‌که چهار شکل متفاوت فرهنگ‌پذیری چگونه اتفاق می‌افتد را نشان می‌دهد.

بری (۱۹۸۸) معتقد است که فرهنگ‌پذیری لزوماً به چالش‌های روانی جدی منجر نمی‌شود. او برای خلاصه کردن دیدگاه‌های خود سه سطح را معرفی می‌کند که فرهنگ‌پذیری از طریق آن‌ها می‌تواند بر سلامت روانی فرد اثر بگذارد. نخستین سطح، کنار گذاشتن رفتارهایی است که در فرایند سازگاری با فرهنگ جدید، سودمند نیستند و درعین‌حال، متضمن یادگیری رفتارها و مهارت‌های جدیدی هستند که برای فرهنگ جدید مفید می‌باشند. این سطح از فرهنگ‌پذیری، متضمن تعارض خفیف تا متوسط است. دومین سطح فرهنگ‌پذیری، متضمن تعارض متوسط تا زیاد است. این سطح از تعارض زمانی روی می‌دهد که فرایند یادگیری مهارت‌های جدید و فراموشی مهارت‌های کهنه، به یک چالش تبدیل شده و به تنیدگی روانی ناشی فرهنگ‌پذیری منجر می‌شود. سطح نهایی، با تعارض شدید و اختلالات روانی همراه است. این سطح، گویای موقعیتی است که در آن، تغییرات مرتبط با فرهنگ‌پذیری، فراتر از توانایی‌های فرد برای مقابله تلقی می‌شود (بری، ۱۹۹۷). بنابراین، درجه فرهنگ‌پذیری و احساس هویت فرد برای ارزیابی، تشخیص درست و پیامدهای درمان از اهمیت اساسی برخوردار است.

توجه به فرهنگ‌پذیری و هویت قومی، ما را به‌سوی موضوعاتی فراتر از تفاوت‌های فرهنگی درزمینه سلامت روانی رهنمون می‌سازد. برای مثال، مشخص شده که آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار، نرخ‌های اختلالات روانی بالاتری در مقایسه با آمریکایی‌های اروپایی‌تبار و آمریکایی‌های مکزیکی‌تبار دارند اما این



شکل ۱-۱. توصیف انواع مختلف فرهنگ‌پذیری بر اساس مفهوم‌سازی برّی (برّی، ۱۹۷۰)

یافته‌ها با توجه به سطح فرهنگ‌پذیری تغییر می‌کند (رابینز، لاک و رگیر، ۱۹۹۱؛ بینگ، ۱۹۹۵). در بسیاری از موارد، فرهنگ‌پذیری بیشتر با سلامت روانی بهتر همراه است (لاندرین و کلونوف، ۱۹۹۶)، هرچند، این امر در مورد همه گروه‌های قومی و یا در زمینه سلامت جسمانی صادق نیست. برای مثال، مشخص شده که آمریکایی‌های مکزیکی‌تبار با سطح بالای فرهنگ‌پذیری، افسرده‌تر از مهاجران تازه‌وارد با نمرات فرهنگ‌پذیری پایین‌تر هستند (وگا، کلودی، آقیلار - قاسیولا، آلدرت، کاتالانو و کاراوتو - آندواقا، ۱۹۹۸).

### فردگرایی و جمع‌گرایی

استدلال می‌شود که روان‌درمانی، محصول فرهنگ غربی است و از این‌رو، مشاوران مایل‌اند تا بر فردگرایی و پیشرفت خود، در مقابل جمع‌گرایی و پیشرفت گروه تأکید کنند (دوایری و وان‌سیکل، ۱۹۹۶). فردگرایی به تمایل کلی شخص به استقلال، اتکای به نفس و رقابت‌جویی اشاره دارد در حالی که جمع‌گرایی، با ارجحیت دادن به گروه، نیاز ما به هماهنگی با گروه و توجه فزاینده به همسازی در درون گروه تعریف می‌شود. هافستد (۱۹۸۳) فردگرایی و جمع‌گرایی را اساساً به‌عنوان دو دیدگاه متضاد تعریف می‌کند و معتقد است که فردگرایی بر استقلال تأکید دارد در حالی که جمع‌گرایی بر وابستگی. با مروری بر مطالعات مشخص می‌شود که توصیف سازه فرهنگی، هم به موقعیت و شرایط وابسته است و هم به زمینه ملی فرد (تریاندیس، ۱۹۹۵).

تریاندیس (۱۹۹۵، ۲۰۰۱)، دو سطح از فردگرایی و جمع‌گرایی را مشخص کرده است، یعنی فردگرایی افقی، فردگرایی عمودی؛ جمع‌گرایی افقی و جمع‌گرایی عمودی (تریاندیس و گل‌فاند، ۱۹۹۸). فردگرایی افقی، به تمایل فرد به متمایز بودن اما نه ضرورتاً بهتر بودن از گروه اشاره دارد در حالی که فردگرایی عمودی، به تمایل فرد هم به متمایز بودن و هم بهتر بودن از گروه (تلویحاً به