

نقش فرهنگ در آسیب شناسی روانی و روان درمانی: تلویحاتی برای ارتقاء صلاحیت فرهنگی روان درمانگران

The role of culture in psychopathology and psychotherapy: implications for improving therapist's cultural competence

Dr Fariba Zarani

Faculty Member of Shahid
Beheshti University, Tehran

دکتر فریبا زرانی

عضو هیئت علمی دانشگاه شهید بهشتی

تهران

Saeid Sadeghi

PhD in Clinical Psychology,
Shahid Beheshti University

دکتر سعید صادقی

دکتری روانشناسی بالینی دانشگاه شهید

بهشتی

Abstract

Culture is defined of knowledge systems, concepts, rules and activities that is learned and passed down from generation to generation that influence to clinical symptoms show, etiology, expect of treatment, coping with illness and the process of psychotherapy. Culture at different levels affect of psychotherapy. Including motivation for treatment, the problems, treatment goals, therapist-client relationship style. In recent years, cultural competence as a solution that provides the possibility to all cultural and ethnic groups benefit from effective treatment, attentioned by psychologists and mental health professionals in the

چکیده

فرهنگ به سیستم‌های دانش، مفاهیم، قواعد و فعالیت‌هایی اطلاق می‌شود که آموختنی بوده و از نسلی به نسل دیگر منتقل می‌شوند و بر تظاهرات بالینی نشانه‌ها، سبب‌شناسی، انتظار از درمان، سازگاری فرد با بیماری و فرآیند روان‌درمانی تأثیرگذار می‌باشد. فرهنگ در سطوح مختلف روان‌درمانی از جمله انگیزه برای درمان، نحوه نمود مشکلات، اهداف درمانی، رابطه درمانگر-مراجع و سبک ارتباط مراجع-درمانگر تأثیر می‌گذارد. در سال‌های اخیر صلاحیت فرهنگی به‌عنوان راهکاری که این امکان را فراهم می‌آورد تا همه گروه‌های فرهنگی و قومیتی از درمان اثربخش بهره‌مند شوند،

world. In this article we have tried to be clear cultural influences on psychotherapy process and characteristics are expressed the competent psychotherapy and psychotherapists be implications for improving cultural competence.

Key words: culture, psychopathology, psychotherapy, cultural competence

مورد توجه روان‌شناسان و متخصصان سلامت روان قرار گرفته است. در این مقاله سعی شد تأثیرات فرهنگ بر فرآیند روان‌درمانی تصریح شود و خصوصیات روان‌درمانگری صلاحیت‌دار بیان شوند و تلویحاتی جهت ارتقاء صلاحیت فرهنگی روان‌درمانگران ارائه شود.

کلیدواژه: فرهنگ، آسیب‌شناسی روانی،

روان‌درمانی، صلاحیت فرهنگی

دریافت مقاله: اسفند ۹۴ پذیرش مرداد ۹۵

مقدمه

فرهنگ به سیستم‌های دانش، مفاهیم، قواعد و فعالیت‌هایی اطلاق می‌شود که آموختنی بوده و از نسلی به نسل دیگر منتقل می‌شوند و شامل زبان، معنویت و مذهب، ساختارهای خانوادگی، مراحل چرخه زندگی، مناسک تشریفاتی، آداب و رسوم و همچنین سیستم‌های اخلاقی و حقوقی می‌باشد. فرهنگ‌ها، سیستم‌های باز و پویایی هستند که پیوسته در طول زمان تغییر و تحول می‌یابند. در عصر معاصر اغلب افراد و گروه‌ها با فرهنگ‌های متعددی در تماس هستند که از آن‌ها برای شکل دادن به هویت‌های خود و درک تجارب‌شان استفاده می‌کنند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). فرهنگ بر مرز بین بهنجاری و آسیب‌شناسی، تاب‌آوری در برابر نشانه‌ها و رفتارهای خاص، آسیب‌پذیری، رنج بردن، جستجو برای کمک گرفتن، پایبندی به درمان، داغ‌دیدگی، تبیین‌های فرهنگی از تظاهرات بالینی و استنباط درباره سبب‌شناسی تاثیرگذار می‌باشد (جاکوب^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). فرهنگ همچنین، شیوه‌های توصیف و فهم تجارب بیماری که در برخوردهای بالینی قابل مشاهده هستند را تحت تاثیر قرار می‌دهد و بر علامت‌شناسی، تظاهرات بالینی، انتظار از درمان، سازگاری با بیماری و

¹ Jacob

پاسخ درمانی تاثیر می‌گذارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). گروه مطالعاتی پنجمین نسخه کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ که توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲ هدایت می‌شود، ۱۱ معیار روایی^۳ را برای تشخیص سبب‌شناسی اختلالات روانی تعیین کرده‌اند (هیمن و همکاران، ۲۰۰۹) که این معیارها عبارت‌اند از:

(۱) عوامل ژنتیکی (۲) خانوادگی (۳) مشکلات محیطی اولیه (۴) پیشایندهای مزاجی (۵) زیربنای عصبی (۶) نشانگرهای زیستی (۷) فرآیندهای هیجانی - شناختی (۸) تفاوت‌ها و شباهت‌ها در نشانه‌شناسی (۹) هم‌بندی (۱۰) دوره (۱۱) درمان. در بین این معیارها که اساس تقسیم‌بندی DSM-5 می‌باشند، هیچ اثری از فرهنگ دیده نمی‌شود؛ زیرا تمرکز این طبقه‌بندی بیشتر بر جنبه‌های نوروسایکولوژیکی است که نشان‌دهنده جهت‌گیری DSM (همسوی با ICD) به سمت مبانی فیزیولوژیکی اختلالات می‌باشد (جاکوب، ۲۰۱۴). چانگ و فابین (۲۰۱۲) نیز اظهار می‌دارند که کتابچه راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی بیشتر بر مبنای فرهنگ غربی نگاشته می‌شود و منعکس‌کننده فرهنگ آمریکایی می‌باشد؛ و از آنجایی که تحقیقات غیرآمریکایی کم‌ارزش‌تر از مطالعات آمریکایی انگاشته می‌شوند، تحقیقاتی که در DSM مورد استناد قرار می‌گیرند بیشتر تحقیقاتی است که توسط پژوهشگران آمریکایی منتشر می‌شوند. یک نمونه بارز دیگر از انعکاس فرهنگ آمریکا این است که در DSM هنگام اشاره به شیوع و پیش‌آگهی اختلالات به طبقه‌های جمعیتی غالب ایالات متحده آمریکا (نژادهای سیاه‌وسفید و ترکیب‌های متفاوتی از مهاجران ساکن این کشور) اشاره شده است و آماری در مورد قومیت‌ها و ملیت‌های دیگر گزارش نمی‌شود. این در حالی است که مطالعات فراوانی نشان داده‌اند که جوامع شرقی و غربی در ابعاد اساسی شناخت، هیجان، انگیزش و رفتار باهم‌دیگر تفاوت دارند (چانگ، ۲۰۰۱؛

1 DSM-5

2 APA

3 validating criteria

4 Chang

مارکوس و کیتایاما^۱، ۱۹۹۱؛ نیسبت^۲، ۲۰۰۳). شمار زیادی از مطالعات نیز نشان داده‌اند که ارتباط قوی بین باورهای مذهبی و کاهش افسردگی، اضطراب، خطر خودکشی و اختلالات سایکوتیک وجود دارد که این مطالعات در کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی جایگاهی ندارند (کلاسکت^۳ و همکاران، ۲۰۱۱). یکی دیگر از این غفلت‌های فرهنگی در DSM، عدم توجه به فرهنگ جوامع اسلامی می‌باشد. در اسلام معنویت، جسم و روح به یک اندازه اهمیت دارند (کاتلین و بوفمن^۴، ۱۹۹۸). مسلمانان باور قوی دارند که ارتباط متعادلی بین بهداشت روان فرد، حالت‌های معنوی و سلامت کلی او وجود دارد. نکته مهم اینجاست که این ارزش‌های مذهبی و اعتقادات به نحو پیچیده‌ای با هنجارهای فرهنگی و ادراک بیمار از سلامت و بیماری، رفتارهای سلامت و بهره‌مندی از خدمات مراقبتی ارتباط دارند (کاتلین و بوفمن، ۱۹۹۸). جوامع اسلامی تجربیات وابسته به هویت فرهنگی و مذهبی خود از قبیل اسلام‌هراسی^۵، پرخاشگری‌های نرم^۶، پیش‌داوری^۷ و دفع اجتماعی^۸ را در بطن خود دارند (رسول^۹، ۲۰۱۵). با این وجود، گزارش‌های همه‌گیرشناسی اندکی از مشکلات سلامت روان در بین ۵۷ کشور عضو سازمان کنفرانس اسلامی^{۱۰} منتشر شده است (رسول، ۲۰۱۵). این مطالعات نشان داده‌اند که نرخ شیوع اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی و استرس در مسلمانان بیشتر از جوامع غیرمسلمان می‌باشد (ابوراس و ابویادر^{۱۱}، ۲۰۰۹) اما نرخ شیوع اسکیزوفرنی در مسلمانان مانند غیرمسلمانان می‌باشد

1 Markus and Kitayama

2 Nisbett

3 Klocket

4 Catlin & Boffman

5 Islamophobia

6 microaggressions

7 prejudices

8 social exclusion

9 Rassool

10 Organization of the Islamic Conference

11 Abu-Ras

(العیسی^۱، ۲۰۰۰). خودکشی در فرهنگ و مذاهب اسلامی منع شده است و مطالعات بین‌المللی نیز در پاکستان، مالزی و عربستان سعودی شیوع پایین خودکشی در بین مسلمانان را گزارش کرده‌اند (الخاتامی^۲، ۲۰۰۱؛ مورتی^۳ و همکاران، ۲۰۰۸؛ زکی‌الله^۴ و همکاران، ۲۰۰۸). علاوه بر این تفاوت‌ها در شیوع اختلالات، در جوامع اسلامی تفاوت‌هایی در نمود نشانگان مرضی نیز دیده می‌شود که به خاطر تاثیر فرهنگ‌ها بر نمود این نشانگان می‌باشد. برای مثال مطالعاتی نشان داده‌اند که اختلالات جسمانی-سازي و نشانگان جسمانی نسبت به بیان مستقیم کلامی پریشانی‌های روان‌شناختی در بین مسلمانان قابل‌پذیرش‌تر هستند (الکریناوی و گراهام^۵، ۲۰۰۰؛ الایسلام^۶، ۲۰۰۸).

تاثیرات فرهنگ بر آسیب‌شناسی روانی و روان‌درمانی

در DSM-5 به‌منظور افزایش صحت تشخیص و جامعیت ارزیابی بالینی، اطلاعاتی در مورد مفاهیم فرهنگی لحاظ شده است. این مفاهیم به دلایل مختلفی برای تشخیص اختلالات اهمیت دارند که از جمله آن می‌توان به اجتناب از تشخیص نادرست، کسب اطلاعات مفید، بهبود تفاهم و درگیر شدن بیمار در فرآیند بالینی، بهبود کارایی درمان، هدایت پژوهش‌های بالینی و روشن‌سازی همه‌گیرشناسی فرهنگی اشاره کرد. سندرم وابسته به فرهنگ^۷ نیز که در DSM-IV مطرح شده بود، در DSM-5 با سه مفهوم گسترده‌تر سندرم فرهنگی (خوشه یا گروهی از علائم که تقریباً بدون تغییر شکل خاصی همیشه باهم بروز می‌کنند و در یک گروه، اجتماع یا بافتار فرهنگی خاص دیده می‌شوند)، اصطلاح فرهنگی ناراحتی (اصطلاحی زبان‌شناختی، عبارت یا شیوه‌ای از صحبت در مورد رنج و عذاب در بین افراد یک گروه فرهنگی که به مفاهیم مشترک آسیب‌شناختی و شیوه‌های بیانی، ارتباطی و نام‌گذاری ویژگی‌های اصلی ناراحتی اشاره

1 Al-Issa

2 Al-Khathami

3 Murty

4 Zakiullah

5 Al-Krenawi & Graham

6 El-Islam

7 culture-bound

دارد) و توضیح فرهنگی یا علت ادراک‌شده (برچسب، اسناد یا ویژگی از یک مدل توضیحی که علت بیماری، علائم یا پریشانی را از دیدگاه فرهنگی بیان می‌کند) جایگزین شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). این مفاهیم نسبت به نشانگان محدود به فرهنگی که در نسخه قبلی مورد توجه قرار گرفته بود، سودمندی بالینی بیشتری دارند و برای انتقال دامنه وسیعی از رنج و نگرانی‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند (جاکوب، ۲۰۱۴). در DSM-5 اعتقاد بر این است که این تبیین‌ها راه‌هایی فرهنگی برای فهم تجربه بیماری هستند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). این تغییر نگاه در DSM-5 از نشانگان نادر و نامتعارف محدود به فرهنگ در بافت‌های محدود به سوی تأکید بر فرمول‌بندی فرهنگی برای همه‌ی بیماران دارای اختلالات روانی بیانگر این حقیقت است که مفاهیم پریشانی، راهبردهای مقابله‌ای، حمایت‌ها، یاری طلبی و هویت به صورت فرهنگی و جزئی شکل می‌گیرند (جاکوب، ۲۰۱۴). علاوه بر توسعه مفاهیم فرهنگی، DSM-5 چارچوب کلی برای صورت‌بندی فرهنگی معرفی می‌کند که چارچوبی را برای ارزیابی اطلاعات در مورد ویژگی‌های فرهنگی مشکل روانی یک فرد و نحوه ارتباط آن با بافتار و تاریخچه اجتماعی و فرهنگی فراهم می‌سازد و یک طرح کلی نیز برای ارزیابی با استفاده از مصاحبه صورت‌بندی فرهنگی^۱ را ارائه می‌کند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). "طرح کلی صورت‌بندی فرهنگی" بر ضرورت ارزیابی نظام‌مند مقولات زیر تأکید دارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳): (الف) هویت فرهنگی فرد (گروه نژادی، قومی یا فرهنگی فرد که ممکن است بر روابط او با دیگران، دسترسی وی به منابع و چالش‌های رشدی و جاری، تعارضات یا گرفتاری‌های او مؤثر باشند. در مورد مهاجران و اقلیت‌های نژادی و قومی، میزان و نوع ارتباط شخص با فرهنگ جامعه میزبان نیز مورد توجه قرار می‌گیرد. سایر جنبه‌های هویت که به لحاظ بالینی مهم تلقی می‌شوند عبارت‌اند از؛ پایبندی مذهبی، پیش‌زمینه اجتماعی-اقتصادی، محل تولد و رشد فرد و خانواده، وضعیت مهاجرت و گرایش جنسی). (ب)

^۱ CFI

مفهوم‌سازی فرهنگی ناراحتی (سازه‌های فرهنگی مؤثر بر چگونگی تجربه، درک و بیان علائم یا مشکلات که توسط فرد توصیف می‌شوند و می‌تواند شامل سندرم‌های فرهنگی، تعبیرهای ویژه در مورد ناراحتی و مدل‌های تبیینی یا علل ادراک‌شده باشند. علاوه بر این، ارزیابی سطح شدت و معنای تجارب ناراحت‌کننده در رابطه با هنجارهای گروه‌های مرجع فرهنگی فرد، الگوهای سازگاری و کمک‌جویی، نحوه بهره‌گیری از منابع مراقبت حرفه‌ای و منابع سنتی، جایگزین یا مکمل مدنظر قرار می‌گیرند). (ج) عوامل استرس‌زای روانی اجتماعی و ویژگی‌های فرهنگی آسیب‌پذیری و تاب‌آوری (عوامل استرس‌زای کلیدی و منابع حمایتی مهم در محیط اجتماعی فرد و همچنین نقش مذهب، خانواده و سایر شبکه‌های اجتماعی در فراهم آوردن حمایت هیجانی، ابزاری و اطلاعاتی، ارزیابی سطوح کارکرد، ناتوانی و تاب‌آوری گروه‌های مرجع فرهنگی، شناسایی ویژگی‌های فرهنگی رابطه مراجع - درمانگر، تفاوت‌های موجود در فرهنگ، زبان و جایگاه اجتماعی مراجع و درمانگر که ممکن است موجب بروز مشکلاتی در ارتباطات شده و بر تشخیص و درمان تاثیر بگذارند). (د) ارزیابی فرهنگی کلی (معانی ضمنی مؤلفه‌های صورت‌بندی فرهنگی که در بخش‌های قبلی "طرح کلی برای تشخیص" مطرح شده‌اند و سایر مسائل بالینی مرتبط و همچنین جمع‌بندی تدابیر مناسب و مداخلات درمانی). مصاحبه صورت‌بندی فرهنگی شامل ۱۶ سؤال است که به درمانگران این امکان را می‌دهد تا در حین ارزیابی اطلاعاتی در مورد تاثیر فرهنگ بر جنبه‌های کلیدی وضعیت بالینی و مراقبتی فرد به دست آورند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ جاکوب، ۲۰۱۴). DSM-5 همچنین کدهایی برای شرایطی مانند مشکلات فرهنگ پذیری، مشکلات رابطه والد-کودک، مذهب و تعارضات معنوی که معمولاً کانون توجه بالینی قرار می‌گیرند را نیز در نظر گرفته است که در بخش "سایر حالاتی که ممکن است کانون توجه بالینی قرار بگیرند" آمده‌اند. به نظر می‌رسد انتقاداتی که از نظر فرهنگی بر DSM وارد شده است در آخرین نسخه منتشر شده کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی حتی با مطرح‌شدن این

چارچوب ضابطه‌بندی فرهنگی کماکان برجا مانده است. با این وجود، به کار بردن این صورت‌بندی فرهنگی سبب می‌شود تا زمانی که اختلال تشخیص داده شد، اصطلاحات و تبیین‌های فرهنگی در صورت‌بندی مورد گنجانده شوند، زیرا باعث روشن‌سازی علائم و اسنادهای سبب‌شناختی می‌شود که در غیر این صورت سردرگم‌کننده خواهند بود. علاوه بر این، ممکن است افرادی که علائم آن‌ها با ملاک‌های DSM برای یک اختلال روانی خاص مطابقت ندارد، نیازمند درمان باشد و به همین دلیل ارزیابی فرهنگی باید به صورت مورد به مورد انجام شود و صورت‌بندی فرهنگی اتفاق افتد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). بعد از مفهوم‌پردازی مورد و تشخیص‌گذاری، توجه به نقش فرهنگ در درمان نیز بسیار پراهمیت می‌باشد؛ زیرا مسائلی در ارائه خدمات به فرهنگ‌های مختلف به وجود می‌آید که ارائه خدمات سلامت روان به مراجعان را پیچیده‌تر می‌کند. برای مثال، مطالعات نشان داده‌اند مسلمانانی که پایبندی مذهبی دارند، بیشتر ترجیح می‌دهند توسط یک بالینگر هم‌جنس خود معاینه شوند یا مداخلات درمانی را دریافت کنند و اگر این امکان فراهم نباشد، بالینگر غیرهمجنس مراجع، باید حساسیت‌های لازم را داشته باشد و شرایط خاص مراجع را درک کند تا بتواند خدمات سلامت روان را به وی ارائه دهد (الکریناوی و گراهام، ۲۰۰۰). بنابراین، هنگام ارزیابی و صورت‌بندی فرهنگی مشکلات مراجع‌های فرهنگ‌های متفاوت، ارزیابی هویت فرهنگی و مذهبی آنان، مدل تبیین آنان از اختلالات یا مشکلاتشان، عوامل فرهنگی وابسته به محیط روانی-اجتماعی، رابطه درمانگر-مراجع و مداخلات درمانی بسیار با اهمیت می‌باشند و باید انجام شوند (رسول و جمی، ۲۰۱۴). ضمناً باید توجه داشت که مراجعان یک فرهنگ نیز گروه‌های متجانسی نیستند، بنابراین ارزیابی و بررسی رسوم و فرهنگ تمامی مراجعان و تعیین اقدامات ارجح برای هر کدام از آنان بسیار با اهمیت می‌باشد. این نوع ارزیابی مراجعان را قادر می‌سازد تا بیماری خود و نیازهای مربوط به سلامتی‌شان (جسمانی/پزشکی، نیازهای معنوی و

روانی- اجتماعی)، اجتناب از کلیشه‌ها یا برچسب‌گذاری و اطلاعات مربوط به مداخلات موردنیازشان را بهتر درک کنند (رسول، ۲۰۱۵). موضوعات خاصی^۱ از این قبیل اهمیت توجه بیشتر به مباحث فرهنگی در استفاده از DSM-5 در فرهنگ‌های شرقی و کشورهای آسیایی را آشکار می‌سازند (نشریه آسیایی روان‌پزشکی^۲، ۲۰۱۴). این ارزیابی فرهنگی را می‌توان با کمک مدل کلینمن، آیسنبرگ و گوود^۳ (۱۹۷۸) یا به وسیله چارچوب فرمول‌بندی فرهنگی که در DSM-5 مطرح شده است، انجام داد. از یک سو اطلاعات فرهنگی به دست آمده در ارزیابی فرهنگی مراجعان سبب بهبود اتحاد درمانی، تعهدات بالینی و اثربخشی درمان و مداخلات روانی- آموزشی و پایبندی درمانی می‌شود و این داده‌های فرهنگی در همه‌گیرشناسی و پژوهش بسیار کمک کننده می‌باشند. از طرفی دیگر، شناسایی عوامل فرهنگی^۴ و مهارت روبرو شدن با این عوامل در فرآیند درمانی برای ارائه مداخلات موفقیت آمیز ضروری می‌باشد (تنسی و استرلتیزر^۵، ۲۰۰۵). با وجود اینکه گوناگونی بیماران، مشکلات، باورها و فرهنگ‌های مختلف نیازمند چارچوبی جامع و مناسب برای ارائه خدمات روان‌درمانی می‌باشد (جاکوب و کاروویلا^۶، ۲۰۱۲) درمانگرانی که با مراجعانی از فرهنگ‌های مختلف روبرو می‌شوند، اغلب از توجه کردن به تأثیرات فرهنگ بر روان‌درمانی غفلت می‌ورزند. در حقیقت، با تکیه بر شعار آرمان‌گرایانه "همه یکسان‌اند"، برخی از درمانگران تأثیرات فرهنگی را بر روان‌درمانی نادیده می‌گیرند (آ دونوهی^۷ و همکاران، ۲۰۰۶). روان‌درمانی باید متناسب با بیمار و موقعیت اجتماعی^۸ که درمان در آن انجام می‌شود، مانند پس‌زمینه سیاسی، طبقه اجتماعی، جایگاه اقتصادی، عوامل قومیتی و

¹ special issue

² Asian Journal of Psychiatry

³ Kleinman, Isenberg & Goode

⁴ cultural factors

⁵ Tseng & Streltzer

⁶ Jacob and Kuruville

⁷ O'Donohue

⁸ social setting

نژادی و تنوع فرهنگی انجام شود (تسینگ^۱، ۱۹۹۵). با وجود اینکه تصور می‌شد روش‌های روان‌درمانی در موج‌های معاصر، از قبیل درمان‌های تحلیلی و درمان شناختی-رفتاری دارای تکنیک‌های درمانی و مبانی نظری جهانی و فراگیر هستند، اما مطالعات نشان داده‌اند که هیچ‌کدام از درمان‌های روان‌شناختی از تأثیرات فرهنگی در امان نیستند (تنسی و استرلتزر^۲، ۲۰۰۵). مطالعات همچنین نشان داده‌اند که درمان‌های بین فردی، از جمله خانواده‌درمانی و گروه‌درمانی نیز که تمرکز اصلی آن‌ها در کار کردن بر روابط بین فردی است، بیشتر نیازمند انطباق فرهنگی می‌باشند. انجام این درمان‌ها نیازمند فهم چگونگی تعاملات بین فردی و ارتباطات یا پویایی‌های مختلف گروه در نظام‌های مختلف فرهنگی می‌باشد (تنسی و استرلتزر، ۲۰۰۵). تعریف روان‌درمانی به‌عنوان هنر مداخلات روان‌شناختی که باید بر بعد روانی رفتار و مشکلات و ماهیت آن‌ها از جمله ابعاد فرهنگی آن‌ها تمرکز داشته باشد، اصطلاح جدید صلاحیت فرهنگی^۳ را مطرح می‌نماید که اخیراً در بین بالینگران مورد توجه قرار گرفته است (آدونوهی^۴ و همکاران، ۲۰۰۶). صلاحیت فرهنگی شامل معانی سازمانی و بالینی غلبه بر موانع ارائه خدمات روان‌شناختی اثربخش و سودمند برای بیماران اقلیت‌های فرهنگی و قومی یا مهاجران می‌باشد (کیروشی^۵ و همکاران، ۲۰۰۸) و این امکان را فراهم می‌آورد تا همه گروه‌های فرهنگی و قومیتی از درمان اثربخش بهره‌مند شوند (تنسی و استرلتزر^۶، ۲۰۰۵). به صورت کلی، صلاحیت فرهنگی بر فرآیند ارزیابی و کیفیت مداخلات و خدمات مراقبتی تاثیر گذار می‌باشد (بتگین و جنسون^۷، ۱۹۹۰).

¹ Tseng

² Tseng & Streltzer

³ Cultural Competence

⁴ O. Dohue

⁵ Qureshi

⁶ Tseng & Streltzer

⁷ Betgin & Jensen

انجام روان‌درمانی متناسب با فرهنگ و صلاحیت‌دار فرهنگی نیازمند انطباق در سه سطح تکنیکی^۱، نظری^۲ و ملاحظات فلسفی^۳ می‌باشد. انطباق‌های تکنیکی در روان‌درمانی به معنی انتخاب صحیح مهارت‌ها یا تکنیک‌های درمانی برای برازنده کردن^۴ آن‌ها با زمینه^۵ بیمار می‌باشد که شامل آمادگی کافی برای درمان، انطباق مناسب رابطه درمانگر- مراجع، انتقال و انتقال متقابل فرهنگی و مدیریت رابطه با قومیت‌ها، ارتباط متناسب با فرهنگ، انتخاب صحیح روش‌های درمانی و انتخاب اهداف مناسب درمانی می‌باشد. بسیاری از بالینگران و پژوهشگران به تعدیل‌های تکنیکی در روان-درمانی‌های بین فرهنگی یا درون فرهنگی^۶ توجه دارند. ورای این انطباق‌های تکنیکی، تعدیل‌های نظری یا مفهومی درمان برای برازنده کردن درمان با پس‌زمینه فرهنگی بیمار ضروری می‌باشد. قومیت و فرهنگ به‌عنوان پارامترهای مهمی در فهم فرایندهای روان‌شناختی نیز شناخته شده‌اند. برای مثال می‌توان به مفهوم خود^۷ و مرزهای نهاد^۸، نظریه‌های تحول شخصیت و نظریه‌های مکانیزم دفاعی اشاره کرد. همچنین در انجام روان‌درمانی‌های بین فرهنگی، درمانگران باید به تاملات و ملاحظات فلسفی بیمار قدم بگذارند. بدون شک دیدگاه‌های اساسی بیماران و نگرش‌های آنان درباره نوع انسان و جامعه به مفاهیم بهنجاری، رسش و سلامت وابسته است که صراحتاً بر جستجوی بیمار برای بهبودی تأثیرگذار می‌باشند. علاوه براین، فهم دیدگاه فلسفی فرد از رنج بردن و مشکلات، دوره درمان و اهداف درمانی را جهت می‌دهد. نظام ارزشی خود درمانگر و نگرش‌های فلسفی او درباره زندگی و مشکلات نیز به‌صورت ضمنی و

1 technical adjustments

2 theoretical adjustments

3 philosophical considerations

4 fit

5 background

6 transcultural or intercultural psychotherapy

7 concept of self

8 ego boundaries

صریح جهت درمان و راه‌های تشویق بیمار برای حل مشکلاتش و تعیین اهداف درمان را هدایت می‌کند (تسینگ^۱، ۱۹۹۵).

به‌طور کلی، فرهنگ در سطوح مختلفی بر روان‌درمانی اثر می‌گذارد. اولین سطح، انگیزه برای درمان^۲ می‌باشد. همه‌ی افراد به یک اندازه دارای دیدگاه و ذهن روان‌شناختی^۳ نیستند و این امر از جامعه‌ای به جامعه دیگر و فردی به فرد دیگر متفاوت می‌باشد. زمینه فرهنگی مراجع سرنخ‌هایی را به درمانگر می‌دهد تا با کمک آن‌ها حداکثر انگیزه مراجع را برای درمان بفهمد. برای مثال، ممکن است درمانگر تصمیم بگیرد که حس کنجکاوی مراجع را تحریک کند، مستقیم به او دستور دهد یا از حمایت‌های خانواده برای پیش برد درمان کمک گیرد. این موارد رویکردهای رایجی هستند که هنگام کار با اقلیت‌های قومی یا افرادی که مهاجرت کرده‌اند، بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرند. سطح دیگر تأثیر گذاری فرهنگ بر روان‌درمانی نحوه نمود مشکلات^۴ می‌باشد. رفتارهای مربوط به بیماری و سبک گزارش دادن مراجعان از رنجی که می‌کشند معمولاً به وسیله عوامل فرهنگی شکل می‌گیرند. فهم زمینه فرهنگی بیمار و پویایی‌های آن لازمه فهم نحوه اظهار مشکلات بیماران می‌باشد (تسینگ، ۱۹۷۵). اهداف درمانی^۵ سطح دیگری از روان‌درمانی است که به نظر می‌رسد تحت تأثیر فرهنگ قرار دارد. اهداف روان‌درمانی به مقدار زیادی تحت تأثیر عوامل فرهنگی می‌باشد. تعریف سلامتی، رسش و انطباق می‌تواند بسیار متفاوت باشد و بستگی به سیستم ارزش‌ها و فرهنگ افراد دارد؛ بنابراین درمانگران باید در مورد اهداف درمان با مراجعان خود مذاکره کنند (آفر و سابشین^۶، ۱۹۷۵). رابطه درمانگر- مراجع نیز سطح دیگری از روان‌درمانی است که با شدت بیشتری تحت تأثیر فرهنگ قرار دارد.

1 Tseng

2 motivation for therapy

3 psychologically minded

4 presenting problem

5 goals of therapy

6 Offer and Sabshin

تصورات فرهنگی تأثیرات قوی بر رابطه درمانگر- مراجع برجای می‌گذارد، برای مثال ممکن است تصورات فرهنگی این باشد که درمانگر در ارتباط با مراجع باید مرجع قدرت و فعال باشد یا برعکس تصورات فرهنگی این باشد که باید جایگاه درمانگر و مراجع هم‌سطح باشد و مراجع باید استقلال داشته باشد. رمانی که درمانگر و مراجع فرهنگ‌های متفاوتی دارند، درمانگر نه‌تنها در ابتدا بلکه باید در کل دوره درمان بااحتیاط با مراجع رابطه‌اش را مدیریت کند. فرهنگ بر سبک ارتباط و زیان^۱ به‌عنوان یکی از سطوح روان‌درمانی تأثیراتی می‌گذارد. اگر درمانگر و مراجع زبان مشترکی نداشته نباشند نیاز است تا از یک روش جایگزین مانند مترجم برای برقراری ارتباط استفاده کنند. از آنجایی که ماهیت روان‌درمانی ارتباط است، برقراری ارتباط به وسیله سوم شخص فرآیند درمان را پیچیده می‌کند. مترجم ممکن است ترجمه واژه به واژه صحبت‌ها را انتقال دهد، آن‌ها را خلاصه کند یا چیزهایی را اضافه کند تا منظور مراجع را برساند یا اینکه درمانگر چه می‌خواهد بگوید. علاوه براین، برخی مفاهیم و حالات عاطفی به‌سادگی قابل درک و انتقال به زبان دیگری نیستند. همدلی کردن بسیار دشوار می‌شود و ارزش درمانی تخلیه هیجانی وقتی که ترجمه می‌شود بسیار کاهش می‌یابد. علاوه براین مفاهیم یکسان ممکن است در فرهنگ‌های مختلف معانی متفاوتی داشته باشند.

خصوصیات لازم برای روان‌درمانی صلاحیت‌دار فرهنگی^۲

انتظار می‌رود که روان‌درمانگران باصلاحیت از نظریه‌های رفتارشناسی انسان و آسیب‌شناسی روانی آگاهی داشته باشند و آن‌ها را با مهارت در ارزیابی بالینی و انتخاب تکنیک‌های درمانی به کار گیرند. درمانگران باید در کار بالینی مراقب، حساس و باتجربه باشند؛ اما روان‌درمانگران باصلاحیت فرهنگی به خصوصیات بیشتری نیاز دارند. این روان‌درمانگران باید بیماران را در بافت فرهنگی آن‌ها ببینند و مداخلات

¹ Language and communication style

² Culturally Competent Psychotherapy

روان‌درمانی را نه فقط با توجه به نظریه‌های آسیب‌شناسی بلکه با توجه به بافت فرهنگی مراجع انتخاب کنند. درمانگر ممکن است به بیمار کمک کند تا خود را با فرهنگش سازگار کند. صلاحیت فرهنگی نیازمند (الف) حساسیت فرهنگی، (ب) دانش فرهنگی، (ج) همدلی فرهنگی و (د) بینش فرهنگ می‌باشد (تسینگ و استرلتز، ۲۰۰۵).

حساسیت فرهنگی: به ویژگی بالینی باز بودن و حساسیت به ابعاد فرهنگ در رفتار انسان و ارزش قائل شدن برای نگرش‌های مختلف و عقاید، پذیرش افراد از جوامع مختلف سیاسی، اقتصادی، نژادی و گروه‌های مذهبی اشاره دارد. حساسیت فرهنگی به اجتناب از قومیت‌گرایی، اشتیاق برای یادگیری، فهمیدن و پذیرش فرهنگ‌های دیگر و آگاهی از تفاوت‌های بالقوه موجود است. درمانگر باید به این توانایی برسد که بگوید "من" متفاوت از آن‌ها هستم، نه اینکه "آن‌ها" متفاوت از من هستند (تسینگ و استرلتز، ۲۰۰۵).

دانش فرهنگی: روان‌درمانی فرهنگی باصلاحیت به دانش درباره پس‌زمینه فرهنگی بیمار نیاز دارد. لازم نیست که این دانش و شناخت جامع و عمیق باشد اما در درجه اول باید چارچوب اساسی را پوشش دهد و سپس به نحوی گسترده شود که شناخت بیمار بینجامد. این شناخت باید در بافت تأثیرات کلی فرهنگ بر آسیب‌شناسی روانی قرار گیرد (تسینگ و استرلتز، ۱۹۹۷). خانواده بیمار و دوستان او منابع بسیار خوبی برای شناخت فرهنگ بیمار می‌باشند. بیمار نه تنها می‌تواند به درمانگر کمک کند تا فرهنگ او را بشناسد، بلکه می‌تواند عقاید و ارزش‌های فرهنگی معنادار خود را نمایان کند تا جایگاهشان در درمان روشن شود (تسینگ و استرلتز، ۲۰۰۵).

همدلی فرهنگی: اگر درمانگر حساسیت فرهنگی داشته باشد و دانشش را درباره فرهنگ بیمار گسترش دهد، به این توانایی می‌رسد که از نظر فرهنگی همدلی کند. این همدلی کردن نیازمند فهم واکنش‌های هیجانی بیمار است که به وسیله توانایی درک

دیدگاه فرهنگی بیمار است. همدلی فرهنگی توانایی مهمی است که به خوبی کیفیت روان‌درمانی را تعیین می‌کند (تسینگ و استرلتز، ۲۰۰۵).

بینش فرهنگی: بینش فرهنگی زمانی مورد نیاز است که فرایند روان‌درمانی مستقیماً به مسائل فرهنگی ورود می‌کند. هنجارها، ارزش‌ها و اهدافی که به وسیله فرهنگ تعیین شده‌اند ممکن است نیاز باشد مورد چالش قرار گیرند و سازگار شوند و مکانیزم‌های مقابله‌ای نیز که از نظر فرهنگی مورد پذیرش می‌باشند نیاز به تقویت داشته باشند و با مکانیزم‌های غیر موثر مقابله شود. ممکن است جایگزین‌هایی برای تعاریف فرهنگی راه‌حل‌ها پیشنهاد شود تا فرایند روان‌درمانگری بتواند موضوعات تأثیرگذار فرهنگی را تغییر دهد، اما این کار از راه فرهنگی مناسب صورت می‌گیرد. روان‌درمانی دو سیستم ارزشی را درگیر می‌کند - سیستم ارزشی مراجع و سیستم ارزشی درمانگر - که فرصت‌هایی را برای مواجهه، تغییر و مشارکت عناصر فرهنگی فراهم می‌کند (تسینگ و هسو، ۱۹۷۹). بینش فرهنگی اجازه تنظیم این تعاملات و در کل فرایند درمانی باصلاحیت فرهنگی را فراهم می‌کند (تسینگ و استرلتز، ۲۰۰۵).

جمع‌بندی و پیشنهادهای بالینی برای روان‌درمانی فرهنگی صلاحیت‌دار

در نتیجه می‌توان گفت که درمانگران باید در تمامی مراحل تشخیص، سبب‌شناسی و درمان به فرهنگ توجه ویژه‌ای داشته باشند و تلاش کنند تا صلاحیت فرهنگی خود را خصوصاً در روان‌درمانی ارتقاء بخشند.

توصیه می‌شود روان‌درمانگران برای ارتقاء صلاحیت فرهنگی خود نکات زیر را سرلوحه کار خود قرار دهند (تسینگ و هسو، ۱۹۷۹):

(۱) از تأثیراتی که فرهنگ و رای عوامل کلی می‌گذارد، آگاه باشید. روان‌درمانگران باصلاحیت باید از عواملی که بر نتایج روان‌درمانی اثر گذارند آگاه باشند. این امر شامل شخصیت بیمار و تجربیات زندگی و آسیب روانی که بیمار آن را تجربه می‌کند، می‌-

نقش فرهنگ در آسیب‌شناسی روانی و روان‌درمانی: تلویحاتی برای ارتقاء صلاحیت فرهنگی

باشد. ورای این، درمانگر باید عوامل فرهنگی را که بر محتوا و فرآیند درمان روان‌شناختی اثر می‌گذارند بشناسد.

۲) برقراری و حفظ رابطه درمانگر- مراجع منطبق با فرهنگ: رابطه درمانگر مراجع موضوع اساسی هر نوع روان‌درمانی می‌باشد که شامل مرزهای اجتماعی، فاصله جسمانی و ارتباط سلسله مراتبی قدرت می‌شود. برقراری و حفظ این موارد نه تنها به نوع روان‌درمانی بستگی دارد، بلکه نیازمند انطباق بین فرهنگ درمانگر و مراجع می‌باشد.

۳) برقراری ارتباط مناسب فرهنگی: روان‌درمانی اساساً از طریق ارتباط بین درمانگر و مراجع صورت می‌گیرد. با این وجود، ارتباط به وسیله زبان، الگوی ارتباط و هدف برقراری ارتباط تعیین می‌شود که به شدت تحت تاثیر سطح توانایی هوشی، سبک‌شناختی، آداب و رسوم اجتماعی و الگوهای فرهنگی ارتباط قرار دارد. چه موضوعی مطرح شود، با چه گستردگی، با چه روشی و اینکه چقدر بیمار می‌تواند بپذیرد و تحمل بیاورد همگی عواملی هستند که باید مورد توجه قرار گیرند.

۴) گسترش درک پویایی‌های روانی با رویکرد فرهنگی: فرمول‌بندی و تبیین نشانگان رفتاری، افکار و عواطف بیمار سبب توسعه راهبردهای خاص درمانی می‌شود. ادغام موضوعات فرهنگی در فرمول‌بندی نیازمند حساسیت فرهنگی بالایی می‌باشد. درجه‌ای از دانش و شناخت فرهنگی برای فهم درست درمان لازم است که ممکن است نیازمند مشورت با متخصصان فرهنگی باشد.

۵) انتخاب یک شیوه روان‌درمانی متناسب با فرهنگ: اغلب بالینگران معتقدند شیوه روان‌درمانی که مورد استفاده قرار می‌گیرد به آسیب روانی خاص فرد بستگی دارد. علاوه بر این، قومیت بیمار و پس‌زمینه فرهنگی او کمک می‌کند تا بتوانیم روان‌درمانی متناسب با فرهنگ فرد را انتخاب کنیم. درجه‌ای که فرد با ماهیت و فرآیند درمان آشنا باشد و با روش درمانی احساس خوبی داشته باشد، بر آمادگی او برای سود بردن از نوع درمان تاثیر می‌گذارد.

۶) استفاده از مکانیزم‌های مقابله‌ای موردپذیرش فرهنگ: هدف روان‌درمانی کمک به بیماران برای مقابله با مشکلاتشان و ارتقاء مکانیزم‌های مقابله‌ای بیماران یا کمک به آن‌ها برای یادگیری راه‌های جدید پیش‌گیری یا مدیریت مشکلات می‌باشد. بعضی از مکانیزم‌های مقابله‌ای خیلی برای بیمار آشنا هستند، درحالی‌که مکانیزم‌های مقابله‌ای که کمتر توسط بیمار استفاده شده‌اند ممکن است بیشتر کارآمد باشند. برخی از این مکانیزم‌های مقابله‌ای توسط جامعه و فرهنگ پذیرفته شده‌تر هستند. تکنیک‌هایی برای ارتقاء الگوهای مقابله‌ای موردپذیرش فرهنگ وجود دارند که به بیمار و مراجع کمک می‌کند که به بحث و مذاکره و تصمیم‌گیری برای به کار بستن این مکانیزم‌های درمانی مفید و اثربخش بپردازند.

۷) تعریف‌های انطباق یافته سلامت و ریش برای رسیدن به سازگاری فرهنگی: هدف روان‌درمانی کمک به بیمار برای سلامت و رسیدن به ریش است که این ریش و سلامتی نه تنها توسط بالینگر بلکه توسط قضاوت اجتماع و فرهنگ فرد تعریف می‌شود. اگر اهداف درمانی هماهنگ با تعریف فرهنگ بیمار باشد، دستیابی به آن‌ها امکان‌پذیرتر می‌گردد.

۸) نسبت به تاثیر تلویحات درمانی بر فرهنگ آگاه باشید. درمانگر باصلاحیت باید نسبت به تاثیر تلویحات درمانی بر فرهنگ آگاه باشد. روان‌درمانی می‌تواند تأثیراتی بر ارزش، عقاید و رفتارهای مراجع برجای بگذارد که می‌تواند ارزش‌های فرهنگی مرکزی را تأیید کند، مسیرهایی را برای اجرای خواسته‌ها و آرزوهای مراجع در بافت فرهنگی فراهم کند، الگوهای مقابله‌ای مورد تأیید فرهنگ مراجع را تقویت کند، امکان محروم‌سازی فرهنگی^۱ را فراهم کند، رویکردهای جایگزین فرهنگی را برای حل مشکلات پیشنهاد کند و یا نظام‌های فرهنگی جدید را تسریع می‌کند (تسینگ و هسو، ۱۹۷۹). در جریان روان‌درمانی مراجع با طرز نگاه درمانگر به مسائل که سالم‌تر و کارکردی‌تر از نگاه بیمار می‌باشد مواجه می‌شود و بعد از فرایند همکاری و تغییر،

^۱ cultural time out

مراجع جذب این نظام ارزشی جدید برای تعمیم به موقعیت‌های جدید می‌شود. ورای ملاحظات تکنیکی، نظری و فلسفی - یا انطباق فرهنگی با زمینه قومی و فرهنگی مراجع - خود ارزشیابی مراجع از زمینه فرهنگی و سیستم ارزشی‌اش به همان اندازه مهم می‌باشد؛ زیرا این مسائل راه‌های اساسی هستند که درمانگر یا مراجع تحت تاثیر روان‌درمانی قرار می‌گیرند (تسینگ و استرلتز، ۲۰۰۵).

در مجموع، توجه به فرهنگ در تمامی مراحل تشخیص، سبب‌شناسی و درمان حائز اهمیت می‌باشد و روان‌درمانگرانی که با اقلیت‌های فرهنگی کار می‌کنند یا از منابعی برای تشخیص و تصمیم‌گیری بالینی برای انتخاب نوع درمان استفاده می‌کنند که مطابق فرهنگ‌های آنان نوشته نشده‌اند باید نسبت به تاثیر فرهنگ آگاه باشند و تلاش کنند تا صلاحیت فرهنگی خود را ارتقاء بخشند.

منابع

- Abu-Ras, W. & Abu -Bader, S. H. (2009). Risk factors for depression and posttraumatic stress disorder (PTSD): The case of Arab and Muslim Americans post-9/11. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 7(4), 393° 418.
- Al-Issa, I. (2000). *Al-Jun n: Mental health problem in the Islamic World*. Madison CT: International Universities Press.
- Al-Khathami, A. (2001). *The implementation and evaluation of educational programs for PHC physicians to improve their recognition of mental health problem, in the Eastern Province of Saudi Arabia [Dissertation]*. Al Khobar: King Faisal University, Saudi Arabia.
- Al-Krenawi, A. & Graham, J. R. (2000). Culturally sensitive social work practice with Arab clients in mental health settings. *Health and Social Work*, 25(1), 9° 22.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth ed.* American Psychiatric Association, Arlington, VA.
- Asian Journal of Psychiatry. (2014). Introduction/ Special Issue on psychopathology in Asians and the DSM-5: Culture matters. *Asian Journal of Psychiatry* 7: 66° 67.

- Betgin, E. & Jensen, J. P. (1990). Religiosity and psychotherapists: A national survey. *Psychotherapy*, 27, 3° 7.
- Catlin, A. J. Boffman, J. H. (1998). When cultures clash: Review of Anne Fadiman the spirits catch you and you fall down. *Pediatric Nursing*, 24, 170° 173.
- Di Chang, E.C. (2001). Cultural influences on optimism and pessimism: Differences in Western and Eastern construals of the self. In: Chang, E.C. (Ed.), *Optimism and Pessimism: Implications for Theory, Research, and Practice*. American Psychological Association, Washington, DC, pp. 257° 280. *fferently... and Why*. Free Press, New York.
- El-Islam, M. F. (2008). Arab culture and mental health care. *Transcultural psychiatry*45. (pp. 671° 682), 671° 682 (<http://dx.doi.org/10.1177/1363461508100788>).
- Hyman SE, Sachdev, P, Pine DS (2009a). Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: could it improve utility and validity? *Psychological Medicine*. doi:10.1017/S0033291709990250.
- Jacob, K.S. (2014). DSM-5 and culture: The need to move towards a shared model of care within a more equal patient° physician partnership. *Asian Journal of Psychiatry* 7: 89° 91.
- Jacob, K.S. Kuruvilla, A. (2012). Psychotherapy across cultures: the form° content dichotomy. *Clin. Psychol. Psychother.* 19: 91° 95.
- Kleinman, A. Isenberg, L. & Goode, B. (1978). Culture, illness and care: Clinical Lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88, 251° 258.
- Klocket, N. Trenetry, B. Webstet, K. (2011). How does freedom of religion and belief affect health and wellbeing? Carlton, Australia: Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth).
- Markus, H.R. Kitayama, S. (1991). Culture and the self: implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review* 98, 224° 253.
- Murty, O. P. Cheh, L. B. Bakit, P. A. Hui, F. J. Ibrahim, Z. B. & Jusoh, N. B. (2008). Suicide and ethnicity in Malaysia. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 29, 19° 22.
- O Donohue, William. Cummings, Nicholas A. Cummings, Janet L. (2006). *Clinical strategies for becoming a master psychotherapist*. Academic Press is an imprint of Elsevier.
- Offer D, Sabshin M. (1975). Normality, in *Comprehensive Textbook of Psychiatry/II, 2nd Edition, Vol 1*. Edited by Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ. Baltimore, MD, Williams & Wilkins: 459° 464.

- Qureshi, A. Collazos, F. Ramos, M. Casas, M. (2008). Cultural competency training in psychiatry. *European Psychiatry*: S49–S58.
- Rassool, G. Hussein, & Gemaey, E. M. (2014). Mental health: Cultural & religious influences. In G. Hussein Rassool (Ed.), *Cultural competence in caring for Muslim patients* (pp. 178° 204). Basingstoke, Hampshire: Palgrave McMillan.
- Rassool, G. Hussein. (2015). *Cultural Competence in Counseling the Muslim Patient: Implications for Mental Health*. Archives of Psychiatric Nursing.
- Tseng WS, Hsu J. (1979). Culture and psychotherapy, in *Perspectives on Cross-Cultural Psychology*. Edited by Marsella AJ, Tharp RG, Ciborowski TJ. New York, Academic Press, pp 333° 345.
- Tseng WS, Streltzer J (eds). (1997). *Culture and Psychopathology: A Guide to Clinical Assessment*. New York, Brunner/Mazel.
- Tseng, Wen-Shing. (1975). The nature of somatic complaints among psychiatric patients: the Chinese case. *Compr Psychiatry* 16:237° 245.
- Tseng, Wen-Shing. (1995). Psychotherapy for the Chinese: cultural adjustment, in *Psychotherapy for the Chinese, Vol II*. Edited by Cheng LYC, Baxter H, Cheung FMC. Hong Kong, The Chinese University of Hong Kong, Department of Psychiatry, pp 1° 22.
- Tseng, Wen-Shing. Streltzer, Jon. (2005). *Culture and Psychotherapy A Guide to Clinical Practice*. American Psychiatric Press, Inc.
- Zakiullah, N. Saleem, S. Sadiq, S. Sani, N. Shahpurwala, M. Shamim, A. et al. (2008). Deliberate self-harm: Characteristics of patients presenting to a tertiary care hospital in Karachi, Pakistan. *Crisis: Journal of Crisis Intervention & Suicide*, 29, 32° 37.