

کاناتونی، چند نشانه‌ی تیپیک از این بیماری را نوشت که فقط با نگاه کردن به بیمار می‌توان آن‌ها را فهمید و نیاز به مصاحبه ندارند؛ مانند کاناپلکسی، انعطاف‌پذیری مومی شکل، حرکات تکراری یا اتخاذ وضعیت، اکوپراکسی و حرف زدن، و بی‌حرکتی. این علائم مستقل از فرهنگ‌های گوناگون، و توسط همه قابل استفاده هستند. به این ترتیب و با در نظر گرفتن سیر فوق، ما به زبان مشترکی می‌رسیم که برای فرهنگ‌ها و زبان‌های متفاوت قابل استفاده است و سیمولوژیک محسوب می‌شود. باید توجه داشته باشیم، این جنبه از روان‌شناسی بالینی از آن دوره به بعد، هیچ مثال دیگری را مانند کاناتونی و فلج عمومی بدن مطرح نکرده است. در نتیجه، باید بدانیم که برای استفاده از سیمولوژیک به منظور تبیین بیماری‌های متفاوت هم محدودیت‌هایی وجود دارد.

اما این دو تصویر آخر، یعنی فلج عمومی بدن و کاناتونی، نمی‌توانند در کنار روشی قرار گیرند که بلولر برای نشانه‌شناسی در بیماری‌ها مورد استفاده قرار داد و بر اساس آن، نشانه‌ها را به دو جزء اولیه و ثانویه تقسیم کرد. او در سال ۱۹۱۱، مرزبندی مشخصی بین نشانه‌های متفاوت تشخیص اسکیزوفرنی قائل می‌شود که آن را تئوری علامت‌ها و یا تئوری بیماری‌ها می‌نامند.

نشانه‌های اولیه، بر اساس مفهوم خود، مستقیماً از روند اسکیزوفرنی ناشی می‌شوند. مثلاً، سست شدن تداعی، نشانه‌هایی مانند اختلال در روند تفکر و کاهش محتوای فکر و ایتسمیک را ایجاد می‌کنند. نشانه‌های ثانویه ناشی از تلاش بیمار برای تطابق با شرایط درونی خود و محیط خارج و افراد پیرامون هستند. این نشانه‌ها مخصوص اسکیزوفرنی نیستند و در دیگر بیماری‌های روانی، مانند اختلالات خلقی و اختلالات شناختی هم وجود دارند. این نشانه‌های ثانویه هستند که همواره از فرهنگی به فرهنگ دیگر تفاوت می‌کنند، در حالی که نشانه‌های اولیه همواره در تمامی بیماران و در تمامی فرهنگ‌ها مشاهده می‌شوند. با استفاده از همین نشانه‌های اولیه و ثانویه است که بلولر سعی می‌کند، سیمولوژی روان‌شناسی خودمختار را که بتواند در فرهنگ‌های مختلف قابل استفاده باشد، ارائه دهد.

واقعیت این است که سیمولوژی روان‌شناسی با برقراری ارتباط نسبی با فرهنگ جامعه، سعی دارد همواره استقلال خود را حفظ کند، و برای این کار، همواره برکسب شناخت قوی از خود و بنا کردن مفاهیم جدیدتر بر مفاهیم قبلی خود تکیه دارد. به این ترتیب در فرهنگ جامعه حل نمی‌شود.

۱. Abraham/ 2. Mundugumor/ 3. Riesman/ 4. Linton/ 5. Sergent/ 6. Komarovskiy/ 7. Varner/ 8. Davis/ 9. Havighurst/ 10. Lynds/ 11. Kluckhohn

1. Lonner, Waltery. and Nalpass, Roys. *Psychology & Culture*. 1994.

تأثیر متقابل فرهنگ آسیب‌شناسی

دکتر حسین اسکندری

فرهنگ و آسیب‌شناسی روانی

بیماری روانی چیست؟ بنیادهای آسیب‌شناسی روانی، ریشه در شناخت ماهیت اختلال^۱ و بیماری^۲ روانی دارد؛ مفاهیمی که با فاصله از وضعیت به‌هنجار تعریف شده‌اند. با این حال، درک این فاصله با چالش‌های گوناگونی روبه‌روست. از این رو، اگر چه مفهوم «نابه‌هنجاری»^۳ بیانگر انحرافی از وضعیتی به‌هنجار است، اما مرزهای به‌هنجار و نابه‌هنجار به آسانی از یکدیگر جدا نمی‌شوند.

پرسش‌های اساسی نظیر:

- تظاهرات بیماری روانی چیست؟ (نشانه‌شناسی)^۴
- چرا بیماری روانی پدید می‌آید؟ (علت‌شناسی)^۵
- سیر پیش‌رونده و تحول بیماری روانی چیست؟ (پدیدآیی مرضی)^۶

همه در گروه طرح‌پرسی بنیادین هستند: «بیماری روانی چیست؟» پاسخ به چستی بیماری (در پهنا و عمق شناسایی)، همواره تابعی از نظریه‌های آسیب‌شناسانه‌ی روانی است. مهم‌تر از آن، پیامد دیدگاه‌هایی اساسی در شناخت به‌هنجار و نا به‌هنجار است. عمده‌ترین این دیدگاه‌ها عبارتند از:

۱. نگاه مرضی (نشانه‌شناسی بالینی)
 ۲. نگاه آماری (فاصله از حد میانی)
 ۳. نگاه فرهنگی (الگویابی تاریخی و اجتماعی)
 ۴. نگاه آرمانی نگر (الگویابی ارزشی)
 ۵. نگاه سازشی (تعادل جویی بین خواسته‌های خود و جهان)
 ۶. نگاه انسانی (درک وضعیت انسان در روابط هستی‌شناختی)
- طرح این دیدگاه‌ها به جریان‌های گوناگونی در روان‌شناسی بالینی و روان‌پزشکی منجر شده است [واموسی، ۱۳۸۲]. در این‌جا، ما فقط به بررسی و مقایسه‌ی دو دیدگاه مرضی و فرهنگی می‌پردازیم.

الف) دیدگاه مرضی یا آسیب‌شناختی

از نظر آسیب‌شناسی، رفتار نا به‌هنجار نتیجه‌ی حالتی مرضی

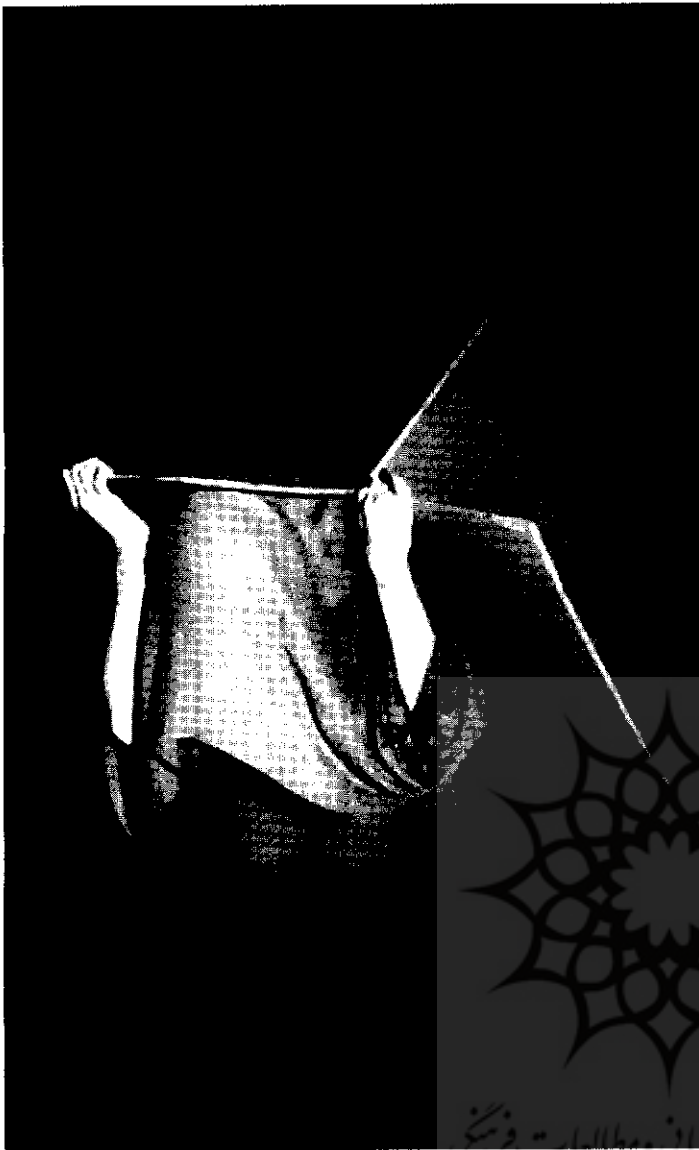
اسی روانی

و یا اختلالی است که بر اساس نشانه‌های بالینی قابل تشخیص باشد. این دیدگاه به دو نتیجه منتهی می‌شود: نخست آن‌که وجود علامت‌ها یا نشانه‌های مرضی، دلیلی بر نابه‌هنجاری است. در حالی که تجربه نشان می‌دهد، تعداد افرادی که به خصوص تحت شرایط تنیدگی، کاملاً فاقد نشانه‌های مرضی باشند. بسیار کم است. دیگر این‌که فقدان نشانه‌های مرضی دلیل بر هنجاری است، در حالی که در خلال فرایند بسیاری از بیماری‌ها، نشانه‌های مرضی مشاهده نمی‌شوند؛ مثل بیماری قند که فرد قبل از بحران، هیچ‌گونه نشانه‌ی مرضی نشان نمی‌دهد [دادستان، ۱۳۸۳].

این شیوه تفکر به روشنی در «راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی»^۲ انجمن روان‌پزشکی آمریکا انعکاس یافته است. در DSM-IV، هر اختلال روانی به عنوان نشانگر یا الگوی رفتاری یا روانی قابل ملاحظه‌ی بالینی در نظر گرفته شده است که در یک فرد ظاهر می‌شود و یا با ناراحتی فعلی (برای مثال یک نشانه‌ی دردناک)، ناتوانی (یعنی اختلال در یک یا بیش از یکی از زمینه‌های کارکردی) و یا با افزایش قابل ملاحظه‌ی خطر مرگ، درد، و از دست دادن آزادی رابطه دارد.

به علاوه، این نشانگر یا الگو نباید در واکنش به رویداد خاصی باشد که از لحاظ فرهنگی موجه و مورد انتظار است. رفتار انحرافی (برای مثال، سیاسی، مذهبی یا جنسی) و تعارض‌هایی که به طور عمده میان فرد و جامعه بروز می‌کنند، در صورتی اختلال روانی تلقی می‌شوند که نشانه‌ای از یک کژکاری در فرد باشند [DSM-IV-TR, 2000].

از دیدگاه مرضی و به عبارت دیگر در DSM، بیماری روانی مانند مدل طبی در نظر گرفته می‌شود و این امر بر ابهام هر چه بیش‌تر مسأله افزوده است. به این ترتیب که چون بسیاری از بیماری‌های جسمی مثل سل، سرطان و ذات‌الریه در فرهنگ‌های متفاوت، حالت‌های مشابه (البته با میزان‌های متفاوت) دارند، در نتیجه این



تصور به وجود آمده است که بیماری‌های روانی در همه‌ی فرهنگ‌ها، انگاره‌ی ثابتی نشان خواهند داد. اما این تصور، یکی از پیامدهای تأسف بار جسمی فرض کردن مفهوم بیماری روانی در روان‌پزشکی غرب است [کوکرین، ۱۹۹۱].

ب) دیدگاه فرهنگی

از این دیدگاه، رفتارها و یا بازخوردهای یک فرد بر حسب محیط اجتماعی که در آن زندگی می‌کند، به هنجار یا نابه‌هنجارند. در زندگی اجتماعی، امکان آزادی در حد قابل قبولی برای تظاهرات فردی وجود دارد، ولی اجتماع نمی‌تواند انحراف از آداب و رسوم استقرار یافته را تحمل کند. در ضمن باید در نظر داشت، آداب و بازخوردهایی که در یک گروه فرهنگی به هنجار تلقی می‌شوند، در گروه دیگر ممکن است نابه‌هنجار دانسته شوند. و یا، اموری که در نسل گذشته یا در یک سده پیش از این نابه‌هنجار بوده‌اند، ممکن

است در اجتماع امروزی قابل قبول باشند. بنابراین نمی‌توان هر رفتاری را که از میانگین نتایج گروه اجتماعی فاصله می‌گیرد، نابه‌هنجار تلقی کرد [دادستان، ۱۳۸۳].

بدین ترتیب همه‌ی فرهنگ‌ها، هم فرایندهای تسهیل‌کننده‌ی سازگاری و حل تعارض را پدید می‌آورند، و هم فشارهایی ایجاد می‌کنند که سبب بروز تعارض، انحراف و ناسازگاری می‌شود. این فشارها ممکن است در مقیاس وسیع، روی گروه‌های اجتماعی بزرگ و نیز به‌طور انتخابی، روی زیر گروه‌های فرهنگی خاص اعمال شوند. نتیجه این که تمامی فرهنگ‌ها، «رفتارهای به‌هنجار» و آستانه‌ی تحمل «ناهنجاری‌های» متفاوت را تعریف می‌کنند و برای الگوهای گوناگون انحراف، پیامدهای اجتماعی متفاوتی وضع می‌کنند [کایلان و سادوک، ۲۰۰۳].

با توجه به آنچه که ذکر شد، می‌توان میان فرهنگ و بیماری روانی چهارگونه رابطه‌ی مشخص تعیین کرد:

- نخست، مفهوم به‌هنجار^۱ و نابه‌هنجار^۲ خود ممکن است در جامعه‌های مختلف، متفاوت باشد.
- دوم، فراوانی نسبی موارد مرضی نیز ممکن است در اجتماعات مختلف فرق داشته باشد.
- سوم، اوضاعی که باعث اختلالات روحی می‌شود، ممکن است بنابر ساختمان اجتماعی متفاوت باشد.
- چهارم، نوع اختلالات نیز ممکن است یکسان نباشد.

اقسام رفتار نابه‌هنجار

روث بندیکت خاطر نشان می‌کند، در بعضی از اجتماعات، شیوه‌ی رفتاری عادی است که با آنچه در جامعه‌ی ما مرضی تلقی می‌گردد، مطابقت دارد. سرخپوستان «کواکیوتل» کلمبیای انگلیس به نحوی رفتار می‌کنند که آدمی را به یاد بیماری می‌اندازد و نوعی «جنون عظمت» یا «هدیان عظمت» است. این حالت هنگامی به ایشان دست می‌دهد که در نطق‌هایی که به مناسبت مخصوصی ایراد می‌کنند، به ستایش خویش می‌پردازند. همچنین، وقتی تصادف‌ها و حوادث ناگوار را «اهانتی» تلقی می‌کنند که روزگار به عمد درباره‌ی ایشان روا داشته است، «هدیان اسناد» از خود نشان می‌دهند. از ذکر این مثال‌ها بندیکت نتیجه می‌گیرد که حدود امر طبیعی و غیرطبیعی را فرهنگ تعیین می‌کند و از گروهی به گروه دیگر کاملاً گوناگون می‌شود.

هوژی معتقد است: هرگاه به نوروژ، منحصرأ از لحاظ جامعه‌شناسی نگاه شود و آن را تنها انحراف از شیوه‌های رفتار رایج در جامعه‌ی معینی بدانیم، از مشخصات روانی این نابه‌هنجاری که اینک معلوم است، سخت غافل مانده‌ایم. هیچ یک از روان‌پزشکان، به هر نحله‌ای که معتقد باشند، آنچه را که غالباً نوروژ می‌نامند، در این حالت نخواهند دید.

باید، هم به جنبه‌ی عینی و ظاهر، و هم به جنبه‌ی نیروی جریان روانی انحراف توجه داشت. از لحاظ جریان روانی، ممکن است مفهوم نوروژ با هر حالت مرضی دیگر، عنصر مشترکی را شامل باشد؛ یعنی با محلی که این حالت در آن‌جا ظاهر می‌شود، ارتباطی نداشته باشد. به قول هوژی، ممکن است ترس یا حالت دفاعی در برابر این ترس، یا کوشش در راه جمع میان کشش‌های متضاد، همیشه وجود داشته باشد. اگر این نکته درست باشد، پس شباهت میان رفتار کواکیوتل و رفتار پارانوئیایی ممکن است بیش تر ظاهری باشد تا واقعی. بنابراین، جز در مورد رفتار ظاهری، به تعریف جدید امر طبیعی نیازی نیست [پشین].

همین ملاحظات در مورد عقیده‌ی فرانتز الکساندر^{۱۱} نیز صادق است. به عقیده‌ی این دانشمند، تفکر عمیق بودایی عرفای هند را که با پدیده‌های بدنی مانند سخت شدن اعضا و بی‌حرکت ماندن آن‌ها همراه است، باید اسکیزوفرنی مصنوعی از نوع کاتاتونیک شمرد. می‌دانیم که یکی از مشخصات اسکیزوفرنی، از میان رفتن کامل حس واقعیت است و نوع کاتاتونیک آن غالباً با سختی و سفتی حرکات، بهت زدگی و بی‌حرکتی مشخص می‌شود. پس به ظاهر، شباهت‌های مسلمی میان این دو وجود دارد. اما چون عرفای هند قادرند رفتار خود را مهار کنند و به دنبال آن، رابطه‌ی خود را با محیط مادی محفوظ نگه دارند، پس با بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی فرق دارند. اساس انتقادهای وروکی^{۱۲} به عقاید بندیکت همین است. وی می‌نویسد: «به هیچ وجه نمی‌توان توهمات دیوانه و توهمات سرخ‌پوست ساکن ساحل شمال غربی را یکسان دانست. حالاتی مانند جنون عظمت، نه از جهت صفات غیرطبیعی، بلکه به علت عمل خود در سازمان کلی نیروهای شخصیت، مرضی هستند. واکنش پارانوئیایی واقعی، صورت انتخاب امر غیرطبیعی را دارد، در صورتی که واکنش رئیس قبیله‌ی هاید، چنین نیست. برای او بیش از یک راه ممکن وجود ندارد.»

با این همه، عقیده‌ای که بندیکت عنوان کرده و مشهود است و نظر الکساندر را تأیید می‌کند، حائز اهمیت است؛ زیرا نشان دهنده‌ی تغییر‌پذیری رفتار به‌هنجار است [پشین].

اوضاعی که موجب نابه‌هنجاری روانی می‌شود

مطلبی که به پدیده‌ی نسیت فرهنگی تعریف بیماری مربوط می‌شود، این است که اوضاع به وجودآورنده‌ی آثار مرضی، خود در فرهنگ‌های مختلف یکسان نیست. خودداری از اقدام یا نقص مخصوصی در فرد، وقتی معلوم می‌شود که محیط اجتماعی، استعداد مربوط به آن بطلبد، وگرنه چه بسا کسی متوجه این نقص نشود. مثلاً در میان بانتهوهای آفریقا، تقریباً همه‌ی بزرگسالان اعم از زن و مرد، سخنرانان خوبی هستند و گوردون برون^{۱۳} مشاهده کرده است، «اختلال روحی بیش تر در میان جوانانی ظاهر می‌شود که

احساس می‌کنند، نمی‌توانند ناطق زبردستی باشند». لازم به ذکر نیست که در جامعه‌ی ما (جامعه‌ی غربی)، چنین ناتوانی رنج‌آور نیست و هرگاه چنین باشد رنج آن موقت است و در اوضاع و احوال خاصی ظاهر می‌شود [پیشین].

فراوانی نابه‌هنجاری‌ها

بررسی اوضاعی که سبب آثار مرضی می‌شود، مستقیماً با موضوع فراوانی آن‌ها ارتباط دارد؛ زیرا مسلم است که هرچه این اوضاع فراوان‌تر باشد، غالباً بیش‌تر به چنین یا چنان اختلالی منجر می‌شود و این خود یکی از مهم‌ترین مسائل عملی است. گاهی گفته می‌شود، چون تعداد موارد بیماری روانی و عصبی در شهرها بیش از روستاهاست، پس ثابت می‌شود که محیط در فراوانی موارد مرضی مؤثر است.

این تفاوت ظاهراً، هم در مورد عموم بیماری‌های روانی و هم در مورد بیماری‌های روانی خاص صادق است. مثلاً ریپ‌پترو^{۱۲} نقل می‌کند، در برزیل موارد اسکیزوفرنی در شهرها نه بار بیش از روستاهاست. اما تفسیر علمی این اطلاعات دشوار است، زیرا امکان دارد فراوانی این بیماری در شهرها به علت آن باشد که در شهر، تشخیص بیماری و بستری کردن بیماران سهل‌تر است؛ و گرنه افزایش عده‌ی بیماران روانی به زندگی شهرنشینی چندان مربوط نیست. با این همه در اهمیت محیط اجتماعی نمی‌توان تردید کرد.

پارسون^{۱۳} از لحاظ فراوانی بیماری‌های جسمی و به‌ویژه بیماری‌های روانی که علل جسمانی دارند و بیماری‌های روانی، فرضیه‌ی مهمی را پیشنهاد می‌کند. بر اساس این فرضیه، هرگاه نوع خاصی از انحراف بیش‌تر شایع شود، نوع دیگر آن احتمالاً کم‌تر شیوع دارد. مثلاً اگر راست باشد که طی دهه‌های اخیر، بیماری روانی رو به افزایش گذاشته است، از این جا نتیجه نمی‌شود که به موازات این افزایش، حتماً به هم‌پاشیدگی سازمان‌های اجتماعی نیز افزایش یافته است.

انواع گوناگون نابه‌هنجاری

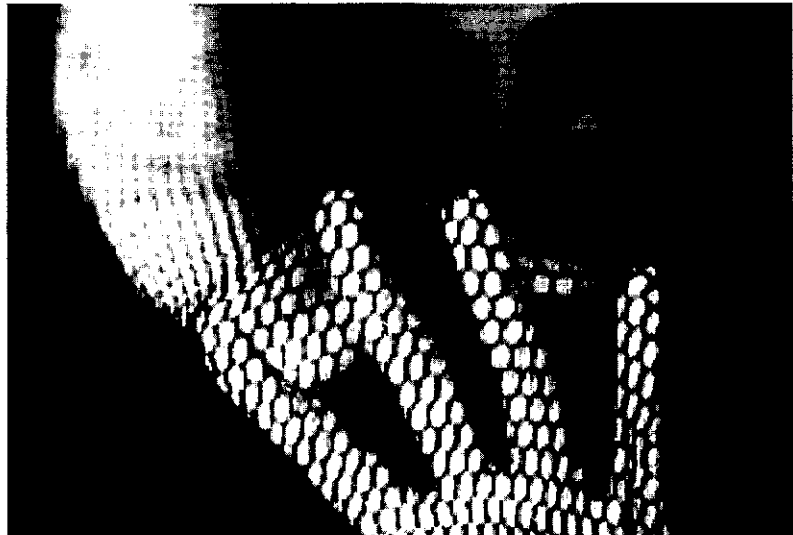
پیش‌تر گفتیم، رفتاری که در یک جامعه به‌هنجار شمرده می‌شود، ممکن است در نظر جامعه‌ی دیگری نابه‌هنجار جلوه کند. اینک به جست‌وجوی مشکلی نزدیک به مشکل مذکور می‌پردازیم. یعنی سعی می‌کنیم ببینیم، وقتی بیماری وجود دارد چگونه ظهور و بروز می‌کند. در این باب می‌توان از «موارد مرضی رایج» سخن گفت، ولی نباید فراموش کرد که این جلوه‌ها در حیات اجتماعی دوام و استمرار دارند و عموماً با مفهوم رسم روز یا «مد» مربوط نیستند. هوزی مشاهده کرده است، قدرت طلبی در جامعه، یکی از

علائم شایع اختلالات عصبی است. در این بیماری نیز عامل فرهنگی دخالت دارد. در جامعه‌ی ما قدرت فردی و وجهه، سهم مهمی دارند و این مزایا از راه ثروت به دست می‌آیند. از این رو، در بیماران عصبی، میل شدیدی به مالکیت دیده می‌شود و وقتی دلهره‌های بیمار که موجب این احتیاج است، کاهش می‌یابد یا از میان می‌رود، این نیاز نیز محو می‌شود. اما ثروت تنها یکی از وسائل کسب قدرت است و بیمار عصبی ممکن است، برای نجات خود از این احساس ناتوانی یا سرافکندگی، شیوه‌های دیگری نیز به کار برد.

در بعضی فرهنگ‌های دیگر، میل به قدرت وجود ندارد و در نتیجه، در بیماران عصبی این میل چندان مؤثر نیست. پیش‌تر خاطر نشان ساختیم که در برخی از اجتماعات، مثلاً در قبیله‌ی پوئبلوها، به وجهه یا قدرت فردی چندان اهمیت نمی‌دهند. در این گروه‌ها، به قول هورنی، برای آن‌که کسی خود را ایمن از گزند احساس کند، آرزوی برتری یافتن در امور مختلف برایش آرزوی عبی است. اگر بیماران عصبی در جامعه‌ی ما این راه را بر می‌گزینند، برای این است که در ساختمان اجتماعی ما می‌توان با قدرت، وجهه و مالکیت، احساس ایمنی را نیرو بخشید. « [پیشین].

یک نمونه‌ی جالب از «موارد مرضی رایج»، اختلال روانی معروف به «ویندیگو»^{۱۴} در میان سرخ‌پوستان «اوریگونا» است. ویندیگو، گول یخی افسانه‌ای و آدمخواری سیرناشدنی است. در این اختلال روانی، بیمار خیال می‌کند به ویندیگو مبدل شده است. علت نزدیک آن معمولاً خطر قحطی است. بیماری با مالخولیا شروع می‌شود و رفته‌رفته به قهر، شدت عمل و آدمخواری وسواس‌آمیز مبدل می‌شود. در مرحله‌ی آخر، بیمار ممکن است اعضای خانواده خود را بکشد و بخورد. درمان این بیماری ممکن است، اما غالباً برای امنیت جامعه، بیمار را به قتل می‌رسانند. روشن است که علت این اختلال، فرهنگی است. در هر حال، اهمیت فوق‌العاده‌ی تأثیرات فرهنگی، لااقل از لحاظ جنبه‌های ظاهری بیماری‌ها، قابل انکار نیست [پیشین].

مدارک و شواهدی که ارائه شدند، به خوبی نشان می‌دهند که تا چه اندازه عوامل فرهنگی در تبیین جلوه‌های مرضی مؤثرند. این عوامل در تعیین معناهایی که ما برای مفاهیم به‌هنجار و نابه‌هنجار قائل می‌شویم، اوضاعی که باعث اختلال مرضی می‌شود و نیز فراوانی و چگونگی علائم این اختلالات دخالت دارند. با این همه ما وظیفه داریم، خواننده را از خطر نتیجه‌گیری بسیار کلی و عمومی از این شواهد برحذر داریم. خواننده نباید تصور کند که هر تظاهر مرضی معلول فرهنگ است و شخصیت فرد همواره تحت تأثیر ساختمان فرهنگی غالب است. همچنان‌که بارها گفته شده است، همه‌ی افراد در برابر تأثیرات محیط اجتماعی واکنش یکسان نشان



همچنین، می توان ثابت کرد که روان پزشکان در تحقیق روی حالات فرد در فرهنگ، کوشش کافی به خرج داده اند، اما به اهمیت فرهنگ و تأثیر آن توجه کافی نکرده اند. تأثیر نسبی فرهنگ از یک سو، و صفاتی که فرد به فرهنگ داده است از سوی دیگر، از هم جدا نمی شوند و باید به این دو عامل توجه شود. در هیچ یک از شاخه های روان شناسی اجتماعی، چنین زمینه ی مهمی برای تحقیق موجود نیست، زیرا در این جا موضوع مطالعه نسبتاً در دسترس دانشمندان است. ترکیب شیوه های معمول در روان پزشکی و قوم شناسی ممکن است در این زمینه نتایج

بسیار مهمی به دست دهد. در صفحه های گذشته، ما عمداً درباره ی سهم فرهنگ پافشاری کردیم، زیرا شیوه ی تحقیقی که روان پزشکان در جامعه ی ما، معمولاً در مورد فرد به کار می برند، همیشه متوجه این مهم نیست.

هویت فرهنگی

DSM-IV-TR توصیه می کند، در ارزیابی هویت فرهنگی افراد، پزشک باید به گروه مرجع فرهنگی یا قومی فرد توجه کند. بریکتر، مقوله ی معروف پارانوئیا را که در تشخیص بیماری روانی به کار می رود، در مورد فرهنگ ملی آلمانی به کار برده است. البته او نمی گوید که همه ی آلمانی ها و حتی اکثر آنان به پارانوئیا مبتلا هستند، بلکه فرهنگ آلمانی را روی هم وصف می کند، نه افراد آلمانی را. اما اظهار می دارد، در این فرهنگ برخی از افراد که خصایص پارانوئیایی از خود نشان می دهند، به آسانی به ریاست برگزیده می شوند [کلاپنبرگ، ۱۳۸۳].

گورر، از روی مصاحبه هایش در آمریکا، با اشخاصی که با ژاپنی ها تماس فراوان داشتند، به این فرض رسید که میان ساختار منش ژاپنی و تجربه هایی که در کودکی برای او حاصل شده است، رابطه ی نزدیکی وجود دارد. به عقیده ی وی، تأدیب سخت کودک برای ایجاد عادت نظافت در او، علت ستیزه جویی است که ژاپنی بعداً در زندگی از خود نشان می دهد. نفرت ژاپنی ها و ترس بیش از اندازه ی آنان از کثافت نیز معلول رفتاری است که در کودکی با ایشان کرده اند.

هسو^{۱۶} و کیتانو^{۱۷} در پژوهشی نشان دادند، آسیایی ها می آموزند تا هماهنگی بیش تری با خانواده یا اجتماع داشته باشند. بنابراین، آن ها که در نظام خانواده به سرکشی پیردازند، افرادی منحرف محسوب خواهند شد برعکس، ارزش های حاکم بر جوامع غربی

نمی دهند. بعضی به آسانی تسلیم تأثیر محیط می شوند و بعضی دیگر در برابر آن ایستادگی به خرج می دهند. حتی در وضع ساده ی آزمایشگاهی هم نمی توان مطمئن بود که محرک خارجی واحد، در نظر دو فرد متفاوت به یک معنی است، زیرا سراسر هستی گذشته ی ایشان ممکن است در واکنش آنان مؤثر باشد. بیرون در این زمینه عقیده دارد، شخصیت «روپوش یا رویه» ای دارد و نفوذناپذیری این رویه در افراد متفاوت است.

پلانگ، در تجزیه و تحلیل رابطه ی میان شخصیت و فرهنگ، اثر سه عنصر را مشخص می داند: «یک طرف قضیه، شخصیت است که می بالد و تحول می یابد و این شخصیتی است که در همه حال از مجموعه ی کوشش های خود و آثار محیط ترکیب می شود. در سوی دیگر، ساختمان فرهنگی است که بنا بر علاقه های همه ی شخصیت های سازنده ی فرهنگ و به سائقه ی یک سلسله از نیروهایی می بالد و تحول می یابد که به علت مرکب بودن فرهنگ، از شخصیت های بسیاری تولید می شوند. عنصر سوم، جریان انتخاب انساب است که در جایی به وقوع می پیوندد که ساختمان فرهنگی با شخصیت برخورد پیدا می کند و کارش بازرسی مواردی است که قبول خواهند شد.»

معنی بیان فوق این است که گرچه فرهنگ شخصیت را می سازد و در قالب معینی می ریزد، اما فرد هم به نوبه ی خود در محیط فرهنگی و اجتماعی مؤثر است. به عبارت دیگر، فرد دستگاهی گیرنده یا منفعل نیست، بلکه کالبدی قادر به کنش و واکنش است. پس چه شخصیت به هنجار باشد و چه نابه هنجار، باید هم درباره ی فرهنگ مطالعه کرد و هم در خصوص فرد. گزارش های قوم شناسان درباره ی جلوه های مرضی تا کنون از راه تجزیه و تحلیل پدیده های قوم فرهنگی، به فهم این مطالب مدد شایانی کرده، اما حالات فرد غیرطبیعی را چنان که باید و شاید بر ما روشن نساخته است.

فردگرایی و استقلال فردی را تشویق می‌کنند. [، : ۸۷].
در مقایسه با روان‌شناسان و دانشجویان آمریکایی،
روان‌شناسان و دانشجویان آسیایی بیش‌تر به این مسأله اعتقاد دارند
که سلامت روانی با پرورش قدرت اراده و اجتناب از افکار
ناخوشایند، افزایش خواهند یافت. ایشان مشاوره را فرایندی
مستقیم، پدر مآبانه و سلطه‌جویانه تلقی می‌کنند [آرکوف و
همکاران، ۱۹۶۶].

کاترین. ال. هریس، از دانشگاه بوستون، و آیسه از دانشگاه
استانبول، وجود ارتباط میان فرهنگ فردگرایی-جمع‌گرایی و گزارش
نشانه‌های بالینی را بررسی کردند. همچنین، در خصوص این‌که
آیا چنین ارتباطی میان یک فرهنگ فردگرا در جامعه‌ای مانند ایالات
متحده آمریکا، و نیز یک فرهنگ جمع‌گرا مانند ترکیه، متفاوت است
یا خیر، با هم همکاری کردند. سناریوهای جمع‌گرایی-فردگرایی
و مجموعه مقیاس‌های بالینی و تشخیصی روی نمونه‌های غیربالینی
دانشجویان دانشگاه بوستون و استانبول اجرا شدند به علاوه، این
مطالعه برخورد فرهنگ-شخصیت را با بررسی دانشجویان کالج در
زمینه‌ی نشانه‌های فشارهای روان‌شناختی، مورد بررسی قرار داد.
نتایج نشان داد، در فرهنگ آمریکایی، فردگرایی با سلامت روان
مناسب همسانی دارد یا حداقل با «خودگزارشی» کم‌تر از فشارهای
روان‌شناختی مرتبط است. نمرات جمع‌گرایی در این جامعه با
شخصیت وابسته و اضطراب اجتماعی مرتبط بود. نتایج حاصله،
طرح پیشنهادی لاش^{۱۸} و لین^{۱۹} (۱۹۹۱) را در خصوص آسیب‌های
فردگرایی در سطح افراد فردگرا کرد و در عوض، با یافته‌های طرح
پیشنهادی واترمن (۱۹۸۴) که حداقل برخی از شکل‌های فردگرایی
را با بهداشت روانی همسان می‌داند، هم‌خوانی داشت. در نمونه‌ی
ترکیه‌ای، الگوی متفاوت تکان‌دهنده‌ای از همبستگی در داده‌های
حاصل مشاهده شد. فردگرایی و به ویژه فردگرایی افقی، با حداقل
بهداشت روانی تپ شخصیتی همراه بود. فردگرایی افقی با گزارش
ویژگی‌های اختلال شخصیت پارانویید، خودشیفته،
ضداجتماعی، مرزی و خرده‌مقیاس اختلالات اسکیزوتیپال و
تکانشگری همبستگی داشت.

در فرهنگ آمریکایی، داشتن شخصیتی که ترکیبی از فردگرایی
و جمع‌گرایی است نشانه‌ای از بهداشت روان محسوب می‌شود؛
اگرچه جمع‌گرایی افراطی نشانه‌ای جدی برای ضعف بهداشت
روان، و فردگرایی افراطی با ویژگی‌های شخصیتی خودشیفته و
اسکیزوتیپ مرتبط است. این مطالعه، دیدگاهی را که معتقد است،
فردگرایی و جمع‌گرایی مزیت‌ها و معایبی دارند، حمایت می‌کند.
هر دو گروه جمع‌گرا در بوستون و استانبول، با ویژگی‌های
شخصیت وابسته و اجتنابی (صفات پارانویید) مرتبط بودند.
فردگرایی افراطی، با گزارش ویژگی‌های پارانویید، خودشیفتگی و

با شخصیت ضداجتماعی، ویژگی‌های شخصیت مرزی و
ویژگی‌های اسکیزوتیپ هم‌بستگی داشت. جمع‌گرایان، کم‌ترین
نشانه‌های شخصیتی ضداجتماعی و نشانه‌های اسکیزوتیپ را
داشتند. فردگرایی افراطی با عزت نفس بیش از اندازه، و جمع‌گرایی
افراطی با نگرانی مفرط و ارتباط زیاد با دیگران، همراه بود. در این‌جا
از نظر روان‌شناسی سالم‌ترین گروه‌ها، گروه‌های انطباق‌پذیر
نبودند، اما در حقیقت، گروهی که کم‌ترین سلامت را در نمونه‌ی
آمریکایی داشت، جمع‌گرایان بودند.

و بالاخره این‌که فردگرایان ترکیه‌ای (در یک جامعه جمع‌گرا) و
جمع‌گرایان آمریکایی (در یک جامعه‌ی فردگرا)، بیش‌ترین نمرات را در
آزمون‌های بالینی داشتند. این یافته‌ها، فرضیه‌ی برخورد فرهنگ-
شخصیت را حمایت می‌کند و بیان می‌دارد که فقدان تطابق بین
ارزش‌های اجتماعی و شخصیت، یک عامل خطر برای پیامدهای
نامطلوب، شامل ضعف بهداشت روان و آسیب‌پذیری نسبت به
اختلالات شخصیتی محسوب می‌شود [Harris, & Ayciecegi, 2002].

در مقاله‌ای با موضوع، «ضرورت نیاز به بازاندیشی ساختار
جهان‌شمول DSM» آمده است: کلیت‌گرایی DSM حاصل اتخاذ
یک روش زیست‌پزشکی برای اختلالات روحی است. طبق این
الگو، اختلالات روحی اساساً از نظر منشأ و فیزیولوژی مشترک
مفروض انسانی در سراسر دنیا، زیست‌شناختی هستند و
آسیب‌شناسی روانی، به جز تفاوتی سطحی در نوع ارائه در میان
ملت‌ها، اساساً مشابه است [Thanker & Ward, 1998:502].

در مورد برخی اختلالات، راهنمای DSM-IV، قضاوت بالینی
کاربردی را توصیه می‌کند. از جمله، در خصوص این‌که آیا رفتار
نابه‌هنجار نشانه و نماینده‌ی یک اختلال عملکرد زمینه‌ای در افراد
است یا به‌طور ساده، واکنشی نسبت به بافت اجتماعی اقتصادی
است. فهم ضعیف اثر متقابل عوامل فرهنگی، اجتماعی و رفتاری
در صورت‌بندی تشخیصی، می‌تواند به افزایش مثبت‌ها و منفی‌های
کاذب در مورد تعیین هویت منجر شود [U.S. Surgeon, 1999].

DSM-IV به عنوان یک طبقه‌بندی توصیفی از بیماری‌ها،
نشانه‌های مورد قبول در خصوص اختلالات روان‌پزشکی را بر
اساس اطلاعات تجربی ارائه می‌دهد، اما فاقد الگوهای توصیفی
برای بیماری‌های روان‌پزشکی است. علم طبقه‌بندی بیماری‌ها ادعا
می‌کند، با فرض این‌که هر اختلال روان‌پزشکی مانند هر اختلال
پزشکی، چه در جوامع غربی چه در جوامع غیرغربی، نشانه‌های
محوری دارد، جهان‌شمول بودن، به عنوان الگوی سندریمی
مشابهی، دسته‌بندی می‌شود [WHO, 1973, 1977 & 1990] و
این‌که الگوها در میان گروه‌های طبقه‌بندی شده از نظر فرهنگی،
ساختاری و اجتماعی به‌طور مختصری متفاوت هستند. DSM
فرضیه‌ای محوری در رویکردش به این معنی دارد که عملکرد مختل

شده و سایر نشانه‌های معیاری می‌توانند تا حد زیادی مستقل از بافتی که در آن اتفاق می‌افتند، برای تعیین وجود اختلال مورد استفاده قرار گیرند [Wakefield, 1996-651].

شواهد روشنی از گوناگونی در تظاهر نشانه‌های بیماری و در شیوع بعضی اختلالات روان‌پزشکی، بر اساس نوع فرهنگ [Rogler & Guarnaccia, 1999]، جامعه [Holzer, Shea & etal, 1986] و یافت آن [Weisz & Sigman et al. 1993] وجود دارند. برای مثال، شیوع اختلالات شناختی مربوط به گروه‌های نژادی و اجتماعی جوامع متغیر به نظر می‌رسد [Mezzich & Lewis-Fernandez, 1997].

میزان شیوع «طلاق ناشی از الکلیسم» در تمام دوره‌ی زندگی، در گروه‌های نژادی و قومی قابل توجه است که طیفی از میزان ۲۳ درصد در میان آمریکایی‌های بومی، تا ۱ درصد جمعیت بندر شانگ‌های (در شمال خاوری چین) را در برمی‌گیرد. نشانه‌های طلاق ناشی از اسکیزوفرنیا نیز، با در نظر گرفتن موقعیت جغرافیایی و اقتصادی با میزان بالاتری از کاتاتونیا در هند، و هبه فرنی در ژاپن، نسبت به کشورهای غربی گزارش می‌شود [Warner, 1985].

محققان زیادی استدلال کرده‌اند که رشته‌ی همه‌گیرشناسی روان‌پزشکی به درک بهتری از چگونگی مفهوم بالینی نشانه‌ها نیاز دارد که بسته به گروه‌های نژادی، قومی و فرهنگی متفاوت است [Alarcon & Foullis, 1995].

حتی هنگامی که اختلال در چارچوب نظریه‌ای تکاملی به عنوان یک سوء عملکرد زبان‌آور مفهوم سازی می‌شود، آسیب‌رسانی از نظر اجتماعی مفهومی ساختاری است [Wakfield, 1999]. صرف نظر از جهت‌گیری فلسفی استفاده شده در تعریف اختلال، تعیین اختلالات روانی در برگرفته‌ی قضاوتی ارزشی است دربارہ‌ی آنچه که به‌هنگار است و آنچه مرضی است. چنین قضاوتی با بافت فرهنگی و اجتماعی مرتبط است [Lillie-Feld & Mrino, 1995]. قواعد تشخیصی می‌تواند، در جهت ادراک اختلال به‌طور شدیدتر، یا در جهت کوچک شمردن نشانه‌های آسیب‌شناختی واقعی دچار تورش شود؛ چرا که آن‌ها به عنوان تظاهر یک رفتار به‌هنگار مورد قضاوت قرار می‌گیرند [Lopez; 1998].

در خصوص نقد جهان‌شمول بودن و تورش‌های فرهنگی در مورد طبقه‌بندی تشخیصی بیماری‌ها در DSM-III/III-R و DSM-IV، مقالات انتقادی مرتباً رو به افزایش هستند [Rogler, 1997 & 1999]. در مخالفت با این مقالات انتقادی، یک بررسی میدانی، در مناطق متفاوت با بیمارانی از زمینه‌های قومی و فرهنگی-اجتماعی گوناگون، به عنوان بخشی از رشد و بسط DSM-IV انجام شد [Frances & Esser; 1999] هدف، تضمین تعمیم‌پذیری ویژگی‌های عملکردی و هر یک از ملاک‌ها و بخش‌های ویژه در محدوده‌ی ملاک‌های قرار

داده شده، برای بخش‌های گوناگون جمعیت بود. نتیجه‌ی این تحقق، تدوین بخش ضمیمه‌ی ویژه‌ای با عنوان سندرم‌های وابسته به فرهنگ و راهبردهایی در خصوص تفسیر فرهنگ، در قواعد صورت‌بندی‌های تشخیصی بود [Rogler, 1997 & 1999].

طبقه‌بندی DSM، به علت فقدان ابزارها و شیوه‌های مناسب، با طرح این سؤال که: «آیا سیستم طبقه‌بندی، ما را از فهم اختلالات روان‌پزشکی محروم نمی‌کند؟» مورد انتقاد قرار گرفته است [Hoagwod & Jensen, 1994].

در شکل ایده‌ال، طبقه‌بندی بیماری‌ها باید رهنمودهایی را فراهم سازد که متخصص بالینی را قادر سازد، معیارهای تشخیصی اختلالات روان‌پزشکی را با در نظر گرفتن زمینه‌ی اجتماعی، فرهنگی و بافتاری بیمار، تفسیر کنند، اما در عین حال، در میان جمعیت‌های بسیاری به‌طور ساده و همگانی کاربرد یابد.

اگرچه برای نیل به این هدف، طرحی کلی برای صورت‌بندی فرهنگی پیش‌بینی می‌شود، اما امکان عملیاتی کردن این طرح کلی - چه در غربالگری‌های تشخیصی و چه در آزمون‌های تشخیصی یا در عینی کردن دستورالعمل‌ها - و نوتنظیمی تشخیص‌ها برای متخصصان بالینی وجود ندارد. پرسشی که باقی می‌ماند این است که: طبقه‌بندی را چگونه بسازیم تا جمع‌آوری مشاهده‌ی علمی را اصولی و سازمند کند، ارتباط میان متخصصان بالینی دیدگاه‌های نظری متفاوت را آسان سازد، و در عین حال، نسبت به ویژگی‌های فرهنگی، اجتماعی و بافتاری بیمارانی مورد ارزیابی نیز حساس باشد؟ [Huts & Follette, 1996].

برخی پژوهشگران، در مورد نسبی‌گرایی تشخیصی (در مقابل کلیت‌گرایی)، به عنوان یک سردرگمی غیرضروری افزوده شده به استنتاج‌های طبقه‌بندی بیماری‌ها، تردید دارند و برخی دیگر استدلال می‌کنند، چنین بازبینی را انجام ندهید، چرا که ممکن است به طبقه‌بندی نادرست افرادی از یک فرهنگ، خاص بینجامد.

زیرنویس

1. Disorder/ 2. Disease/ 3. Ab-normality/ 4. Semiology/ 5. Etiology/ 6. Pathgenesis/ 7. Diagnostic and Statistical manual of mental disorders/ 8. Normal/ 9. Abnormal/ 10. Franz Alexander/ 11. Wearocki/ 12. Gordon Brown/ 13. Ribeiro/ 14. Parson/ 15. Windigo/ 16. HSU/ 17. Kitano/ 18. Lasch/ 19. Lane

منابع

۱. دادستان، دکتر پریخ. روان‌شناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی (ج ۱). انتشارات سمت. تهران. ۱۳۸۳.
۲. رزم‌گیری، دکتر وحید. بررسی تأثیر احتمالی عوامل فرهنگی روی الگوی علائم بالینی افسردگی اساسی. تهران. ۱۳۷۱.