سندرم روانی در فرهنگ های مختلف

نرگس رسولی

مقدمه

بیماریهای روانی نتیجه کنش متقابل عوامل ارثی و ژنتیکی از یک سوی وعوامل محیطی وبیرونی از سوی دیگر است.

بیماریهای روانی یکی از معضلات بزرگ جوامع امروزی است، مطالعات متعدد ثابت نموده است که بین عوامل

اجتماعی بیماریهای روانی رابطه ای خاص موجود است .ودر این میان برخی به عوامل ارثی وژنتیکی اهمیت بیشتر

می دهندودر مقابل برخی دیگر عوامل محیطی وبیرونی را موثرترمی دانند.

رویکردهای اپی ژنتیک در حال حاضر به این باور رسیده که در صورت ایجاد محیطی ایمن و سبک زندگی سالم

حتی در افرادیکه به صورت زنتیکی مستعد بیماری خاصی هستند می توان از بروز آن جلوگیری کرد، از این رو با تعیین

محیط سالم می توان از پیدایش بیماریهای روانی جلوگیری کرد وحتی کسانی را که زمینه مساعد دارند از آن محفوظ

ومصون نگهداشت . [14]

اختلالات روانی را باید بیماری جامعه دانست، البته نباید تصور کنیم که تظاهر بیمار گونه معلول فرهنگ است

وشخصیت فرد دستخوش ساختمان فرهنگی مسلط قرار دارد زیرا همه افراد در برابر تاثیرات محیط اجتماع به یک شیوء

واکنش نشان نمی دهند. برخی به آسانی تسلیم تاثیر محیط می شوند وبرخی دیگر در برابرآن ایستادگی به خرج می دهند،

به عبارت دیگر، فرد صرفاٌ دستگاهی گیرنده یا منفعل نیست، بلکه موجودی که قادر به کنش یا واکنش (متقابل) می باشد.

بیماری و سازگاری اجتماعی به عنوان مهمترین شاخص سلامت روان از جمله مباحثی است که جامعه شناسان

پزشکی، انسان شناسان پزشکی، روان شناسان وپزشکان در دهه اخیر توجه خاصی به آن مبذول داشته اند.

پزشکان عوامل بیولوژی را در بروز وسازگاری بیماری مهم دانسته، جامعه شناسی پزشکی به سیستم فرهنگ از

سلامت و پارامترهای شناختی و اینکه ساختارهای معنادار فرهنگ می تواند در همه گیر شناسی زیستی – پزشکی اثر

توجه دارد، انسان شناسان پزشکی به اثر مستقیم سلامت افراد بر اساس عقاید و باور به سلامت توجه دارند. [25]

کونراد (1997) بر اساس رویکرد سیستمی خود عوامل اجتماعی، بیولوژی و انسان شناسی را در سلامت اثرمند دانسته

و در این ارتباط سیستم پزشکی مرتبط با سیستم فرهنگی و پارامترهای شناختی به بیماری و اثر فرهنگ در کاهش همه

گیر شناسی زیستی – پزشکی نظر می کند. انسان شناسی پزشکی مستقیما به جستجوی اثر سلامت افراد به وسیله عقاید

سلامت و ارتباط متقابل آنها و به مقایسه سیستم های فرهنگی با سیستم های سلامت و تفاوت های اجتماعی می پردازد.

روانشناسی پزشکی مرتبط با مداخلات پیشگیری و سیاست های سلامت هنگام بوده و پزشکی اجتماعی به صورت گسترده

به سیستم های اجتماعی، گروه های اجتماعی و آن ها را با سلامت روان مرتبط می دانند. . [25]

در نتیجه سیستم های فرهنگی از دیدگاه بسیاری از منابع با وضع بهداشت، بیماری و سازگاری احتماعی افراد ارتباطند.

مثلا رژیم غذایی در سطح وسیع عاملی است که به شرایط زیست بوم و فرهنگ بستگی دارد ، در کشور های توسعه یافته

رژیم غذایی از نظر چربی غنی است به این لحاظ بسیاری از کشور های فقیر با بسنده کردن به سبزیجات و مواد غذایی

 کم کالری رژیم غذایی بهتری نسبت به کشورهای غنی دارند .  یا مثلا مصرف فراوان گوشت نیز خطر حمله قلبی را در

کشورهای پیشرفته بالا می برد . پیوستگی اجتماعی ( مثل فراهم بودن حمایتهای اجتماعی ) عاملی است که می تواند

تاثیر حوادث نامطلوب زندگی را کاهش دهد فرهنگها از نظر میزانی که مردم به تنهایی با مشکلات خود روبرو می شوند ( فرهنگهای فرد گرا مثل ایالات متحده ) و یا به کمک دیگران مشکلات خود را حل می کنند (فرهنگ جمعگرا مثل

جوامع سنتی) متغیرند . در فرهنگهای جمع گرا مشورت بطور گسترده صورت می گیرد ، تصمیمات اغلب از

طریق همفکری ومشاوره اتخاذ می شود و مسئولیت این تصمیمات بر عهده همه است و بر عکس در فرهنگهای فرد گرا

شکست در کاری اغلب فشار بیشتری را در فرد به همراه دارد تا در فرهنگهای جمعگرا که شکست بین گروه مشترک

است . پس می توان نتیجه گرفت :

که حوادث نا مطلوب زندگی بسته به روشی که فرهنگ و جامعه پذیری پیش روی فرد قرار می دهند تا او برای

برخورد با آنها آماده باشد فشار کم و زیاد بر فرد وارد می کنند برای مثال بیکاری اگر مردم آن را نتیجه اعمال خود بدانند

فشار روانی بیشتری ایجاد می کند تا زمانی که آن را معلول تغییرات اقتصادی جهانی بدانند .

تردیدی باقی نمانده است که انواع بزهکاریها وجرائم ضداجتماعی ریشه در نابسامانیها وآشفتگیهای روانی دارد که آن نیز

خود اگر علل زیست شناختی نداشته باشد ، معلول محیط ناسالم اجتماعی است . محیط ناسالم اجتماعی ، محیطی است که

نمی تواند برای اکثریت قریب به اتفاق افراد شرایطی فراهم نماید که بتوانند نیازهای خود را درمراتب مختلف برآورده

سازند . برای مثال : اعتیاد گاهی ناشی از فشار فقر است  وگاهاٌ در بسیاری از موارد هم بسته بودن درهای اجتماع بروی

که استعداد وآمادگی پیشرفت دارد، باعث اعتیاد می شود . ایشان که در حد استحقاق خود امکانات تحقق خویش را نمی یابد

، اگر نتواند ازطریق راههای سالم اعتراض خود را ابراز دارد برای گریز از فشار روانی ناچاراٌ شیوه ای رادر پیش می

گیرد که هم خود راویران می کند وهم در تخریب جامعه ای که روبروی او ایستاده موثر واقع می شود .

حفظ بهداشت روانی در جامعه مستلزم رعایت اصولی است از قبیل : عدالت اجتماعی ، فراهم نمودن امکانات جهت

شکوفایی افراد ، رفع تبعیضات وتعصبات غیر منطقی وغیر عقلانی ،ایجاد امنیت اجتماعی، سلامت، فضایی زاینده

و بالنده که فرد بتواند در آن آینده خود رابرنامه ریزی نماید و…تا این گونه شرایط آماده نشود انتظار رفتار سازگاران

وخلاق از افراد بیهوده وعبث است . . [2]

“مارگارت مید” انسان شناس مشهور این موضوع را چنین بیان می کند ، فرهنگ یک رویداد ناگهانی ویا

یک رشته از وقایعی که موجود زنده در معرض آن قرار دارد ، نیست بلکه یک جزاساسی در رشد تکامل شخص

محسوب می شود که باعث نوع سازمان رفتاری وطرز عمل خاص می گردد با فرد دیگری که در فرهنگ دیگر تربیت

شده است کاملا متفاوت است وی از واژه" نسبیت گرایی فرهنگی" و "جبر گرایی فرهنگی" صحبت به میان می آورد .

انسان تحت تاثیر فرهنگی که در آن تربیت می شود قرار می گیرد ونوروزهای روانی را حاصل فرهنگ های صنعتی

وپیشرفته می شمارد. [2]

علاوه بر تغییرات زیست شناختی که در اثر نوع فرهنگ ایجاد می شود مطالعات مردم شناسی ثابت کرده است که در

سازمانهای مختلف اجتماع اختلالات (پسیکولوژیک) روان شناختی با یکدیگر متفاوت است حتی در یک جامعه نیز بین

اختلالات روانی ده نشینان وشهر نشینان ومردمی که در سطوح مختلف اجتماعی ،اقتصادی قرار دارند تفاوت وجود دارد .

اجتماع نیز مانند فرد ممکن است بطرق ناسالمی توسعه یابد وبه بیماری دچار گردد ،واین رشد معیوب اجتماعی علاوه بر

کاهش قدرت تحمل فشار در افراد آن اجتماع ، محیط بیماری زا نیز برای آنان محسوب می شود . زیرا همان طور که فرد

ممکن است در مقابل فشار روانی زیاد دچار عدم تعادل گردد ، اجتماع نیز در مقابل فشارهای گوناگون گوناگون گاه

موازنه خودرا از دست می دهدواین عدم موازنه به نوبه خود بر افراد آن اجتماع موثر می افتد .

تاثیر فرهنگ اجتماعی بر طرح رفتار شخص مضاعف است زیرا عوامل فرهنگی – اجتماعی هم در اتخاذ طرز تفکر

وطرز تلقی واکنشهای فردی سهیم است وهم فشارهای کاروانی که فرد با آنها روبرو می شود را  تعیین می کند .

    در ادامه مطلب لازم به توضیح است که روندهای اجتماعی به سه طریق در ایجاد بیماریهای روانی مداخله  می کنند :

1- در محتویات علائم : محتویات علائم بر حسب عوامل فرهنگی متفاوت است یک افریقایی ممکن است فکر کند که

دختر ساحری می خواهد او راافسون کند، در حالی که یک اروپایی خیال می کند که پلیس در تعقیب اوست ولی انواع

اختلالات روانی در اجتماعات مختلف شبیه به یکدیگر است وبا آنکه همه اختلالات روانی در تمام جوامع یافت می شود

برخی عوامل که در بیماران روانی یک جامع شایع است ممکن است در جامعه دیگر وجود نداشته باشد.-

2-در میزان شیوع : تاثیر دقیق شرایط اجتماعی وفرهنگی در شیوع بیماریهای روانی کاملا روشن نیست. ولی به طور

کلی مشاهده می شود که در اجتماعات اولیه میزان اختلالات روانی به اندازه اجتماعات پیشرفته نبوده است، بتدریج که

اجتماعات اولیه در معرض تمدن وپیشرفت قرار می گیرند بر میزان بیماریهای روانی در آن جوامع افزوده می شود.

۳- در نوع خاص واکنش روانی : نه تنها در شیوع کلی اختلالات روانی اختلاف وجود دارد بلکه نوع خاصی از

واکنشهای روانی وجود دارد که خاص آن جامعه وفرهنگ بوده وبا سایر جوامع متفاوت است .

دیدگاه جامعه شناختی ، بیماری روانی انحراف از رفتار طبیعی است ، رفتاری که توسط اکثریت افراد یک جامعه به

عنوان نرم وهنجار مورد قبول قرار گرفته است . یعنی اگرچه کانون بیماری روانی در درون فرد است ، ولی عامل تعیین

کننده که فرد مزبور بیمار است یا خیر معیارها ونرمهای اجتماعی می باشد . جامعه شناسی به تشخیص بیماریهای روانی

استفاده از تحقیقات موجود در زمینه جامعه شناسی به تشخیص بیماریهای روانی استفاده از تحقیقات موجود در زمینه

جامعه شناسی بمنظور تعیین ویژگی ها وانواع بیماری روانی است ، در بسیاری از عوامل همه گیر شناسی نظیر طبقه

اجتماعی ، محل سکونت ،‌تاهل وتجرد ، وضعیت تحصیلی وحرفه ای ، ودر برخی موارد مذهب ونژاد (در پژوهشهای

خارجی ) روابط مهمی بین عوامل اجتماعی وبیماریهای روانی وجود دارد .

**تعریف اختلالات روانی**

DSM-IV اختلال رواني را بدين گونه تعريف كرده است. «هر اختلال رواني به عنوان نشانگان يا الگوي رفتاري يا

رواني قابل ملاحظه باليني در نظر گرفته شده است كه در يك فرد ظاهر مي وشد و با ناراحتي فعلي يا ناتواني و يا از

دست دادن آزادي رابطه دارد. بعلاوه اين نشانگان يا الگو نبايد در واكنش به رويداد خاصي باشد كه از لحاظ فرهنگي

موجه و مورد انتظار است مانند مرگ يك فرد محبوب، علت اوليه اين اختلال هر چه باشد بايد آن را در حال حاضر به

عنوان جلوه كژكاري رفتاري – رواني يا زيستي در فرد تلقي كرد. رفتار انحرافي و تعارضهايي كه به طور عمده ميان

فرد و جامعه بروز مي كند در صورتي اختلال- رواني تلقي مي شوند كه همانگونه كه به آن اشاره شد نشانه اي از يك كژ

رفتاري در فرد باشند». [4]

 «اختلال رواني سندرم (يا مجموعه اي از رفتارهايي نابهنجار) كه با ناراحتي، ناتواني يا افزايش خطر بروز مشكلات همراه است». [4]

در سیستم چند محوری،ارزیابی بر اساس محورهای متعددی انجام می گیرد و هر محور به حوزه متفاوتی از اطلاعات

مربوط و متخصصان در طرح ریزی درمان و پیش بینی نتیجه کمک می کند،نظام چند محوری،DSM IV برای این

منظور پنج محور پیشنهاد کرده است،استفاده از این نظام،ارزیابی نسبتا نظامند و جامعی را با توجه اختلال های روانی

متعدد و شرایط طبی،مشکلات روانی،اجتماعی،محیطی و سطح عملکرد فراهم ساخته و چهار چوبی مناسبی را برای

سازماندهی و ارتباط دادن اطلاعات بالینی در مورد یک شخص را به دست می دهد و کاربرد مدل زیستی-روانی-اجتماعی را شرایط بالینی و پژوهش امکان پذیر می کند. [4]

**محور هایDSM IV**

**محورI**:اختلال های بالینی یا شرایط دیگری که ممکن است کانون توجه بالینی باشد.

**محورII**:اختلال های شخصیت و اختلال عقب ماندگی ذهنی.

محورIII:بیماری های جسمانی.

محورIV:مشکلات روانی- اجتماعی و محیطی.

**محورV**:ارزیابی کلی عملکرد.

**متغیرهای قومیتی و فرهنگی**

در جریان آماده سازی DSM-IV اقدامات احتیاطی خاصی صورت گرفته است تا همیشه این امر مدنظر باشد که از آن

در زمینه‌های متفاوت فرهنگی درایالات متحد آمریکا و در سطح بین‌المللی استفاده خواهد شد. از متخصصان درخواست

شد تا افراد متعددی از گروه‌های متفاوت قومی و زمینه‌های مختلف فرهنگی را (و نیز کسانی را که به تازگی به آمریکا

مهاجرت کرده اند) مورد ارزیابی قرار دهند. ارزیابی تشخیصی به ویژه هنگامی باید مورد تردید قرار گیرد که یک

متخصص بالینی که به یک گروه قومی یا فرهنگی خاص تعلق دارد با استفاده از طبقه بندی DSM-IV فردی را که از

گروه قومی یا فرهنگی متفاوتی است مورد ارزیابی قرار داد. [4]

متخصص بالینی که با جزئیات معیارهای فرهنگی فرد مورد نظر آشنایی ندارد، ممکن است نوسان‌های بهنجار در رفتار،

باور و یا تجربه را که ویژه فرهنگ فرد است به عنوان اختلال روانی تلقی کند. به عنوان مثال رسوم یا باورهای خاص

مذهبی (مانند شنیدن صدای یک خویشاوند متوفی یا دیدن او در دوره داغدیدگی) را شاید به اشتباه به عنوان تظاهرات

اختلال روان پریشی تشخیص دهد. استفاده از ملاک‌های اختلال شخصیت در زمینه‌های فرهنگی مختلف به دلیل تفاوتهای

فرهنگی گسترده در مفاهیمی مانند خویشتن، شیوه ارتباطات و مکانیسم‌های مقابله یا کنار آمدن با مسائل، ممکن است

مشکل باشد.

پذیرش گسترده بین‌المللی DSM حاکی از آن است که این سیستم طبقه بندی در توصیف اختلال‌های روانی به همان

صورتی که در سراسر دنیا در افراد دیده می‌شود، سودمند است. با وجود این شواهد نشان می دهند که نشان‌ها و دوره

بعضی از اختلال هایی که در DSM-IV وجود دارد تحت تأثیر عوامل فرهنگی و قومی قرار می گیرند. به منظور تسهیل

کاربرد آن در مورد افرادی که به زمینه‌های فرهنگی و قومی متفاوتی تعلق دارند در DSM-IV بخش جدیدی در داخل

متن برای مطرح کردن ویژگی‌های وابسته به فرهنگ در نظر گرفته شده است. در این بخش شیوه‌های تأثیر زمینه‌های

فرهنگی گوناگون بر شکل و محتوای بروز نشانه‌ها (برای مثال اختلال افسردگی در بعضی از فرهنگ‌ها با برتری

نشانه‌های جسمانی مشخص می‌شود تا غمگینی)، اصطلاحات مرجّح برای توصیف درماندگی و در صورت امکان

اطلاعات موجود در مورد شیوع، توصیف شده اند.

مورد دیگر اطلاعات فرهنگی ارایه شده مربوط به «نشانگان وابسته به فرهنگ» است که صرفاً در یک و یا چند جامعه

انگشت شمار دنیا مورد توصیف قرارگرفته اند. در DSM-IV دو شیوه برای کمک به شناسایی نشانگان وابسته به

فرهنگ ارایه شده است: 1- بعضی از آنها (مانند جنون حاد وحشیانه یا آموک و حمله عصبی ) به عنوان مثال‌های جداگانه

در طبقات «به گونهای دیگر مشخص نشده است» مطرح شده اند؛ و 2- در DSM-IV یک پیوست برای نشانگان وابسته

به فرهنگ ارایه شده است که نام اختلال، فرهنگ هایی که برای نخستین بار آن اختلال در آنجا توصیف شده است و

توصیف کوتاهی از آسیب‌شناسی روانی را شامل می‌شود. . [4]

تدارک بخش ویژه مربوط به فرهنگ در متن DSM-IV، واژگان نشانگان وابسته به فرهنگ، و نیز طرح کلی برای

فرمول بندی فرهنگی جهت افزایش کاربردپذیری میان فرهنگی DSM-IV انجام گرفته است. بدان امید که این ویژگی‌های

جدید افزایش حساسیت نسبت به انواع جلوه‌های اختلال‌های روانی در فرهنگ‌های مختلف را موجب شود و تأثیر احتمالی

و غیر عمدی پیش داوری متخصص بالینی را که از زمینه فرهنگی او ریشه می گیرد، کاهش دهد.

در سال ۱۹۳۰نخستین مطالعه منظم بیماریهای روانی در یک جامعه بزرگ از شیکاگو بر اساس نقشه شهری ومحل اقامت

۳۵۰۰۰ بیمار که خدمات روانپزشکی دولتی یا خصوصی را دریافت می کردند صورت گرفت که بیشترین میزان شیوع

بیماری اسکیزوفرنیا در طبقه اجتماعی پایین بوده است . [8] در زمینه رابطه بین طبقات اجتماعی واختلالات روانی

پژوهشی بوسیله “فاریس ورانهام” در سال ۱۹۳۹ انجام گرفت ،خاطر نشان ساختند که طبقات اجتماعی پایین فشارهای

بیشتری داشته در نتیجه بیشتر به اسکیزوفرنیا مبتلا می گردند . لازم به توضیح است که در بحث ونتیجه گیری در این

مورد توصیفی  تحلیلی خواهیم داشت . در پژوهش اخیر نیز طبقه اجتماعی پایین دارای بیشترین درصد بیماری بود . [8]

طبق تحقیقات وبررسیهای “جان کالته gohncollte” و “استفن وب Stephen webb” در سال ۱۹۷۷ در نیوزیلند

معلوم شد که تعداد نسخه های حاوی داروهای آرام بخش در روستاهای نیوزیلند دوبرابر میزان آن در بزرگترین شهرهای

این کشور است . هر چه میزان شیوع اسکیزوفرنیا ، اضطراب واختلالات شخصیت درمراکز شهری بیشتر از

روستاهاست . ولی بیماران مانیک دپرسیو (شیدایی – افسردگی) درروستاها بیشتر از شهرهاست ، اما علت آن به طور

کامل مشخص نیست . عاملی که مسائل بالا را مغشوش می کند ، مهاجرت روستائیان به شهرها ومساله تضاد فرهنگی

سطوح زندگی وانتظارات آنان است . شاید بخشی از این مهاجرین روستایی بیماری روانی را با خود به شهر آورده باشند.

در نمونه ای دیگر که در سال ۱۹۷۴پاول نه بارت صورت گرفت نشان داد در خانوادههایی که بچه ها به دنبال کاروکسب

منزل را ترک می کنند آسیب پذیری زنان در این گونه خانواده ها در مقابل افسردگی بیشتر از مردان خانواده است . شاید

علت عدم تشابه زنان ومردان در مساله اضطراب وافسردگی واختلالات عاطفی کلا به علت تفاوت نقشهای اجتماعی

وفرهنگی از این دو جنس است . تفاوت دو جنس در میزان پذیرش بخشهای روان پزشکی هم تاثیر گذاشته است . ویلیام

راشینگ “William  Rushing” در سال ۱۹۷۹ راجع به این مساله تحقیقی انجام داده است ولی به این نتیجه دست یافت

زمانی که معیار سنجش اختلالات روانی عملکرد افراد باشد ، احتمال اینکه مردان روانی تلقی شده ویا بستری شوند بیشتر

از زنان است . [8]

در اواخر سال ۱۹۷۰ تئودووهمکارانش در مورد نقش جنسیت وبستری شدن به علت اضطراب وعقب ماندگی پژوهشی را

انجام داده اند نظریه آنان این بود که نقش اجتماعی زنان طوری است که آنها رامعمولا کمتر از مردان لایق می دانند .

همچنین معلوم شد که مردانی که علائم سایکوتیک داشتند زودتر از زنان بستری ودیرتر از آنان مرخص شدند . در مورد

اضطراب بین زن ومرد از نظر اینکه زودتر بستری شوند تفاوتی نبود ولی مردان بیشتر از زنان در بیمارستان ماندند .

در سال ۱۹۸۲ پژوهشی توسط سارا روز نفیلد صورت گرفت که نشان داد ، هم زنان وهم مردان زمانی که رفتار نابه

هنجارشان بر خلاف رل جنسی آنان باشد ، واکنش بیشتری نشان می دهند . این پژوهش ومطالعه که در یکی از اورژانس

های بزرگ شهر نیویورک انجام گرفت نشان داد که زنان بیشتر در اثر اضطراب وافسردگی ومردان بیشتر در اثر

اختلالات شخصیتی ومصرف مواد مخدر بستری شدند . [9]

البته واکنشهای عصبی وروانی در میان همه جماعات وگروههای اقتصادی ، اجتماعی یافت می شود، مثلابزهکاران ویا

تجار موفق واساتید دانشگاه وحتی سیاستمداران همه ممکن است سهمی از واکنشهای عصبی وروانی داشته باشند، وی

اختلافات وسیعی از نظر وقوع ونوع واکنشها در هرفرهنگ وجود دارد . مثلا هیستری بین افراد طبقه عوام ومردمی که

ازنظر اقتصادی فقیرند شایعتر است در حالی که وسواسهای فکری وعملی وتشویش بیشتر درمردم ثروتمند وتربیت شده

یافت می شود . مثلا درجنگ جهانی دوم هیستری بین درجه داران شایع بود درحالی که افسران بیشتر واکنش تشویش

واضطرابی نشان می دادند .  یا همچنین آمار نشان می دهد که در میان ده نشینان اختلالات عصبی پسیکوسوماتیک

بسیارنادر است . از مطالب بالا بر می آید که هرگاه شرایط زندگی وبخصوص روابط اجتماعی ناپایدار وبغرنج گردد

امکان وقوع بیماری روانی افزایش می یابد . با آنکه علائمی مبنی بر اهمیت عوامل اجتماعی در ایجاد این اختلالات

وجوددارد ، معهذا چگونگی دخالت این عوامل بدرستی شناخته نشده است .

مثلا تمایل وقوع بیماریهای مختلف در جوامع مختلف یکسان نیست . میگرن درشهر نشینان شایعتراز ساکنان دهات است .

زخم معده در طوایف ابتدایی جنوب آمریکا وجود ندارد . بنابرااین عوامل فرهنگی واجتماعی وشرایط اقتصادی موجود

دریک جامعه سبب اختلاف در نوع بیماریها می شود . صاحب نظران به افزايش سندرم هاي روان پزشکي و کج رفتاري

مجرمان در کشورهاي غربي اشاره داشته اند، و فردگرايي غربي را در اين مورد مقصر دانسته اند. [9]

بعضي از تحقيقات نشان مي دهند، اختلال شخصيت «ضد اجتماعي »و اختلال شخصيت «خودشيفته »، در فرهنگ هاي

فردگرا مانند فرهنگ آمريکا، شايع تر هستند.فرهنگهاي فردگرا، رشد هويت خود را مستقل از ارتباط با ديگران، ترويج و

تشويق مي کنند و به عاملهايي که کاملا تعيين کننده ي شخصيت ضد اجتماعي هستند، ارزش بسيار مي دهند و بر عکس،

روی دادن رفتار جنایتکارانه و خشونت آمیز در فرهنگ های جمع گرا کم تر است. [9]

در فرهنگ هاي سنتي، اختلالات بدني که در آن ها نشانه هاي درد مزمن، اختلال خلق را پنهان مي سازند، فراواني بيش

تر ي دارند. معمولا گفته مي شود که جسماني کردن علائم و نوراستني يا درد هاي بدني در چين، از نظر فرهنگي تشويق

مي شود. فرهنگ جمع گرا گرا و سنتي ممکن است، شرايطي را ايجاد کنند که افسردگي و اضطراب را پرورش دهند.

تمرينات اجتماعي شدن جمع گرا، وابستگي را افزايش و خود مختاري و استقلال را کاهش مي دهند. افراد تشويق

مي شوند، هدف هاي شخصي را تابع برنامه هاي کار گروه قرار دهند. کودکان آفريقايي، بيش تر از اختلالات دروني

مانند ترس، آشفتگي هاي خواب و جسماني شدن علائم رنج مي برند، در حالي که کودکان آمريکايي، بيش تر مشکلات

بروني را ظاهر مي سازند [9].

**وابسته به فرهنگ یا وابسته به مفهوم؟**

این اصطلاح توصیف می کند اختلالاتی یا بیماری که در یک طبقه قرار نمی گیرند، مثلا : مارگارت کلارک به توصیف یک اختلال

در جامع آمریکایی –مکزیکی با عنوان "لاتیدو" می پردازد. فرد درگیر "لاتیدو " به طور معناداری احساس ضعف، لرزش شکم و

لاغری مفرط داشته اما توان خوردن نیز در فرد دیده نمی شود، که ممکن است در فرهنگ دیگری دیده نشود[15].

هرچند برخی از این اختلالات همچون : چاقی و بی اشتهایی روانی جزء اختلالات غیر فرهنگی و یا عمومی و در فرهنگ های

دیگر نیز مشاهده می شود.

سیمون (1985) این گونه علایم را به عنوان نمایش های عجیب و غریب معرفی کرد که بعدا به عنوان سندرم های وابسته به

فرهنگ معرفی کرد و این نمایش پرهیجان و آشفته در فعالیت اجتماعی فرد اثر کرده و اختلال در عملکردی اجتماعی او ایجاد می

کند[15].

با عنوان تشخیص های محلی با معیارهای خفیف تر دانستهDSM-IV آندری و دیگران (2003) اختلالات وابسته به فرهنگ

مثلا در همه گیر شناسی هیستری، استرس های اجتماعی به صورت گسترده باعث آسیب پذیری در گروهی از جمعیت

گشته که با آسیب پذیری فردی و اضطراب فردی به عنوان سندرم وابسته به فرهنگ معرفی می شود.

**سندرم های روانی متاثر از فرهنگ**

براساس طبقه بندی اختلالات روانپزشکی بسیاری از این اختلالات مشخص و قابل شناسایی گشته است اما در این میان

بعضی بیماری های روحی و روانی هستند که هم نام و هم ماهیت عجیب و غریبی دارند و حتی بسیاری از پزشکان به

خاطر نادر بودن یا موردی بودن، با آنها آشنا نیستند و تنها با دادن القاب واصطلاحات استاندارد پزشکی آنها را

در طبقه بندی تشخیصی قرار می دهند.

به طور کلی سندرم های پسیکوتیک وابسته به فرهنگ را در اختلالات پسیکوتیک به گونه دیگر مشخص نشده است

جای می گیرند و چون این سندرم ها مختص و محدود به فرهنگ های خاص یا عوامل زیستی در بروز آ ن هستند و

از طرفی محتوی توهمات و هذیات های قویا تحت تاثیر جامعه و فرهنگ هستند جزء اختلالات وابسته به فرهنگ شمرده

می شوند.

سندرم های مرتبط با فرهنگ که همراه با اختلال عملکرد اجتماعی و یا منعکس کننده فشار های اجتماعی است،در اصل

محتوای فرهنگی زمینه ساز و یا علت بروز در این اختلالات هستند و با قبول پذیرش نیروی جامعه و فرهنگ در

بهزیستی، پس می توانوجود مشکلات و سندرم ها را می توان به خارج از فرد"سپر بلا" و فرهنگ را به عنوان یک

فاکتور در نظر گرفت [18].

**اختلال خوردن و فرهنگ**

روانشناسان سلامت اختلال د رخوردن را با "فرهنگ مدرن" مرتبط دانسته و به نقد رسانه ها به عنوان ابزار فرهنگی بر روی

تصویر ذهنی از زیبای زنان پرداخته و معتقدند که تبلیغ عروسک های باربی باعث شده که دختران جوان را به سمت رژیم های

سخت غذایی و غیر سالم می کشاند و زمینه ساز اختلالات خوردن در این گروه از افراد می شود،محققین معتقدند که تبلیغ گسترده

این مدل های باربی باعث می شود که سلامت جسمانی این افراد به خطر بیفتد، در بی اشتهایی روانی (که بیشتر در خانم ها مشاهده

می شود) این افراد به تناسب سازی خود با این عروسک های تبلیغی می پردازد. این زنان دور سینه 5 اینچ، با درازای گردنی 3

اینچ و بلندی 2 فوت (هر فوت 48/30 سانتی متر است) و در حالیکه به کاهش وزن می پردازد، به دور کمر 6 اینچ می رسد [6].

نگرانی نسبت به وزن و اندازه در نوجوانان و زنان به عنوان سمبل زیبایی بدون توجه به سمبل های فرهنگی نگاهی

سطحی عواهد بود و اشطراب حاصل از این نماد های فرهنگی در اصل یک اضطراب فرهنگی است[6].

از طرفی در رسانه ها زنانی که رژیم غذایی دارندو لاغر هستند بیشتر از زنان غیر رژیمی به تصویر کشیده می شود، که این مساله

باعث گسترش آنورکسیا نسبت به گذشته و اثر منفی بر روی تصورات قالبی ذهنی بر روی زنان می گردد[6].

در پژوهش دیگری که(ناصر،1991و2001) به ارتباط میان بی اشتهایی روانی و پوشش روبنده در آسیای میانی

پرداخته ، وی معتقد است هرچند روبند نشان از بقایای ملی و سنتی اسلام بوده و این افراد تصورات قالبی از پوشش

روبند دارند اما همچنین با زنانی که" مخالف روبند" هستند کار می کنند و همچنین تعارض با نقش های جنسیتی خود

دارند. ناصر بین بی اشتهایی روانی و روبند ارتباط برقرار کرده، چراکه هر دو به منعکس کننده معنای فرار کردن و

پنهان و نفی بدنی را در خود دارد[18].

سندرم های فرافرهنگی

تشخیص کشور – فرهنگ خصایص

|  |
| --- |
|  |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | | | | | | | | |  | Amok |  |  | آسیای جنوب‌شرقی، مالزی |  |  | طغیان و وحشی‌گری ناگهانی، معمولاً شامل خودکشی و دیگرکشی است، در مردان اتفاق می‌افتد، با خستگی و فراموشی پایان می‌یابد. | |  | | | | | | | | |  | Bouffé délirante |  |  | فرانسه |  |  | پسیکوز موقعی با عناصر حالت خلسه (trance) یا رؤیا | |  | | | | | | | | |  | Brain fag |  |  | نواحی تحت صحرائی آفریقائی |  |  | سردرد، آگنوزی، خستگی مزمن، مشکلات بینائی، اضطراب، در مردان دانشجو دیده می‌شود. | |  | | | | | | | | |  | جوع عصبی (bulimia nervosa) |  |  | آمریکای‌شمالی |  |  | پرخوری، استفراغ عمدی، ممکن است همراه با افسردگی، بی‌اشتهائی  عصبی، یا سوءمصرف مواد رخ دهد. | |  | | | | | | | | |  | Colera |  |  | بومی‌های مایا (گواتمالا) |  |  | تندخوئی، فوران خشونت، نفس نفس زدن، بهت‌زدگی، توهم، هذیان | |  | | | | | | | | |  | Empacho |  |  | آمریکائی‌های مکزیکی‌الاصل و کوبائی‌الاصل |  |  | ناتوانی در هضم و دفع غذای اخیراً خورده‌شده | |  | | | | | | | | |  | Grisi siknis |  |  | میسکیتو در نیکاراگوئه |  |  | سردرد، اضطراب، عصبانیت، دویدن بی‌هدف | |  | | | | | | | | |  | Hi-Wa itck |  |  | بومیان Mohave در آمریکا |  |  | بی‌اشتهائی عصبی، بی‌خوابی، افسردگی، خودکشی همراه با جدائی ناخواسته از شخص مورد علاقه | |  | | | | | | | | |  | پارافرنی involutional |  |  | اسپانیا، آلمان |  |  | اختلال پاراتوئید که در میانسالی اتفاق می‌افتد، با اسکیزوفرنی متفاوت است، ولی ممکن است عناصری از اسکیزوفرنی و پارانویا داشته باشد. | |  | | | | | | | | |  | Koro |  |  | آسیا |  |  | ترس از اینکه آلت تناسلی مردانه به داخل شکم روده، و موجب مرگ شود. | |  | | | | | | | | |  | Latah |  |  | آسیای‌ جنوب‌شرقی، مالزی، قبیله بانتو در آفریقا، قبیله آینو در ژاپن |  |  | اطلاعات‌پذیری اتوماتیک (automatic obediance) همراه با اکوپراکسی و پژواک‌گوئی (echolalia) که با کوچکترین محرک ناگهانی شروع می‌شود، در زنان رخ می‌دهد، بهآن واکنش از جا پریدن (startle reaction) هم می‌گویند. | |  | | | | | | | | |  | Mal de ojo |  |  | مدیترانه |  |  | استفراغ، تب، خواب ناآرام، در اثر چشم‌زخم ایجاد می‌شود. | |  | | | | | | | | |  | Nervios |  |  | کستاریکا و آمریکای‌لاتین |  |  | سردرد، بی‌خوابی، بی‌اشتهائی، ترس، عصبانیت، اسهال، ناامیدی | |  | | | | | | | | |  | Piblokto(هیستری قطبی، Pibloktoq) |  |  | اسکیموهای گریلند شمالی |  |  | اضطراب و افسردگی مختلط، کنفوزیون، مسخ شخصیت (depresonalization)، مسخ واقعیت (derelization)، اساساً در خانم‌ها رخ می‌دهد، با خواب بهت‌آلود و آمنزی پایان می‌یابد. | |  | | | | | | | | |  | پسیکوز واکنشی (reactive psychosis) |  |  | اسکاندیناوی |  |  | پسیکوزی که در اثر استرس‌ روانی - اجتماعی شروع می‌شود. شروع ناگهانی با پیش‌آگهی خوب دارد و شخصیت پیش‌مرضی سالم است. | |  | | | | | | | | |  | Shinkeishitsu |  |  | ژاپن |  |  | سندرمی که با افکار وسواسی، کمال‌طلبی، دوسوگرائی، گوشه‌گیری اجتماعی، نوراستنی (neurasthenia)، و هیپوکندریازیس مشخص می‌شود. | |  | | | | | | | | |  | Susto |  |  | آمریکای‌لاتین |  |  | اضطراب شدید، بی‌قراری، ترس از جادوی سیاه و چشم‌زخم | |  | | | | | | | | |  | Tabanka |  |  | تربنیداد |  |  | افسردگی در مردانی که همسرشان آنها را ترک می‌کند ریسک خودکشی بالا است. | |  | | | | | | | | |  | Taijin-Kyofusho |  |  | ژاپن |  |  | اضطراب، ترس از طرد شدن، به آسانی سرخ شدن، ترس از برقرار کردن تماس چشمی، نگرانی در مورد بوی بدن | |  | | | | | | | | |  | Uqamairineq |  |  | اینوئیت‌ها |  |  | فلج در حالت‌های بینبینی خواب، همراه با آژیتاسیون، اضطراب، توهم | |  | | | | | | | | |  | Windigo یا Wihtigo |  |  | سرخپوستان آمریکا  (Algonkian) |  |  | ترس از تبدیل شدن به آدمخوار به‌دلیل تسخیر یک هیولای ماوراءالطبیعی، به‌نام ویندیگو. | |

- سندرم آموک : آکوک به معنی درگیری دیوانه وار در نبرد است.این سندرم در آسیای جنوب‌شرقی، مالزی مشاهده می

شود. در این سندرم بیمار به صورت حملات ناگهانی و بدون انگیزه خشم وحشیانه ظاهر شده و دیوانه وار شروع به

دویدن کرده و بدون تبعیض به هر انسان یا حیوانی مه سر راه خود می بیند حمله کند. البته قبل از این حملات بیمار در

یک دوره افسردگی، حالاتی از در خودفرو رفتگی را نشان می دهد وپس از حملات فرد احساس تحلیل کرده و از آن

حوادث را به خاطر نمی آورد. [4].

- سندرم استکهلم: «سندرم استکهلم» نوعی پاسخ فیزیولوژیک «گروگان» های ربوده شده که در مقابل گروگان

گیرمشاهده می شود. برخلاف انتظار، نشانه هایی از همدردی و حس وفاداری در آنها نسبت به آدم رباها دیده می شود. «گروگان» ها حتی ممکن است با وجود خطراتی که تهدیدشان می کند، به صورت اختیاری خود را تسلیم آدم رباها کنند. این سندرم در موارد دیگری مثل همسر آزاری، تجاوز و یا سوء استفاده از اطفال هم ممکن است دیده شود.

سندرم «استکهلم» از کجا آمده است؟ درسال 1973 م، از یک بانک در «استکهلم» سوئد، سرقت شد. دزدها چند نفر از کارمندان بانک را چند روزی به گروگان گرفتند. برخلاف انتظار، گروگان ها از نظر احساسی جذب دزدها شدند و حتی بعد از آزادی از آن ها دفاع کردند و حاضر نشدند علیه آن ها، شهادت بدهند. بعدها، یکی از دزدها با یکی از خانم های کارمند ازدواج کرد! [15]

- سندرم لیما: «سندرم لیما» نقطه مقابل «سندرم استکهلم» است. در این سندرم آدم رباها، بیش از حد نگران سرنوشت و

رنج و عذاب آدم هایی می شوند که آنها را ربوده اند. درسال 1996م، پانزده عضو یک جنبش انقلابی در «لیما» پایتخت

پرو، دست به آدم ربایی زدند. آنها صدها نفر از افراد شرکت کننده در مهمانی سفیر ژاپن در آن کشور را به گروگان

گرفتند. در بین مهمان ها دیپلمات ها، مقامات دولتی، ارتشی و بازرگان ها دیده می شد. اما آنها از این موقعیت استثنایی و

افراد مهمی که در اختیار داشتند، استفاده نکردند و ظرف چند روز بیشتر گروگان ها را آزاد کردند. رئیس جمهور آینده

پرو و مادر رئیس جمهور فعلی پرو جزو کسانی بودند که آزاد شدند. گروگان گیری چند ماه ادامه پیدا کرد و باقی گروگان

ها با حمله کماندوها آزاد شدند. [15].

- پیبلوکتو یا هیستری قطبی : سندرمی که در اسکیموهای گریلند شمالی مشاهده می شود. بیماری با حملات که 1 تا 2

ساعت طول می کشند و بیمار که معمولا زن هستند شروع به جیغ وداد کردن و دویدن و نابود ساختن لباس های خود

می نماید. بیمار ضمن تقلید صدای یک حیوان یا پرنده، ممکن است خود را روی برف انداخته یا لخت وعور در هوای

زیر صفر شروع به دویدن نماید و بیمار پس از حمله حالت کاملا طبیعی به نظر رسیده و نسبت به جریان حمله دچار

آمنزی است [4].

- سندرم دیوژن: شاید در کتاب های ادبیات به اسم «دیوژن» برخورده باشید و حکایت هایی از او خوانده باشید. «دیوژن»

یک فیلسوف یونان باستان بود که می گویند در یک خمره شراب روزگار می گذراند و افکاری نیهیلیستی داشت. معروف

است که بعد از آنکه اسکندر در جایی فاتح شده بود همه طبقات و از جمله دانشمندان به دیدن او می آمدند و تبریک می

گفتند و «دیوژن» نیامد. اسکندر گفت: حال که او نیامده ما به سراغ او می رویم و رفت. دیوژن در بیابان، لخت و عور

آفتاب گرفته بود اسکندر با سران سپاه می رفت. دیوژن از دور صدای سم اسب ها را شنید. خیلی تعجب کرد و خودش را

نیم خیز کرد. اسکندر آمد بالای سر دیوژن و قدری با او صحبت کرد. دیوژن خیلی با بی اعتنایی جواب داد. بعد اسکندر

گفت: از من چه می خواهی؟ گفت: اینکه بروی کنار و سایه ات را از سر من کم کنی، چون آفتاب گرفته بودم و تو مانع

شدی. اسکندر خیلی متعجب شد و با خود گفت: یعنی تا این حد استغنا و بی نیازی؟! وقتی آمد بیرون، سران سپاه داشتند

انتقاد می کردند که این مرد چه قدر احمق بود. ولی اسکندر خیلی تحت تاثیر قرار گرفته بود و این جمله معروف را گفت

که «اگر اسکندر نبودم دوست داشتم دیوژن باشم.» «سندرم دیوژن»، بیشتر در افراد پیر و مسن دیده می شود، در این

سندرم افراد گوشه نشین می شوند و به وضعیت ظاهری و بهداشت خود اهمیتی نمی دهند. البته مدرکی پیدا نشده که نشان

بدهد «دیوژن» با وجود عزلت نشینی، از لحاظ ظاهری آشفته و نامرتب بود [15].

- پسیکوز واکنشی : این سندرم در اسکاندیناوی مشاهده می شود. پسیکوزی که در اثر استرس‌ روانی - اجتماعی شروع

می‌شود. شروع ناگهانی با پیش‌آگهی خوب دارد و شخصیت پیش‌مرضی سالم است [4].

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

- سندرم پاریس: سندرم پاریس مختص ژاپنی هاست! از میلیون ها ژاپنی که هر سال از شهر زیبای پاریس بازدید می

کنند، تعداد انگشت شماری دچار اختلال وضعیت ذهنی می شوند و تنها راه حل مشکلشان این است که به میهنشان

برگردند. نام این سندرم در ترمینولوژی پزشکی، اختلال انطباقی است، منتها با گذاشتن نام «سندرم پاریس» بر گرفتاران

ژاپنی این اختلال رنگ و لعاب ویژه ای به آن داده شده است. طبیعی است که ژاپنی ها با آن فرهنگ شرقی شان وقتی به

پایتخت فرهنگی اروپا می روند، مشکل انطباقی پیدا کنند. سفارت ژاپن همواره نگران توریست های این کشور در پاریس

است و آمادگی دارد تا شوک دیده های فرهنگی را به ژاپن برگرداند و یا آنها تحت درمان های اورژانس بیمارستانی قرار

دهد [15].

- سندرم استندال: این سندرم یک بیماری «روان تنی» یا «سایکوسوماتیک» است. وقتی شخصی در هنگام مشاهده یک

اثر هنری بسیار زیبا یا مکانی پر از اشیای هنری است، دچار طپش قلب ناگهانی، سرگیجه، گیجی و یا حتی توهم می

شود، از این اصطلاح استفاده می شود. «ماری هنری بیل» یا «استندالن، نام یک نویسنده فرانسوی قرن نوزدهمی است.

هنگامی که او درسال 1918 سفری به «فلورانس» ایتالیا داشت در هنگام مشاهده آثار هنری، دچار حالتی مشابه شد که

در یکی از کتاب هایش علایم آن را توصیف کرده است [18].

- سندرم بیت المقدس: در این سندرم افرادی که به بیت المقدس می روند، دچار افکار وسواسی و توهم می شوند. توهم

هایی مثل اینکه مورد هدف قرار گرفته اند و یا به جایی هدایت می شوند. مبتلایان به این سندرم، مختص به مذهب و یا

طبقه خاصی نیستند و عموما قبلا بیماری های روانی داشته اند[15].

- توهم کوتارد: در این توهم بیمار فکر می کند که مرده است و وجود ندارد و یا اینکه تصور می کند خون یا اعضای

داخلی اش را از دست داده است. گاهی هم این افراد باورهای جاودانگی پیدا می کنند. نخستین بار «ژولز کوتارد»، یک

نورولوژیست فرانسوی این اختلال را درسال 1880 شرح داد [4].

- اختلال حافظه تکرارپنداری: در این اختلال شخص فکر می کند که اشیا یا محل های مختلف تکثیر می شوند و به طور

همزمان در دو محل یا بیشتر وجود دارند. نخستین بار «آرنولد پیک»، یک نورولوژیست اهل چکسلواکی درسال 1903

این اختلال را شرح داد [18].

- جوع عصبی : این اختلال بیشتر در آمریکای شمالی، با علائمی همانند : پرخوری، استفراغ عمدی، ممکن است

همراه با افسردگی، بی‌اشتهائی عصبی، یا سوءمصرف مواد رخ دهد. این اختلال بیشتر در خانم ها و در فرهنگ هایی

که در مورد زیبای زنان حساسیت بیشتری به خرج میدهند بیشتر گزارش می شود [4].

- کورو : این اختلال در آسیای جنوب شرقی بیشتر دیده می شود. ترس هذیانی از اینکه آلت تناسلی مردانه در حال

چروکیدن و به داخل شکم روده فرو رفته و موجب مرگ او خواهد شود. اختلال مشابهی در زن ها توصیف شده که

باشکایت چروکیدن و تحلیل رفتن مهبل ، لب های فرج و پستان مشخص شده است. این اختلال به ندرت در فرهنگ های

غربی دیده مشود و یک اختلال روانشناختی که تاثیر متقابل عوامل فرهنگی، اجتماعی و روان پویایی در شخصیت مستعد

به وجود می آید، ترس های ناشی از عوامل فرهنگی در مورد احتلام شبانه، استمناء و افراط در اعمال جنسی ظاهرا در

پیدایش این سندرم نقش دارد.( بعضی از فرهنگ ها احلیل نوازی را توجیه کرده اند) [4].

- ویتیگو : ویتیگو یا پسیکوز ویتیگو یک بیماری محدود در سرخ پوستان کری ، اوجی بووا و سالتو در آمریکای

شمالی دیده شده، بیمار مذکور معتقد است که تبدیل به یک آدمخوار خواهد شد و بعد از گرسنگی های شدید واقعا ولع

شدید ی برای خوردن گوشت انسان احساس کرده و آن را ابراز می نماید، چراکه فکر بیمار می کند فکر می کند

توسط چیز های ماورالطبیعه تسخیر شده است [4].

این سندرم در بالی مشاهده شده، در این بیماری فرد به طور ناگهانی رفتار مهار گسیخته داشته و در حالیکه سعی می کند : Bebainan –

از موقعیت فرار کند و به هرکس که جلویش ایستاده حمله کرده، اما بعدا بیمار همه این رفتارها را فراموش می کند [18].

ا ین سندرم در منطقه "یورا" نیجریه مشاهده شده، با علائم ضعف، بر افروختگی مفرط، خارش در بدن، جوش روی: Inarun –

پوست، تاری دید، ناتوانی(جنسی)، کرختی در پاها ، بی حسی در ران ها و رفتار پسیکوتیک نیز در فرد شاهده می شود[18].

درشیلی مشاهده شده با علائمی همچون : نگرانی، اضطراب، ناامیدی، پرخاشگری به اطرافیان و از دست دادن هشیاری است[18].: Tabacazo-

این سندرم در میان اسکیموهای در منطقه"هادسون بای" کانادا دیده شده ، با علائم همچون: دوره های بیش فعالی، حالات : Quajimaillitu –

پارانوید، استفاده از لغات جدید و بیمار رفتارهای تکانشی و ضد اجتماعی از خود نشان می دهد.

این شخصیت عموما در مردان بزرگسالان و رفتارهای همانند: احساس فشار و از دست دادن زمان،:A- تیپ شخصیت

داشتن اهداف زیاد در یک زمان، رفتار پرخاشگرانه و رقابت طلبی نسبت به دیگران دارند و بسیار کم طاقت که بر اساس

آن رفتار می کنند[18]

**تحلیل سلامت از نظر فرهنگ**

برخلاف آنکه تفاوت های فرهنگی گسترده ای در بین جوامع داریم، ولی تعداد محدودی روش برای بیان احساسات در

برابر استرس وجود دارد.و این طبقه بندی تنها برای ساده کردن فهم مشکلات است که از سندرم وابسته به فرهنگ

استفاده می شود و شاید یک نام گذاری اشتباه باشد، اما ذهن ما را به سمت اثرات افراد دیگر که می تواند در زندگی ما

نقش بازی کند.

|  |
| --- |
| عوامل موثر فرهنگی  علت ها  تجارب  تظاهرات  پیامد ها |

در جدول بالا اثرات فرهنگ و سطوح زمینه ساز شکل گیری و بروزرنج ها در افراد نشان می دهد. که در زیر به آن

اشاره می کنیم :

سطح اول : منشاء و دلایل، عامل به وجود آمدن رنج ها و عذاب ناشی از عواملی همچون : بیماری های عفونی، طلسم و

جادو، نیروهای کمکی، استرس، ایماء و اشارات را در بر می گیرد. به واضح مردم معتقدند که مشکلات آنها ناشی از

عوامل فرهنگی – اجتماعی است و پزشکان نیز محتوای فکری این عوامل فرهنگی را با ارزش دانسته ودر بروز

بیماری ها عامل فرهنگی را به عنوان یک فرضیه در نظر می گیرند.

سطح دوم : تجارب، فرهنگ زمینه ساز آن است افراد رنج ها و دردها را چگونه تجربه نمایند، اثرات محیطی فیزیکی و

آدم های اطراف در نوع تجارب رنج افراد موثر است، یک فرد چینی ممکن است رنج های خود را به صورت جسمانی

همانند درد نشان داده، یک آلوانی از استرس های شناختی و احساسات منفی نسبت به زندگی و خود پنداره پایین فرد از

خودش رنج می برد.حالات روانشناختی و جسمانی به سادگی قابل تمایز هستند، هر چند دردهای جسمانی و روانشناختی

هر دو تجارب درناکی هستند.

سطح سوم : تظاهرات بالینی، این تظاهرات در دو سطح اتفاق می افتد، سطح پنهانی : که محتوای موضوعی را در خود

جای می دهد، که شامل اعضاء بدنی که درد را گزارش می دهد و یا افکار منفی آن موضو ع را در بر می گیرد. مساله

بعدی تظاهرات آن است که فرد ممکن است از دیگران اجتناب کند و یا از موضوع مورد رنج فاصله بگیرد. مساله بعدی

آن است که در مواردی برخی افراد در مورد مشکلاتشان با دیگران صحبت کرده و یا احساسات منفی نسبت افراد مورد

اطمینان خود پیدا می کنند، بنابراین فرهنگ و تفاوت های فردی باعث بروز تظاهرات بالینی متفاوت در افراد می شود.

در برخی فرهنگ ها افراد به آسانی به گریه کرده و به صورت نمایشی غم و غصه خود رانشان داده و در فرهنگی دیگر

افراد از خود خویشتن داری نشان می دهند.

در نهایت سطح چهارم : پیامد، در فرهنگ های متفاوت اشکال بیان رنج ها متفاوت است، در برخی فرهنگ ها افراد

حملات کورو نشان داده و بعد فرد احساس آرامش و رهایی از آن رنج ها را احساس می کند. از طرف دیگر در برخی

فرهنگ ها ما ناظر بی تفاوتی در افراد هستیم که ناشی از پدیده های فرهنگی – اجتماعی بوده چیزی که در مناطق

شهری غرب مشاهده می شود.(همانند دزدی کردن) و در موارد گسترده تظاهرات همچون: همدردی، ترحم، کمک،

ناکامی، خشم و غیره.....که تمام این تظاهرات بر گرفته از معنای فرهنگی – اجتماعی است.

در نتیجه با توجه به تحقیقات گسترده در زمینه فرهنگ و سلامت به طور حتم نمی توان اثرات فرهنگ را در پیشگیری،

شناخت و درمان سندرم های روانی نادیده گرفت.

منابع و مآخذ :

[1]Adler, Shelley R.(. 2002). Integrative Medicine and Culture: Toward an Anthropology of CAM. *Medical Anthropology Quarterly..*

[2] Alland, Alexander, Jr. 1970. *Adaptation in Cultural Evolution: An Approach to Medical Anthropology..* New York: Columbia University Press.

[3]American Psychiatric Association. 1980. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 3rd ed. (DSM-III). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

.

[4]American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn. Washington: APA.

[5]Andary, L., Stolk, Y. & Klimidis, S. (2003) *Assessing Mental Health Across Cultures*. Bowen Hills, Queensland : Australian Academic Press..

[6]Anderson, A.E. (2002) Eating disorders in males. In: Fairburn, C.G. & Brownell, K.D. (eds) *Eating*

*Disorders and Obesity*, 2nd edn. New York: Guilford Press.

[7]Ann McElroy, Patricia K. Townsend.(2009) Medical Anthropology in Ecological Perspective. *University at Buffalo,* Westview Press.

[8]Bochner, S. (1982) The social psychology of cross-cultural relations. In: Bochner, S. (ed.) *Cultures in Contact: Studies in cross-cultural interaction*. Oxford: Pergamon Press

.

[9]Carl Ratner.(2006).CULTURAL PSYCHOLOGY, A PERSPECTIVE ON PSYCHOLOGICAL

FUNCTIONING AND SOCIAL REFORM. Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Mahwah, New Jersey.

[10]Castillo, R. 1992b. Cultural considerations for the dissociative disorders in DSM-IV. In *Cultural proposals for DSM-IV,* ed. J. Mezzich and A. Kleinman et al., 138–143. Pittsburgh: University of Pittsburgh.

[11]Chaplin, S. 1997. Somatization. In *Culture and psychopathology,* eds. W-S. Tseng and J. Streltzer, 67–86. New York: Brunner/Mazel.

[12]Chowdhury, A.N. (1998) Hundred years of Koro: The history of a culture bound syndrome*. International Journal of Social Psychiatry* 44: 181–8.

[13]Church, A.T. (2000) Culture and personality: towards an integrated cultural trait psychology. *Journal*

*of Personality*, **69**: 651–703.

[14]Elisa J. Sobo and Martha O. Loustaunau(2010)The Cultural Context of Health, Illness, and Medicine. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

[15]Hughes, C.C. (1985) Culture-bound or construct-bound?: The syndromes and DSMIII. In: Simons, R.C. & Hughes, C.C. (eds) *The Culture Bound Syndromes: Folk illnesses of psychiatric and anthropological interest.* Dordrecht: R. Reidel.

.

[16]Kaplan & Sadock  PocketHand book of CLINICAL, (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn. Washington: APA,302-303-377

[17]Kazarian, S. & Evans, D. (2001) *Handbook of Cultural Health Psychology*. San Diego, CA: Academic Press.

[18]Malcolm MacLachlan.(2006). Culture and Health A Critical Perspective Towards Global Health West Sussex PO19 8SQ, England.

[19]MICHAEL WINKELMAN.(2009)culture and Health applying Medical Anthropology. Published by Jossey-Bass A Wiley Imprint989 Market Street, San Francisco, CA 94103-1741

[20]Miranda, A.O. & Fraser, L.D. (2002) Culture-bound syndromes: Initial perspectives from individual

psychology*. Journal of Individual Psychology* **58**: 422–33.

[21]Ratner, C., & Hui, L. (2003). Theoretical and methodological problems in cross-cultural psychology. *Journal for the Theory of Social Behavior.*

[22]Robert Pool &Wenzel Geissler.(2005)MedicalAnthropology. Printed in the UK by Bell & Bain Ltd, Glasgow.

[23]Schaller, M., & Crandall, C. (2004). *The psychological foundations of culture.* Mahwah, NJ:

Lawrence Erlbaum Associates.

[24]Simons, R.C. (1985) The resolution of the Latah paradox. In: Simons, R.C. & Hughes, C.C. (eds)

*The Culture Bound Syndromes: Folk illnesses of psychiatric and anthropological interest*. Dordrecht:

R. Reidel, pp. 43–62.

[25]Simons, R.C. & Hughes, C.C. (eds) (1985) *The Culture Bound Syndromes: Folk illnesses of psychiatric and anthropological interest*. Dordrecht: R. Reidel.

این مطلب بخشی از ویژه نامه پزشکی است که در انسان‌شناسی و فرهنگ منتشر شده است