

تحلیلی بر نقش فرهنگ در آسیب شناسی روانی

Analysis of The role of culture in psychopathology

مقاله تحلیلی

دریافت: اسفند ۹۴

پذیرش آذر ۹۵

صفحات: ۲۲۴-۱۹۱

Dr Faria Zarani

Assistant professor of psychology,
Department of psychology, Faculty
of education and psychology,
university of shahid beheshti,
Tehran, Iran

Samaneh Behzadpoor

PhD student of clinical psychology,
Department of psychology, Faculty
of education and psychology,
university of shahid beheshti,
Tehran, Iran

Zahra Babaei

PhD student of clinical psychology,
Department of psychology, Faculty
of education and psychology,
university of shahid beheshti,
Tehran, Iran

دکتر فاریا زرانی

استادیار روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و
روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
سمانه بهزادپور (نویسنده مسئول)

دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده
علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی،
تهران، ایران

زهرا بابایی

دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده
علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی،
تهران، ایران

چکیده

بررسی ادبیات پژوهشی موجود در زمینه آسیب
شناسی روانی نشان می دهد که اختلال روانی
محصول عوامل چند گانه است. مقاله حاضر، از
بین عوامل متعدد دخیل در آسیب شناسی
روانی، به عامل فرهنگ پرداخته است. شیوه ها
و باورهای فرهنگی می توانند بر سبک مقابله
فرد با پریشانی روانشناختی اثر گذاشته و
گاهی به او در مواجهه با بیماری روانی کمک
کنند. از سوی دیگر همین عوامل فرهنگی می
توانند منبع پریشانی، تعارض و زمینه ساز بروز
اختلال روانی در فرد باشند. نفوذ عوامل

Abstract

A review of previous papers makes it evident that mental disorder is considered to be the product of multiple factors. Among multiple factors involved in psychopathology, this article examines the role of culture. Cultural practices and beliefs may influence coping with psychological distress and sometimes assist to cope with mental disorder. On the other hand these cultural factors can be the source of distress and conflict and underlie the mental disorders. The influence of cultural factors in

psychopathology is the extent to which even the expression of psychological symptoms and seeking to treatment are influenced by person's cultural setting. Furthermore, these cultural influences can pose a challenge for mental health professionals. The psychologist's task is to assess, formulate, diagnose and intervene effectively in the context of mental disorders. For the interventions to be effective, they should be culturally appropriate, acceptable and also ethical. To plan a effective treatment and relevant to cultural setting, professionals should consider the client's cultural setting for assessment and treatment of psychological disorders. In this article, it's tried to examine the role of culture in etiology, Presentation of symptoms and Treatment Seeking. Cultural considerations in the assessment and treatment of mental disorders have also been studied.

Key words: culture, psychopathology, mental disorder

فرهنگی در آسیب شناسی روانی به اندازه ای است که حتی ابراز علائم روانشناختی و مراجعه فرد برای درمان نیز تحت تأثیر زمینه فرهنگی است. به علاوه، تأثیرات فرهنگی می توانند چالش های فراوانی را بر متخصصان سلامت روان تحمیل کنند. وظیفه روانشناسان ارزیابی، فرمول بندی، تشخیص و مداخله مؤثر در زمینه اختلالات روانی است. برای آنکه مداخلات مؤثر واقع شوند باید از نظر فرهنگی مناسب، پذیرفته شده و همچنین اخلاقی باشند. برای طراحی یک مداخله مؤثر و متناسب با بافت فرهنگی، متخصصان باید در ارزیابی و درمان اختلالات روانی زمینه فرهنگی مراجع را در نظر بگیرند. در این مقاله سعی شده تا نقش فرهنگ در سبب شناسی اختلالات روانی، ابراز علائم و مراجعه فرد برای درمان تشریح گردد. همچنین ملاحظات فرهنگی در زمینه سنجش و درمان اختلالات روانی نیز مورد بررسی قرار گرفته اند.

واژه های کلیدی: فرهنگ، آسیب شناسی روانی، اختلال روانی

مقدمه

سالمهای متمدای از این نگرش که بیماری روانی صرفاً ناشی از عوامل فیزیولوژیک است، می گذرد و امروزه تمام متخصصان سلامت روان بر نقش عوامل زیستی، روانی،

اجتماعی و فرهنگی در بروز اختلالات روانشناختی اذعان دارند. از بین عوامل مذکور، عاملی که نقش آن در آسیب شناسی روانی کمتر مورد بررسی قرار گرفته، عامل فرهنگ است. به دلیل فزونی و پیچیدگی روابط فرد با جامعه و فرهنگی که در آن زندگی می کند، نمی توان تأثیر عوامل فرهنگی و اجتماعی را بر رفتار آدمی و به تبع آن بر بروز اختلالات رفتاری و روانی نادیده گرفت. در واقع مطالعه آسیب شناسی بدون در نظر گرفتن فرهنگ و در خلاء امکان پذیر نیست؛ چرا که واقعیت رفتار بهنجار در برابر نابهنجار در محیط فرهنگی افراد ساخته می شود. تفسیر یافته های پژوهشی نیز بدون فهم استانداردهای افراد و بافت فرهنگی آنها از بهنجاری و نابهنجاری و بیماری و سلامتی امکان پذیر نیست (آلارکون^۱ و همکاران، ۲۰۰۲).

اصطلاح فرهنگ^۲ برای اولین بار در سال ۱۸۷۱ در علوم اجتماعی و توسط یک انسان‌شناس به نام ادوآد تایلور^۳ به کار رفت. تایلور فرهنگ را یک کل پیچیده تعریف کرد که دانش، باور، هنر، قانون، اخلاق و هر توانایی و قابلیت‌هایی که توسط انسان به عنوان عضوی از جامعه کسب می شود را در برمی گیرد. پس از تعریف اولیه تایلور، افراد و سازمان‌های زیادی تعاریف متعددی را برای فرهنگ پیشنهاد کردند که بر تعاریف جامع تر متکی بودند. تمام افرادی که تعاریفی از فرهنگ ارائه کرده‌اند بر این باورند که فرهنگ از باورها، عقاید، ارزش‌ها، هنرها، نمادها و رفتارهایی تشکیل شده است که یاد گرفته می‌شوند (اشان و گارانگ^۴؛ ۲۰۰۹). فرهنگ یک روش کلی زندگی یا رفتار گروهی از افراد است که تجربه‌های اجتماعی، ارزش‌ها، نگرش‌ها، هنرها و عقاید مشترکی دارند که از نسلی به نسل دیگر در طول زمان انتقال می‌یابند (هاسیم و وانگر^۵؛ ۲۰۱۳). بحث و تعریف جامع‌تر از فرهنگ برای درک کامل تاریخچه بیماری‌های روانی ضروری است. فرهنگ شامل قومیت، نژاد، مذهب، سن، جنسیت، ارزش-

1. Alarco'n

2. culture

3. Tylor

4. Eshun & Gurung

5. Hassim & Wagner

های خانوادگی، ناحیه‌ای که یک کشور در آن قرار گرفته است و بسیاری ویژگی‌های دیگر است که می‌تواند بر آسیب‌شناسی روانی اثرگذار باشد. فرهنگ همچنین ویژگی‌های جسمانی (مانند رنگ پوست)، ویژگی‌های روان‌شناختی (مانند سطح خصومت) و ویژگی‌های ظاهری متداول (مانند مدل مو و لباس) را در بر می‌گیرد. فرهنگ فرآیندی پویاست زیرا برخی باورهای رایج در یک فرهنگ، می‌تواند در طول زمان دستخوش تغییر شوند (اشان و گارانگ، ۲۰۰۹).

نیروهای فرهنگی- اجتماعی نقش مهمی در علت شناسی، ساختار و درمان اختلالات روانی ایفا می‌کنند. از لحاظ نظری، فرهنگ یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین کننده تمامی رفتارها، چه بهنجار و چه نابهنجار است فرهنگ بر مرز بین سلامت و ناهنجاری، تحمل علائم و رفتارهای خاص، آسیب پذیری، رنج و پایبندی به درمان اثرگذار است (جاکوب، ۲۰۱۴). فرهنگ بر اینکه چطور افراد علائم خود را نشان می‌دهند، با مشکلات روان‌شناختی خود مقابله می‌کنند و تمایل آن‌ها برای جستجوی درمان تأثیر می‌گذارد (سام و موریرا، ۲۰۰۲).

روشن است که بحث تأثیر فرهنگ بر آسیب شناسی روانی، بحثی گسترده و طولی است و نیاز به بررسی‌ها و بحث‌های زیادی دارد. پرداختن به این امر که بستر فرهنگی به چه صورت پدیدآورنده آسیب های روانی در جامعه است، امر بسیار مهمی است چرا که عدم وجود بهداشت روانی جامعه بر تمام شئون و جوانب آن مؤثر واقع می‌شود و خود انواع آسیب‌ها و مسائل اجتماعی را به همراه می‌آورد. هدف از پژوهش حاضر، بررسی نقش فرهنگ در ایجاد اختلالات روان‌شناختی و نیم‌نگاهی به تأثیر فرهنگ بر ابراز علائم روان‌شناختی، سبک‌های مقابله‌ای و جستجوی فرد برای درمان است. همچنین ملاحظات فرهنگی که لازم است در سنجش و درمان اختلالات مد نظر قرار گیرند، مورد بحث قرار گرفته‌اند.

1. Jacob

2. Sam & Moreira

نقش فرهنگ در سبب شناسی اختلالات روان‌شناختی

فرهنگ ابزاری برای درک و پیش بینی رفتار آدمی است. هارکنس و کیفر^۱ (۲۰۰۰) به این نتیجه رسیدند که سلامت و بیماری در بافت فرهنگی معنا یافته و تعریف می شود. سیستم معناگذاری فرهنگی اطلاعاتی درباره جنبه های بیماری فراهم می کند و برخی بیماری ها خاص فرهنگ هستند. فرهنگ شیوه ی زندگی افراد است که بر جنبه های اجتماعی، اقتصادی، سلامت روان و موجودیت روان‌شناختی افراد اثر می‌گذارد (آدبایو و ایلوری،^۲ ۲۰۱۳). سؤالی که در اینجا مطرح می شود این است که چگونه فرهنگ بر ایجاد و بروز آسیب شناسی روانی اثر می گذارد؟ در این قسمت تبیین هایی در مورد نقش فرهنگ بر آسیب شناسی روانی ارائه می شود. اگرچه عوامل فرهنگی اثرگذار بر آسیب شناسی روانی بسیار گسترده و مستلزم بحث های وسیع است، در اینجا سعی شده است برخی عوامل و چشم اندازها مطرح شده و مورد بحث قرار گیرند.

فرهنگ به عنوان یک عامل استرسور: نژاد پرستی و فقر

در مدل آسیب پذیری- استرس در آسیب شناسی روانی، فرهنگ می تواند نوعی عامل استرسور باشد که باعث فعال شدن برخی آسیب پذیری ها در ابتلا به بیماری های روانی می شود. در برخی فرهنگ ها استرس بیشتر از سایرین تجربه می شود که می توان آن را به عوامل متفاوتی از جمله نژاد، قومیت، وضعیت اجتماعی- اقتصادی و شرایط اجتماعی آن فرهنگ نسبت داد که زمینه ساز بروز انواع اختلالات روانی را فراهم می کنند (اشان و گارانگ، ۲۰۰۹). در اینجا به ذکر دو نمونه از عوامل فرهنگی اجتماعی که می توانند عامل استرسور و تسهیل کننده اختلالات روان‌شناختی باشند، یعنی نژادپرستی و فقر اشاره می شود.

1. Harkness and Keefer

2. Adebayo & Ilori

از مهم‌ترین عوامل فرهنگی که منجر به تجربه استرس می‌شود، نژاد و قومیت است. اسلاوین^۱ و همکاران (۱۹۹۱) استدلال می‌کنند که وقوع حوادث استرس‌زا می‌تواند بر اساس وضعیت گروه اقلیت، تبعیض یا عادات و رسوم فرهنگی خاص متفاوت باشد. با توجه به تحقیقات انجام شده، نژادپرستی یا تبعیض نژادی که به طور آشکار و ناآشکار بر اقلیت‌های قومی و نژادی اعمال می‌شود، اثر عمیقی بر سازگاری روان-شناختی آن‌ها باقی می‌گذارد. استرس‌های وابسته به نژاد، می‌توانند منجر به اضطراب و افسردگی شوند. به علاوه استرس‌های مرتبط با نژاد به طور منفی بر رضایت از زندگی و کیفیت زندگی در بین آمریکایی‌های آفریقائبار و لاتین‌ها اثر می‌گذارد (کروز^۲، ۲۰۱۰). کارتر^۳ (۲۰۰۷) معتقد است نژادپرستی که به طور مزمن تجربه شود می‌تواند منجر به استرس تروماتیک مبتنی بر نژادپرستی شود. در مدل او، اقلیت‌های قومی و نژادی که اشکال شدید و مزمن نژادپرستی را تجربه می‌کنند، علائم مرتبط با تروما از جمله اجتناب، افسردگی، ناتوانی در تمرکز کردن، انزوا و کناره‌گیری را نشان می‌دهند (کارتر، ۲۰۰۷). نژادپرستی و تبعیض علیه اقلیت‌های قومی و نژادی بر بهزیستی روان-شناختی و سلامت روان آنها اثر گذاشته و استرس را تسهیل می‌کند (یوریزار و سیرز^۴، ۲۰۰۶). استرس می‌تواند اثرات روان‌شناختی مستقیم بر بدن (مانند سرکوب سیستم ایمنی و آسیب به سیستم عصبی) و اثرات رفتاری و شناختی (به طور مثال حواس پرتی و فقئان حافظه) به دنبال داشته باشد و باعث تشدید بیماری‌ها و به تأخیر انداختن بهبودی شود (دوگال و باوم^۵، ۲۰۰۲).

یکی دیگر از عوامل فرهنگی - اجتماعی زمینه ساز استرس در افراد که باعث بروز اختلالات روانی می‌شود، فقر است که در برخی مناطق و فرهنگ‌ها رواج بیشتری دارد. رابطه منفی بین فقر و سلامت روان در کشورهای در حال توسعه توسط پژوهش‌های

1. Slavin

2. Cruz

3. Carter

4. Urizar & Sears

5. Dougall & Baum

بسیاری ثابت شده است. تحقیقات در سراسر جهان نشان دادند که سطح پایین درآمد، آموزش و همچنین طبقات اجتماعی پایین با احتمال بیشتری با اختلالات روانی همراه است (لاندا^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). علیت دو طرفه بین فقر و سلامت روان شناخته شده است. پژوهشگران پیشنهاد می کنند که فرضیه علیت اجتماعی^۲ (استرس های ناشی از فقر و در آمد پایین، زمینه را برای بروز اختلالات روانی مهیا می کند) برای توضیح اختلالات روانی با شیوع بالا مانند اختلالات افسردگی و اضطراب قابل قبول تر است و فرضیه انتخاب اجتماعی^۳ (بیماری های روانی دستیابی افراد را به فرصت های کسب درآمد و بهره مندی از کسب موقعیت اجتماعی اقتصادی خوب باز می دارند و افراد را به سمت فقر سوق می دهند) در مورد تبیین اختلالات روانی کم شیوع مانند اسکیزوفرنی مناسب تر است (مانتانر^۴ و همکاران، ۲۰۰۴؛ ساراکنو^۵ و همکاران، ۲۰۰۵).

شیوع اختلالات روان شناختی در گروه های فرهنگی با وضعیت آموزشی پایین و جوامعی که نرخ بیکاری در آنها بالاتر است، بیشتر است. فقر می تواند در برخی جوامع سطح آموزشی پایین و شیوع بالای بیکاری را توجیه کند. افرادی که در فقر زندگی می کنند، منابع مالی کافی برای حفظ استانداردهای اساسی زندگی را ندارند، فرصت های آموزشی، تحصیلی و شغلی کمتری دارند و در محیط های نامناسبی زندگی می کنند که امکان دسترسی به خدمات سلامت روان کمتر است. شرایط زندگی استرس آور افراد را در خطر بالای ابتلا به بیماری های روانی قرار می دهد. افراد مبتلا به اختلالات روانی به دلیل بیماری نمی توانند کار کنند. فقدان شغل و بیکاری این افراد را بیشتر به سمت فقر می کشاند و این افراد قادر به پرداخت هزینه های درمانی خود نیستند. در نتیجه نه تنها بیماری آنها بهبود نمی یابد بلکه بدتر هم می شود. تمام

1. Lund

2. social causation hypothesis

3. social selection hypothesis

4. Muntaner

6. Saraceno

7. Leghton & Hughes

این عوامل باعث ایجاد چرخه منفی بین فقر و بیماری روانی می شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷).

فرهنگ و شکل گیری ویژگی ها و صفات شخصیتی

فرهنگ می تواند با ایجاد صفات شخصیتی خاصی، افراد را مستعد برخی اختلالات روانی کند (لیگتون و هاگس،^۱ ۲۰۰۵). این دیدگاه که شخصیت ریشه های ژنتیکی دارد، انکار ناپذیر است ولی عوامل محیطی که مهم ترین آن ها فرهنگ است نیز در شکل گیری شخصیت افراد مؤثر است. پژوهشگران نشان داده اند که در بین گروه های فرهنگی شباهت های شخصیتی بیشتر از تفاوت هاست (گلدبرگ،^۲ ۱۹۸۱). مفاهیم مانند شخصیت هنجاری و ویژگی شخصیتی ملی توسط انسان شناسان و روانپزشکان مطرح شدند برای توجیه این حقیقت که برخی صفات شخصیتی و آمادگی برای ابتلا به علائم روانشناختی با رشد کردن در فرهنگ خاصی مرتبط است. برای مثال اگر در یک فرهنگ الگوهای بدگمانی، خصومت، ترس از سحر و جادو و عقاید بزرگ منشی رواج یابد، مانند گروه های هندی شمال غربی، تمایل به بروز علائم پارانوئید شایع می شود. همچنین پژوهش ها نشان داده اند شکایت های روان شناختی به شکل علائم جسمی در افراد و فرهنگ هایی مثل پرتغال و ایتالیا که صفت نوروتیزم در آن ها بالا است، دیده می شود (اشان و گارانگ، ۲۰۰۹).

یک عامل مهم فرهنگی که می تواند با ترویج برخی صفات شخصیتی در بروز اختلالات روانی اثر گذار باشد، جمع گرایی^۳ و فردگرایی^۴ است. اعضای فرهنگ های فردگرا خود را به عنوان افراد مستقل و خودمختاری می بینند که به وسیله اهداف و ترجیحات خود برانگیخته می شوند (هسو،^۵ ۱۹۷۱). در این فرهنگ ها بر استقلال، رقابت، اتکا بر خود و منحصر به فرد بودن تاکید می شود. در فرهنگ های جمع گرا

^۸. Goldberg

^۳. collectivism

^۴. individualism

^۵. Hsu

ارتباط با سایر افراد جامعه تشویق می شود و اهدافی ارجحیت دارند که سازگاری گروهی را تهدید نکنند (هیو و تریاندیس^۱، ۱۹۸۶). ملت‌های صنعتی مثل ایالت متحده، انگلستان و استرالیا فرهنگ‌های فردگرا دارند و مناطق در حال توسعه مانند آفریقا، چین و سایر نواحی شرق میانه به طور عمده باورهای سنتی داشته و جمع‌گرا هستند (ایسرمن، کان و کلمیر^۲، ۲۰۰۲). فرهنگ‌های جمع‌گرا فعالیت‌های اجتماعی و وابستگی را افزایش و خودمختاری را کاهش می دهند. سطح پایین تر بهزیستی ذهنی در فرهنگ‌های جمع‌گرا را می‌توان ناشی از نارضایتی فرد از بار انجام وظیفه برای دیگران و موانعی برای رسیدن به خودشکوفایی دانست. فرهنگ‌های جمع‌گرا و سنتی ممکن است شرایط را برای ایجاد اضطراب و افسردگی فراهم کنند. اضطراب به دلیل اینکه فرد انتظارات و تعهدات اجتماعی را در قبال دیگران برآورده می کند یا خیر و افسردگی ناشی از احساس شرم و گناه به خاطر پیروی کردن از اهداف خود (کالدویل هریس و آسیسیگل^۳، ۲۰۰۶).

در طول ۴۰ سال گذشته، پژوهشگران افزایش سندرم‌های روانپزشکی و انحرافات جنایی را در کشورهای صنعتی غربی خاطر نشان کردند و علت را فردگرایی غربی می دانند. (لین^۴؛ ۲۰۰۰؛ والچ^۵ و والچ^۶، ۱۹۸۳). ارزش‌های فردگرایی مانند رقابت، لذت‌گرایی و ترجیح اهداف فردی بر همسازی گروهی به عنوان زیربنای طیف وسیعی از مشکلات اجتماعی در نظر گرفته می شوند. برخی محققان معتقدند که اختلال عملکرد در خانواده که در فرهنگ‌های فردگرا شایع است، متغیر مهمی در افزایش رفتارهای ضداجتماعی است (واین و لف^۷، ۱۹۷۶). بیماری‌های اجتماعی می توانند ناشی از کاهش حمایت اجتماعی نیز باشد که در نتیجه افزایش تمرکز بر پیشرفت فردی ایجاد

1. Hui & Triandis

2. Oyserman, Coon & Kimmelmier

3. Caldwell-Harris & Aycicegi

7. Lane

5. Wallach

9. Vaughn & Leff

می‌شوند (گاتفردسون و هیرچی، ۱۹۹۰). زمانیکه فرهنگ‌ها به سمت فردگرایی حرکت می‌کنند، کودکان تعاملات معنادار کمتری را با والدین خود برقرار می‌کنند (پاریس، ۱۹۹۶).

فقدان کنترل والدینی و زیستن در جامعه ای که تحقق فردی را تشویق می‌کند، باعث می‌شود که کودکان و والدین فرصت کمتری برای کنترل تکانه‌های خود بیابند (هورگان، ۱۹۷۵). یک دیدگاه معتقد است که فردگرایی شکل خفیفی از آسیب شناسی روانی است (هوی و تریندیس و یی، ۱۹۹۱) و افراد در جوامع فردگرا نمرات بالاتری در اختلالات شخصیت ضداجتماعی و احتمالاً خوشیفته و نمرات پایین‌تری در مقیاس‌های همدلی و اضطراب اجتماعی کسب می‌کنند. در واقع فرهنگ‌های فردگرا پیگیری خودشکوفایی را پرورش می‌دهند اما باعث رواج انزوای اجتماعی می‌شوند (تریندیس، ۲۰۰۱).

به طورکلی فرهنگ‌های جمع‌گرا و فردگرا با عوامل خطرناک متفاوتی مرتبط هستند. فرهنگ‌های فردگرا با اختلال شخصیت ضداجتماعی، تکانش‌گری و اختلال شخصیت خودشیفته همراه هستند و فرهنگ‌های جمع‌گرا زمینه را برای بروز با افسردگی، اضطراب و صفات اختلال وسواسی مهیا می‌کنند (لیگتون و هاگس، ۲۰۰۵).

هینریچس، راپی، آلدن^۵ و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که در کشورهای جمع‌گرا میزان اضطراب اجتماعی و علائم مرتبط با آن نسبت به کشورهای فردگرا بیشتر است. بررسی کالدویل هریس و آسیسیگل (۲۰۰۶) نیز در مورد اختلالات روانی در فرهنگ‌های جمع‌گرا و فردگرا نشان داد که در فرهنگ‌های جمع‌گرا میزان اختلالات افسردگی، اضطراب اجتماعی، وسواس و اختلال شخصیت

1. Gottfredson & Hirschi

2. Paris

3. Horgan

4. Hui, Triandis & Yee

5. Heinrichs, Rapee & Alden

وابسته بیشتر است. در حالیکه در فرهنگ های فردگرا اختلالات شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید، خودشیفته، مرزی و ضداجتماعی شیوع بیشتری دارد.

تولید مثل فرهنگی^۱

عامل فرهنگی دیگری که می تواند بر آسیب شناسی روانی ارتباط داشته باشد تولید مثل فرهنگی است که در برخی فرهنگ ها به خصوص در فرهنگ های غیر غربی یا برخی جوامع کوچک که به دلایلی در انزوا و به دور از جوامع دیگر زندگی می کنند، وجود دارد. در این گروه افراد داخل آن فرهنگ با هم ازدواج کرده و ازدواج با افراد خارج از آن فرهنگ منع می شود. در نتیجه با شیوع بیماری های ارثی مانند عقب ماندگی ذهنی، اسکیزوفرنی، افسردگی یا سایر اختلالات روانی، انتظار می رود که این اشکال بیماری روانی در آن گروه شایع شده و غالب شود. در واقع در این موارد فرهنگ بر توزیع ژن های حاوی اختلالات روانی اثر می گذارد (لیگتون و هاگس، ۲۰۰۵).

فرهنگ و سبک های فرزند پروری

عامل فرهنگی دیگری که می تواند زمینه ساز بروز اختلالات روانی شود، سبک های فرزندپروری است. باورها و رفتارهای ناشی از فرهنگ می تواند تعیین کنند که چطور والدین از کودکان خود مراقبت کنند. فرهنگ می تواند از طریق اثرگذاری بر سبک های فرزندپروری بر بروز اختلالات روانی اثرگذار باشند. این دیدگاه بر تجربه های اولیه زندگی تأکید دارند که می تواند باعث ایجاد صفاتی شوند که فرد را برای برخی اختلالات روان پزشکی مستعد سازد. این دیدگاه به نظریه فروید برمیگردد. از منظر فروید، آموزش توالی رفتن، تغذیه کردن، کنترل پرخاشگری، از شیرگرفتن، حق انتخاب و استقلال دادن می تواند بر ابتلای فرد به اختلالات روانی در بزرگسالی اثر بگذارد و این عوامل تحت تأثیر فرهنگ هستند. فرهنگ ها عادات و رسوم متفاوتی در زمینه پرورش و تربیت کودک دارند مانند استفاده از قنداق، شیر دادن به کودک از طریق

شیشه شیر یا تغذیه از سینه مادر، انواع متفاوتی از پاداش ها و تنبیه ها و نگرش های والدینی که می تواند بر سلامت روان کودک اثرگذار باشند (لیگتون و هاگس، ۲۰۰۵). از سوی دیگر رابطه بین سبک فرزندپروری و بروز اختلالات روانی در بافت فرهنگی قابل تفسیر است. برای مثال در فرهنگ های جمع گرا، سبک فرزندپروری کنترل کننده و عاری از عاطفه لزوماً بر رشد کودک اثر منفی نمی گذارد. اما در فرهنگ های فردگرا این سبک فرزندپروری می تواند اثر شدیداً منفی بر رشد کودک بگذارد و زمینه ساز بروز اختلالات روانی شود. در برخی فرهنگ ها سبک فرزند پروری کنترل کننده لزوماً توسط نوجوانان و کودکان منفی ارزیابی نمی شود اما در برخی فرهنگ های دیگر آزار دهنده است. برای مثال جوانان آمریکایی سبک فرزندپروری کنترل کننده را با طرد و خصومت والدین مرتبط میدانند در حالیکه نوجوانان کره ای کنترل را با گرمی والدینی بیشتر و غفلت کمتر مرتبط می دانند (جا او و همکاران، ۲۰۰۲).

نقش فرهنگ در ابراز علائم روان شناختی

یکی از تأثیرات فرهنگ بر بیماری های روانی این است که چطور بیماران علائم خود را برای درمانگر توصیف کرده و یا بروز می دهند. گروه های قومی متفاوت، پریشانی و علائم جسمانی خود را به طرق مختلف ابراز می کنند. برای مثال بیماران آسیایی بیشتر تمایل دارند علائم جسمی خود مانند سرگیجه را گزارش کنند و از گزارش علائم روان شناختی خود اجتناب می کنند. (لین و چئونگ، ۱۹۹۹). این یافته نشان می دهد که بیماران در فرهنگ های مختلف معمولاً علائم خود را به طریقی که از لحاظ فرهنگی پذیرفته شده است، بیان می کنند (کلینمان، ۱۹۸۸). در مردم کشورهای غربی، اضطراب به شکل نگرانی های شدید درباره ی مسائل مالی، سلامتی، یا شغلی

1. Ja Oh

2. Lin & Cheung

3. Kleinman

نشان داده می شود. در بین سیاهپوستان آفریقا یا مردم جوامع بدوی استرالیا، اضطراب، به صورت ترس از جادو و جمبل مشاهده می شود. در بین چینی‌ها، افسردگی بیشتر به صورت سمپتوم‌های جسمی دیده می‌شود تا به صورت سمپتوم‌های روانی. بسیاری از چینی‌های افسرده به جای اینکه بگویند احساس غم می کنند، می‌گویند که احساس سردرد، خستگی شدید، ضعف و حتی سرگیجه دارند (گنجی، ۱۳۹۲). همچنین در هند، دامنه‌ی گسترده‌ای از اختلالات پریشان کننده به عنوان اختلالات افسردگی طبقه بندی می‌شوند. در حالیکه در ژاپن داشتن اختلال روانی خیلی پذیرفته شده نیست و بنابراین تعداد کمی از افراد می پذیرند که به اختلالات روانی مبتلا هستند. بدون دانستن این موضوع بیشتر افراد ممکن است تصور کنند که مردم هندی میزان بالایی از اختلال افسردگی را تجربه می کنند و مردم ژاپن به ندرت مبتلا به این اختلال می شوند (نمادی، ریس و دام بک، ۲۰۰۷).

تحقیقات نشان داده‌اند که ابراز علائم سایکوتیک می‌تواند تحت تأثیر زمینه فرهنگی- اجتماعی بیمار قرار بگیرد که ارزش‌ها و باورهای رایج در آن فرهنگ را منعکس می‌کند. برای مثال در ایالت متحده یک مطالعه از ۳ گروه قومی در زمینه علائم روان‌پریشی انجام شد. نتایج نشان داد که آمریکایی‌های آفریقایی تبار به احتمال بیشتری رفتارهای سوء ظنی و توهمی نشان می‌دهند در حالیکه آمریکایی‌های اروپایی- تبار نمرات بالاتری در علائم هیجانی کسب کردند و لاتین‌تبارها میزان بالاتری از علائم جسمی را گزارش کردند (باریوآ و همکاران، ۲۰۰۳).

از آنجاییکه اعتقاد بر این است که فرهنگ بر علائم و بروز بیماری‌های روانی اثر می‌گذارد و پژوهش‌های زیادی گزارش کردند که برخی علائم در مناطق خاصی یافت می‌شوند و در مناطق دیگر وجود ندارد، DSM یک طبقه جدید به نام سندرم‌های وابسته به فرهنگ را به طبقه‌ی اختلالات افزود (APA، ۲۰۰۷). اگرچه سندرم‌های

1. Nemade, Reiss & Dombeck

2. Barrio

وابسته به فرهنگ ممکن است تشابهاتی با برخی اختلالات روان‌شناختی داشته باشند، از این نظر که آنها فقط در برخی نواحی خاص (یا گروه‌های فرهنگی خاص) به عنوان آسیب‌شناسی شناخته می‌شوند منحصر به فرد هستند (اشان و گارانگ، ۲۰۰۹). تعداد زیادی سندرم‌های وابسته به فرهنگ وجود دارند. از بین آن‌ها می‌توان سندرم آموک را مثال زد که در آسیای جنوب‌شرقی و مالزی شایع است. در زبان مالزیایی، کلمه ی آموک به معنای "دیوانه با خشم غیرقابل کنترل" است. در این اختلال، فرد مدتی به فکر عمیق فرو می‌رود و بعد رفتاری دیوانه وار نشان می‌دهد، فکر می‌کند کسانی در صدد قتل وی هستند، فراموشی به او دست می‌دهد، به شدت احساس خستگی می‌کند، و گاهی به قتل و کشتار مردم، به تعداد هرچه بیشتری که می‌تواند، می‌پردازد. این اختلال بیشتر در مردان مشاهده می‌شود (گنجی، ۱۳۹۲). نکته جالب این است که برخی گروه‌های فرهنگی غیرغربی روش‌های رسمی و غیررسمی طبقه‌بندی، تشخیص و درمان اختلالات روانی مخصوص به خود را دارند. برای مثال طبقه‌بندی چینی اختلالات روانی (CCMD) منتشر شده است (چن، ۲۰۰۲). این سیستم طبقه‌بندی مشابه سیستم طبقه‌بندی DSM و ICD است اما برخی علائم و شرایطی که خاص فرهنگ چین است در آن گنجانده شده است (اشان و گارانگ، ۲۰۰۹). به استثنای سندرم‌های وابسته به فرهنگ، به طور کلی، اختلالات روانی در سراسر دنیا و در تمام فرهنگ‌ها یکسان است، مانند اختلال افسردگی که در سراسر جهان توسط افراد تجربه می‌شود اما علائمی که فرد در قالب یک بیماری ابراز می‌کند می‌تواند تحت تأثیر فرهنگی باشد که فرد در آن زندگی می‌کند. آگاهی از زمینه‌های فرهنگی و شناسایی علائمی که بیماران در فرهنگ‌های مختلف از یک بیماری واحد گزارش می‌کنند، می‌تواند بر تشخیص‌گذاری صحیح اختلالات اثر گذار باشد.

فرهنگ و سبک مقابله فرد با استرس و بیماری روانی

سبک های مقابله ای در فرهنگ های مختلف، متفاوتند. در حقیقت فرهنگ می تواند عاملی اثرگذار یا واسطه گر بر استراتژی ها و سبک های مقابله ای باشد (چان، موسو کرونکیتی؛ ۲۰۰۶؛ گارانگ؛ ۲۰۰۶). یک عامل فرهنگی مهم که بر نوع مقابله فرد با مشکلات و بیماری ها اثر می گذارد، جمع گرایی و فردگرایی فرهنگ هاست (چان، موسو کرونکیتی، ۲۰۰۶) که در بخش های قبل در مورد آنها توضیح داده شد. روش های مقابله ای خاص در فرهنگ های جمع گرا عبارتند از: مقابله فردی (مقابله با استرس به تنهایی از طریق شرکت در فعالیتهای انفرادی)، جستجوی حمایت اجتماعی از خانواده، اعضای گروه های قومی یا افرادی که ناراحتی مشابهی دارند، تحمل یا شکیبایی کردن (استراتژی هیجان مدار)، دینداری و شیوه هایی معالجه سنتی (اشان و گارانگ، ۲۰۰۹).

افراد در فرهنگ های فردگرا بیشتر از راهبردهای مقابله ای رفتاری و متمرکز بر نزدیک شدن استفاده می کنند که میل آن ها را بر تأثیر گذاری بر محیط بیرونی برای دستیابی به اهداف مقابله ای نشان می دهد. از سوی دیگر افراد در فرهنگ های جمع گرا بیشتر از رویکردهای شناختی و اجتنابی استفاده می کنند که میل آنها را بر کنترل حالت های درونی برای رسیدن به اهداف مقابله ای نشان می دهد. در فرهنگ های جمع گرا، افراد بیشتر درگیر مقابله کردن های نافع و اجتنابی می شوند زیرا تمایل دارند که عامل استرسور را به عنوان یک تهدید ارزیابی کنند در حالیکه در فرهنگ های فرد گرا انتظار می رود که افراد بیشتر از سبک های فعال استفاده کنند زیرا عامل استرسور را چالش در نظر می گیرند (وانگ و وانگ، ۲۰۰۶).

در مثالی از این سبک ها، یه^۴ و همکاران (۲۰۰۶) در تحقیق خود بر روی نمونه ای از خانواده های آسیایی-آمریکایی که یکی از اعضای خانواده خود را درحمله ۱۱

1. Chun, Moos, & Cronkite

2. Gurung

3. Wong

4. Yeh

سپتامبر از دست داده بودند، به این نتیجه رسیدند که آزمودنی ها از روش های مقابله ای جمع گرا برای مقابله با استرس ناشی از فقدان استفاده کردند. یافته های حاصل از ۳ پژوهشی که توسط تایلور^۱ و همکارانش (۲۰۰۴) انجام شد، حاکی از آن بودند که آسیایی ها و آمریکایی های آسیایی تبار نسبت به آمریکایی های اروپایی تبار، به احتمال کمتری بر حمایت های اجتماعی برای مقابله با استرس متکی بودند. این یافته نشان داد که تفاوت های فرهنگی در جستجوی حمایت اجتماعی ممکن است به خاطر نگرانی برای نقض هنجارهای رابطه ای باشد. در فرهنگ جمع گرای آسیایی بر حفظ انسجام و هماهنگی گروهی و مقدم دانستن نیازهای دیگران بر نیازهای خود بسیار تأکید می شود. بنابراین اتکا بر دیگران برای حمایت اجتماعی می تواند مختل کننده ی این تعادل در نظر گرفته شود.

به طور کلی و با توجه به تحقیقات انجام شده، عوامل فرهنگی و بافت فرهنگی که فرد در آن زندگی می کند می توانند هم بر استرس هایی که فرد تجربه می کند و هم راهبردهایی که برای غلبه بر استرس به کار می برد اثرگذار باشد.

نقش فرهنگ در مراجعه فرد برای درمان

عوامل فرهنگی می توانند بر مراجعه فرد به متخصصان سلامت روان و درخواست کمک از آن ها اثرگذار باشند. یکی از عواملی که تعیین می کند آیا فرد در جستجوی کمک حرفه ای برای مشکلات روان خود بر می آید یا خیر، علتی است که فرهنگ به بیماری روانی نسبت می دهد. در فرهنگ هایی که بیماری روانی به علت های فراطبیعی نسبت داده می شود (مثل چشم زخم، سحر و جادو ...)، افراد به احتمال کمتری برای درمان خود به متخصصان سلامت روان مراجعه می کنند و بیشتر احتمال دارد به روحانیون، پزشکان، شفادهندگان سنتی مثل دعا نویسان مراجعه کنند (متیوس،

1. Taylor

دوز سانتوز و دی جیسوس ماری،^۱ (۲۰۰۵). عامل دیگری که تعیین کننده مراجعه فرد به متخصصان سلامت روان است، میزان اعتماد فرد به این متخصصان است. تحقیقات نشان داده اند که عدم اعتماد و بی میلی برای افشای مسائل خود که می تواند ریشه در فرهنگ داشته باشد، بر جستجوی درمان در مراجعان سیاه پوست اثرگذار است (کارلوس^۲ و همکاران، ۱۹۹۱).

همچنین ادراک فرد از بیماری نیز می تواند بر جستجوی درمان از متخصصان اثر بگذارد. برای مثال برای بسیاری از آسیایی ها، پریشانی هیجانی نتیجه ی فقدان قدرت اراده و ضعف شخصیت دانسته می شود (ناریکیو و کامئوکا^۳، ۱۹۹۲؛ سوآن و تایلر^۴، ۱۹۹۰). بنابراین خودکنترلی و حل مشکلات توسط فرد از نظر فرهنگی بر جستجوی کمک حرفه ای ارجحیت دارد (لو^۵ و همکاران، ۱۹۸۹؛ بوی^۶، ۱۹۹۹).

از سوی دیگر سبک های مقابله ای نافع که بیشتر در فرهنگ های جمع گرا مانند آسیایی ها رواج دارد مانند اجتناب، کناره گیری، ترک موقعیت، پذیرش سرنوشت و شانس در ایجاد اختلال روانی می تواند بر جستجوی درمان اثرگذار باشند. این سبک های مقابله ای ذاتاً ناسازگارانه نیستند اما می توانند باعث انکار نیاز برای کمک و بنابراین عدم جستجوی درمان زمانی ابتلا به مشکلات روانی شوند (بیو و تاکوچی^۷، ۱۹۹۲؛ دورواسولا و سو^۸، ۱۹۹۶).

1. Mateus, dos Santos, & de Jesus Mari

2. Carlos

3. Narikiyo & Kameoka

4. Suan & Tyler

5. Loo

6. Boey

7. Bui & Takeuchi

8. Durvasula, R., & Sue

9. stigma

در نهایت عامل دیگر اثرگذار بر جستجوی درمان ترس از استیگما^{۱۰} (بدنامی و ننگ) و آبروریزی است. استیگمایی که همراه با ابتلا به بیماری روانی که در برخی فرهنگ ها شایع تر است، مانعی برای جستجوی درمان است (سو، ۱۹۹۳؛ هو، ۱۹۸۹).

غیر از عوامل مطرح شده در این بخش عوامل فرهنگ دیگری نیز می توانند بر مراجعه فرد برای درمان اثرگذار باشند و این عوامل در هم تنیده و پیچیده هستند. بررسی نقش این عوامل نیازمند تحقیقات گسترده است. همچنین آگاهی از عواملی که در برخی فرهنگ ها مانعی برای درمان افراد به شمار می روند می تواند از اهمیت به سزایی برای سرویس های خدمات رسانی سلامت روان برخوردار باشد و با توجه به فرهنگی که خدمات در آن ارائه می شود، می توان با فرهنگ سازی و آگاهی افزایی با این عوامل مقابله کرد.

فرهنگ و سنجش آسیب شناسی روانی

سنجش سلامت روانی حتی بدون توجه به مساله تفاوت های فرهنگی، موضوع پیچیده ای است. هدف سنجش، جداکردن رفتار بهنجار از نابهنجار و تعیین میزان مراقبت مورد نیاز است. ابزاری که در میان فرهنگ های مختلف مورد استفاده قرار می گیرد بایستی با آن گروه فرهنگی تناسب داشته باشد. ابزار مورد استفاده در سنجش، بایستی در فرهنگ های مختلف معادل بوده و اطلاعات مشابهی را به دست دهد. و در نهایت اینکه نتایج ابزار مورد استفاده قابل تعمیم به فراتر از جلسه سنجش باشد و اطلاعاتی را برای تشخیص و پیش بینی سلامت روان فراهم سازد. بنابراین برای انطباق ابزارهای ترجمه شده از انگلیسی به زبانهای دیگر بایستی سازه زیربنایی که ابزار آن را اندازه میگیرد حفظ شود (اشان و گارانگ، ۲۰۰۹). با شناخت متغیرهای گوناگون که

¹⁰. Ho

سلامت روان را شکل می دهند، متوجه می شویم که دستیابی به یک سنجش روانشناختی ایده ال امکان پذیر نیست بلکه ما تنها می توانیم به سنجشی دست پیدا کنیم که مفید باشد (آلن، ۲۰۰۷). به اعتقاد سم و موریرا (۲۰۰۲) برای فهم سلامت روانی بایستی هم مولفه های عمومی و جهان شمول سلامت روان و هم تاثیری که فرهنگ بر این مولفه ها دارد را بشناسیم.

هنگام سنجش سلامت روان در بافت فرهنگی بایستی به موضوعات کلیدی روانسنجی چون ساختار تست، خطای اندازه گیری،^۳ ترجمه ها، اجرای تست^۵ و تفسیر آنها دقت کنیم. برای مثال فرهنگ های مختلف به گونه متفاوتی درباره زبان فکر می کنند و بنابراین ترجمه کلمه به کلمه یک ابزار برای ایجاد یک ابزار مشابه و همسان در فرهنگ های مختلف مناسب نیست. از طرفی زمانی که یک ابزار به زبان دیگری ترجمه می شود به این معنا نیست که آن ابزار اعتبار دارد و بایستی اعتبار سازه ابزار ترجمه شده مجددا بررسی گردد (گنسیگر،^۶ ۱۹۹۴). در هنگام اجرای تست هم بایستی به این نکته توجه داشت که اجرا کننده تست بایستی از ابزارهای معتبر استفاده کند و نسبت به آنچه هدف تست است و برای سنجش آن ساخته شده است آگاه باشد؛ چرا که گاهی ممکن است یک ابزاری که به خوبی طراحی، ترجمه و اعتباریابی شده است در اثر اجرای نادرست، نتیجه مطلوبی به دست ندهد. پس از اجرای تست نتایج بایستی تفسیر شوند. موضوع حائز اهمیت این است که نتایج با توجه به بافت فرهنگی فرد تفسیر شوند چرا که نحوه پاسخ دهی فرد ریشه در فرهنگ وی دارد و جنبه های فرهنگ وی را منعکس می کند (اشان و گارانگ، ۲۰۰۹)

1. Allen

2. Test construction

3. measurement error

4. translations

5. test administration

6. Geisinger

علاوه بر آن، بایستی اطلاعاتی را در مورد جمعیتی که قرار است ابزار مورد نظر در مورد آنها به کار گرفته شود نیز به دست آورد. موضوع سومی که بایستی مورد توجه قرار گیرد تعامل میان سازه مورد نظر و فرهنگ است. فرهنگ بر روی اینکه چه چیزی مطلوب و چه چیزی نامطلوب است تاثیر می گذارد؛ بنابراین تهیه ابزاری که تحت تاثیر مطلوبیت اجتماعی^۱ قرار نگیرد یکی از مشکلات روانسنج ها در مطالعات اخیر است (هولمز و هاگنز، ۲۰۰۷). بنابراین مهم است که قبل از تلاش برای ساختن یک ابزار از مطلوبیت های اجتماعی یک فرهنگ که ممکن است بر آن سازه اثر گذارد، آگاه باشید.

به طور خلاصه می توان گفت، که اندازه گیری متغیرهای مربوط به سلامت روان به ویژه در بافت تفاوت های فرهنگی امری پیچیده است و با چالش های عدیده ای روبه رو است. با توجه بیشتر به سازه های مربوط به سلامت روان، تفاوت های فرهنگی و تعامل آنها با یکدیگر، و به کار گیری اصول روانسنجی ما می توانیم به ابزارهای بهتری دست پیدا کنیم و و فهم خود را از مولفه های سلامت روان در بافت فرهنگی افراد افزایش دهیم.

علاوه بر آن در فرآیند سنجش و تشخیص اختلالات روانی در فرهنگ های مختلف، درمانگران بایستی در کار بالینی خود یک سری موضوعات را مد نظر قرار دهند. ابتدا، قبل از شروع سنجش و تشخیص اختلالات روانی در میان مراجعین مربوط به گروههای فرهنگی دیگر، درمانگر در ابتدا بایستی به ارزیابی خود درباره سوگیری های ناخواسته^۲ و پیش داوری های^۳ خود در رابطه با گروههای فرهنگی بپردازد (لیچ و آتن، ۲۰۱۰).

¹. social desirability

². Holmes & Hughes

³. Unintended Biases

⁴. Prejudices

⁵. Leach & Aten

دوم اینکه بایستی به بررسی اثرات فرهنگ پذیری^۱ در سنجش و تشخیص اختلالات روانی پرداخت. فرهنگ پذیری به طور کلی به میزان یک پارچه کردن الگوهای فرهنگی جدید با الگوهای فرهنگی قبلی گفته می شود (باکی، استروم و استروم، ۲۰۰۳). در جریان فرهنگ پذیری افراد ممکن است علائمی را تجربه کنند که به اختلالات روانی شبیه است علائمی چون اضطراب، افسردگی و اختلالات سازگاری. هدف اصلی درمانگر در این موقعیت‌ها این است که علائم اختلالات روانی را که ناشی از فرهنگ است از علائم بالینی تفکیک کند. سطح فرهنگ پذیری افراد نیز بر سنجش و تشخیص اختلالات تاثیر دارد. سطح فرهنگ پذیری با مواردی چون سن، کشور و خاستگاه اولیه افراد و تعداد سالهایی که در فرآیند فرهنگ پذیری قرار دارند؛ مشخص می شود. تفاوت در سطح فرهنگ پذیری افراد می تواند مشکلات زناشویی و یا مشکلاتی را میان والد- کودک به همراه داشته باشد و ناهمخوانی در سطوح فرهنگ پذیری اعضای خانواده و نه اختلالات روانی بایستی کانون توجه درمانگر قرار گیرد. بنابراین تشخیص اختلالات روانی در مراجعینی با زمینه فرهنگی متفاوت بدون در نظر گرفتن سطح فرهنگ پذیری آنها امکان پذیر نیست (لیچ و آتن، ۲۰۱۰).

سوم توجه به نقش نژاد و هویت فرهنگی مراجع می باشد؛ چرا که پیش داوری ها و تبعیض های نژادی، موقعیت های استرس آوری هستند که برای گروههای فرهنگی گوناگون مشکلات هیجانی را به همراه دارد (کلنوف، لاندربین و آلمن، ۱۹۹۹). این افراد ممکن است علائم عزت نفس پایین، افسردگی را نشان دهند (پانیگا، ۲۰۰۱). چهارم، انتخاب ابزارهای مناسب از نظر فرهنگی برای سنجش توانایی های عقلی و آسیب شناختی افراد با زمینه های فرهنگی متفاوت می باشد. بنابراین تهیه ابزارهای تشخیصی حساس به فرهنگ موضوع حائز اهمیتی می باشد و درمانگران هنگام ارزیابی کارکردهای عقلی و اختلالات روانی بایستی این موضوع را مد نظر قرار دهند (لیچ و آتن، ۲۰۱۰).

1. Acculturation

2. Buki, , Strom & Strom

به علاوه، DSM-5 یک ابزار بالینی یعنی مصاحبه فرمول بندی فرهنگی (CFI) را نیز در بر می‌گیرد که هدف آن اصلاح ارزیابی تشخیصی با کمک کردن به بالینگرها جهت جمع آوری اطلاعاتی درباره ابعاد فرهنگی-اجتماعی تجربه بیماری است. پژوهش‌ها نشان داده است که استفاده از مصاحبه فرمول بندی فرهنگی می‌تواند منجر به تغییراتی در تشخیص سایکوز، افزایش شناخت اختلالات سازگاری و سایر مشکلات دیگر میشود (آدپونل، گرولی و کیرمایر؛ ۲۰۱۵). CFI یک مصاحبه نیمه ساختاریافته است. نسخه اولیه این مصاحبه در مجموع ۱۶ سؤال دارد که تعاریف فرهنگی مشکل بالینی، علت ادراک شده، زمینه و حمایت و عوامل درمانی (شامل الگوهای مقابله ای فرد و درخواست کمک و درمان از دیگران را در بر می‌گیرد). هر بخش و اکثر سؤالات، بررسی‌های اضافی تر را برای تشریح کردن و بررسی عمیق تر پاسخ‌های اولیه در بر می‌گیرد. در آخر کارگروه DSM-5، ۱۲ مقیاس تکمیلی را که بر زمینه‌های متفاوت (سطوح کارکرد، شبکه‌های اجتماعی، استرسورهای روانی-اجتماعی، مذهب و معنویت و ...) و خرده گروه‌های جمعیت (مانند مهاجران، پناهندگان، کودکان و نوجوانان، سالمندان، مراقبان و ...) تمرکز می‌کند را نیز به این مصاحبه افزوده است (آلارکون، ۲۰۱۴). تمرکز DSM-5 بر عوامل فرهنگی و تغییراتی که بر اساس این عوامل در این نسخه از طبقه بندی بیماری‌ها اعمال شده است، نشانگر این است که پژوهش‌گران و متخصصان روان درمانی بیش از پیش به اهمیت فرهنگ در ارزیابی و تشخیص بیماری‌ها پی برده‌اند. غفلت از در نظر گرفتن نقش عوامل فرهنگی در بیماری‌های روانی توسط متخصصان می‌تواند منجر به سوگیری و خطا در تشخیص بیماری‌ها، ناتوانی در برقراری رابطه درمانی مناسب با بیمار و درک علائم او و همچنین ارائه راهکارهای درمانی مؤثر شود

فرهنگ و روان‌درمانی

¹. Adeponle, Groleau & Kirmayer

ارتباط میان فرهنگ و اثربخشی روان‌درمانی نکته‌ای است که در حرفه روانشناسی نمی‌توان آن را نادیده گرفت و بسیار سطحی‌نگری خواهد بود اگر روان‌درمانی را پدیده‌ای مستقل از فرهنگ در نظر بگیریم. اثر بخشی روان‌درمانی نه تنها به ارزش‌های مراجع بلکه به ارزش‌ها و سیستم فکری آن فرهنگ هم بستگی دارد و باید با بافت فرهنگی افراد منطبق باشد (استیونسون، ۲۰۱۰).

زمانی که مراجع و درمانگر دیدگاه مشابهی درباره سلامتی و بیماری داشته باشند، درمان نیز اثر بخش‌تر خواهد بود. این موضوع احتمالاً زمانی بیشتر دیده می‌شود که زمینه فرهنگی مراجع و درمانگر مشابه باشد. در برخی مناطق بیماری را در قالب مفاهیم روحانی و معنوی مفهوم‌پردازی کرده در حالی که در روانپزشکی غربی، مفاهیم را در قالب پارادایم پزشکی در نظر می‌گیرند. بنابراین قرار دادن معنویت یا مذهب در کنار رویکرد علمی و پزشکی برای این قبیل مراجعان مناسب خواهد بود (استیونسون، ۲۰۱۰). بنابراین شاید بتوان گفت، اولین گام در برنامه درمانی، فهم دیدگاه مراجعین درباره خودشان، مشکل، انتظارات از درمان و پیامدهای مطلوب درمانی می‌باشد. اگر ما ندانیم که مراجع از چه فرهنگی می‌آید و به چه ارزش‌هایی پایبند است، شانس کمی برای طرح ریزی یک برنامه درمانی موثر خواهیم داشت (وهل، ۲۰۰۲).

از سوی دیگر ارتباطات بین فردی نیز بر موفقیت درمان اثر گذار است و دیدگاه افراد در زمینه ارتباطات بین فردی از فرهنگی به فرهنگ دیگر متفاوت است. برای مثال مراجعین عرب برقراری تماس چشمی به صورت مستقیم را در طول جلسه مشاوره، بی‌احترامی می‌دانند. از طرفی تفاوت‌های فرهنگی در ادراک مقام و قدرت در رابطه درمانی میان درمانگر و مراجع تاثیر دارد. در برخی مناطق درمانگر، چهره قدرتمندی است که فرآیند درمان را هدایت می‌کند در حالی که در فرهنگ‌های دیگر ممکن است فضا دموکراتیک و مراجع محور باشد. بنابراین روشن است که درمانگری

1. Stevenson

2. Wohl

موثر خواهد بود که متناسب با دیدگاه مراجع وارد رابطه درمانی شود (استیونسون، ۲۰۱۰).

طرح ریزی برنامه درمانی در بافت های فرهنگی گوناگون

متخصصان بهداشت روانی باید آگاهی، دانش و مهارت خود را در زمینه های فرهنگی افزایش دهند تا بتوانند برنامه درمانی موثری را با توجه به زمینه و بافت فرهنگی افراد و دیدگاههای آنها طراحی کنند. برنامه درمانی ماحصل مفهوم پردازی موردی درمانگر براساس دیدگاه نظری اش و توجه به فاکتورهای اجتماعی، فرهنگی و دیگر عوامل زمینه ای می باشد. علاوه بر آن بسیار مهم است که اهداف مراجع و انتظارات وی را نیز در برنامه درمانی بگنجانیم. پاسخ گویی به این سوال که چه زمانی، چگونه و با چه گستره ای مسائل فرهنگی را در نظر بگیریم، امری دشوار است چرا که نقش و اهمیت فرهنگ از مراجعی به مراجع دیگر و از زمینه ای به زمینه ی دیگر متفاوت است. این فرآیند پیچیده نیازمند آگاهی، دانش و مهارت درمانگران است که از مؤلفه های اصلی شایستگی فرهنگی می باشد (سو، اردوندو و مک دیویس، ۱۹۹۲). به منظور افزایش آگاهی فرهنگی در برنامه درمانی، درمانگران بایستی توجهشان را به خودشان معطوف سازند. آنها باید سوگیری ها و مفروضه هایشان را درباره مراجعین شناسایی و بررسی کنند چرا که سوگیری ها و تفکرات قالبی درمانگران با مداخله درمانی موثر تداخل می کند. علاوه بر آن درمانگران باید از سوگیری هایی که ممکن است مراجعین با توجه به نژاد، زمینه فرهنگی، وضعیت حرفه ای، سن و جنسیت درمانگر داشته باشند نیز آگاه باشند (وسکوزا، ۲۰۰۵). برای مثال ممکن است مراجعین مسن تر، احساس کنند که درمانگران جوان تر فاقد تجربه و مهارت کافی برای کمک به آنها هستند. بنابراین، درمانگران بایستی نسبت به این موضوعات آگاهی داشته باشند و در صورت لزوم از طریق برقراری ارتباط، اشاره به نگرانی ها و تفاوت های فرهنگی

1. Vasquez

و یا از طریق منطبق کردن رویکرد و سبک درمانی خود با مراجع اعتبار خود را افزایش دهند (هیز، ۲۰۰۱).

درمانگران می توانند دانش مورد نیاز برای برنامه درمانی را از طریق یادگیری درباره تفاوت های فرهنگی موجود در دیدگاههای مراجعین، افزایش دهند. برخی تفاوت های فرهنگی عبارتند از فردگرایی در برابر جمع گرایی (تریانديس، ۱۹۹۵)؛ منبع کنترل درونی در برابر منبع کنترل بیرونی (سو، ۱۹۸۷)؛ اکثریت در برابر اقلیت (ميو، بارکر-هکت و تاممبینگ، ۲۰۰۶). افزایش دانش درباره مفاهیم کلی فرهنگی، نظریه ها، مدل ها و رویکردهای درمانی می تواند برنامه های درمانی ما را بهبود ببخشد. بنابراین یک برنامه درمانی موثر تحت تاثیر دانش درمانگران درباره دیدگاه مراجعین، هویت نژادی، قومی و فرهنگی؛ سطح، مرحله و سبک فرهنگ پذیری؛ باورهای معنوی و مذهبی؛ جهت گیری جنسی، هویت جنسی، فاکتورهای سنی و نسلی قرار می گیرد (هیز، ۲۰۰۱). این عوامل به گونه ای پویا بر تظاهرات علائم، جست و جوی درمان و انتظارات درمانی تاثیر می گذارند (لیچ و آتن، ۲۰۱۰).

اگرچه کسب اطلاعات و دانش در زمینه های بین فرهنگی و یادگیری این مفاهیم حائز اهمیت است ولیکن گام بعدی برای بسیاری از درمانگران کاربرد این مفاهیم و نظریات در کار بالینی است. مهارت های مورد نیاز برای شایستگی فرهنگی نیازمند تمرین و شکل گیری مداوم هستند. برخی از این مهارت ها عبارتند از: جمع آوری اطلاعات فرهنگی، پرسیدن از مراجع درباره زمینه فرهنگی اش، انعطاف پذیر بودن، وفق دادن سبک ارتباطی و رابطه درمانی با زمینه فرهنگی مراجع، توانایی نشان دادن احترام نسبت به دیگران، توانایی ایجاد یک فضای درمانی غیر قضاوتی، توانایی تحمل ابهام و شوخ طبعی. این مهارت های ارتباطی بین فرهنگی از طریق تجربه واقعی زندگی در زمینه های فرهنگی مانند برقراری رابطه دوستی، زندگی کردن، کار کردن و... به

1. Hays

2. Mio, Barker-Hackett & Tumambing

دست می آید. درمانگر بایستی بدانند که مهارت های اولیه پایه مشاوره چون توجه مثبت نامشروط، همدلی، گشودگی، انعطاف پذیری، احترام و تخصص داشتن می تواند به برقراری ارتباط میان فرهنگ ها کمک کند (هیز، ۲۰۰۱؛ پدرسن، ۲۰۰۴).

در طرح ریزی برنامه اولیه درمان، درمانگران بایستی هم به محتوا و هم به فرآیند درمان توجه داشته باشند. طرح ریزی درمان، مشابه سنجش فرهنگی، یک فرآیند مداوم است و با دستیابی به اطلاعات جدید، تجدید نظر شده و با مراجع متناسب سازی می شود. برنامه درمانی بایستی مراجعین را به سمت دستیابی به اهدافشان هدایت کند. اهداف درمانی مراجعین منعکس کننده ی ارزش های فرهنگی، خانوادگی و شخصی آنها می باشد. درمانگران به مراجعین کمک می کنند تا اهداف خود را شناسایی و روشن کرده و به گام های قابل مدیریت تقسیم کنند. از طرفی به مراجعین کمک می کنند تا بررسی کنند که این اهداف چگونه با زمینه فرهنگی آنها منطبق می شود و در صورت رسیدن به این اهداف زندگی آنها چه تغییری می کند. درمانگران نیز بایستی بررسی کنند که آیا قادر خواهند بود به نحو موثری به مراجعین کمک کنند تا به اهدافشان دست یابند یا خیر؟

تمرکز برنامه درمانی نیز به اهداف درمانی، انتظارات درمانی و مفهوم پردازی مشکل بستگی دارد. نگرانی های هویتی، مشکلات معنوی و دشواری های مرتبط با فرآیند فرهنگ پذیری را نیز بایستی به عنوان مسائل بالقوه ای که بایستی مورد توجه قرار گیرند، در نظر داشت (لیچ و آتن، ۲۰۱۰).

به طور خلاصه می توان گفت که در تدوین برنامه درمانی بایستی موضوعات فرهنگی را که ممکن است هم بر محتوا و هم بر فرآیند برنامه درمانی اثر گذارند را مورد توجه قرار داد. این امر مستلزم آگاهی، دانش و مهارت درمانگران است که بتوانند برنامه درمانی را با انتظارات، باورها و ارزش های فرهنگی مراجع منطبق سازند.

1. Pedersen

2. tailoring

نتیجه‌گیری

در این مقاله به تبیین جایگاه فرهنگ در آسیب‌شناسی روانی پرداخته شد. ابتدا نقش فرهنگ در سبب‌شناسی اختلالات روانی مورد بحث قرار گرفت. فرهنگ از طریق تأثیرگذاری بر عوامل متعددی می‌تواند باعث ایجاد اختلالات روانی شده یا بروز اختلالات روانی را تسهیل کند. در این مقاله به چند نمونه از این عوامل پرداخته شد. بیان شد که فرهنگ از طریق ایجاد استرس می‌تواند زمینه‌ساز بروز اختلالات شود. در فرهنگ‌هایی که تبعیض نژادی و قومی بیشتر است و فقر و بیکاری رواج بیشتری دارد، استرس بیشتری تجربه می‌شود و در نتیجه اختلالات روانی نیز فرصت ظهور می‌یابند. همچنین زمینه‌فرهنگی که فرد در آن زندگی می‌کند، می‌تواند بر شخصیت و صفات رفتاری فرد نیز اثر گذاشته و صفات شخصیتی را ترویج دهد که برای برخی اختلالات روانشناختی مستعدتر هستند. فرهنگ حتی می‌تواند بر ترویج ژن‌های حاوی اختلالات روانی نیز اثرگذار باشد. هنگامیکه فرهنگ در یک گروه اقلیت، ازدواج با افراد خارج از گروه را منع می‌کند، ژن‌های بیماری‌زا سریع‌تر رواج خواهند یافت و به ارث می‌رسند. فرهنگ بر سبک‌های تربیتی و فرزندپروری نیز مؤثر است. والدین با تأثیر از فرهنگی که در جامعه غالب است، اصولی درباره تربیت فرزندان خود دارند که می‌تواند آنها را از همان دوران کودکی برای برخی اختلالات روان‌شناختی آسیب‌پذیر کند. در ادامه نقش فرهنگ در ابراز علائم روانشناختی مطرح شد. اختلالات روانشناختی در سراسر جهان واحد هستند اما همین اختلالات واحد به شیوه‌های مختلف در فرهنگ‌های مختلف ابراز می‌شوند. گاهی حتی نفوذ فرهنگ تا حدی پیش می‌رود که سیستم‌های طبقه‌بندی رسمی اختلالات روانی مانند DSM وجود برخی بیماری‌های وابسته به فرهنگ را تأیید می‌کنند. فرهنگ حتی بر نوع مقابله فرد با استرس و بیماری روانی اثر می‌گذارد و در فرهنگ‌های مختلف شاهد استراتژی‌های متفاوتی برای مقابله با آسیب‌شناسی روانی هستیم. زمینه فرهنگی غالب در جوامع بر اینکه فرد مبتلا به اختلال روانی برای درمان مراجعه کند یا خیر نیز

اثرگذار است. فرهنگ با علتی که به بیماری روانی نسبت می دهد یا برجسته کردن استیگمای ناشی از ابتلا به بیماری روانی می تواند افراد را از مراجعه به درمان و اقرار به داشتن مشکلات سلامت روان بازدارد.

در نهایت به ملاحظات فرهنگی در زمینه سنجش و درمان بیماری های روانی پرداختیم. اگر روانشناسان و متخصصان سلامت روان زمینه فرهنگی و باورهای و ارزش های فرهنگی مراجع را در نظر نگیرند، ممکن است تشخیص و به دنبال آن درمان به شکست بینجامد. اهمیت در نظر گرفتن زمینه فرهنگی در بافت بالینی تا حدی است که کارگروه DSM مصاحبه فرهنگی را به عنوان یک ابزار بالینی معرفی کرده است. باورها و ارزش های فرهنگی که مراجع به آنها پایبند است باید از سوی درمانگر مورد احترام قرار گیرد تا رابطه درمانی مناسب که پایه و اساسی برای موفقیت درمان است، به بهترین نحو برقرار شود و برنامه درمانی باید متناسب با ارزش های فرهنگی مراجع طراحی شود.

به طور کلی تحقیقات اندکی در زمینه نقش فرهنگ در آسیب شناسی روانی به خصوص در کشور ما صورت گرفته است. امید است این مقاله بتواند تا حدی نقش فرهنگ در آسیب شناسی روانی را برجسته کرده و زمینه ساز بررسی های بیشتر در این زمینه در جای جای کشورمان باشد تا کیفیت ارائه خدمات سلامت روان با دخیل کردن نقش فرهنگ ارتقا یابد.

منابع

گنجی، مهدی. (۱۳۹۲). آسیب شناسی روانی بر اساس DSM-5. تهران: نشر ساوالان

Adebayo, S.O., & Ilori, O.S. (2013). Influence of Paranormal beliefs on Psychopathology in a Cross-Cultural Society. *Journal Of Humanities And Social Science*, 11, 2, 63-70

Adeponle, A. B., Groleau, D. et Kirmayer, L. J. (2015). Clinician Reasoning in the Use of Cultural Formulation to Resolve Uncertainty in the Diagnosis of Psychosis. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 39,1, 16-42.

Alarcon R.D. Cultural inroads in DSM-5. *World Psychiatry*, 13, 3, 310-313

- Alarco'n, R. D., Alegri'a, M., Bell, C. C., Boyce, C., Kirmayer, L. J., Lin, K.-M., et al. (2002). Beyond the funhouse mirrors: Research agenda on culture and psychiatric diagnosis. In D. J. Kupfer, M. B. First, & D. A. Regier (Eds.), *A research agenda for DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Allen, J. (2007). A multicultural assessment supervision model to guide research and practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 248-258.
- American Psychiatric Association. (2007). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association
- Barrio, C., Yamada, A.-M., Atuel, H., Hough, R., Yee, S., Russo, P., et al. (2003). A tri-ethnic examination of symptom expression on the positive and negative syndrome scale in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 6, 259-269.
- Boey, K.W. (1999). Help-seeking preference of college students in urban China after the implementation of the "open-door" policy. *International Journal of Social Psychiatry*, 45,2, 104-116.
- Bui, K., & Takeuchi, D.T. (1992). Ethnic minority adolescents and the use of community mental health care services. *American Journal of Community Psychology*, 20, 403-417.
- Buki, L. P., Ma, T.-C., Strom, R. D., & Strom S. K. (2003). Chinese immigrant mothers of adolescents: Self-perceptions of acculturation effects on parenting. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 9, 127-140.
- Caldwell-Harris, C., & Aycicegi, A. (2006). When Personality and Culture Clash: The Psychological Distress of Allocentrics in an Individualist Culture and Idiocentrics in a Collectivist Culture. *Transcultural Psychiatry*, 43, 3, 331-360
- Carlos Poston, W. S., Craine, M., & Atkinson, D. R. (1991). Counselor dissimilarity confrontation, client cultural mistrust, and willingness to self disclose. *Journal of Multicultural Counseling & Development*, 19(2), 65-73.
- Carter, R. T. (2007). Racism and psychological and emotional injury: Recognizing and assessing race-based traumatic stress. *The Counseling Psychologist*, 35,1, 13-105.
- Chen, Y. F. (2002). Chinese classification of mental disorders (CCMD-3): Towards integration in international classification. *Psychopathology*, 35(2-3), 421-431.
- Chun, C. A., Moos, R. H., & Cronkite, R. C. (2006). Culture: A fundamental context for the stress and coping paradigm. In P. T. P. Wong & L. C. J.

- Wong (Eds.), Handbook of multicultural perspectives on stress and coping. New York: Springer.
- Cruz, Daniel. (2010). "The Physiological Correlates of Race-Related Stress and Health Among African Americans and Latinos". Seton Hall University Dissertations and Theses (ETDs).phd thesis
- Dougall, A. L., & Baum, A. (2002). Stress, health, and illness. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. E. Singer (Eds.), Handbook of health psychology. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Durvasula, R., & Sue, S.(1996). Severity of disturbance among Asian American outpatients. Cultural Diversity and Mental Health, 2, 43–51.
- Eshun, S., & Gurung, R. A. R. (2009). *Culture and mental health: Sociocultural influences, theory, and practice*. Chichester, U.K: Wiley-Blackwell.
- Geisinger, K. F. (1994). Cross-cultural normative assessment: Translation and adaptation issues influencing the normative interpretation of assessment instruments. Psychological Assessment, 6, 304–312.
- Goldberg, L. (1981). Language and individual differences: the search for universals in personality lexicons. In Review of Personality and Social Psychology, ed. L Wheeler, Beverly Hills, CA: Sage
- Gottfredson, M., & Hirschi, T. (1990). A general theory of crime. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Gurung, R. A. R. (2006). Health psychology: A cultural approach. San Francisco: Wadsworth.
- Harkness, S., & Keefer, C.H. (2000); Contributions of cross-cultural psychology to research and interpretations in education and health. Journal of Cross-cultural Psychology, 31, 92-109.
- Hassim, J., & Wagner, C. (2013). Considering the cultural context in psychopathology formulations. South African journal of psychiatry, 19, 1, 20-27
- Hays, P. A. (2001). Addressing cultural complexities in practice: A framework for clinicians and counselors. Washington, DC: American Psychological Association.
- Heinrichs N, Rapee RM, Alden LA, et al.(2006). Cultural differences in perceived social norms and social anxiety. Behav Res Ther; 44:1187–1197.
- Ho, M.K.(1989). Applying family therapy theories to Asian/Pacific Americans. Contemporary Family Therapy: An International Journal, 11, 61–70.
- Holmes, J., & Hughes, L. (2007). The reactivity of explicit racial attitude measures: An examination of scale transparency. Eastern Psychological Association Conference, March 22–26, 2007, Philadelphia, PA.
- Horgan, R. (1975). Theoretical egocentrism and the problem of compliance. American Psychologist, 30, 533–40.

- Hsu, F. L. K. (1971) Psychosocial homeostasis and jen: Conceptual tools for advancing psychological anthropology *American Anthropologist*, 73, 23–44
- Hui CH, Triandis HC, Yee C. 1991. Cultural differences in reward allocation: Is collectivism the explanation? *Br. J. Soc. Psychol.* 30, 145–57
- Jacob, K.S. (2014). DSM-5 and culture: The need to move towards a shared model of care within a more equal patient–physician partnership. *Asian Journal of Psychiatry*, 7, 89-91
- Ja Oh, K., Shin, Y. J., Moon, K.J., Hudson, J.L., & Rapee, R.M. (2002). Child-rearing practices and psychological disorder in children: cross-cultural comparison of korea and Australia. *Yonsei Medical Journal*, 43, 4, 411-419
- Kleinman, A. (1988). *Rethinking psychiatry: From cultural category to personal experience*. New York: Free Press
- Lane, R. E. (2000). *The loss of happiness in market democracies*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Leach, M. M., & Aten, J. D. (2010). *Culture and therapeutic process: a guide for mental health professionals*. New York: Tylor & Francis group.
- Leighton, A.G., & Hughes, J.M. (2005). .Cultures as a Causative of Mental Disorder. *The Milbank Quarterly*, 83, 4, 1–22
- Lin, K. M., & Cheung, F. (1999). Mental health issues for Asian Americans. *Psychiatric Services*, 50, 774–780.
- Loo, C., Tong, B., & True, R. (1989). A bitter bean: Mental health status and attitudes in Chinatown. *Journal of Community Psychology*, 17, 283–296.
- Lund, C., Breen, A., Flisher, A.J., Kakuma, R., Corrigall, J., Joska, J.A., Swartz, L., Patel, V. (2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: a systematic review. *Soc. Sci. Med.* 71 (3), 517-528
- Mateus, M. D., dos Santos, J. Q., de Jesus Mari, J. (2005). Popular conceptions of schizophrenia in Cape Verde, Africa. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(2),101–107.
- Mio, J. S., Barker-Hackett, L. B., & Tumabling, J. (2006). *Multicultural psychology: Understanding our diverse communities*. Boston: McGraw-Hill.
- Muntaner, C., Eaton, W.W., Miech, R., O’Campo, P. (2004). Socioeconomic position and major mental disorders. *Epidemiol. Rev.* 26 (1), 53-62
- Narikiyo, T. A., & Kameoka, V. A. (1992) Attributions of mental illness and judgments about help seeking among Japanese-American and white American students *Journal of Counseling Psychology* , 39, 363–369.
- Nemade, R., Reiss, N.S., & Dombeck, M. (2007). *Sociology Of Depression - Effects Of Culture*: <https://www.mentalhelp.net/articles/sociology-of-depression-effects-of-culture/>

- Oyserman D, Sakamoto I, Lauffer A. (1998). Cultural accommodation: hybridity and the framing of social obligation. *J. Pers. Soc. Psychol*, 74,1606–1618
- Paris, J. (1996). *Social factors in the personality disorders: A biopsychosocial approach to etiology and treatment*. New York: Cambridge University Press.
- Pedersen, P. B. (2004). *Culture-centered counseling [APA Psychotherapy Videotape Series II]*. Washington, DC: American Psychological Association
- Sam, D. L., & Moreira, V. (2002). The mutual embeddedness of culture and mental illness. In W. J. Lonner, D. L. Dinnel, S. A. Hayes, & D. N. Sattler (Eds.), *Online readings in psychology and culture* (Unit 9, Chapter 1), Center for Cross-Cultural Research, Western Washington University, Bellingham, Washington, USA
- Saraceno, B., Levav, I., Kohn, R., 2005. The public mental health significance of research on socio-economic factors in schizophrenia and major depression. *World Psychiatry* 4 (3), 181-185.
- Slavin, L. A., Rainer, K. L., McCreary, M. L., & Gowda, K. K. (1991). Toward a multicultural model of the stress process. *Journal of Counseling & Development*. Special Multiculturalism as a Fourth Force in Counseling, 70, 156–163.
- Stevenson, A. (2010). *Cultural Issues in psychology: a student s handbook*. . New York: Tylor & Francis group.
- Suan, L.V., & Tyler, J.D. (1990). Mental health values and preference for mental health resources of Japanese-American and Caucasian-American students. *Professional Psychology: Research & Practice*, 21,4, 291–296.
- Sue, D. W. (1978). Eliminating cultural oppression in counseling: Toward a general theory. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 419–428.
- Sue, S. (1993). The changing Asian American population: Mental health policy. In I.L.A.P.A.P.P.I.a.U.A.A. *Studies ~Ed.!*, The state of Asian Pacific America .pp. 79–94. Los Angeles: LEAP Asian Pacific Public Policy Institute and UCLA Asian American Studies Center.
- Sue, D. W, Arredondo, P., & McDavis, R. J. (1992). Multicultural competencies and standards: A call to the profession. *Journal of Counseling & Development*, 70, 477–486.
- Taylor, S. E., Sherman, D. K., Kim, H. S., Jarcho, J., Takagi, K., & Dunagan, M. S. (2004). Culture and social support: Who seeks it and why? *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 354–362.
- Triandis, H. C. (2001). Individualism and collectivism: Past, present and future. In D. Matsumoto (Ed.), *The handbook of culture and psychology* (pp. 35–50). New York: Oxford University Press.

- Urizar, G.G. & Sears, S.F. (2006). Psychosocial and cultural influences on cardiovascular health and quality of life among Hispanic cardiac patients in South Florida. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 255-268
- Vasquez, M. J. T. (2005). Independent practice settings and the multicultural guidelines. In M. G. Constantine & D. W. Sue (Eds.), *Strategies for building multicultural competence* (pp. 91-108). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Vaughn, C., & Leff, J. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.
- Wallach, M. A., & Wallach, L. (1983). *Psychology's sanction for selfishness: The error of egoism in theory and therapy*. San Francisco, CA: W. H. Freeman.
- WHO international consortium of psychiatric epidemiology. (2007). Cross-national comparisons of mental disorders. *Bulletin of World Health Organization*, 78, 413-426
- Wohl, J. (2000). Psychotherapy and cultural diversity. In J. F. Aponte & J. Wohl (Eds.), *Psychological intervention and cultural diversity* (2nd ed., pp. 75-91). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Wong, P.T.P., Wong, L.C.J. (2006). *Handbook of multicultural perspective on stress and coping*. New York: Springer.
- Yeh, C. J., Inman, A. G., Kim, A. B., & Okubo, Y. (2006). Asian American families' collectivistic coping strategies in response to 9/11. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 12, 134-148

