

# کشف جهان اجتماعی بیماری روانی، بازنگری در ماهیت بیماری روانی و تاکید بر ساخت زبانی آن

حسین اسکندری<sup>1</sup>

تاریخ پذیرش: 92/8/20

تاریخ وصول: 92/5/29

## چکیده

زمینه: روان شناسی فرهنگی حوزه جدیدی است شامل نسخه‌ی جهان شمول بین- فرهنگی که از گفتمان خاص تاریخی و فرهنگی مشتق شده است. آسیب شناسی روانی فرهنگی از زمان بازنگری مهم کلایمن (1988)، با هدف به روز کردن بازنگری‌های گذشته، ارزیابی مفهوم سازی‌ها و روش‌های جاری و تشخیص گرایش‌های شاخص، پیشرفت‌های مفهومی به ویژه تحولاتی در تعریف فرهنگ و بررسی هم جریان‌های خاص و هم جریان‌های عام فرهنگ، سهم فرهنگ در تشخیص برای DSM-V و گزارش سازمان جهانی بهداشت روانی، مورد بررسی مجدد و مقایسه قرار گرفته و به مواردی از بیماری‌ها از جمله افسردگی و اسکیزوفرنی اشاره شده است.

هدف: هدف از پژوهش حاضر بیان این مطلب است که بیماری روانی ساخت زبانی دارد و آن را به منزله موضوع و مساله فرهنگی مورد بررسی قرار داده است.

روش: روش پژوهش تحلیل گفتمان است. تحلیل گفتمان به منزله روش پژوهش کیفی، زبان و سخن را مورد واکاوی قرار می‌دهد. واحد تحلیل گفتمان روایت است. روایت متنی است فرهنگی، نظریه‌ای علمی یا کنشی اجتماعی. در تحلیل گفتمان با تحلیل زبان و سخن و تفسیر دیدگاه‌ها و

---

1. استادیار دانشگاه علامه طباطبایی [sknd40@gmail.com](mailto:sknd40@gmail.com)

نظریه‌ها، پژوهشگر تلاش می‌کند روایت زیر ساخت آنها را مورد بازشناسی قرار دهد. تحلیلگر با بررسی و تحلیل الگوهای گفتمانی، الگوهایی که به هنگام به کارگیری منابع گفتمانی خلق می‌شوند، در صدد آن است تا منابع تشابه و تفاوت را بازشناسی کند.

نتایج: در سال‌های اخیر پژوهش‌های آسیب‌شناسی روانی فرهنگی تبدیل به عاملی مهم شده است. در روان‌شناسی فرهنگی و آسیب‌شناسی روانی فرهنگی مهمترین مساله آگاه شدن از تعریف فرهنگ به عنوان گفتمان و نقش آن در تعریف و تبیین و تعیین بیماری روانی است. تمرکز آسیب‌شناسی روانی فرهنگی بر زبان و ساخت جهان اجتماعی زبان است. و در سایه نقش آفرینی زبان است که می‌توان به مفهوم یکپارچه‌ای از بیماری روانی به منزله یک ساخت اجتماعی و فرهنگی دست پیدا کرد. بحث و نتیجه‌گیری: هدف غایی آسیب‌شناسی روانی فرهنگی کاستن از رنج و بهبود زندگی افراد است. تعریف اصلاح شده ما از فرهنگ منجر به تحلیلی از نشانه‌ها و منابع آسیب‌شناسی روانی در سطوح متعدد فردی، خانوادگی، جامعه و سیستم اجتماعی گسترده‌تر شد که مورد نیاز برای این هدف می‌باشد. همچنین فرهنگ به عنوان فرایندی پویا، متغیر و گفتمانی در نظر گرفته می‌شود که زبان با نقش آفرینی در ساخت اجتماعی به آن شکل می‌دهد.

**واژگان کلیدی:** زبان، روایت، استعاره، فرهنگ، اختلالات روانی، اختلال افسردگی، اختلال

اسکیزوفرنی.

## مقدمه

### نقش فرهنگ و زبان در ساخت اجتماعی دانش

علاقه چشمگیر به مطالعه فرآیندهای زبان در روانشناسی مانند روایت<sup>1</sup> و مکالمه<sup>2</sup> متأثر از تأکید نظریه‌های سازه‌گرا<sup>3</sup> بر مساله زبان است. مجموعه نظریه‌هایی که ایده مشترک آنها این است که داننده تحت هر شرایطی نمی‌تواند علم به واقعیت را به صورت عینی و مستقل از خود به دست آورد. واقعیت چیزی نیست که بتوان آن را به طور عینی کشف کرد؛ واقعیت در درون

1. narrative

2. conversation

3. constructivist theories

هر یک از ما ساخته می‌شود. ما نمی‌توانیم در مورد واقعیت چگونگی جهان، دانش کسب کنیم. همه دانش‌ها به ساختار، فرهنگ، زبان یا نظریه‌ای وابسته هستند که ما در مورد پدیده خاصی بکار می‌بریم. بر اساس این دیدگاه، انسان فعالانه دانش خود را با استفاده بازی‌های زبانی<sup>1</sup> گسترش می‌دهد (گونکالوز<sup>2</sup> و ماکادو<sup>3</sup>، 1999).

زبان است که به جهان درون و بیرون ساخت می‌دهد. ساختار و کارکرد زبان به گونه‌ای است که خود را وارد سازوکار شناخت می‌کند. زبان نه تنها در نقش وسیله برای شناخت عمل می‌کند بلکه در نقش واسطه‌ای فعال نیز وارد کار می‌شود و در تقطیع، آرایش و پردازش اطلاعات و به طور کلی در ساخته و پرداخته شدن ذهن اثر می‌گذارد. کلمات علاوه بر آنکه معنای حقیقی دارند معنای مجازی هم دارند. نقش عوامل موقعیتی یا روان شناختی و فرهنگی در انتقال این نوع معنی کاملاً برجسته است. تجربه، در تعامل زبان، فرهنگ و عوامل روان شناختی شکل می‌گیرد و خود آنها نیز به شدت به هم مرتبط هستند.

### نقش فرهنگ و زبان در ساخت دانش آسیب شناسی روانی

نقش فرهنگ در نشانه شناسی اختلالات روانی مدتی است که نشانه شناسی‌های جهانی همچون DSM<sup>4</sup> و ICD<sup>5</sup> را نیز به چالش طلبیده است. حتی خود مؤلفان DSM-IV نیز معتقدند که نشانه‌های بیماری، در چارچوب فرهنگ تجربه و فهمیده می‌شود؛ به طوری که شکایت‌های مراجع از سردردهای عصبی (در فرهنگ آمریکایی لاتین و مدیترانه)، ضعف و خستگی (در فرهنگ چینی و آسیایی)، مشکلات قلب (خاورمیانه) و دل شکستگی (سرخ پوستان آمریکای شمالی) بر حسب نوع ساخت زبانی در این فرهنگ‌ها فهمیده و بیان می‌شوند.

- 
1. language games
  2. Goncalves
  3. Machado
  4. Diagnostic Statistical Manual (DSM)
  5. International Classification Disease

زبان در ساخت فرهنگ نیز دخیل است. همچنان که وقتی پینل از لفظ بیمار روانی برای عده‌ای از افراد که مانند مجرمین خطرناک در محلی دور افتاده نگه داشته شده بودند، استفاده کرد، مقدمات ایجاد نخستین بیمارستان روانپزشکی را فراهم ساخت. فرایندهای زبانی همچون نام‌گذاری، از عناصر مهم و اصلی در توصیف و ادراک پدیده نگر به شمار می‌روند.

تأکید بر زبان و فرهنگ در مطالعات اخیر در قالب رویکرد جدیدی به روانشناسی به نام نظریه روایت<sup>1</sup> یا روایت درمانی<sup>2</sup> جلوه گر شدند. روان‌شناسی فرهنگی مطالعه شیوه‌هایی است که ذهن و عین، خود و دیگری، شخص و بافت، ظاهر و بنیان، درمانگر و بیمار با هم زندگی می‌کنند، به یکدیگر نیاز دارند و به نحوی پویا، دیالکتیکی، و اشتراکی یکدیگر را می‌سازند. وانگ و براکمایر<sup>3</sup> (2002) مطرح کردند که "فرهنگ را بایستی به عنوان یک نظام و فرایندی از میانجی‌های نمادین در نظر گرفت - شیوه‌ای از ساختن، که در آن زبان محوریت دارد و خودش را در نهادهای اجتماعی، فعالیت‌ها، افکار و هیجانات، باورها و ارزش‌های اخلاقی افراد، تنظیم‌کننده‌های فرهنگی هم در عملکردهای روانی درون-فردی و هم بین فردی نمایان می‌کند". بنابراین در کارهای وانگ و براکمایر، روایت به عنوان چیزی است که خواص ذاتی یا معنای پیش‌بین قبل از و یا مستقل از عمل اجتماعی می‌باشد. براکمایر استدلال می‌کند، "... ماهیت چندمنظوره گفتمان روایت در اینجا محوری است، این واقعیت که روایت قادر به بازی کردن هم زمان در نقش‌های متعدد و متفاوت (شناختی، اجتماعی، و هیجانی) می‌باشد... با این حال، هنوز پتانسیل اساسی تری از روایت وجود دارد... و آن ظرفیت توصیفی روایت در شکل دهی بعد زمانی تجربه‌های بشری است".

براکمایر نتیجه‌گیری می‌کند که روایت نیروی یکپارچه ساز اساسی در نظام یادمانی فرهنگ و ترکیبی ویژه از عناصر منفک است. این مفهوم از روایت رویکردهای رایج معنا محور به زبان و ارتباطها را در بر می‌گیرد، جایی که فرض می‌شود علائم انتزاعی و سایر

1. narrative theory

2. narrative therapy

3. Wang and Brockmeier

سازه‌های شناختی دارای معناهای ذاتی و ثابت هستند. همچنین روایت به عنوان ساختارهای انتزاعی، درست همانند استدلال‌ها و توضیحات، منبعی برای تعاملات اجتماعی است (مانند واژگان در یک زبان)، و تنها زمانی معنا دارد که در فعالیت عملی تعبیه شده باشد.

مضافاً، مهمترین تأکید زبان در شکل‌دهی واقعیت‌های اجتماعی است که افراد در آن زندگی می‌کنند. این دیدگاه به تمایل آدمی به ساخت دهی به رویدادهای زندگی‌اش و واقعیت‌های اجتماعی در قالب روایت یا داستان اشاره می‌کند؛ فرایندی که به واسطه آن فرد به یک هویت یکپارچه در قالب یک ساخت اجتماعی، دست می‌یابد.

زمانی که به آسیب‌شناسی روانی در پایان قرن 19 نگاه می‌کنیم می‌توانیم ببینیم که چگونه این رشته، ارزش‌های آن عصر تاریخی را منعکس می‌کند. همان‌طور که روانشناسی امروز ارزش‌های زمان و مکان ما را منعکس می‌کند. مرور تاریخی به این مساله بیانگر آن است که نه تنها بیماری روانی با تکیه بر فعالیت‌های اجتماعی و وابستگی‌های آکادمیک بلکه بر اساس ارزش‌های هنجاری اواخر قرن نوزدهم اروپا و فرهنگ آمریکایی شمالی شکل گرفته است.

### تعریف کدام مرجع اقتدار از وضعیت آسیب‌شناسی روانی بر کرسی می‌نشیند؟

ساخت اجتماعی دانش به ما می‌گوید که دانش به طور وسیعی، به رضایت اجتماعی تکیه دارد. تقابل‌ها و تجارب اجتماعی ما، آنچه را به عنوان حقیقت در نظر می‌گیریم و آنچه را ما مورد توجه قرار می‌دهیم، شکل می‌دهد. ساخت اجتماعی تأکید می‌کند که زبان به سادگی آینه‌ای از حقیقت یا ابزار بی طرف نیست. زبان قدرت ساخت حقیقت اجتماعی را دارد. زمانی که یک اصطلاح در عموم مورد پذیرش قرار می‌گیرد، نقش تعیین‌کننده‌ای دارد بر اینکه چگونه جهان را درک کنیم. ما تنها زبان را به کار نمی‌بریم بلکه زبان نیز از ما استفاده می‌کند. اینکه مردم چگونه درباره تجاربشان حرف می‌زنند، تعیین می‌کند که تجاربشان چیست؟ بنابراین بر چسب تشخیصی مانند «نوروتیک» تأثیری عمیق بر آنچه ما از افراد بر چسب خورده تصور می‌کنیم و آنچه آنها در مورد خودشان فکر می‌کنند، می‌گذارد.

متن اجتماعی که در آن زندگی می‌کنیم، دانش ما را شکل می‌دهد. زبان سیستمی نشانه‌ای است که قدرت بر چسب زدن، توصیف و دسته‌بندی دارد. معنا سازی در زبان در میان گروه‌های خاص به علت برتری آنها در جامعه و تأثیرشان بر رسانه‌های الکترونیک و چاپی متمرکز شده است؛ به طوری که معنای پیشنهاد شده می‌تواند سوگیرانه باشد و تجارب گروه‌های زیادی را مانع گردد. در علم آسیب‌شناسی روانی، قدرت تعیین اینکه چه چیزی به‌هنگار است و چه چیز آسیب‌روانی به‌شمار می‌رود، به روش تعیین آن بستگی دارد. مقوله‌های به‌هنگاری و نابهنگاری، ایده‌آل‌های رفتاری را توصیف می‌کنند و معنای غالب رفتار هر فرد را تعیین و شکل می‌دهند. گرچه معنای غالب تنها معنای موجود نیست، مشروع‌ترین و قابل‌رویت‌ترین معنا محسوب می‌شود.

تقریباً تمام مواجهه‌ها با سیستم بهداشت روانی با ارزیابی از مشکلات مراجع آغاز می‌شود و به یک تشخیص رسمی ختم می‌شود. عنصر محوری این تشخیص نام‌های استاندارد شده با موقعیت مراجع است. معناداری و اهمیت تشخیص وابسته به خیلی چیزها است. برای بسیاری از روان‌درمانگران چیزی که مهم است دانش آنها از تجارب و احساسات مراجع است و تشخیص رسمی برای آنها مساله محوری نیست. در حال حاضر تشخیص‌های رسمی بر اساس آخرین ویرایش DSM صورت می‌گیرد. طبقه‌بندی مراجعان در داخل گروه‌های تشخیصی به ما اجازه می‌دهد که دانش و تجربه جمع‌آوری شده در طول زمان را تعمیم دهیم. در DSM ملاک‌ها معمولاً شامل فهرستی از نشانه‌هاست؛ اینها مشخصاً مرکب از مشاهدات فراهم شده توسط متخصصان و همین‌طور افکار، احساسات و رفتارهای گزارش شده توسط شخص است.

### معضلات تشخیص رسمی

از منظر ساخت اجتماعی تشخیص‌های ما محصول زمان و مکان است. رابطه تشخیص روان‌شناختی با ساختار اجتماعی، فرهنگ و رویدادهای تاریخی به آسانی آشکار است.

### رابطه ساختار اجتماعی با تشخیص روانشناختی

برای مثال تشخیص کلیتومانی که یک وسواس غیر منطقی از دزدی از مغازه یا کش رفتن وسائل است. زنان مشتریان فروشگاه‌های بزرگ در قرن حاضر را در بر می‌گیرد که به نوعی انگیزه‌ای برای خرید و دزدی از مغازه و فروشگاه‌ها به علت طرز چیدمان آنها دارند. افراد از تمام طبقات اجتماعی دست به دزدی می‌زنند اما برای تمیز دادن فعالیت‌های دزدی و آسیب روانی از طبقه اجتماعی استفاده می‌شود؛ مثلاً زنان طبقه پایین به عنوان دزد و زنان طبقه بالاتر به عنوان بیمار روانی تشخیص داده می‌شوند و بدین ترتیب رفتار آنها توجیه می‌شود.

افزایش و توسعه مقوله‌های اختلالات روانی نگرانی دیگری را ایجاد می‌کند. این مقولات شکل‌های بیشتر و بیشتری از رفتار را به عنوان نابهنجار و نیازمند درمان در نظر می‌گیرد، هم چنان که درکتر پاول مک هیو<sup>1</sup>، رئیس دانشکده روان پزشکی دانشگاه جان هاپکینز اشاره می‌کند، "این مقولات بمانند یک زمینه راهنما هستند که مداوماً گسترده و گسترده‌تر می‌شوند." تا جائیکه ممکن است ناشادمانی و شکست‌های عادی به عنوان آسیب روانی یا چیزی که نیازمند درمان است، در نظر گرفته شود.

به علاوه افراد بر اساس پیش فرض نابهنجاری هویتشان را ارزیابی می‌کنند. نگرانی بیشتر این است که برچسب‌های تشخیصی علت مشکلات را در درون افراد مکان یابی می‌کند و این ممکن است باعث عدم توجه به متن اجتماعی و روابط بین فردی شود. هدف عمده روانشناسی انتقادی توجه دوباره به متن و بافت اجتماعی است. روانشناسان انتقادی نقش عوامل بیولوژیکی را انکار نمی‌کنند ولی اصرار دارند که چه این عوامل باشند و چه نباشند، مشکلات زیادی همواره در یک متن اجتماعی یافت می‌شود. یک نمونه خوب از این تأثیر، انتقاد نظریه فمینیستی از اختلالات خوردن است. سؤالات کلیدی وجود دارد که چرا این اختلالات خاص جنس شده یا چرا در اروپا و امریکای شمالی شایع‌تر است. برای یافتن این مسائل، فمینیست‌ها به دیدگاه‌های اجتماعی و فرهنگی در مورد زنان، به بدن و امیال نا همجنس‌گرایانه توجه

1. Paul Machugh

کرده‌اند. یک نکته این است که لاغری زنان به یک استاندارد زیبایی از طریق رسانه‌های عمومی و همچنین به عنوان وسیله‌ای برای نمایش ثروت و قدرت اجتماعی مردانی که با آنها در ارتباطند، تبدیل شده است. بنابراین زنان مجبور شده‌اند که در یک مراقبت دائمی از آنچه می‌خورند و اینکه چگونه به نظر می‌آیند، به سر برند.

اختلالات زیادی در بسیاری از تشخیص‌های بین جنسی، قومی، طبقات اجتماعی وجود دارد. البته این اختلالات لزوماً تشخیص سوگیرانه را نشان نمی‌دهد. تفاوت‌های ذاتی در اختلالات، ریشه‌های متفاوتی از تجارت و منابع اجتماعی-اقتصادی متفاوت را منعکس می‌کند. به علاوه تشخیص‌های مشابه داده شده توسط متخصصان ممکن است بسته به مشخصات اجتماعی مراجع، توصیه‌های درمانی متفاوتی بدهند.

هم تشخیص اضافی<sup>1</sup> و هم تشخیص اولیه<sup>2</sup> پیامدهای منفی با خود دارند. تشخیص اضافی ممکن است تجارب و رفتارهایی را که برای گروه اجتماعی خاص عادی است به عنوان نشانه‌ای از اختلال روانی مورد توجه قرار دهد. برای مثال منتقدان فمینیست در دهه 1970 عقیده داشتند که نشانه‌های اختلال شخصیت هستریک شبیه الگوهای رفتاری و احساسی است که با هنجارهای غالب این مکتب سازگار است. تشخیص سطحی و کم، اشاره به چشم پوشی و یادست کم گرفتن یک وضعیت روانشناختی دارد. برای مثال پریشانی و ناشادمانی ممکن است تنها به عنوان یک طیف رشدی برای نوجوانان و یا به عنوان شکایت هیپوکندریا برای یک شخص مسن‌تر در نظر گرفته شود در حالی که شخص در حقیقت از یک افسردگی جدی رنج می‌برد.

---

1. over diagnosis  
2. under Diagnosis



## رابطه فرهنگ با تشخیص روان شناختی

سنت‌های فرهنگی تا حدودی تعیین می‌کنند که افراد چه دیدی نسبت به سلامت جسمی و روانی دارند. آنچه در یک جامعه به عنوان سلامت در نظر گرفته می‌شود ممکن است در جامعه‌ای دیگر بیماری فرض شود. گرچه اختلالات روانشناختی در تمام فرهنگ‌ها بروز پیدا می‌کنند ولی شکل و نحوه ابراز آنها و چگونگی جلوه‌هایشان بر اساس روشی که مرتبط با سیستم‌های عقیدتی فرهنگی است ممکن است دگرگون شود.

فرهنگ از راه‌های گوناگون بر نگرش‌های مربوط به سلامت تأثیر می‌گذارند. سنت‌ها و عقاید فرهنگی مربوط به سلامت دیدگاه‌های یک جامعه خاص را شکل می‌دهد و دیدگاه‌های جامعه به نوبه خود روش‌های درمان را تعیین می‌کند. واقعیت بالینی<sup>1</sup> اصطلاحی است که برای توصیف وجوه واقعیت‌های اجتماعی مربوط به سلامتی به خصوص نگرش‌ها، هنجارها، روابط بالینی و درمان یا فعالیت‌های شفا بخش به کار برده می‌شود. فرهنگ از پنج طریق این واقعیت بالینی را تحت تأثیر قرار می‌دهد: تجربه ذهنی بنام شده از فرهنگ، تعبیر پریشانی فشار روانی بر اساس فرهنگ (شیوه‌ای که افراد برای اظهار بیماری خود به کار می‌برند)، تشخیص مبتنی بر فرهنگ، درمان بر اساس فرهنگ و نتیجه‌گیری بر اساس فرهنگ.

این عقیده وجود دارد که تمام اختلالات روانی از طریق عوامل فرهنگی شکل می‌گیرد و به عنوان شاهدی بر این ادعا ذکر می‌کنند که بعضی اختلالات مانند اسکیزوفرنی که به نظر می‌رسد نسبت به سایر اختلالات مانند افسردگی، اختلالات خوردن و وسواس فکری- عملی کمتر تحت تأثیر فرهنگ هستند، نشانه‌های اختلالات در مقایسه با خود بیماری احتمال بیشتری دارد که تحت تأثیر فرهنگ تغییر یابند، و عمیقاً در فرهنگ‌های مختلف آسیب شناسی و درمان متفاوتی دارند.

---

1. clinical reality

در نظریه روانشناختی آمریکایی شمالی ما با فقدان یا کمبود محتوای فرهنگی روبرو هستیم. بنابراین زمانی که آنها مقوله‌های بیماری‌های روانی مربوط به فرهنگ خودشان را به روی رفتارهای نابهنجار در دیگر فرهنگ‌ها پیاده می‌کنند. در تحقیقات بین فرهنگی اشتباه رخ خواهد داد. اصل نسبیّت فرهنگی بر این اساس پیشنهاد می‌کند که برای فهم و شناسایی رفتار نیاز است که جنبه‌های منحصر به فرد از یک فرهنگ خاص را در نظر بگیریم.

این مساله خود را در تحقیقات روش شناختی نیز پدیدار می‌کند. ممکن است نوعی از ابزار تشخیص ساخته شده در غرب در فرهنگ‌های دیگر اعتبار و روایی نیابد، همچنین یافتن معنای مشابه و قابل مقایسه در تفسیر تعبیر و کلمات مشکل است، به عنوان مثال در مطالعه سازمان بهداشت جهانی<sup>1</sup> درباره اصطلاحات مربوط به استفاده از الکل و مواد میان فرهنگ‌ها مشاهده شد که اصطلاحات «مسمومیت»<sup>2</sup> و «اعتیاد»<sup>3</sup> به آسانی قابل ترجمه به زبان رایج در فرهنگ‌ها هستند اما اصطلاحاتی نظیر «نوشیدن به هنجار»<sup>4</sup> و «تحمل»<sup>5</sup> برای ترجمه به زبان رایج در فرهنگ دشوار می‌باشند.

### رابطه رویدادهای تاریخی با تشخیص روانشناختی

درمان‌های تاریخی نیز اساساً دیدگاه‌های غربی را منعکس می‌کند و بنابراین ارزش‌های از قبیل فرد گرایی، رقابت، سودگرایی عملی، اخلاق کاری پروتستانی، جهت گرایی فرایندی و رو به آینده و ساختار خانوادگی هسته‌ای همگی در این دیدگاه غربی آمده است در صورتی که این ارزش‌ها لزوماً ارزش‌های فرهنگ‌های دیگر مانند آسیایی نیستند که وابستگی را هم لازم و هم سلامت می‌دانند.

- 
1. WHO: World Health Organization
  2. intoxication
  3. addiction
  4. normal drinking
  5. tolerance

## روش پژوهش

از میان تمامی رویکردهای کیفی پژوهشی، تحلیل گفتمان یکی از پیچیده‌ترین آنهاست. پژوهش‌های زیادی از تحلیل گفتمان به عنوان روش پژوهش خود استفاده نموده‌اند. این روش با ایجاد شیوه‌های بازاندیشی در راستای فهم نظریه‌ها، فضای جدیدی را پیش روی پژوهشگران گشوده است. تحلیل گفتمان به منزله روش پژوهش کیفی، زبان و سخن را مورد واکاوی قرار می‌دهد. واحد تحلیل گفتمان روایت است. روایت متنی است فرهنگی، نظریه‌ای علمی یا کنشی اجتماعی. در تحلیل گفتمان با تحلیل زبان و سخن و تفسیر دیدگاه‌ها و نظریه‌ها، پژوهشگر تلاش می‌کند روایت زیر ساخت آنها را مورد بازشناسی قرار دهد؛ الگوهای زبانی که به شکل الگوهای فرهنگی و تاریخی و علمی باز تولید می‌شوند. تحلیلگر با بررسی و تحلیل الگوهای گفتمانی، الگوهایی که به هنگام به کارگیری منابع گفتمانی خلق می‌شوند، در صدد آن است تا منابع تشابه و تفاوت را بازشناسی کند.

## نتایج

### 1. فرهنگ گفتمانی و گفتمان فرهنگی در روان شناسی فرهنگی

روان شناسی فرهنگی، از گفتمان تاریخی و فرهنگی مشتق شده است. روان شناسی فرهنگی، به خودی خود مجموعه‌ای از متون و بافت‌های مرتبط با سنت‌های فرهنگی و تاریخی خاص را در بر می‌گیرد. به عنوان مثالی از روان شناسی فرهنگی می‌توان به مطالعه براکمایر و وانگ اشاره کرد که با جهت گیری نقادانه به بررسی گفتمانی روان شناسی غرب<sup>1</sup> می‌پردازد. آنها این گونه استدلال می‌کنند که به منظور آنکه روان شناسی فرهنگی، فرهنگی تر از آنچه هست بشود، نیاز به تفکر مجدد درباره فرهنگ، مفهوم سازی مجدد بین گفتگوهای فرهنگی و نقد بر روان شناسی موجود می‌باشد. بر این اساس تغییر گفتمان‌های در حال حاضر از ذهن، خویشتن و دیگری باید موضوع مهم روان شناسی فرهنگی باشد.

1. western psychology

روان‌شناسی فرهنگی، قلمروی روان‌شناسی غربی را مورد بررسی مجدد قرار می‌دهد که از گفتمان‌های تاریخی خاص، به ویژه گفتمان کارتزینی<sup>1</sup> و گفتمان عصر روشنگری<sup>2</sup> مشتق شده‌اند. روان‌شناسی فرهنگی استدلال می‌کند که گفتمان غربی، شخص را به منزله فردی مستقل و خودمختار نشان می‌دهد که نه تنها امکان تعلق داشتن به فرهنگ‌های دیگر را که دارای تجربه‌ها و هویت‌های متفاوت هستند نادیده می‌گیرد بلکه شیوه‌هایی را که عملکردهای فرهنگی و اجتماعی جهان روان‌شناسی فرد را ساخته و شکل می‌دهند را نیز نادیده می‌گیرد. ادعای اصلی روان‌شناسی فرهنگی این است که ذهن بشر بایستی به عنوان فرایندی تقابلی از جهان‌های التفاتی<sup>3</sup> در نظر گرفته شود که از لحاظ فرهنگی و تاریخی متفاوت هستند. بنابراین، روان‌شناسی فرهنگی به همراه روان‌شناسی گفتمانی بسیاری از تمایزات و طبقه‌بندی‌های مرسوم در روان‌شناسی غرب را نظیر فردی و اجتماعی، خویشتن و دیگری، درونی و بیرونی، تفکر و عمل، حافظه و روایت را از نو پیرنگ می‌دهد. روان‌شناسی فرهنگی تنها گونه‌ای از روان‌شناسی نیست بلکه نوعی از گفتمان است - مجموعه‌ای از متون، عملکردها و بافت‌ها - که خود موضوع مطالعه گفتمان می‌باشد که روان‌شناسی غربی را ساختارشکنی می‌کند. از این رو به فرمول‌بندی مفهوم حافظه در قالب روایت، و نظریه‌های برساخت‌گرایی در مورد داستان، ترتیب‌های گفتمان و در واقع، فرهنگ فرد نیاز است. در مطالعه گفتمانی از روان‌شناسی فرهنگی ضروری است که اطلاعات و داده‌های کافی از بافت‌های معین جمع‌آوری شود. برای مثال، مکالمه میان جفت مادر-دختر می‌تواند در بافت‌های مختلف به گونه‌های متفاوت بر اساس داده‌های گردآوری شده تفسیر شود. یکی از تفسیرها در صورت وجود داده‌های کافی از بافت خانواده‌گرایی می‌تواند شامل حکایت‌ها و ارجاعات بسیار دختر به عملکردهای خانواده و تجربیات جمعی باشد که مفهومی کاملاً متضاد با فردیت دارند.

---

1. Cartesian discourse  
2. discourse of enlightenment  
3. intentional world

در مطالعه‌ای با شرکت کودکان کره‌ای، چینی و آمریکایی مقطع پیش دبستانی پژوهشگران با کودکان 4 ساله و 6 ساله هر کشور به زبان مادری آنها مصاحبه کرده و مجموعه‌ای از سوال‌های باز پاسخ از رویدادهای اخیر زندگی مانند آخرین جشن تولدشان پرسیدند. این مطالعه مشخص کرد که در مقایسه با روایت‌های حافظه‌ای کودکان آسیایی، روایت‌های کودکان آمریکایی پیچیده‌تر و دارای جزئیات بیشتری بوده که در استفاده مکرر آنها از نشانگرهای زمانی (عباراتی با ترتیب زمانی و روابط پیچیده زمانی و علی)، توصیفات (عباراتی که بافت توصیفی برای روایت را فراهم می‌کنند، شامل صفات، قیدها، اسنادها)، و حالات درون زبانی (کلمات تعیین کننده فرایندهای شناختی و هیجانی درونی) خود را نمایان کرده بود. مضافاً، در حالی که کودکان آمریکایی گرایش به تمرکز بر خود به هنگام توصیف رویدادها داشتند، کودکان آسیایی اغلب داستان‌هایی را تعریف کرده بودند که به عملکردهای روزمره درگیر با افراد حامی و نزدیک<sup>1</sup> آنها تقلیل یافته بود. نتیجه این مطالعه حاکی از آن است که برای آنکه داستان‌های کودکان (یا هر فردی) دارای معنا باشد ضروری است که شرایط زندگی او در هنگام رخداد داستان مورد توجه قرار گیرد.

در آخر اینکه در تحلیل گفتمان نخستین و مهم‌ترین مساله آگاهی عمیق از ماهیت گفتمانی و به ویژه، چالش گر آن چیزی است که معمولاً فرهنگ در نظر گرفته می‌شود. از این جهت که فرهنگ نه ثابت و نه متشابه و متجانس، بلکه در شکل‌های متنوع موقعیتی، پویا و گفتمانی وجود دارد همواره مبحثی تنش زا بوده است. برای فرهنگ (نظیر قومیت و ملیت) نیاز به چرخش گفتمان به سمت تاریخ ضروری است و این مساله در گفتمان‌های تخصصی مورد مذاکره، تولید و انتقال قرار می‌گیرد. بنابراین برای تغییر سیاست معمول در مطالعات فرهنگی و نقد انسان شناسی می‌باید فرهنگ را به عنوان مجموعه‌ای از معناها تعبیه شده در گفتمان تعریف کرد که در چالش با جنسیت، نژاد، طبقه یا گروه اجتماعی می‌باشد. بر این اساس فرهنگ تنها دستگاهی انتزاعی یا نمادین نیست بلکه بخشی از بافت موقعیتی و در نتیجه بخشی

1. significant others

از فرهنگ گفتمانی<sup>1</sup> و گفتمان فرهنگی<sup>2</sup> می‌باشد. به عنوان بخشی از گفتمان، فرهنگ می‌تواند عنصر یا بافتی از تولید جریان یا تفسیر متن (شامل متن‌های گذشته) باشد یا شی‌ای از ساخت گفتمان (مثلاً، «شرق» یا «غرب») باشد. چنین موجودیت معناداری معمولاً انواع خاستگاه‌ها، قومیت، جنسیت، مذهب، زبان، ملیت و الگوهای تفکر و عملکرد مربوط به گروهی از افراد در مکان سیاسی و زمان تاریخی خاص را در بر می‌گیرد.

## 2. چگونه فرهنگ بیماری روانی را تعریف و تبیین و تعیین می‌کند؟

### تعریف فرهنگ از بیماری روانی با تاکید بر فهم جهان اجتماعی

در سال 1977 کلایمن از آغاز یک «روانپزشکی بین فرهنگی جدید» و شکل‌گیری رویکردی تحقیقاتی بین رشته‌ای ترکیب شده از شیوه‌ها و مفهوم سازی‌های انسان‌شناختی با رویکردهای روانشناسی و روانپزشکی سنتی، خبر داد.

محققان تشویق می‌شدند که مقوله‌بندی‌های ذاتی بیماری‌ها را مد نظر قرار داده و محدودیت‌های طبقه‌بندی‌های سنتی بیماری‌ها نظیر افسردگی و اسکیزوفرنی را به رسمیت بشناسند. همچنین روانپزشکی بین فرهنگی جدید بین ناخوشی<sup>3</sup> «نارساکنش وری و ناسازگاری فرایندهای زیستی یا روانشناختی» و بیماری<sup>4</sup> «واکنش فردی، بین فردی و فرهنگی به ناخوشی» تمایز قائل می‌شود (کلایمن، 1977). دیدگاهی را که کلایمن و دیگران (فابریگا<sup>5</sup>، 1975، کلایمن، 1978) جهت‌گیری مهمی در خصوص مطالعه فرهنگ و آسیب‌شناسی روانی - برای فهم جهان اجتماعی در بیماری روانی - مطرح ساختند. تلاش‌های تحقیقی موازی در روانشناسی بین فرهنگی نیز شیوه‌هایی را تشخیص دادند که در آن فرهنگ آشفته‌گی و اختلالی

---

1. discursive culture  
 2. the discourse of culture  
 3. disease  
 4. illness  
 5. Fabrega

را شکل می‌داد (مارسلا<sup>1</sup>، 1980؛ دراگانز<sup>2</sup>، 1980). بیشتر بررسی‌های فرهنگی و قومیتی و اختلالات روانی به یافته‌های مطالعات WHO برای پرداختن به این مسئله است که چگونه عوامل اجتماعی و قومیتی و فرهنگی ممکن است با اختلالات آسیب‌شناسی روانی در ارتباط باشد.

### تعاریف بازنگری شده از فرهنگ

#### فرهنگ به عنوان ارزش‌ها، عقاید و شیوه‌ها

بسیاری از تحقیقات گذشته و حتی اخیر بر یک تعریف منسوخ از فرهنگ تکیه کرده‌اند. بتانکورت و لوپز<sup>3</sup> (1993) در یک بازنگری انتقادی از تحقیقات روانشناختی، فرهنگ را به عنوان ارزش‌ها، عقاید و شیوه‌هایی تعریف شده در نظر گرفتند که متعلق به یک گروه قومی فرهنگی معین است. توان این تعریف در باز کردن و رمزگشایی مفهوم فرهنگ است. همچنین نشان می‌دهد که یک حالت آشفتگی معین در درون یک گروه قومی فرهنگی معین وجود دارد. برای مثال محققان ثابت کرده‌اند که حالت آشفتگی با یک جهت‌گیری ارزشی یا عقیدتی خاص در ارتباط است این پیشرفتی مهم محسوب می‌شود. این مسئله به محققان کمک می‌کند تا شروع به کاربردی ساختن آنچه که در مورد فرهنگ در بافتی خاص اهمیت دارد بنمایند. با دانستن اینکه یک فرد متعلق به گروه نژادی خاصی است راهنمایی برای موضوعات فرهنگی بالقوه در آسیب‌شناسی روانی فراهم می‌آید اما این مسئله نشان نمی‌دهد که آن فرد از همه ارزش‌ها و شیوه‌های فرهنگی گروه تبعیت کند (کلارک<sup>4</sup>، 1987؛ هلمز<sup>5</sup>، 1977).

- 
1. Marsella
  2. Draguns
  3. Betancourt H, Lo'pez
  4. Clark
  5. Helms

با وجود سهم ارزش‌ها، عقاید و رسوم در تعریف فرهنگ این مسئله محدودیت‌های مهمی نیز دارد (گوارناسیا<sup>1</sup> و رودریگز<sup>2</sup>، 1996؛ لوئیزفرناندز<sup>3</sup> و کلایمن، 1977). یک ضعف عمده آن این است که این تعریف فرهنگ را به نحو گسترده‌ای تحت اختیار افراد ترسیم می‌کند. تاکید روی ارزش‌ها و عقاید، ماهیت روانشناختی فرهنگ را نشان می‌دهد. به علاوه قرار دادن رسوم (سنن و آیین‌ها) به همراه ارزش‌ها و عقاید چنین می‌نماید که رسوم در جهان اجتماعی، کارکردی از ارزش‌ها و باورها است. برای مثال به نظر می‌رسد افراد در برهه‌های حساس بر طبق رسوم از خانواده‌هاشان پیروی می‌کنند، زیرا در خانواده‌گرایی یا جهت‌گیری خانوادگی بالا هستند. محققان به ندرت آنچه را مورد بررسی قرار می‌دهند که در جهان اجتماعی تبعیت از اعضای خانواده را تسهیل یا تسریع می‌کند. شاید شرایط محیطی خشن در دور هم گرد آمدن خانواده برای غلبه بر ناملايمات دخیل باشد. هنگام به کار بردن ارزش‌ها و باورها در تعریف فرهنگ، جهان اجتماعی تحت انقیاد جهان روانشناختی فرد قرار می‌گیرد. برخلاف این دیدگاه ما این طور استدلال می‌کنیم که این عمل در جهان اجتماعی و فیزیکی است که فرهنگ را به اندازه ایده‌های افراد درباره جهان می‌سازد؛ جهان اجتماعی در وضعیتی برابر با جهان روانشناختی در ساخت رفتار انسان تعامل می‌کند.

محدودیت دیگر این تعریف این است که فرهنگ را به مثابه پدیده‌ای ایستا ترسیم می‌کند. در حالی که فرهنگ فرایندی پویا و در حال تحول و به خودی خود یک موجودیت مستقل را به نمایش می‌گذارد (گرینفلد<sup>4</sup>، 1997). تلاش برای محدود کردن فرهنگ به مجموعه‌ای از جهت‌گیری‌ها یا رفتارهای ارزشی تعمیم یافته دائماً باعث سوءتعبیر در مورد آنچه که فرهنگ واقعاً هستمی شود. فرهنگ فرایندی پویا و خلاق است، چنانکه برخی از جنبه‌های فرهنگ که گروه‌های بزرگی از افراد در آن سهیم‌اند، نتیجه تاریخ و شرایط زندگی ویژه‌ای است. با در

- 
1. Guarnaccia
  2. Rodriguez
  3. Lewis-Fernandez
  4. Greenfield



نظر گرفتن ماهیت متغیر جهان اجتماعی و توجه به تلاش‌های افراد برای سازگاری با چنین تغییراتی فرهنگ می‌تواند به بهترین وجهی به عنوان فرایندی پیش رونده، یک سیستم یا مجموعه‌ای از سیستم‌ها در تحولی همیشگی در نظر گرفته شود.

از جمله محدودیت دیگر تعریف ارزش محور از فرهنگ این است که افراد را به گونه‌ای تصویر می‌کند که دریافت کننده فرهنگ از جامعه‌ای گسترده با شناختی اندک از نقش افراد در انتقال جهان فرهنگی‌شان هستند. جدیدترین رویکردها به فرهنگ در انسان شناسی در حالی که از اهمیت توارث فرهنگی افکار، ارزش‌ها و راه و رسم‌های مرتبط فرد چشم نمی‌پوشند، در عین حال به همان اندازه بر پدید آبی فرهنگ از تجارب زندگی افراد و گروه‌های کوچک تمرکز می‌کنند. افراد می‌توانند عناصر فرهنگی را به وسیله فرایندهای اجتماعی نظیر مهاجرت و فرهنگ پذیری تغییر داده، پذیرفته یا رد کنند. یک تعریف قابل قبول از فرهنگ به میانجیگری افراد در تثبیت جهان اجتماعی‌شان اذعان دارد.

تاکید بر بافت اجتماعی در تعریف فرهنگ

در مجموع دیدگاه‌های رایج از فرهنگ نسبت به دیدگاه‌های گذشته که بر افراد تاکید می‌کردند بسیار بیشتر به جهان اجتماعی افراد توجه می‌کنند. از میان علایق ویژه در این زمینه امور روزمره افراد است و اینکه چگونه چنین فعالیت‌هایی به خانواده‌ها، همسایگان، ساکنین روستاها و شبکه‌های اجتماعی بستگی دارد. به وسیله بررسی امور روزمره افراد، می‌توان تشخیص داد چه موضوعاتی بیش از هر چیز دیگر در اجتماع مطرح بوده (گالیمور<sup>1</sup> و همکاران، 1993) یا بیشتر مورد توجه افراد است (راد و کلایمن، 1992). به علاوه این دیدگاه به دلیل اینکه محصول ارزش‌ها، هنجارها و تجارب گروهی و نیز نوآوری‌های فردی و تاریخیچه زندگی است، ماهیت پویای فرهنگ را حفظ می‌کند. استفاده از این تعریف وسیع‌تر از فرهنگ، باید به رهنمون کردن محققان از تصوراتی سطحی و تک بعدی از فرهنگ به کشف غنای یک

---

1. Gallimore

تحلیل فرهنگی برای مطالعه آسیب‌شناسی روانی کمک کند. یک جزء مهم این دیدگاه بررسی تنوع درون فرهنگی است؛ به ویژه طبقه اجتماعی، که قدرت و جنسیت تأثیرگذار را بر سطوح مختلف سلامت روانی هم در درون و هم در بین گروه‌ها حفظ می‌کند.

**هدف از تحقیقات فرهنگی و پیشرفت‌های مفهوم فرهنگ در آسیب‌شناسی روانی**

دیدگاه‌های مختلفی راجع به اهداف تحقیقات فرهنگی وجود دارد. برخی نویسندگان اشاره می‌کنند که تحقیقات فرهنگی باید برای آزمون عمومیت عقاید نظری معینی اجرا شوند. برای مثال در یک تحلیل عمیق از پژوهش‌های فرهنگی کلارک خاطر نشان می‌سازد که پیشرفت مفهومی در روانشناسی نیازمند بستری واحد برای تحقیق در خصوص پدیده‌های روانشناختی به همراه متغیرهای وابسته به فرهنگ به عنوان بخشی از ماده‌ی اولیه می‌باشد. در نگاه کلارک کار بین فرهنگی می‌تواند به تقویت عمومیت الگوهای مفهومی معین، با افزودن متغیرهای فرهنگی به یک مدل نظری موجود، برای تعیین تفاوت‌های بین و درون گروهی کمک کند. اگر چه کلارک به این امکان اذعان دارد که یک ترکیب شکل گرفته در یک کشور ممکن است بدیلی در کشور دیگری نداشته باشد اما هیچ‌گاه در مورد ارزش ناشی از به دست آمدن الگوها از پدیده‌های بالینی آشکار متعلق به یک کشور یا گروه قومی فرهنگی خاص بحث نمی‌کند. این مسئله نشان می‌دهد که هدف اصلی کلارک از مطالعه‌ی فرهنگ افزایش اعتبار الگوهای روانشناسی موجود به وسیله‌ی توجه به متغیرهای بین فرهنگی است.

فابریگا (1990) و راگلر<sup>1</sup> (1989) پژوهشگران را به خاطر عدم توجه شان به ویژگی‌های فرهنگی اختلالات روانی و بهداشت روانی مورد انتقاد قرار دادند. فابریگا استفاده پژوهشگران از ابزارها و مفهوم سازی‌های جریان غالب در مطالعه‌ی اختلالات روانی در میان مردمان آمریکای لاتین را مورد بررسی قرار داده و چنین پژوهشگرانی را برای اینکه در انتقاداتشان نسبت به «نظام روانپزشکی موجود» متهور باشند به چالش می‌کشد. راگلریک چارچوب برای

محققان جریان غالب در روانپزشکی پیشنهاد می‌کند که به طور کامل تری به فرهنگ می‌پردازد. هم برای فابریکا و هم برای راگلر خطر نادیده گرفتن تفاوت‌های فرهنگی در مطالعات آسیب شناسی روانی جاری بسیار بیش از نادیده گرفتن شباهت‌های فرهنگی است. از این رو فابریکا و راگلر استدلال می‌کنند که محققان ویژگی‌های مختص فرهنگ را نیز مورد توجه قرار داده و مراحل عملی‌ای برای یکپارچه کردن یک دیدگاه فرهنگی در مطالعه‌ی آسیب شناسی روانی پیشنهاد می‌کنند.

اولین پیشرفت مفهومی مهم، تشخیص هر دو حالت یعنی مطالعه فرهنگ هم برای تشخیص فرایندهای کلی و هم فرایندهای مختص فرهنگ است. با تمرکز بر روی کلیت‌ها ما اهمیت پدیده‌های خاص فرهنگ را نادیده می‌گیریم. بنابراین خط پژوهشی کلارک ممکن است با احتمال کمتری تشخیص دهد چگونه فرهنگ بیان هیجان‌ها را به شیوه‌های مناسب شکل می‌دهد. از طرف دیگر با تاکید بر پدیده‌های مختص فرهنگ ما امکان عمومیت‌ها را نادیده می‌گیریم. با تحول ابزارهای مختص فرهنگ بیماری‌های روانی چنانکه به وسیله فابریکا و راگلر پیشنهاد شده است ممکن است فراگیری اختلالات روانی بین فرهنگ‌ها را کمتر تخمین بزنیم. کلارک، فابریکا و راگلر درست می‌گویند که محققان پیشین اهمیت فرهنگ را نادیده گرفته‌اند؛ با این حال هدف از تحقیقات فرهنگی پیشرفت ما در فهم فرایندهای کلی و فرایندهای خاص فرهنگ و شیوه‌ای است که در آن، آنها در بافت‌های خاصی تعامل می‌کنند. تحولات شکل گرفته در مطالعه فرهنگ و آسیب شناسی روانی در سال‌های اخیر کم نبوده است. دومین پیشرفت در دهه‌های اخیر گنجاندن عوامل فرهنگی در راهنمای تشخیصی و آماری IV - (DSM) و انتشار گزارش سازمان جهانی بهداشت روانی از آن جمله است. به واسطه تلاش‌های بارون<sup>1</sup> و همکاران انستیتو ملی بهداشت روانی تشکیلات یک گروه ویژه برای تحول موضوعات فرهنگی جهت گنجاندن در تمام بخش‌های DSM-IV پایه ریزی شد. با

هدایت اعضای کمیته نظارت (هوراشیوفابریگا، بایرون‌گود<sup>1</sup>، آرتور کلایمن، کهمین‌کلین، اسپرومانسون<sup>2</sup>، یوآن‌متزیچ<sup>3</sup> و دلورسپارون<sup>4</sup>) گروه ویژه، تحقیقات در دسترس را جمع آوری کرده و چگونگی تلفیق یک دیدگاه فرهنگی را پیشنهاد کردند. سه عامل اصلی در DSM-IV منتشر شد: 1- وارد کردن اینکه چگونه عوامل فرهنگی می‌توانند بروز، ارزیابی و شیوع اختلالات خاصی را تحت تأثیر قرار دهند. 2- یک طرح کلی از تدوین فرهنگی تشخیص بالینی برای تکمیل ارزیابی چند محوری. 3- یک فهرست اصطلاحات مرتبط با مجموعه نشانگان فرهنگ‌بسته<sup>5</sup> از تمام نقاط جهان. یک استناد کامل‌تر از یافته‌های گروه ویژه در کتاب مرجع DSM-IV (متزیچ و همکاران، 1997) اهتمام به این مساله را بیش از پیش نشان می‌دهد. بی‌شک، توجه پرداخته شده به فرهنگ در DSM-IV پیشرفت بزرگی در تاریخ طبقه بندی اختلالات روانی است. پیش از این هیچ‌گاه چهارچوب‌های طبقه بندی یا مصاحبه‌های تشخیصی مرتبط به نقش فرهنگ در آسیب شناسی روانی تا این درجه نپرداخته بودند (لوپز و تانیز، 1987؛ راگلر، 1996). اگرچه توجه به فرهنگ در DSM-IV پیشرفتی مهم است اما محدودیت آن نیز به شمار می‌رود. برخی مشاهده گران خاطر نشان ساخته‌اند که بخش‌های مهمی از آنچه که به وسیله گروه ویژه فرهنگ و تشخیص پیشنهاد شده بود در DSM-IV کنار گذاشته شد. آن جنبه‌هایی از فرهنگ که شمول داشتند تنها بازتاب جزئی از نقش حائز اهمیت و پویایی را که فرهنگ در آسیب شناسی روانی بازی می‌کند، در نظر گرفته‌اند. بحث بسیار جزئی نشانه‌های خاصی که می‌توانند هم به لحاظ فرهنگی تجارب به‌هنجاری باشند و هم نشانه‌های آشفتگی و تعیین جای مجموعه نشانگان فرهنگ بسته در پیوست مستعد نامتعارف ساختن نقش فرهنگ است. محققان فرهنگی مخالف این دیدگاه‌ها یک نشانگان خاص پدید می‌آورد. به جای «اقلیت فرهنگی» خاصی است که همراه با نشانه‌ها یک نشانگان خاص پدید می‌آورد. به جای

- 
1. Good
  2. Manson
  3. Mezzich
  4. Parron
  5. culture-bound syndromes

آن محققان فرهنگی، فرهنگ را به عنوان انباشتن بازنمایی‌های همه اختلالات در همه افراد می‌نگرند. گاهی تصور می‌شود که نشانگان فرهنگی فقط مربوط به اقلیت نژادی است؛ در حالی که طراحان DSM-IV معتقدند که این اختلالات آن گونه که در DSM-IV نشان داده شده فرهنگی نیستند. به علاوه محققان فرهنگی لیست کوتاهی از نشانه‌های فرهنگی با مقدمه کوتاه را ایجاد کرده‌اند که مثال‌های توضیحی آن حذف شده و استفاده از این طرح تشخیص دهندگان را در مورد فرهنگ در تشخیص بیماری‌ها به اشتباه می‌اندازد. اگرچه نقش فرهنگ در DSM-IV کمی از اهمیت افتاده اما بر اثر کوشش‌های گذشته پیشرفت زیادی کرده است.

سومین پیشرفت در دهه اخیر بررسی «سلامت ذهنی جهانی»<sup>1</sup> است. او و همکارانش تحقیقی برای تشخیص دامنه‌ی مشکلات رفتاری و فقدان سلامت ذهنی (مانند اختلالات روحی-روانی و خودکشی) در جهان انجام دادند. مخصوصاً بین کشورهای با درآمد پایین در افریقا، امریکای لاتین، آسیا و اقیانوسیه و به چند نتیجه مهم رسیدند. مهمترین آنها این بود که بیماری‌های روانی و مشکلات وابسته به آن نقش مهمی در سلامت و بهزیستی افراد دارد و حتی نسبت به بیماری‌هایی مانند سرطان، بیماری‌های قلبی و یا سل که بشر با آن سازگار شده فشار بیشتری به فرد تحمیل می‌کند. اختلال افسردگی به تنهایی بیشترین میزان را در بین زنان و مردان و در بین همه بیماری‌های جسمی و روحی دارد.

نکته دیگر این است که بیماری‌های روانی و مشکلات رفتاری به جریان اجتماعی بستگی دارد و محققان به این نتیجه رسیدند که به خصوص در زنان مشکلات روانی ریشه اجتماعی دارد. بسیاری عوامل: مانند 1- گرسنگی و بیماری‌های ناشی از سوء تغذیه در بیشتر از 60 درصد زنان در کشورهای توسعه یافته، 2- کار (زنانه) که متحمل مشاغل پرزحمت می‌شوند اغلب اوقات در محیط‌های شغلی خطرناک کار می‌کنند، 3- خشونت‌های خانگی، از جمله عوامل شناخته شده دارای ریشه اجتماعی هستند. در بررسی‌هایی که در بعضی کشورهای با درآمد پایین انجام شده خشونت بیش از 50 تا 60 درصد زنان را تهدید می‌کند. همچنین عوامل

اقتصادی اجتماعی نیز در رشد بیماری‌های روانی نقش دارند. بر اساس یافته‌های آرچارلیس<sup>1</sup> و همکاران محققان به فکر تدابیری برای کاهش بیماری‌های روانی در جهان افتادند؛ چرا که آسیب‌های روانی به عنوان بیشترین آسیب در جهان اجتماعی به فکر و جسم آسیب می‌زند. به دنبال آن محققان نه فقط به دنبال شناسایی مشکلات بالینی تلاش کرده، بلکه در پی بررسی شرایط ذهنی که در آن مشکلات روانی زنان ایجاد نیز بودند. همچنین محققان به دنبال بررسی زمینه‌های فرهنگی بودند که در فرهنگ‌های مختلف بر سلامت ذهنی زنان تأثیر می‌گذارد در جهت اینکه مداخلات موثری در این زمینه انجام دهند. علی‌رغم بسیاری جنبه‌ها مانند فرهنگ و آسیب‌شناسی روانی برای تحقیق به دلیل پهنه وسیع این موضوع توجه کمی به ویژگی‌های روش شناختی شده است. برای مثال در تحقیقات مربوط به خشونت‌های خانوادگی روشن نیست که ضرب و شتم چگونه تعریف و اندازه‌گیری می‌شود.

با این همه DSM-IV و مرکز خبری سلامت ذهنی جهان نقش مهمی در بررسی فرهنگ و آسیب‌شناسی روانی دارند و اهمیت این بررسی را روشن کرده‌اند. در DSM-IV فرهنگ به عنوان عامل خارجی که در اظهار نشانه‌ها نقش دارد معرفی شده است. در آن تفاوت‌های فرهنگی گروه‌ها و نشانگان محدود به فرهنگ نشان داده شده است. DSM-IV به عقاید کلی فرهنگی و نحوه واکنش افراد در زمینه‌های اجتماعی چندگانه تأکید دارد. مرکز سلامت روانی جهان فرایندهای اجتماعی پویای مربوط به فرهنگ مانند گرسنگی، کار، تحصیلات را که در سازگاری یا عدم سازگاری افراد نقش دارد، بررسی کرده است. با این وجود به در سیستم‌های طبقه‌بندی روانشناختی مشکلات رفتاری مانند خشونت‌های جنسی و خانوادگی به همان اندازه مشکلات بالینی شناسایی نشده است.

بنا بر این در ویرایش پنجم DSM برای اصلاح تشخیص‌ها و درمان افراد با هر پیشینه‌ای، حساسیت فرهنگی بیشتری اعمال شده است. به جای فهرست ساده مجموعه نشانگان فرهنگ بسته، ملاک‌ها به گونه‌ای به روز شده‌اند که منعکس‌کننده تنوع بین فرهنگی باشند و جزئیات

بیشتر و اطلاعات ساختار یافته تر در مورد مفاهیم فرهنگی مربوط به پریشانی و ابزار مصاحبه فرمول بندی فرهنگی برای تسهیل درک و ارزیابی های شخص-محور افزوده شده اند. در فرایند تحول DSM-V گروه ویژه تلاش زیادی برای تغییر معیارهای تعیین شده فرهنگی به منظور همسانی بیشتر میان فرهنگ های مختلف کرده است. برای مثال، معیار اختلال اضطراب اجتماعی اکنون ترس از «تهاجم به دیگری»<sup>1</sup> را شامل می شود که منعکس کننده مفهوم ژاپنی در پرهیز از آسیب رساندن به دیگران است تا آسیب زدن به خود.

همان طور که اشاره شد، از لحاظ تاریخی ساخت نشانگان فرهنگ بسته به علاقمندی جدی روان پزشکان فرهنگی تبدیل شده است. در DSM-V این ساخت توسط سه مفهوم جایگزین گردیده که کاربرد بالینی بیشتری را ارائه می دهد. 1- نشانگان فرهنگی<sup>2</sup> که دسته یا گروهی از علائم نسبتاً ثابت و هم-رخداد<sup>3</sup> در یک گروه فرهنگی، اجتماع یا بافت خاص می باشد. 2- اصطلاحات فرهنگی برای پریشانی<sup>4</sup> که عبارتی زبانی یا گونه ای از سخن گفتن درباره رنج میان افراد یک گروه فرهنگی است (مثلاً نژاد یا دین یکسان) و به مفاهیم مشترک آسیب شناسی و گونه های بیان، ابراز، یا نام گذاری های ویژگی های اصلی پریشانی اشاره می کند. اصطلاحی از پریشانی ضرورت ندارد که به علائم خاص، نشانگان یا علل های ادراکی ربط داشته باشد. ممکن است برای انتقال گستره وسیعی از ناراحتی ها، شامل تجربیات روزانه، یا رنج به دلیل شرایط اجتماعی تا اختلالات روانی بکار برده شود. برای مثال، صحبت روزمره درباره "افسردگی" ممکن است به انواع متعدد و مختلفی از رنج بردن اشاره کند بدون آنکه در مجموعه ای از علائم، نشانگان یا اختلالی بگنجد. 3. تفسیرهای فرهنگی یا علل ادراکی<sup>5</sup>، برچسب یا مشخصه یا ویژگی یک الگوی تعریفی است که علل تصور شده فرهنگی یا عللی برای علائم، بیماری یا پریشانی را فراهم می کند. این سه مفهوم شیوه های فرهنگی فهم و

---

1. offending others  
2. cultural syndromes  
3. co-occurring  
4. cultural idiom of distress  
5. cultural explanation or perceived cause

توصیف تجربه‌های بیماری را برای برخورد بالینی مؤثرتر فراهم می‌کنند. آنها در علم نشانه‌شناسی<sup>1</sup>، کمک گرفتن، ارائه‌های بالینی<sup>2</sup>، انتظارات درمانی، پاسخ‌های درمانی اثر می‌گذارند. فرمول بندی فرهنگی<sup>3</sup> افزوده شده در DSM-5 برای مطلع شدن از بافت فرهنگی تجربه‌های بیماری برای ارزیابی‌های تشخیصی کارا و مدیریت بالینی ضروری است. در جهان امروز، اکثریت افراد و گروه‌ها در معرض فرهنگ‌های چندگانه هستند که از آنها برای تولید و باز تولید هویتشان و معنا بخشیدن به تجربه‌هایشان بهره می‌گیرند. عوامل فرهنگی زیر که برای فرمول بندی فرهنگی در نظر گرفته شده‌اند، سبب می‌شوند که اطلاعات فرهنگی یا گروه‌های کلیشه‌ای از لحاظ صفات ثابت فرهنگی را بیش از حد سازماندهی نکنیم.

نژاد: سازه نژاد با تعریف بیولوژیکی سازگاری ندارد، اما از لحاظ اجتماعی همه است چرا که ایدئولوژی‌های نژادی، تبعیض، و حذف اجتماعی را شامل می‌شود که می‌توانند تأثیرات منفی عمیقی بر سلامت روان داشته باشند. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهند تبعیض نژادی و نژادپرستی می‌تواند با ایجاد سوگیری‌های نژادی بر ارزیابی تشخیصی بسیاری از اختلالات روان پزشکی را تشدید کنند یا منجر به نتایج ضعیف درمانی شوند.

قومیت: هویت گروهی ساخته فرهنگ است که برای تعریف افراد و اجتماعات بکار می‌رود. افزایش مهاجرت، ازدواج بین قومیتی و آمیزش فرهنگی، هویت‌های قومی چندگانه یا ترکیبی جدیدی را تعریف کرده است. فرهنگ، نژاد و قومیت می‌توانند منبع حمایت گروهی باشند که تاب آوری را تقویت می‌کنند، در عین حال ممکن است منجر به تعارض روانی، بین فردی، و بین نسلی یا دشواری‌ها در سازگاری و تطابق شوند که نیازمند ارزیابی تشخیصی هستند.

جنسیت: تفاوت‌های جنسی و جنسیتی از آنجا که مرتبط با علل و شرایط پزشکی هستند، برای تعدادی از اختلالات روانی گزینش شده‌اند. تجدید نظر در DSM-V دربرگیرنده تجدید

---

1. symptomatology  
2. clinical presentation  
3. cultural formulation



نظر در مورد تفاوت‌های بالقوه میان زنان و مردان در بیان اختلال روانی است. از لحاظ نام گذاری، تفاوت‌های جنسی<sup>1</sup> تغییرات مربوط به اندام‌های تناسلی و مکمل کروموزومی XX یا XY می‌باشد؛ تفاوت‌های جنسیتی<sup>2</sup> تغییراتی است ناشی از جنس بیولوژیکی<sup>3</sup> و بازنمایی-خود فرد که شامل پیامدهای روانی، رفتاری و اجتماعی از درک جنسیتی اوست. در DSM-V از اصلاح تفاوت‌های جنسیتی استفاده شده است زیرا در اکثر مواقع تفاوت‌های میان زنان و مردان ناشی از هم جنس بیولوژیکی و هم بازنمایی-خود می‌باشد. جنسیت می‌تواند به گونه‌های متعدد بر بیماری اثر بگذارد. اولاً، ممکن است به تنهایی تعیین کننده افرادی که در معرض خطر یک اختلال هستند (مانند اختلال ملال پیش از قاعدگی) باشد. ثانیاً، جنسیت می‌تواند تعدیل کننده خطر در ایجاد بیماری باشد همچنان که در تفاوت‌های جنسیتی در شیوع و بروز خود را پدیدار می‌سازد (DSM-V گزارش می‌دهد که به طور کلی مردان نسبت به زنان احتمال بیشتری برای تشخیص گونه‌های خفیف (مرد: زن 1:1.6) یا شدید (مرد: زن 1:2.1) ناتوانی‌های فکری دارند. در DSM-V، عوامل ژنتیکی وابسته به جنین و آسیب پذیری مردان به ناراحتی‌های مغزی در برخی از تفاوت‌های جنسیتی مدنظر قرار گرفته‌اند). ثالثاً، جنسیت ممکن است بر احتمالی که علائم ویژه‌ای از اختلال توسط فرد تجربه شوند اثر گذاشته، و منجر به تایید آسان‌تر این علائم توسط مردان یا زنان و بنابراین تفاوت در ارائه خدمات شود (مثلاً ممکن است زنان با احتمال بیشتری تشخیص اختلال افسردگی، دوقطبی، یا اضطرابی داشته و فهرست جامع‌تری از علائم را نسبت به مردان تایید کنند). DSM-V به گونه‌ای تنظیم شده است که شامل اطلاعات جنسیتی در سطوح چندگانه است و اگر علائم مختص جنسیت وجود داشته باشد، به معیارهای تشخیصی اضافه شده‌اند.

هویت فرهنگی فرد: شرح نژادی، قومیتی یا فرهنگی گروه‌های مرجع افراد است که بر روابط فرد با دیگران، دسترسی به منابع، چالش‌های مربوط به دوره‌های تحولی و در حال

---

1. sex

2. gender

3. biological sex

حاضر، تعارضات، یا موقعیت‌های ناخوشایند تأثیر گذار است. برای مهاجرین و اقلیت قومی یا نژادی میزان و نوع درگیری میان خاستگاه فرهنگی فرد و فرهنگ میزبان یا فرهنگ اکثریت بایستی مد نظر قرار گرفته شود. هویت فرهنگی به توانایی‌های زبان، ترجیحات و الگوهای شناسایی مشکلات، دسترسی به مراقبت، یکپارچگی اجتماعی مرتبط است.

مفاهیم فرهنگی برای پریشانی: اختلالات روانی معمولاً با پریشانی‌های مهم و ناتوانی در فعالیت‌های اجتماعی، شغلی، و سایر استرسورها همراه است. مفاهیم فرهنگی برای پریشانی به شیوه‌هایی اشاره می‌کند که گروه‌های فرهنگی رنج، مشکلات رفتاری، افکار یا هیجان‌های مزاحم را تجربه، درک و منتقل می‌کنند. همان‌طور که شرح آن رفت سه نوع از این مفاهیم تمییز داده شده‌اند: 1- نشانگان فرهنگی، 2- اصطلاحات فرهنگی، 3- تفسیر فرهنگی یا علل ادراکی.

ارزیابی کلی فرهنگی: پیچیدگی‌های مؤلفه‌های فرمول‌بندی فرهنگی شناسایی شده در بخش‌های مختلف تشخیص و سایر موارد و مشکلات مربوط به درمان، همچنین مدیریت مناسب و مداخله‌های درمانی را خلاصه می‌کند.

مصاحبه فرمول‌بندی فرهنگی<sup>1</sup>: بالین گران را در ارزیابی عوامل تأثیرگذار بر چشم‌انداز بیمار از علائم و انتخاب‌های درمانی راهنمایی و کمک می‌کند. این مصاحبه شامل 16 سوال در رابطه با پیشینه بیماران در قالب فرهنگ، نژاد، قومیت، مذهب و خاستگاه جغرافیایی آنهاست. این مصاحبه موقعیتی را برای افراد فراهم می‌کند تا پریشانی‌های خود را درون جهان خودشان تعریف کنند و سپس به این موضوع پردازد که چگونه دیگرانی که ممکن است اشتراک فرهنگی با آنها نداشته باشند به مشکلات آنها می‌نگرند. CFI به ویژه در این موارد سودمند است: 1- دشواری در ارزیابی تشخیصی به دلیل تفاوت‌های مهم در پیشینه‌های فرهنگی، زبانی، یا اجتماعی-اقتصادی میان فرد و بالین گر، 2- عدم قطعیت در هماهنگی میان علائم فرهنگی و ملاک‌های تشخیصی، 3- دشواری در قضاوت شدت بیماری، 4- عدم توافق میان فرد و بالین

1. Cultural Formulation Interview (CFI)

گر در جریان درمان، 5- درگیری و شرکت محدود بیمار در درمان. همچنین CFI بر 4 ارزیابی تاکید می‌کند: 1- تعریف فرهنگی از مشکلات (سوالات 1 تا 3)، 2- ادراک فرهنگی علل، بافت و حمایت (سوالات 4 تا 10)، 3- عوامل فرهنگی موثر بر راه‌های مقابله‌ای خود فرد و درخواست کمک در گذشته (سوالات 11 تا 13)، 4- عوامل فرهنگی موثر در درخواست کنونی کمک (سوالات 14 تا 16). در هر یک از این حوزه‌ها مازول‌های کمکی افزوده شده است که بالین‌گر را در بررسی عمیق‌تر راهنمایی می‌کند. مازول‌هایی برای جمعیت‌های خاص مانند کودکان و نوجوانان، افراد بزرگسال، مهاجرین، و پناهندگان.

### 3. آیا افسردگی و اسکیزوفرنی بیمارهای های فرهنگی هستند؟

بررسی آسیب‌شناسی روانی فرهنگی افسردگی و اسکیزوفرنی که در هر کدام مجموعه‌ای از مطالعات آسیب‌شناسی فرهنگی نظام دار وجود دارد و پایه‌های فرهنگی این اختلالات را مورد بررسی قرار داده‌اند، در این راستا می‌توانند روشنگری مناسبی را ارائه کنند.

#### فرمول بندی فرهنگی اختلال افسردگی و اسکیزوفرنی

##### برخورد با بیماری روانی در فرهنگ‌های مختلف

چین دارای فرهنگی جمعی است. جمع‌گرایی به منظور هماهنگ کردن افراد با هنجارهای فرهنگی و تکالیف گروهی فشاری را بر افراد وارد می‌سازد. ارزش‌هایی همچون پرهیزکاری، شرم، رفتار شایسته، خودکنترلی، تاکید بر وجدان، اعتقاد به سرنوشت و عوامل ناپیدا در این فرهنگ موجود است.

در حالی که اختلالات روانی قرن‌ها در چین شناخته شده است، روانپزشکی به عنوان شاخه‌ای از کار پزشکی تا چند دهه پیش وجود نداشت؛ روانشناسی حتی دیرتر از آن شکل گرفته است. روانپزشکی چینی نیز بر اساس مفهوم مرگ و زندگی بنا شده است. بودائیسیم در زندگی چینی‌ها نقش غالبی را بازی می‌کند. در حقیقت در گذشته راهبان بودایی به عنوان روان

درمانگران کار می‌کردند و از روش‌هایی چون مراقبت، آداب مذهبی و حمایت از افراد بیمار استفاده می‌کردند.

در ژاپن بیماری روانی به عنوان نتیجه وراثت در نظر گرفته می‌شود و برای درمان آنها در ابتدا خانواده تلاش می‌کند تا رفتار نابهنجار را کاهش داده یا رفع کند. دوم بیگانگان را برای کمک فرا می‌خواند. سوم خانواده کمک‌های خارجی از قبیل روحانیون مذهبی یا پزشکان را فرا می‌خواند. در نهایت فردی حرفه‌ای او را به عنوان بیمار روانی تشخیص داده و درمان را آغاز می‌کند. وابستگی یک مفهوم مرکزی در فرهنگ ژاپنی است. بر اساس اصل وابستگی فرد باید با گروه هماهنگ باشد و از آنجا که اشخاص قبلاً به بیماری روانی با گروه هماهنگی ندارند بنابراین لکه ننگی هستند که باعث شرم خود و خانواده می‌شوند.

در فرهنگ لاتین، خانواده‌ها بر مشارکت و همکاری بیشتر از رقابت تاکید می‌کنند. حس وفاداری و غرور در خانواده تربیت می‌شود. به عقیده آنان، زنان از لحاظ معنوی نسبت به مردان برتر هستند و استعداد تحمل آنان نیز بالاتر است. عقاید مذهبی شامل قربانی کردن برای رهایی، برای این افراد بسیار کمک کننده است. صدقه دادن فضیلت است و مردم باید در برابر بدی‌ها تحمل داشته باشند. نتیجه این عقاید این است که این افراد اغلب قاطعانه عمل نمی‌کنند و عقیده دارند که مشکلات به مثابه وضعیت ماندگار زندگی است و نمی‌توانند تغییر کنند. بسیاری عقیده دارند که اختلال روانی کمتر از دیوانه بودن، طاقت فرساست و زمانی به وجود می‌آید که فرد از یک بحران عصبی رنج می‌برد.

تأثیر فرهنگی در هند، خود را در متون، افسانه‌ها، اسطوره‌ها و عادات و سنن نشان می‌دهد و با وجود نوگرایی همچنان تأثیر آنها پا برجاست. مذهب اصلی هندی‌ها، هندو است. هندوئیسم بدنه ای از عقاید، فلسفه، فعالیت‌های عبادی و یک رمز هدایتی است. بر طبق هندوئیسم همه افراد چهار هدف اساسی دارند: خوشی و لذت، ثروت و موفقیت، عدالت و وفاداری و ادای قرض و طریق نجات. این اهداف ارزش‌های هندی را تشکیل می‌دهد. در فرهنگ هندی هم سن و هم جنس نقش مهمی را بازی می‌کند. بزرگ‌تران و مردان دارای ارزش بالاتری هستند.

بیماری روانی از زمان‌های پیش در هند شناخته شده است. بیماری روانی نتیجه اغتشاش در سه خلط دم، صفرا و بلغم محسوب می‌شود. عوامل ماوراء طبیعه نیز می‌تواند علت مشکلات روانی باشد.

در فرهنگ مسلمانان مساله بیماری روانی مساله ای قابل تأمل است. لغت اسلام به معنای تسلیم به اراده خداست و مسلمان کسی است که تسلیم این اراده می‌شود. قرآن شامل اصول و تعلیمات دینی است که مسلمانان را به رفتارهای درست هدایت می‌کند. بنابراین دین بر کلیه روش‌های زندگی و تفکر مسلمانان تأثیر گذاشته و آن را هدایت کرده و می‌کند. خانواده در فرهنگ اسلامی دارای ارزش بالایی است. خانواده گستره مهمی محسوب می‌شود؛ به طوری که رشته پیوند و مودت خانوادگی، رشته محکمی در بین اعضاء است و وابستگی متقابل و تعاملات اجتماعی خانواده بسیار با ارزش است.

### بررسی آسیب شناسی روانی فرهنگی افسردگی در فرهنگ‌های مختلف

میزان شیوع افسردگی در میان چینی‌ها به طور پایداری کمتر از ملیت‌های غربی است. جهت‌گیری جمعی در چین در تخفیف ضربه فقدان موثر است و حمایت اجتماعی قدرتمندی را در حوادث فقدان و ناامیدی فراهم می‌آورد. چینی‌ها کمتر نشانه‌های روانشناختی افسردگی را نشان می‌دهند و در عوض بر نشانه‌های بدنی متمرکز می‌شوند و از ضعف خستگی مشکلات اشتها و سردرد شکایت دارند. این ممکن است به این علت باشد که این نشانه‌ها در فرهنگ چینی قابل درک‌تر و مورد پذیرش بیشتر باشد. به علاوه جلوه‌های روانشناختی افسردگی با مفهوم سنتی دیوانگی که بر رفتار ضد اجتماعی ظاهری و نامأنوس و عجیب به عنوان اشکال مرضی تأکید دارد، مشابه می‌شود. بنابراین افراد مبتلا برای دریافت کمک و بحث درباره احساساتشان بی‌میل هستند. میزان شیوع در زنان بیشتر است. امکان خودکشی نیز وجود دارد که در چین رفتار خودکشی به عنوان مسئله‌ای مطرح است که برای خانواده شرم و پریشانی می‌آورد و نه یک مشکل روانشناختی یا نشانه‌ای از یک بیماری.

ژاپنی‌ها نیز احتمال کمتری دارد که نشانه‌های روان‌شناختی را بروز دهند. در عوض آنها بر نشانه‌های بدنی متمرکز شده و از خستگی و ضعف شکایت می‌کنند. افسردگی در زنان شیوع بیشتری دارد. احساس گناه در میان افسرده‌های ژاپنی رایج است که همواره با احساس شکست در روابط جمعی است. میزان خودکشی نسبت به آمریکا بالاتر است.

در هند، افسردگی به عنوان یک مسئله روحانی و یا حالتی متافیزیکی از رنج روح تعریف شده است. بعضی عقیده دارند که افسردگی به عنوان یک بیماری روانی ممکن است یک استنباط غربی و به این عقیده مربوط باشد که شخص سالم باید شاد باشد. برای مثال هندوها عقیده دارند که نقطه‌ای که شخص ناامیدی را در زندگی این جهان تشخیص می‌دهد، یک لحظه مقدس است و به همین دلیل افسردگی عمیق، امکان درک حقیقت را فراهم می‌آورد. نشانه‌های بدنی در هند نیز بیشتر رایج است که ممکن است به این علت باشد که از لحاظ اجتماعی قابل قبول‌تر است و برای فرد بی‌آبرویی به دنبال ندارد. شیوع افسردگی در زنان بالاتر است و احساس گناه نسبت به غرب کمتر شایع است و نرخ خودکشی نیز پایین‌تر است.

مسلمانان به طور معمول غصه و اندوه را به عنوان تجربه مذهبی می‌بینند که نه تنها در ارتباط با حوادث حزن‌انگیز ناشی از زندگی در یک جهان غیر عادلانه است، بلکه مضاف بر آن نشانه درک عمیقی از حقیقت وجود انسان است که از جدایی و فاصله‌ای که میان او و خالقش حکایت می‌کند. این اندوه کمک می‌کند تا دل به دنیا نبندد و آماده هجرت و رفتن به محل ملاقات و مامن نهایی باشد. توانایی تجربه افسردگی مشخصه عمیق شخصیت و فهم و درک است. بنابراین مسلمانان به ندرت از خلق افسرده شکایت می‌کنند و زمانی که این کار را می‌کنند، آن را در نشانه‌های بدنی آشکار می‌سازند. در حقیقت عمدتاً در فرهنگ مسلمانان، افسردگی با عنوان مشکلات قلبی اشاره می‌کنند. خودکشی در فرهنگ‌های اسلامی حرام و محکوم است و بنابراین میزان آن به مقدار قابل توجهی پایین است. هر چند روان‌شناسان و روان‌پزشکان مسلمان تلاش می‌کنند میان حالت‌های بهنجار و نابهنجار اندوه و افسردگی که

حالت بیمارگونه و یا سالم دارند، تمایز ایجاد کنند. مساله ای که خود را در چالش‌های مفهومی و روش شناختی مطرح ساخته است.

### بررسی آسیب شناسی روانی فرهنگی اسکیزوفرنی در فرهنگ‌های مختلف

شیوع بالایی از اسکیزوفرنی در چین دیده می‌شود. این بیماری بسیار راحت‌تر از افسردگی تشخیص داده می‌شود؛ برای مثال چنانچه شخص افسرده‌ای توهم یا هذیان گزارش دهد او را به عنوان فرد اسکیزوفرنیک تشخیص می‌دهند. درمان اسکیزوفرنی در چین متفاوت با غرب است. تخمین زده شده که 20 درصد افراد درمانی دریافت نمی‌کنند و آنهایی که درمان می‌کنند امکان دارد صرفاً طب سوزنی به خصوص برای توهم‌های شنیداری دریافت نمایند. داروهای روان‌گردان نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد و با نصف مقداری که غربی‌ها نیاز دارند می‌توانند بر روی چینی‌ها موثر باشند. پیش‌آگهی بهتری در درمان وجود دارد که ممکن است به علت سیستم خانوادگی قوی و حمایت‌کننده باشد.

میزان شیوع اسکیزوفرنی در ژاپن نسبت به سایر کشورها تفاوت معناداری ندارد ولی اسکیزوفرنی کاتاتونیک شایع‌تر است. اسکیزوفرنی در ژاپن لکه ننگ بزرگی است و اغلب به عنوان ضعف اعصاب تشخیص داده می‌شود که اختلال جسمی است و احساس شرم را برای خانواده ندارد و همچنین قابل درمان است.

دو نوع درمان خاص موریتا و نایکان در ژاپن وجود دارد. درمان «موریتا» در کنفوسیوس چینی ریشه دارد که بر تقوای خانواده و حس وظیفه‌شناسی، قانون‌گذاری و مسئولیت تأکید دارد. در این درمان بیمار در یک محوطه جدا بصورت تنها به مدت 1 یا 2 هفته نگه داشته می‌شود و سپس فعالیت‌های عملی آغاز می‌شود. هدف درمان تخفیف نشانه‌ها نیست اما عملکرد را بهبود می‌بخشد. درمانگر این را روشن می‌سازد که بیماران برای آنچه انجام می‌دهند مسئولند و باید بر رفتارشان کنترل داشته باشند. در درمان بر حقیقت احساسات تمرکز می‌شود. بحث گروهی هم مورد استفاده قرار می‌گیرد. هدف اولیه یادگیری زندگی با خود است.

«نایکان» درمانی از اصطلاح نایکان به معنی درون‌نگری شفق شده است. هدف اولیه زندگی با دیگران و کسب هماهنگی اجتماعی و بین‌فردی از خویشتن‌نگری است. اساس فلسفی نایکان بودائیسیم است و عقیده دارد که آزار یک شخص یک تخلف شدید و بزرگ از اخلاقیات و تأییدات اجتماعی است که باعث احساس گناه شدید می‌شود. بیمار از صبح تا شب برای یک هفته تنها می‌نشیند و در طول این مدت با خود درگیر و مشغول است و با خویشتن‌نگری هدایت می‌شود. از بیمار خواسته می‌شود که خاطرات را از علاقه محبت و محدودی را که توسط دیگران دریافت کرده (معمولاً یک شخص نزدیک خانواده) در یک مقطع زمانی از زندگی به خاطر بیاورد. این درون‌نگری موجب می‌شود که احساس گناه درک شود. درمانگر به عنوان یک آموزگار و یا استاد غیر درگیر (بی‌طرف) عمل می‌کند. یادآوری تجربیاتی که منجر به گناه می‌شود باعث تشکیل یک شخصیت سالم می‌گردد و شخص می‌تواند اشتباهات و شکست‌هایش را بپذیرد.

تفاوتی در میزان شیوع این اختلال در هند و کشورهای توسعه یافته نسبت اسکیزوفرنی کاتوتونیک رایج‌تر است و نشانه‌ها توهم، هذیان و گوشه‌گیری است. توهم‌ها اغلب انعکاس موضوعاتی از فرهنگ شخص است که بیشتر مربوط به ارواح اشباح و یا حیوانات است. مذهب می‌تواند یک فرد را از اسکیزوفرنی محفوظ نگه دارد برای مثال یک مشخصه اسکیزوفرنی هذیان عظمت است، در هند بعضی افراد واسطه هستند که نقش خدای هند را به خود بگیرند. بنابراین این افراد در هند به عنوان انسان‌هایی فرض می‌شوند که تجسم خدا هستند و نه اشخاص که از اسکیزوفرنی رنج می‌برند. پیش‌آگهی بهتری در هند وجود دارد که تصور می‌شود به علت حمایت و تشویق سیستم خانواده باشد.

فابریگا (1989) نمای کلی عمیقی از مسئله فراهم آورده است که چگونه تحقیقات گذشته‌ی دارای شالوده انسان‌شناختی در مطالعه روان‌پریشی سهم داشته‌اند و چگونه تحقیقات آینده می‌تواند فهم ما از روابط درونی فرهنگ و بیماری روانی را بالا برد. یک نظر مکمل بررسی وی آن است که مفهوم فرهنگی خود احتمال دارد شیوه‌ای را که در آن اختلال نمود



می‌باید و درک آن توسط دیگران را تحت تأثیر قرار دهد؛ به ویژه در میان افراد دارای اسکیزوفرنی که به وضعیتی مزمن و وخیم دچار نشده‌اند.

طبق نظر فابریگاسکیزوفرنی احتمال دارد افراد و جوامع را به نحوی متفاوت تحت تأثیر قرار دهد خواه آنها شخص وارگی به عنوان امری مستقل و جدا از دیگران یا وابسته به دیگران تصور کنند. تحقیقی در دست است که به مستقیم‌ترین شکل به این عقیده پرداخته است که در آن نقش عوامل اجتماعی در دوره اسکیزوفرنی مورد بررسی قرار می‌گیرد. دو خط مهم تحقیق عبارتند از، 1- مطالعه بین - ملیتی اسکیزوفرنی سازمان بهداشت جهانی (WHO) و مجموعه‌ای از مطالعات را در بر می‌گیرند که رابطه بین جو هیجانی خانواده‌ها و دوره بیماری را مورد بررسی قرار می‌دهد. 2- خط تحقیقی دیگری که به نقش فرهنگ در دوره اسکیزوفرنی می‌پردازد بر روی جو هیجانی خانواده متمرکز است. بر اساس تحقیقات اولیه براون و همکارانش (1972) آشکار است که بیمارانی که به خانه‌هایی برمی‌گردند که با انتقادگری، خصومت و درگیری هیجانی بالا مشخص شده‌اند، نسبت به کسانی که به خانه‌هایی باز می‌گردند که دارای چنین ویژگی‌هایی نیستند احتمال بیشتری دارند که دچار بازگشت بیماری شوند (ببینگتون<sup>1</sup> و کویپرز<sup>2</sup>، 1994). این خط تحقیق به این دلیل که اهمیت جهان اجتماعی را خاطر نشان ساخته و به طور خاص تر به دلیل اینکه مطالعات بین - ملیتی و بین - قومی تفاوت‌های جالب توجه در سطح و ماهیت هیجان ابراز شده را آشکار ساخته‌اند، برای مطالعه فرهنگ مهم است (جنکینز و کارنو<sup>3</sup>، 1992). جنکینز (1988) اظهار می‌دارد که سیر بیماری در خانواده‌های مکزیک آمریکایی به تلاش‌های اعضای خانواده برای کاستن از بدنامی مرتبط با بیماری و نیز به افزایش حمایت و همبستگی خانواده بستگی دارد. خانواده‌ها نه در نگرش‌ها، عقاید یا حتی احساسات اعضای خانواده بلکه در تعاملات اجتماعی بیمار تأثیر می‌گذارند. به طور کلی کار

1. Bebbington

2. Kuipers

3. Jenkins, Karno

جنکینز توجه ضروری بیشتری به این مسئله می‌کند که چگونه بیماری روانی در بافت‌های اجتماعی و فرهنگی خاصی قرار گرفته‌اند.

#### 4. چگونه زبان بیماری روانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد؟

زبان مهمترین ابزاری است که از طریق آن بیمار علائم خود را در تکمیل ارتباط‌های غیر کلامی و رفتار بین فردی منتقل می‌کند. زبان همچنین ابزاری است که بالین گر نشانه‌های خاص (مثلاً، تیک کلامی در سندروم تور، فشار تکلم، سالاد کلمات در مانیا) را مشاهده می‌کند. تنها در دهه‌های اخیر است که روان پزشکان و روان شناسان متوجه شده‌اند که ابراز علائم و نشانه‌ها در میان زبان‌های مختلف می‌تواند سبب ایجاد اشتباه در فهم و معنا گردد. درک اشتباه حتی زمانی که بالین گر و بیمار هم زبان ولی دارای گویش‌های مختلف باشند نیز امکان پذیر است.

تفاوت غنای واژه‌ها در یک زبان می‌تواند تجربیات روانی گوناگون را محدود یا گسترش دهند. برای مثال ممکن است در یک زبان برای توصیف هیجان «اضطراب-ترس» واژه‌های محدودتری نسبت به هیجان «غم-افسردگی-ناکامی» وجود داشته باشد. تفاوت غنای واژه‌ها در میان زبان‌های مختلف نیز می‌تواند مشکل زا باشد. مثلاً، در زبان انگلیسی واژه‌های متمایزی برای «درد<sup>1</sup>» و «ناخوشی<sup>2</sup>» وجود دارد اما در زبان تایوانی یک واژه<sup>3</sup> برای هر دو بکار می‌رود. بنابراین ملاحظات متعددی باید در ترجمه‌های درون و میان زبانی مورد توجه قرار گیرد. مهمترین این ملاحظات عبارتند از:

1. آستانه گزارش دهی<sup>4</sup>: شدت علائم مربوط به آستانه‌ای است که در آن بیمار رنج و علائم خود را گزارش می‌دهد. بنابراین انتخاب واژه‌های مناسب به هنگام مصاحبه، در

---

1. pain  
2. sickness  
3. tschep  
4. reporting threshold

پرسشنامه، یا در مقیاس‌های روان‌شناسی برای اینکه بیمار بتواند گزارش معتبری از علائم و رنج خود بدهد بسیار اهمیت دارد.

2. انتخاب زبان در افراد چند زبانی هم در مصاحبه و هم در بررسی روان‌پزشکی مهم است. در موقعیت‌های متعدد این امکان برای بالین‌گر وجود دارد که بیمار را در بیش از یک زبان ارزیابی کند. بدین ترتیب یک زبان به دیگری در انتقال معنای معتبرتر یاری می‌رساند.

3. علائم و نشانه‌ها مربوط به رفتارهای اجتماعی و بین‌فردی گستره وسیعی از عبارات و اصطلاحات متفاوت هم درون یک زبان هم در میان زبان‌ها را شامل می‌شود. در چنین مواقعی بالین‌گر از گزارش اعضای خانواده و دوستان هم استفاده می‌کند تا ارزیابی دقیق‌تری را انجام دهد. (برای مثال، در ارزیابی هیجانی برای تفاوت میان حالات تحریک‌پذیری/پرخاشگری/ طغیان، در ارزیابی نشانه‌ها رفتار اجتماعی مربوط به مبارزه/حمله/ضرب و شتم/ تهدید خطر زا/ آزار).

4. برای آنکه ابزارهای ارزیابی روان‌پزشکی از لحاظ بین‌فرهنگی سودمند باشند، بایستی به هم ارزی صریح-ضمنی<sup>1</sup>، معنایی-زبانی<sup>2</sup>، مفهومی-تکنیکی<sup>3</sup> در زبان‌های مختلف توجه داشت.

5. یک اصطلاح در زبان تخصصی می‌تواند برای گستره وسیعی از علائم در زبان روزمره استفاده شود. مثلاً، «اشتها و وزن بدن» معادل کاهش یا افزایش اشتها، کاهش یا افزایش میزان خوردن غذا، کاهش یا افزایش وزن بدن، روزه داری، یا بالا آوردن می‌باشد. یا اصطلاح «تمایلات جنسی» معادل کاهش میل جنسی، آمیزش دردناک، ناتوانی در انزال است. از جمله اصطلاحات دیگر، می‌توان به سیستم عصبی خودمختار، علائم نورولوژیکی، خواب، سیستم گوارشی، سیستم ادراری، و علائم متفرقه نظیر تب، تعریق، خستگی و ضعف عمومی، اشاره

1. denotation-connotation

2. semantic-linguistic

3. conceptual-technical

کرد. سارتوریوس<sup>1</sup> و همکارانش در سازمان بهداشت جهانی رویه‌ها و گام‌هایی را برای ابزارهای ترجمه میان زبانی شرح داده‌اند که عبارتند از: 1- توجه به تفاوت‌های افراد دو زبانی در سن، جنسیت، و تحصیلات؛ چرا که یک ابزار تمامی خصوصیت‌های جمعیت شناختی مربوط به یک گروه خاص را منعکس نمی‌کند. 2- بازسازی<sup>2</sup> نسخه ترجمه شده توسط افراد متعدد و متنوع از شامل افراد تک زبانی، افراد با تحصیلات محدود تا مناسب‌ترین واژه‌های معادل انتخاب شوند. 3- انجام مطالعات آزمایشی در نمونه‌های مختلف و متعدد پیش از گرفتن نتیجه نهایی.

### بحث و نتیجه گیری

هدف غایی آسیب شناسی روانی فرهنگی کاستن از رنج و بهبود زندگی افراد است. این نیازمند توجه به سطوح متعدد فردی، خانوادگی، جامعه و سیستم اجتماعی گسترده‌تر است. عقیده اصلاح شده ما نسبت به فرهنگ منجر به تحلیلی از تظاهرات و منابع آسیب شناسی در همه این سطوح شد. تیم ما برای ایجاد تمایزی در زندگی روزمره افراد برای گسترش درمان و جلوگیری از مداخلات در این سطوح چندگانه نیز به بحث می‌پردازد. افزایش تنوع فرهنگی و حرکت‌های گسترده افراد در نقاط مختلف جهان هم فرصت و هم ضرورتی را برای تحقیقات آسیب شناسی روانی فرهنگی فراهم می‌آورد.

حوزه‌های حائز اهمیتی از تحقیقات آسیب شناسی روانی در حال شکل گرفتن هستند. تلاش‌های جدی برای یکپارچه سازی اصطلاحات پریشانی با ساختارهای جریان غالب به خوبی به جریان افتاده است. تحقیقات فرهنگی در حال ایجاد دیدگاهی خلاقانه و نو برای درک ما از چندین جنبه مهم آسیب شناسی روانی است. به وضوح دریافت می‌شود که دیگر نمی‌توان فرهنگ را صرفاً به عنوان یک متغیر وابسته یا عاملی برای کنترل بیماری روانی در نظر گرفت.

---

1. Sartorius  
2. back-translation

بلکه برعکس زبان با نقش آفرینی در ساخت اجتماعی و شکل دادن به فرهنگ، بافت اجتماعی تحقیقات بهداشت روانی را سامان می‌دهد. فرهنگ در تمام جنبه‌های تحقیقات آسیب‌شناسی روانی - از طراحی و ترجمه ابزارها گرفته تا الگوهای مفهومی که پژوهش را هدایت می‌کنند، تا تعاملات بین فردی بین محقق و شرکت‌کننده در تحقیق، تا تعریف و تعبیر نشانه‌ها و نشانگان، تا ساختارهای اجتماعی که مشکلات سلامت روانی فرد را احاطه کرده است - اهمیت اساسی دارد. تحقیقات آسیب‌شناسی روانی فرهنگی نیازمند چارچوبی است که فرهنگ را در شیوه‌های چند وجهی در برگیرد. از این رو مهم است که تحقیقات فرهنگی با تاکید بر گفتمان‌های موجود در جامعه و تاکید بر اهمیت نیروهای اجتماعی نظیر طبقه اجتماعی و ثروت، اثر آنها را در شکل دادن زندگی روزمره افراد کوچک‌نمرد. بررسی فرایندهای اجتماعی و فرهنگی راهی است که کمک می‌کند تا در برابر تحلیل‌های فرهنگی سطحی که نابرابری‌های شدید سیاسی اقتصادی را نادیده گرفته یا به حداقل تقلیل داده مقاومت کرد.

پیامد طبیعی این مساله، نیاز به چارچوبی گسترده‌تر برای تحقیق، و نیاز به رویکردهای است که روش‌های تحقیق کیفی و کمی را یکپارچه سازند. تحقیقات آسیب‌شناسی روانی فرهنگی می‌توانند به عنوان جایگاهی مهم برای یکپارچه سازی رویکردهای پژوهشی قوم‌نگاری، مشاهده‌ای، بالینی و همه‌گیر شناختی سودمند باشند. مشکلات سلامت روانی نمی‌توانند با یک عینک به طور کامل درک شوند. «تحقیقات قوم‌نگاری» بینش‌هایی نسبت به معنی مشکلات سلامت روان و چگونگی تجربه آنها در بافت اجتماعی فرهنگی‌شان فراهم می‌آورد. «تحقیقات مشاهده‌ای» به کارکرد افراد در زندگی روزمره‌شان می‌پردازد. «تحقیقات بالینی» پدیدارشناسی‌های مفصلی از فرایندهای آسیب‌شناسی روانی فراهم آورده و می‌تواند در گسترش درمان‌هایی برای کاستن از رنج افراد در سطوح فردی و اجتماعی سهیم باشد. «پژوهش‌های همه‌گیر شناختی» می‌توانند دیدگاه‌هایی را برای فرایندها و جمعیت‌های تعمیم یافته تر گسترش دهند. یکپارچه سازی این دیدگاه‌ها، هم در روش‌شناسی‌ها و هم در ترکیب با تیم‌های پژوهشی است که برنامه کار فرهنگی را به موفقیت می‌رسانند. در نهایت در سایه نقش آفرینی

زبان است که می‌توان به مفهوم یکپارچه‌ای از بیماری روانی به منزله یک ساخت اجتماعی و فرهنگی دست پیدا کرد.

### منابع

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Cultural Concepts in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA, American Psychiatric Association, (2013).
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual: IV*. Washington, DC: Am. Psychiatric. Association.
- Bebbington P, Kuipers L. (1994). The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. *Psychol. Med.*
- Betancourt H, Lo'pez SR. (1993). The study of culture, race and ethnicity in American psychology. *Am. Psychol.*
- Brown GW, Birley JLT, Wing JK. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Br. J.Psychiatry.*
- Clark LA. (1987). Mutual relevance of mainstream and cross-cultural psychology. *J.Consult. Clin. Psychol.*
- Cohen A. (1992). Prognosis for schizophrenia in the Third World: a reevaluation of crosscultural res-Draguns JG. 1980. Disorders of clinical severity. See Triandis&Draguns (1980).
- Draguns JG. (1990). Culture and psychopathology: toward specifying the nature of the relationship. In Nebraska Symposium on Motivation (1989): Cross-Cultural Perspectives, ed. J Berman. Lincoln: Univ. Neb.
- Duclos CW, Beals J, Novins DK, Martin C, Jewett CS, Manson SM. (1998). Prevalence of common psychiatric disorders among American Indian adolescent detainees. *J.Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.*
- Edgerton R, Cohen A. (1994). Culture and schizophrenia: the DOSMD challenge. *Br.J. Psychiatry.*
- Egeland, JA, Hostetter AM, Eshleman S. (1983). Amish Study: III. The impact of cultural factors on diagnosis of bipolar illness. *J.Am. Psychiatry.*
- Fabrega H. (1975). The need for an ethnomedical science. *Science.*
- Fabrega H. (1989). *On the significance of an anthropological approach to schizophrenia.* *Psychiatry.*
- Fabrega H. (1990). *Hispanic mental health research: a case for cultural psychiatry.* *Hisp. J. Behav. Sc.*

- Gallimore R, Coots J, Weisner T, Garnier H, Guthrie D. (1996). Family responses to children with early developmental delays II: accommodation intensity and activity in early and middle childhood. *Am. J. Ment. Retard.* 101(3):215-32.
- Gallimore R, Goldenberg CN, Weisner TS. (1993). The social construction and subjective reality of activity settings: implications for community psychology. *Am. J. Commun. Psychol.*
- Goncalves, oscar F. Machado, paulo P.P.(1999). Narvative in Psychotherapy: The Emerying Metaphor. *Journal of clinical Psychology*55.
- Greenfield PM. (1997). Culture as process: empirical methods for cultural psychology. In Handbook of Cross-Cultural Psychology: Theory and Method, ed. JW Berry, YH Poortinga, J Pandey. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Guarnaccia PJ. (1997). A cross-cultural perspective on anxiety disorders. In Cultural Issues in the Treatment of Anxiety, ed. S Friedman, pp. 3–20. New York: Guilford.
- Guarnaccia PJ. (1998). Multicultural experiences of family caregiving: a study of African American, European American and Hispanic American families. See Lefley (1998).
- Guarnaccia PJ, Lo´pez S. (1998). The mental health and adjustment of immigrant and refugee children. *Child Adolesc. Clin. NorthAm.* 7:537–53
- Guarnaccia PJ, Parra P, Deschamps A, Milstein G, Argiles N. (1992). Si Dios quiere: Hispanic families' experiences of caring for a seriously mentally ill family member. *Cult. Med. Psychiatry.*
- Helms JE. (1997). The triple quandary of race, culture, and social class in standardized cognitive ability testing. In Contemporary Intellectual Assessment: Theories, Tests, and Issues, ed. DP Flanagan, JL Genshaft, PL Harrison, pp. 517–32. New York: Guilford.
- Jenkins JH. (1988a). Conceptions of schizophrenia as a problem of nerves: a cross-cultural comparison of Mexican-Americans and Anglo-Americans. *Soc. Sci. Med.*
- Jenkins JH. (1988b). Ethnopsychiatric interpretations of schizophrenic illness: the problem of nervios within Mexican-American families. *Cult. Med. Psychiatry.*
- Jenkins JH. (1991). Anthropology, expressed emotion, and schizophrenia. *Ethos.*
- Jenkins JH. (1993). Too close for comfort: schizophrenia and emotional overinvolvement among Mexicano families. In Ethnopsychiatry, ed. AD Gaines, pp. 203–21. Albany, NY: State Univ. NY Press
- Jenkins JH, Karno M. (1992). The meaning of expressed emotion: theoretical issues raised by cross-cultural research. *Am. J. Psychiatry.*
- Karno M, Jenkins JH, de la Selva A, Santana F, Telles C, et al. (1987). Expressed emotion and schizophrenic outcome among Mexican-American families. *J. Nerv. Ment.*

- Kleinman A. (1988). *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*. New York.
- Kleinman A, Eisenberg L, Good B. (1978). Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann. Intern. Med.* 88.
- Kleinman A, Good BJ, eds. (1985). *Culture and Depression*. Berkeley: Univ. Calif. Press.
- Kleinman A, Kleinman J. (1991). Suffering and its professional transformations: toward an ethnography of experience. *Cult. Med. Psychiatry* 15.
- Kleinman AM. (1977). Depression, somatization and the “New Cross-Cultural Psychiatry.” *Soc. Sci. Med.*
- Lewis-Fernandez R, Kleinman A. (1994). Culture, personality and psychopathology. *J. Abnorm. Psychol.*
- Lewis-Fernandez R, Kleinman A. (1995). Cultural psychiatry: theoretical, clinical and research issues. *Psychiatr. Clin. North Am.*
- Lo’pez SR, Nelson K, Snyder K, Mintz J. (1999). Attributions and affective reactions of family members and course of schizophrenia. *J. Abnorm. Psychol.*
- Lo’pez S, Nu’n~ez JA. (1987). The consideration of cultural factors in selected diagnostic criteria and interview schedules. *J. Abnorm. Psychol.*
- Marsella AJ. (1980). Depressive experience and disorder across cultures. See Triandis & Draguns (1980).
- Marsella AJ, Friedman MJ, Gerrity ET, Scurfield RM, eds. 1996. *Ethnocultural Aspects of Posttraumatic Stress Disorder: Issues, Research, and Clinical Applications*. Washington, DC: Am. Psychol. Assoc.
- Mezzich JE, Kirmayer LJ, Kleinman A, Fabrega H, Parron DL, et al. (1999). The place of culture in DSM-IV. *J. Nerv. Ment. Dis.*
- Mezzich JE, Kleinman A, Fabrega H, Parron DL, eds. (1996). *Culture and Psychiatric Diagnosis: A DSM-IV Perspective*. Washington, DC: Am. Psychiatr. Assoc.
- Mezzich JE, Kleinman A, Fabrega H, Parron DL, Good BJ, et al. (1997). Cultural issues for DSM-IV. In *DSM-IV Sourcebook*, ed. TA Widiger, AJ Frances, HA Pincus, R Ross, MB First, W Davis, 3:861–1016. Washington, DC: Am. Psychiatr. Assoc.
- Rogler LH. (1989). The meaning of culturally sensitive research in mental health. *Am. J. Psychiatry* 146:296–303
- Rogler LH. (1994). International migrations: a framework for directing research. *Am. Psychol.*
- Rogler LH. (1996). Framing research on culture in psychiatric diagnosis: the case of the DSM-IV. *Psychiatr.*



- Rogler LH, Malgady RG, Rodriguez O. (1989). Hispanics and Mental Health: A Frameworkfor Research. Malabar, FL: Krieger.
- Shi-xu. (2002).the Discourse of Cultural Psychology: Transforming the Discourses of Self, Memory, Narrative, and Culture.*Culture & Psychology*. London: Sage.
- WestermeyerJ, Janca A. (1997). Language, Culture and Psychopathology: Conceptual and Methodological Issues. *Transcultural Psychology*. London: Sage.