

تبیین تحولی آسیب‌شناسی روانی با در نظر داشت نقش خانواده و فرهنگ

The developmental explanation of psychopathology with regard to the roles of Family and Culture

Dr Fariba Zarani

Assistant Professor, Education and
Psychology Department, Shahid
Beheshti University

دکتر فریبا زرانی

استادیار دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی
دانشگاه شهید بهشتی

Sanaz Helmi

PhD Student, Education and
Psychology Department, Shahid
Beheshti University

ساناز حلمی

دانشجو دکترای روانشناسی، دانشکده روان‌شناسی
دانشگاه شهید بهشتی

Sedigheh Mirzaei*

PhD Student, Education and
Psychology Department, Shahid
Beheshti University

صدیقه میرزایی
(نویسنده مسئول)

دانشجو دکترای روانشناسی، دانشکده روان‌شناسی
دانشگاه شهید بهشتی

Abstract

Two questions should be considered simultaneously to explain psychopathology: "to what extent do psychological dysfunctions reflect the overall effects of development in childhood and adolescence? And to what extent do they reflect the socio-environmental factors?" Furthermore, which child's environment should be considered when examining the socio-environmental factors, family, mesosystem and social groups, or macrosystem and culture? In this review article, it has been tried to provide appropriate answers to these questions by reviewing existing literature. Finally, developmental explanation of psychopathology has been presented with regard to the roles of family and culture from the perspective open system theory.

چکیده

در تبیین آسیب‌شناسی روانی باید به‌طور هم‌زمان دو سؤال را در نظر داشت: «تا چه حد بدکارکردی‌های روان‌شناختی تأثیرات کلی تحول در دوران کودکی و نوجوانی را منعکس می‌کند؟ و تا چه اندازه آن‌ها بازنمایی‌کننده عوامل اجتماعی-محیطی هستند؟». در عین حال در بررسی عوامل اجتماعی-محیطی کدام محیط کودک را باید مدنظر قرار داد، خانواده، میان سیستم و گروه‌های اجتماعی یا کلان سیستم و فرهنگ را؟ در این مقاله مروری سعی شده است تا با بازبینی ادبیات موجود پاسخ‌های مناسب به این پرسش‌ها فراهم آورده شود. در نهایت، تبیین تحولی از آسیب‌شناسی روانی با توجه به نقش

Keywords: psychopathology, development, family, culture

خانواده و فرهنگ از منظر نظریه سیستم‌های باز ارائه شده است.

کلیدواژه‌ها: آسیب‌شناسی روانی، تحول، خانواده، فرهنگ

مقدمه

دیدگاه تحولی به آسیب‌شناسی روانی، رویکرد مفهومی وسیعی به درک پیچیدگی‌های تحول آدمی فراهم آورده است (مارک کامینگز، دیویس، و کمپبل^۱، ۲۰۰۲). حدود ۳۰ سال پیش با مقاله مهم شروفه و روتر^۲ (۱۹۸۴) به نقل از لوئیس و رودلف^۳، (۲۰۱۴) - که در آن دیدگاه تحولی به آسیب‌شناسی روانی را به صورت مطالعه مطالعه ارگانیزم و جریان الگوهای فردی از ناسازگاری رفتار تعریف کردند، صرف نظر از اینکه سن شروع، علل و دگرگونی‌ها در تظاهر رفتار و میزان پیچیدگی جریان الگوی تحولی چه باشند (شیگتی و روگاش^۴، ۲۰۰۲) - و نیز نزدیک به ۲۵ سال پیش با چاپ کتاب جامع آسیب‌شناسی روانی تحولی^۵ (لوئیس و میلر^۶، ۱۹۹۰) به نقل از لوئیس و رودلف، (۲۰۱۴) حوزه یکپارچه نگر آسیب‌شناسی روانی تحولی تجلی یافت. برقراری انسجام و یکپارچگی میان مفاهیمی که پیش‌تر موجودیت‌های مجزا در نظر گرفته می‌شدند در برپایی رویکرد تحولی به آسیب‌شناسی روانی و دور شدن این رویکرد از چشم‌انداز سنتی به اختلال نقش داشت. درحالی‌که دیدگاه‌های سنتی، ناسازگاری^۷ و اختلال را به شکل ذاتی در درون فرد مفهوم‌سازی می‌کردند، چارچوب آسیب‌شناسی

¹ Mark Cummings, Davies, & Campbell

² Sroufe & Rutter

³ Lewis & Rudolph

⁴ Cicchetti & Rogosch

⁵ Handbook of Developmental Psychopathology

⁶ Lewis & Miller

^۷ Maladaptation

روانی تحولی آن‌ها را درون رابطه‌ای پویا میان فرد و بسترهای درونی و بیرونی جای داد (سامراف^۱، ۲۰۰۰).

تبیین تحولی آسیب‌شناسی روانی

با وجود تغییر مداوم در مطالعه آسیب‌شناسی روانی از جمله تغییر در مدل‌های موجود از تحول، تعاریف آسیب‌شناسی و خصوصاً ابزارهای اندازه‌گیری و فنون آماری جدید، لوئیس و رودلف (۲۰۱۴) این تعریف از آسیب‌شناسی روانی از منظر تحولی را پیشنهاد می‌دهند: "مطالعه پیش‌بینی‌کنندگی تحول از رفتارهای ناسازگار و فرایندهای زیرین آن‌ها". از نظر آن‌ها آسیب‌شناسی روانی از دیدگاه تحولی چیزی بیش از ترکیب ساده دو مجموعه آسیب‌شناسی و تحول است و علاوه بر مطالعه تغییرات و تحولات رفتارهای ناسازگار، ترکیب مسائل تحولی با آسیب‌شناسی روانی باعث آگاهی از هر دو حوزه می‌شود. لکن آن‌ها اذعان می‌دارند که باید توجه داشت که مطالعه تحولی آسیب‌شناسی، توجه ما را بر تفاوت‌های فردی متمرکز می‌سازد.

دیدگاه تحولی به آسیب‌شناسی روانی رشته‌ای یکپارچه نگر است که در تلاش است تا درون چارچوبی تحولی و مادام‌العمر، حوزه‌های چندگانه پرسش در باب فهم آسیب‌شناسی روانی و ربط آن به سازگاری بهنجار را متحد سازد (شیگتی و روگاش، ۲۰۰۲). به‌عنوان یک پارادایم کلان^۲ (آخنباخ، ۲۰۱۵) آسیب‌شناسی روانی تحولی در تلاش است تا دانش یکپارچه‌ای در میان رشته‌های علمی و در سطوح چندگانه تحلیل و حوزه‌های متعدد به‌جای به کار بردن یک نظریه منفرد به منظور در نظر گرفتن کل پدیده تحول فراهم آورد.

رویکرد تحولی به آسیب‌شناسی روانی حرکت به فراسوی مستند کردن روابط همبستگی تحول و ایجاد آسیب‌شناسی روانی را هدف گرفته است تا مفاهیم، مدل‌ها و روشمندی‌ها را برای درک فرایند-محور آسیب‌شناسی روانی فراهم آورد. ازاین‌رو

¹ Sameroff

² Microparadigm

³ Achenbac

دیدگاه تحولی به آسیب‌شناسی روانی بر روی مبانی برپا شده است که بر روی روابط میان کودک و عوامل خانوادگی قرار دارد و در عین حال با تولید مدل‌های تبیینی پیچیده‌تر در مورد جریان و پیش‌بینی تحول بهنجار و ایجاد آسیب‌شناسی روانی روبه‌جلو حرکت می‌کند. از میان اهداف این دیدگاه فرایند-محور به اختلالات روانی می‌توان به این موارد اشاره کرد: ۱) شناسایی و درک عوامل علی‌زیربنای اختلالات کودکی به‌عنوان سازمان‌های پویایی از فرایندهای اجتماعی، هیجانی، فیزیولوژیکی، ژنتیکی، شناختی و دیگر فرایندها؛ ۲) روشن‌سازی شبکه وسیع‌تر علی (مثلاً، فرایندهای چندگانه، عوامل خطرزا، پیشگیرانه و محافظ) برای اختلالات کودکی و نیز برای ماهیت روابط درونی میان این عوامل به‌عنوان عاملین علی؛ و ۳) شناسایی بسترهای خانوادگی، اجتماعی، قومیتی، فرهنگی، بین فردی و غیره که بر فرایندهای علی و روابط درونی میان ابعاد متعدد و سطوح بسترهای اجتماعی مؤثر هستند. در عین حال در این دیدگاه، درک زمینه و بافت به‌طور برجسته‌ای در تفسیر و ارزیابی اینکه آیا عملکرد کودک به‌عنوان سازگار یا ناسازگار در نظر گرفته شود مهم است، بدین معنا که ارزیابی تا حدی به بسترهای اجتماعی که کودک در آن عمل می‌کند وابسته است. در نهایت این دیدگاه فرایند-محور به اختلالات روانی، فراهم آوردن مبانی وسیع‌تر و آگاهی‌بخش‌تر را برای پیشگیری، مداخله و درمان نوید می‌دهد (مارک کامینگز، دیویس، و کمپبل، ۲۰۰۲).

این دیدگاه فرایند-محور منجر به نوع دیگری از سؤالات در آسیب‌شناسی روانی شده است. برای مثال، به‌جای رضایتمندی از مقایسه گروه‌های بهنجار و مختل در مورد یک پدیده معین، آسیب‌شناسان روانی تحولی سعی می‌کنند بفهمند چطور تفاوت‌های فردی در این پدیده در طول جریان تحول پدیدار می‌شوند. در عین حال آن‌ها نه تنها به تظاهر علائم در دوره‌های مختلف تحول توجه می‌کنند، بلکه میزان همگرایی و واگرایی در سازمان متشکل از نظام‌های بیولوژیکی، روان‌شناختی، اجتماعی و بافتاری

را با توجه به اینکه آن‌ها با تظاهر علائم و اختلال مرتبط هستند مدنظر قرار می‌دهند (شیگتی و روگاش، ۲۰۰۲).

مدل‌های تحولی تبیین کننده آسیب‌شناسی روانی

مدل‌های تحولی همواره در حال بازنمایی جهان‌بینی در مورد ماهیت انسان و محیط‌هایی هستند که جریان زندگی انسان را خلق می‌کنند. مدل‌های تحولی ناهنجاری نیز این جهان‌بینی‌ها را منعکس می‌کنند. دو دیدگاه در باب ماهیت بشر، حاکم بر نظریه‌های تحولی هستند. نخست، محیط بر روی روان انسان عمل می‌کند - هم محیط بیولوژیکی و هم محیط فیزیکی و اجتماعی. در دیدگاه دوم، ارگانیزم‌های انسانی در کنش و واکنش با محیط‌های بیولوژیکی، فیزیکی و اجتماعی هستند. دیدگاه واکنشی یک دوگانگی از دو پارادایم مهم نظری را پدید آورده است: قطعیت بیولوژیکی و قطعیت اجتماعی. در مقابل، دیدگاه کنشی چیزی را پدید آورده است که اخیراً تحت عنوان چشم‌انداز رابطه‌ای تحولی نظام‌ها^۱ شناخته می‌شود (لوئیس^۲، ۲۰۱۴).

در هر دو پارادایم قطعیت بیولوژیکی-انگیزشی و اجتماعی، علل رفتار یا کنش نیرووهایی هستند که بر روی ارگانیزم عمل می‌کنند و او را مجبور می‌کنند تا عملی را انجام دهد. در تمامی موارد، درون این جهان‌بینی، ارگانیزم بر روی محیط خارج از خویش عمل می‌کند و علت عمل وی نیز (از جمله تحول وی) بیرونی است. بنابراین، برای مثال، تعیین کننده مهم رفتار مختص نقش جنسیتی، بیولوژیک تصور می‌شود که توسط جنسیت تعیین گشته و در این مورد از هورمون‌ها تأثیر می‌پذیرد. در مقابل، رفتار مختص نقش جنسیتی می‌تواند از بیرون نیز از طریق شکل‌گیری اثر محیط اجتماعی تعیین شود نظیر پاداش و تنبیه والدین در مورد اعمال مناسب با یک نقش جنسیتی خاص یا نظیر بازی کردن با یک اسباب‌بازی خاص؛ اختصاص نامی دخترانه یا پسرانه به یک کودک یا دادن اسباب‌بازی خاصی به وی برای بازی نیز از جمله

¹ Relational developmental systems perspective

² Lewis

مثال‌هایی از تعیین‌کنندگی توسط جهان اجتماعی هستند. این پارادایم‌های متمرکز بر کنترل خارجی نیازی به استنتاج یک خویشتن^۱ یا هشیاری و وجود اراده، التفات و برنامه‌ای به همراه آن ندارند. در مقابل این دیدگاه منفعل یا واکنشی، چشم‌انداز رابطه‌ای تحولی نظام‌ها بر مبنای این جهان‌بینی قرار دارد که ارگانیزم ذاتاً فعال است؛ در سبکی دوسویه بر محیط بیولوژیکی، فیزیکی و اجتماعی عمل می‌کند و بر وی عمل می‌شود. درون این چشم‌انداز ارگانیزم دارای یک خویشتن و هشیاری است و از این رو آرزوها و برنامه‌هایی دارد. این آرزوها و اهداف به شکل اعمالی ساخته می‌شوند که ارگانیزم را قادر می‌سازند تا به شکلی سازگارانه رفتار کند. این دیدگاه کنار گذاشتن قوانین بیولوژیکی یا کنترل اجتماعی را به‌عنوان تعیین‌کننده‌های بالقوه رفتار ضروری نمی‌داند چراکه از این چشم‌انداز رابطه‌ای، انسان‌ها مخلوقات بیولوژیکی و اجتماعی هستند و هر دوی آن‌ها باید بر رفتار اثر بگذارند. در واقع، ویژگی‌های بیولوژیکی و اجتماعی مصالح خامی هستند برای ساختن ساختارهای شناختی استنتاج شده از خویشتن و هشیاری که اهداف، آرزوها، برنامه‌ها و عمل را شامل می‌شوند. در این چشم‌انداز در رابطه با مثال رفتار مختص نقش جنسیتی هورمون‌ها و کنترل اجتماعی مصالحی هستند برای ساختن ساختارهای خویشتن-آگاهی^۲. این ساختارها می‌توانند چنین شکلی به خود بگیرند "من مرد یا زن هستم"، "مردان و زنان به این یا آن شیوه عمل می‌کنند"، یا "برای دریافت تحسین دیگران (یک هدف آرمانی) من باید به این یا آن شیوه عمل کنم". شناخت‌هایی از این نوع و اهداف و امیال لازمه آن‌ها به همراه شناخت‌های مربوط به اطلاعات در مورد جهان، کودک را قادر می‌سازند تا هدفمند عمل کند و از این رو هشیارانه برنامه‌ای را بسازد (لوئیس، ۲۰۱۴).

مبتنی بر این دو دیدگاه، چهار مدل تحولی با در نظر داشتن کودک و محیط، مورد توجه اندیشمندان قرار گرفته است: مدل کودک منفعل-محیط منفعل که توسط جان

¹ Self

² Self-cognitive

لاک و دیوید هیوم مطرح شد و در حال حاضر توجه ناچیزی به آن می‌شود. در چنین مدلی، محیط برای اثرگذاری بر روی رفتار تلاشی نمی‌کند و کودک یک تابلوی سفید منفعل است که اطلاعات را از محیط پیرامون خود دریافت می‌کند. این مدل‌ها ماهیتاً مکانیکی هستند گرچه نوزاد باید در جهان خویش جنبش و حرکت داشته باشد تا در جهان حادث شود. مدل کودک منفعل-محیط فعال، یک دیدگاه کنترلی محیط است که در آن محیط به نحوی فعالانه توسط پاداش و تنبیه، رفتار کودک را کنترل می‌کند. مشخصه‌های محیط بمانند ماهیت متفاوت تقویت‌کننده‌ها می‌تواند متفاوت باشد، اما رفتار کودک توسط محیط وی تعیین می‌شود. شرطی‌کننده‌های کنشگر نمونه‌ای از این مدل هستند. این مدل مورد توجه بسیاری از درمانگرها قرار گرفته و از آن در حوزه‌های مختلف نظیر درمان تغییر رفتاری برای تغییر رفتار ناسازگار، درمان اوتیسم و نیز در نظریه‌هایی که یادگیری بهنجار نقش جنسیتی را توسط تشویق‌های والدین یا همسالان توضیح می‌دهند بهره گرفته می‌شود. مدل سوم، مدل کودک فعال-محیط منفعل است که در آن کودک فعال است و فعالانه جهان خویش را از مصالح محیط بنا می‌سازد. نظریه پیازه به خوبی با این مدل همسانی دارد. غالباً از این مدل زمانی استفاده می‌شود که درمانگر تلاش می‌کند تا به بیماران کمک کند تا رفتار خود را به‌عنوان یک شخص فعال البته با نادیده گرفتن نقش محیط خارج از فضای درمان تغییر دهند. مدل چهارم مدلی است که در آن کودک و محیط فعال هستند و در یک فضای کنش و واکنش ارگانیزم همواره در تعامل با محیط خویش است و بدان ساختاری می‌دهد که آن ساختار بر تعامل جاری تأثیر می‌گذارد (لوئیس، ۲۰۱۴).

به‌طور کلی سه مدل تحولی در آسیب‌شناسی روانی حاصل از ترکیب این چهار مدل پیشنهاد شده است: مدل صفت، مدل بافتاری یا محیطی و مدل تعاملی. این سه مدل که نمونه‌هایی از دیدگاه‌های متعدد تحولی و آسیب‌شناسی روانی تحولی هستند به فهم سبب‌شناسی آسیب روانی کمک می‌کنند (لوئیس، ۲۰۱۴).

مدل صفت^۱

مدل صفت مدلی تعاملی نمی‌باشد و اثرات محیط را در نظر نمی‌گیرد. در واقع در افراطی‌ترین نوع آن، محیط هیچ نقشی ندارد؛ یک صفت می‌تواند با محیط تعامل کند اما این صفت تحت تأثیر این تعامل تغییر نمی‌پذیرد. صرف‌نظر از اینکه یک صفت چگونه به‌دست آمده باشد، ژنتیک یا یادگیری، به محض اکتساب تقریباً دیگر از تعاملات بعدی تأثیر نمی‌پذیرد. مدل صفت در پاره‌ای از موارد نظیر در نظر گرفتن علل ژنتیکی یا بیولوژیکی آسیب‌شناسی بسیار مفید است؛ یک کودک که با ژن یا مجموعه‌ای از ژن‌های خاص متولد شده است احتمالاً در زمانی دیرتر آسیب روانی را نشان خواهد داد. این مدل پاره‌ای از پژوهش‌ها در علم ژنتیک برای بیماری روانی را شکل داده است. در اینجا، محیط یا تعامل آن با ژن‌ها نقش اندکی در آسیب روانی بالقوه دارد. پژوهش‌های چندی از جمله کارهای اولیه کالمن^۲ بر روی وراثت در اسکیزوفرنی و نیز فقدان مواد شیمیایی خاصی که منجر به افسردگی می‌شوند از این مدل حمایت می‌کنند. در هر یک از این موارد، وجود ویژگی خاصی در ایجاد نوع ویژه‌ای از آسیب‌شناسی فرض می‌شود. اگرچه مدل صفت به دلیل سهولت آن مورد توجه قرار دارد اما چند مساله پیچیده در رابطه با آن وجود دارد؛ برای مثال، همه افرادی که صفتی را دارا هستند آسیب‌شناسی روانی بعدی یا نوع مشابهی از آسیب‌شناسی روانی را نشان نمی‌دهند. همچنین از آنجاکه همه فرزندان والدین مبتلا به اسکیزوفرنی مبتلا به اسکیزوفرنی نمی‌شوند و نیز همه دوقلوهای تک تخمکی، همسانی در ابتلا به اسکیزوفرنی را نشان نمی‌دهند معلوم می‌سازد که متغیرهای دیگری نیز باید در نظر گرفته شوند (لوئیس، ۲۰۱۴).

¹ Trait Model

² Kallman

مدل محیطی^۱

مدل محیط بر این مدعاست که عوامل خارجی بیشترین تأثیر را بر روی تحول دارند. در ساده‌ترین شکل مدل محیطی، رفتار کودک، بهنجار یا ناسازگار، عمدتاً تابعی از نیروهای محیط است که بر روی کودک عمل می‌کنند. در چنین مدلی، کودک رفتار X و نه رفتار Y را نشان می‌دهد از این رو که X به‌طور مثبت توسط والدین پاداش داده شده درحالی‌که Y تنبیه شده است. باید توجه داشت که در این مدل نیروهای محیط بر روی ارگانیزم عمل می‌کنند، ارگانیزم نسبت به این نیروها منفعل است و رفتار بروز داده شده تابع مستقیم این عمل است. انواع بسیار متفاوتی از نیروهای محیطی وجود دارد و فرد می‌تواند به شیوه‌های مستقیم و غیرمستقیم متعددی پاداش گرفته یا تنبیه شود. با این حال، توجه به این مساله مهم است که هر چه بیشتر ارگانیزم مجبور به ساخت محیط شده یا هدف نیروهای محیطی قرار گیرد، مدل بیشتر از کودک منفعل-محیط فعال به سمت کودک فعال-محیط فعال حرکت خواهد کرد.

مدل عمومی محیطی، بر این فرض است که رفتار کودک تابعی از محیطی است که رفتار در آن رخ می‌دهد، چراکه وظیفه فرد سازش یافتن با محیط فعلی اوست. تا زمانی‌که محیط با ثبات ظاهر شود، رفتار کودک سازگار خواهد بود. اگر محیط تغییر کند به تبع آن رفتار کودک هم تغییر می‌کند. حتی در مدلی که ارگانیزم را فعال‌تر در نظر می‌گیرد، محیط ناسازگار هنوز تولید کننده رفتار نابهنجار است. با این حال، رفتار نابهنجار توسط ادراک کودک و ساخت وی از واقعیت تولید می‌شود. از منظر آسیب‌شناسی روانی تحولی، رفتار ناسازگار معلول محیط ناسازگار است و اگر ما چنین محیطی را تغییر دهیم رفتار تغییر خواهد کرد (لوئیس، ۲۰۱۴).

^۱ Environmental Model

مدل تعاملی^۱

گرچه پژوهش‌ها، هر دو مدل صفت و محیط را حمایت می‌کنند، اما مدل‌های تعاملی بیشترین توجه را در مطالعه تحول به‌طور کلی و در آسیب‌شناسی روانی تحولی به‌طور خاص به خود جلب کرده‌اند؛ مدل‌های تعاملی ترکیبی از مشخصه‌های کودک از جمله وضعیت دلبستگی، عوامل ژنتیکی یا مزاج آن‌ها را در تعامل با محیط در نظر می‌گیرد (استربا^۲، ۲۰۱۴).

این مدل‌ها از ویژگی‌های عمومی برخوردار هستند، سامراف (۲۰۱۴) آن‌ها را تراکنشی^۳ و لوئیس و رودلف (۲۰۱۴) آن‌ها را تعاملی می‌نامند. هر دو مدل تراکنشی و تعاملی در این باور مشترک هستند که ما مجبور هستیم تا هم کودک و هم محیط را در تعیین جریان رشد در نظر بگیریم. چنین مدل‌هایی معمولاً نه ضرورتاً به کودک فعال و محیط فعال نیاز دارند. آنچه این مدل بدان نیاز ضروری دارد این انگاره است که رفتار توسط سازگار شدنش شکل داده می‌شود و این توانایی در ارتباط با محیط است. رفتار ناسازگار شاید در اینجا نام‌گذاری اشتباهی باشد چراکه رفتار ممکن است نسبت به محیط ناسازگاری انطباق پذیرفته باشد. ثبات و تغییر در کودک باید به‌عنوان تابعی از هر دو عامل در نظر گرفته شود و برای این منظور وظیفه هر مدل تعاملی است که هر دو عامل را مورد مطالعه قرار دهد. در این مدل رفتارهای جدید مشتق شده از رفتارهای قدیمی و تعامل آن‌ها با محیط هستند و این رفتارهای جدید به مخزن رفتارهای قدیمی افزوده می‌شوند (لوئیس، ۲۰۱۴).

در نهایت اینکه تحول و تغییرات وابسته با آن در رواج و معنای علائم خاص اختلالات روانی نقش مهمی ایفا می‌کنند. برای مثال، ملاک‌های تشخیصی در اختلال سلوک بیشتر برای نوجوانان نسبت به کودکان کم‌سال‌تر طبقه بندی شده است درحالی‌که، ملاک‌های تشخیصی برای اختلال کم‌توجهی-بیش‌فعالی بیشتر برای

^۱ Interactional Model

^۲ Sterba

^۳ Transactional

کودکان کم‌سال‌تر طبقه‌بندی شده است تا نوجوانان. از این‌رو، فقدان توجه به هنجارهای تحولی در معیارهای تشخیصی بدین معنا خواهد بود که اختلالاتی نظیر اختلال سلوک و کم‌توجهی-بیش‌فعالی به شکل موجودیت‌های محصور شده‌ای مستقل از تفاوت‌ها و تغییرات تحولی وجود دارند (آرنباخ، ۲۰۱۴).

نقش فرهنگ در تبیین تحولی آسیب‌شناسی روانی

تحول انسان یک پدیده پیچیده است که باید در بستر فرهنگ بررسی شود (ویگوتسکی، ۱۹۷۸ به نقل از کرین، ۱۳۹۰). فرهنگ قادر است تا بر روی تحول از طریق فرایندهای متعدد نظیر تسهیل یا سرکوب رفتارهای خاص اثر گذارد (ویز، وایس، سوانلرت، و چایاسیت^۱، ۲۰۰۶). درعین‌حال، هنجارها و ارزش‌های فرهنگی، یک چارچوب ارجاعی برای ارزیابی‌های اجتماعی رفتار فراهم می‌آورند و از این‌رو به رفتارها معنا می‌بخشند. در نتیجه، سازگار و ناسازگار بودن یک رفتار و میزان این سازگاری و ناسازگاری تا حد زیادی وابسته به بستر فرهنگی است (چن، فو، و لنگ^۲، ۲۰۱۴).

تأثیر متقابل و پویای فرایندهای خطرزا و محافظ تحول در ایجاد رفتار سازگار یا آسیب‌شناسی روانی بسته به هنجارها، اعمال، ارزش‌ها و باورهای فرهنگی اثرات متفاوتی دارند. فرهنگ‌ها ممکن است بر روی پیوستاری از اجتماع محوری^۳ (با تأکید بر روی جمع، خانواده و ارتباط متقابل) تا فرد محوری (با تأکید بر روی فرد، خودمختاری و دستاوردهای فردی) صورت‌بندی شوند. به همین ترتیب، خویشتن ایده‌آل نیز با توجه به میزانی که خویشتن در رابطه با دیگران یا بر اساس خودمختاری تعریف می‌شود متغیر است. از این‌رو، گروه‌های فرهنگی در تعیین اهداف اجتماعی شدن که منجر به پیامدهای مطلوب برای اعضای یک فرهنگ با عملکرد مطلوب می‌شوند متفاوت خواهند بود. هنجارها برای رفتار مناسب و نامناسب آستانه‌های

¹ Weisz, Weiss, Suwanlert, & Chaiyasit

² Chen, Fu, & Leng

³ Sociocentric

متفاوت خواهند داشت و راهبردهای در نظر گرفتن رفتارها به شکل مطلوب یا غیر قابل پذیرش متفاوت خواهند بود. انتظارات جنسیتی نیز متغیر خواهند بود (شیگتی و روگاش، ۲۰۰۲).

برای مثال، مطالعات همه‌گیرشناسی در روان‌پزشکی نشان داده است که نوجوانان پورتوریکویی^۱ در مقایسه با نوجوانان آمریکایی میزان پایین‌تر اختلال سلوک و سوء‌مصرف مواد را نشان می‌دهند. پژوهشگران این تفاوت را به نظارت بیشتر نوجوانان در فرهنگ پورتوریکویی نسبت می‌دهند که همخوان با تأکید این فرهنگ بر جمع محوری، جهت‌گیری مستبدانه در فرزندپروری و دفاع از احترام به بزرگسالان و نهادهای اجتماعی است. در عین حال، پژوهشگران می‌پندارند که میزان بیشتر بارداری در جوانان پورتوریکویی نیز می‌تواند نشان دهنده این باشد که چون دختران این فرهنگ مسئولیت‌های شبه بزرگسالی را در سن پایین‌تری برای خود متصور می‌شوند، درگیر شدن آن‌ها در رفتارهای مربوط به اختلال سلوک و سوء‌مصرف مواد کاهش می‌یابد (کوین چپمن، دلاپ، و ویلیامز^۲، ۲۰۱۴).

از این رو، فرایندهای خطرزا و محافظ و شیوه‌ای که آن‌ها با هم تعامل می‌کنند بسیار وابسته به اولویت‌های فرهنگی است. متعاقباً، پاسخ فرد به یک رویداد و نیز واکنش سایر اعضای یک فرهنگ در برجسته‌سازی آن رویداد و نحوه‌ای که بدان پاسخ داده می‌شود تأثیرگذار هستند. در عین حال، فرهنگ بر روی سبک ابراز علائم نیز تأثیر می‌گذارد. ارزش‌ها، باورها و مناسک فرهنگی ممکن است گرایش به سرکوب علائم پریشانی در یک حوزه (مثلاً اجتماعی-هیجانی^۳) داشته باشند در حالی که ابراز علائم در حوزه دیگری را هموار سازند (مثلاً، جسمانی). از این رو فرهنگ باید در نحوه‌ای که آسیب‌شناسی روانی از دیدگاه تحولی مفهوم بندی می‌شود و نیز در نحوه‌ای که

¹ Puerto Rican

² Kevin Chapman, Delapp, & Williams

³ Socioemotional

فرایندهای علی بر جریان تحول مؤثر واقع شده و شیوه‌ای که سازگاری و آسیب‌شناسی روانی را تعریف می‌کنند دخالت داده شود (شیگتی و روگاش، ۲۰۰۲).

هنجارها و ارزش‌های فرهنگی تا حد زیادی معانی عملکردی^۱ رفتار کودکان و نوجوانان را ضمن تحول تعیین می‌کنند. متعاقباً، بروز رفتارهای خاص و رابطه آن‌ها با پیامدهای سازگاران در میان فرهنگ‌ها بسیار متغیر است. درعین‌حال، ارزیابی اجتماعی و فرایندهای واکنشی در تعاملات نقش بسیار مهمی در واسطه‌گری تأثیرات فرهنگی بر روی رفتارهای سازگار و ناسازگار و الگوهای تحولی آن‌ها دارند. از جدیدترین مطالعات در این زمینه می‌توان به چشم‌انداز بافتاری-تحولی^۲ اشاره کرد که توسط چن و همکاران وی (چن^۳، ۲۰۱۲) بر روی رابطه میان ارزش‌های فرهنگی و عملکرد اجتماعی-هیجانی کودکان و نقش تعاملات اجتماعی در واسطه‌گری روابط ارائه شده است. این چشم‌انداز بر روی ابتکار عمل اجتماعی^۴ و خود-کنترلی^۵ به‌عنوان دو بُعد اساسی عملکرد اجتماعی-هیجانی تمرکز دارد. ابتکار عمل اجتماعی به‌گرایش برای شروع و نگهداشت خودجوش مشارکت اجتماعی خصوصاً در تنظیمات استرس‌زا اشاره دارد. تجلی اصلی ابتکار عمل اجتماعی پایین در رفتارهای درونی‌سازی^۶ نظیر بازداری، خجالت و کناره‌گیری از موقعیت‌های اجتماعی به همراه هیجان‌ات اضطرابی و دلهره‌آمیز قابل مشاهده است. خود-کنترلی توانایی تنظیم شدن برای تعدیل واکنش‌های رفتاری و هیجانی را به قصد حفظ رفتار مناسب در طول تعاملات بازنمایی می‌کند. بُعدی از کنترل که عمدتاً توسط بروز رفتارهای همکاری‌کننده-انطباقی^۷ و تهاجمی-مبارزه‌ای^۸ مشخص می‌شود، متوجه تناسب یافتن با دیگران^۹ است و از این‌رو برای

¹ Functional “meanings”

² Contextual-Developmental Perspective

³ Chen

⁴ Social initiative

⁵ Self-control

⁶ Internalizing

⁷ Cooperative-compliant

⁸ Aggressive-defiant

⁹ Fit in with others

دستیابی به هماهنگی‌های بین فردی و گروهی اهمیت دارد. جوامع متفاوت ممکن است بر روی ابتکار یا کنترل رفتار مبتنی بر هنجار در کودکان به میزان‌های متفاوتی تأکید کنند. در فرهنگ‌های فرد محور غربی که اکتساب مهارت‌های خود-ابرازی و جرأت‌مندی از اهداف مهم اجتماعی شدن هستند، سطح پایین ابتکار عمل اجتماعی به‌عنوان عدم کفایت در نظر گرفته می‌شود. در فرهنگ‌های گروهی و جمع محور، ابتکار عمل اجتماعی ارزشمندی کمتری دارد چراکه ممکن است سودمندی صریح برای بهزیستی گروه نداشته باشد. برای حفظ هماهنگی بین فردی و گروهی افراد باید امیال شخصی خود را محدود کرده و متوجه نیازها و علاقه‌مندی‌های دیگران باشند. کمبود کنترل که غالباً در رفتارهای برون‌سازی^۱ نظیر پرخاشگری و تهاجم بروز می‌یابد در این فرهنگ‌ها غیر قابل پذیرش تلقی می‌شوند. بر طبق چشم‌انداز بافتاری-تحولی، ارزیابی اجتماعی و فرایندهای واکنشی در تعامل نقشی حیاتی در بنا کردن و راه اندازی پیوند میان فرهنگ و تحول سازگار و ناسازگار دارند. خصوصاً، در حین تعاملات، بزرگسالان و همسالان رفتارهای کودک را به شیوه‌ای ارزیابی می‌کنند که مطابق با باورهای فرهنگی و ارزش‌های اجتماع یا گروه است. علاوه بر آن، بزرگسالان و همسالان در فرهنگ‌های متفاوت ممکن است واکنش‌های متفاوت داشته و نگرش‌های متفاوتی (مثلاً پذیرش یا طرد) را نسبت به کودکانی که این رفتارها را بروز می‌دهند ابراز کنند. برای به دست آوردن پذیرش، کودکان باید انتظارات اجتماعی را درک کنند و رفتار خود را مطابق با انتظارات تعدیل کنند. بنابراین، ارزیابی و فرایندهای واکنشی در تعاملات اجتماعی تنظیم کننده رفتارهای کودکان و در نهایت الگوهای تحولی هستند. میزانی که کودکان رفتارهای خویش را هماهنگ با ارزیابی‌های اجتماعی مبتنی بر فرهنگ تعدیل می‌کنند با پیامدهای سازگارانه رابطه دارد. کودکانی که به انتظارات اجتماعی حساس هستند و رفتارهای خود را مطابق با آن تنظیم می‌کنند ممکن است تأیید یا حمایتی را به دست آورند که تحول سازگارانه آن‌ها را ارتقا

¹ Externalizing

بخشد. با این حال، کودکانی که در انجام این کار شکست می‌خورند ممکن است برخورد های نامطلوبی را تجربه کنند که منجر به پریشانی، ناکامی، خشم و سایر هیجانات منفی در آنها شود. این واکنش‌های هیجانی منفی به نوبه خود ممکن است منجر به مشکلات درونی سازی نظیر احساس منفی نسبت به خویشتن یا برونی‌سازی نظیر رفتارهای پرخاشگرانه و ضداجتماعی شوند (چن^۱، ۲۰۱۲).

لکن باید توجه داشت که پژوهش‌های فرهنگ و آسیب‌شناسی روانی تحولی قویاً بر روی مقایسه‌های مستقیم و غیرمستقیم کودکان و نوجوانان در فرهنگ‌های مختلف تکیه داشته است. اگرچه شباهت‌ها و تفاوت‌های بین فرهنگ‌ها حاصل از این مقایسه‌ها جالب توجه هستند، اما این رویکرد اطلاعات اندکی در مورد نحوه‌ای که فرهنگ در تحول فرد تاثیر می‌گذارد فراهم می‌آورد. مثلاً چشم‌انداز بافتاری-تحولی گرچه نقش تعامل اجتماعی را در واسطه‌گری تأثیر فرهنگ بر روی تحول سازگار و ناسازگار نشان می‌دهد، اما مسائل چندی در این چارچوب نیاز به روشن‌سازی دارند. برای مثال، بررسی نحوه‌ای که تعامل والد-کودک و تعامل همسالان بر روی هم تأثیر داشته و در ایجاد عملکرد آسیب‌شناختی روانی به‌طور مشترک سهیم می‌شوند اهمیت دارد. به‌علاوه، مطابق با چشم‌انداز بافتاری-تحولی، تأثیر فرهنگ بر روی رفتار فرد یک فرایند پویاست که در آن کودکان نقش فعالی را در طول تحول بازی می‌کنند. اما هنوز نحوه‌ای که کودکان در فرهنگ‌های متفاوت فعالانه در ساختن الگوهای تحولی خود مشارکت می‌کنند تقریباً ناشناخته است. کاوش مداوم تعامل اجتماعی کودکان در جوامع مختلف برای دستیابی به درک عمیق از فرهنگ و آسیب‌شناسی روانی تحولی ضرورت دارد. از سوی دیگر جهانی‌شدن و توسعه فناوری منجر به دادوستد گسترده بین فرهنگی، ادغام نظام‌های فرهنگی و نیز جنبش‌های عظیم جمعیت‌ها در مواجهه با باورها و سبک‌های زندگی متفاوت در کودکان و بزرگسالان شده است. ویژگی خاص تغییر اجتماعی اخیر وسعت یافتن تبادلات و تعاملات فرهنگی است که بستری از

¹ Chen

ارزش‌های گوناگون برای تحول آدمی را فراهم آورده است. سازگار شدن با محیط همواره در حال تغییر به همراه نیازمندی‌های درهم‌آمیخته اجتماعی و فرهنگی چالش‌برانگیز و استرس‌آمیز می‌باشد. در همین زمان، تغییرات اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی برای افراد جوان موقعیت‌هایی را برای توسعه مهارت‌های پیچیده فراهم می‌آورد که به عملکرد بهتر آن‌ها در شرایط متفاوت کمک می‌کند. بررسی تجارب جوانان از تغییرات اجتماعی و فرهنگی و عوامل فردی و اجتماعی که اثرات تغییرات را بر روی تحول تعدیل می‌کند نیز ضروری می‌نماید.

مطالعه نقش فرهنگ در اختلالات خاص

درحالی‌که فرایندهای اجتماعی و فرهنگی مشابه ممکن است به خطر ایجاد بسیاری از اشکال مختلف آسیب‌شناسی روانی از طریق فرایندهای اساسی استرس، مقابله و سازگاری کمک کنند، بدنه در حال رشد مطالعات، مکانیسم‌هایی که در انواع خاص نشانگان و بدکارکردی‌های خاص دخیلند را بررسی می‌کنند.

اختلالات خلقی

اگرچه افسردگی عمده و اختلال دوقطبی می‌توانند با نشانگان اصلی مشابهی در طول بافت‌های فرهنگی مشخص شوند (کندلر و همکاران^۱، ۲۰۱۵) تفاوت‌های مهمی در نوع تظاهر و پاسخ که ممکن است مقابله، جستجوی کمک و پاسخ به درمان باشد، وجود دارد (کو^۲، ۲۰۱۱). حتی نشانگان اصلی مانند فقدان لذت و خلق افسرده ممکن است توسط هنجارهای فرهنگی در مورد لذت و غم شکل بگیرد (چنتسوا-دوتن و همکاران^۳، ۲۰۱۵). برای مثال، تأکید آمریکای شمالی بر جستجوی خوشبختی ممکن است عملاً آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی را ایجاد کند. ارزش زیاد گذاشتن روی خوشحالی با نشانگان افسرده‌کننده بیشتر در گروه افسرده بهبود یافته و با خطر اختلال دوقطبی ارتباط دارد؛ همچنین با احتمال بیشتر تشخیص اختلال دوقطبی قبلی و

¹ Kendler et al

² Kuo

³ Chentsova-Dutton

پیش‌آگهی بدتر، در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی رابطه دارد (فورد و همکاران^۱، ۲۰۱۵). انگیزش برای جستجوی خوشحالی با بهزیستی بالاتر در شرق آسیا و روسیه اما با بهزیستی کمتر در ایالات متحده که تأثیر فرهنگی خاصی را بیان می‌کند رابطه دارد (فورد، ماس و گرابر^۲، ۲۰۱۵).

اختلالات اضطرابی

گزارش شده است که شیوع اختلالات اضطرابی تا سه برابر در سراسر مناطق مختلف جهان متفاوت است و به نظر می‌رسد در شرق آسیا پایین‌تر و در آمریکای لاتین بالاتر است (باکستر و همکاران^۳، ۲۰۱۴). واضح نیست با چه میزان گستردگی، این آمار محدودیت و کمبودهای مقیاس‌های بین فرهنگی موجود یا تفاوت‌های واقعی در شیوع را منعکس می‌کنند. فرهنگ، شکل و تظاهر نشانه‌های اختلالات اضطرابی از جمله اختلال وسواس فکری اجباری، اختلال استرس پس از سانحه و اختلال اضطراب اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (هافمن و هیئتون^۴، ۲۰۱۴؛ کلارک و اینوزو^۵، ۲۰۱۴). تعدادی از مطالعات اخیر، سطوح بالاتری از شرم و اضطراب اجتماعی خودگزارشی را در نمونه‌های شرق آسیا نشان داده‌اند. با این وجود یافته‌های قبلی سطوح کمتری از اختلال اضطراب اجتماعی در این جوامع را تشخیص داده‌اند (وودی و همکاران^۶، ۲۰۱۵). این تفاوت‌های مشاهده شده ممکن است به دلیل آستانه بالاتر شدت شرم اولیه که خیلی مشکل‌زا و متفاوت درک یا تجربه شده است، یا نوع تظاهر آن باشد.

¹ Ford et al

² Ford , Mauss & Gruber

³ Baxter et al

⁴ Hofmann & Hinton

⁵ Clark & Inozu

⁶ Woody et al

ملاک‌های اختلال اضطراب اجتماعی (SAD^1) در DSM^2-5 به‌منظور دربرگرفتن تظاهرات علائمی که اساساً در ژاپن به‌عنوان بخشی از تایجین کیوفوشو^۳ توصیف می‌شود - عبارت است از نگرانی دائمی درباره رنجاندن دیگران - بسط داده شده است (زو و همکاران^۴، ۲۰۱۴). گرایش به اضطراب اجتماعی در ژاپنی‌ها درباره نگرانی در مورد ایجاد پریشانی و رنجش برای دیگران مرتبط با درک پویایی‌های ارتباطی است، زیرا بهای سنگین تر طرد گروهی زمانی که احتمال پیدا کردن روابط دیگر پایین است بالاست (ساتو، یوکی و نوراساکونکیت^۵، ۲۰۱۴). نگرانی درباره ایجاد پریشانی یا رنجش برای دیگران اخیراً در بیماران سرپایی چینی که از نظر اجتماعی مضطرب بودند در سطح بالاتری در مقایسه با بیماران سرپایی اروپایی - کانادایی مضطرب از نظر اجتماعی تشخیص داده شده است (زو و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین پژوهشی اخیراً روی هیکوکوموری^۶ در ژاپن، وضعیتی که شامل دوره‌های طولانی منزوی کردن خود می‌باشد انجام شده است و نشان داده است زمانی که فرد فکر می‌کند دیگری را رنجانده است خود را منزوی می‌کند (اوکیدا و نوراساکونکیت^۷، ۲۰۱۵).

جسمانی سازی و روانی سازی

ادعای دیرینه‌ای در ادبیات پژوهشی در این باره که غیر غربی‌ها مستعد جسمانی کردن پریشانی‌های روان‌شناختی هستند وجود دارد، بدین معنا که مشکلات سلامت روان را توسط علائم بدنی نشان می‌دهند. این ادعا تعمیم بیش‌ازحد از منظر هویت فرهنگی (غربی‌ها در مقابل غیر غربی‌ها، آسیایی‌ها یا آفریقایی‌ها)، مفاهیم جسمانی سازی (جمع کردن اشکال مختلف پریشانی جسمی) و مقایسه‌های غیرنظامدار نمونه‌هایی از محیط‌های بسیار متفاوت (کلینیک سلامت روان در مقابل مراقبت اولیه یا

¹ Social Anxiety Disorder

² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

³ Taijin Kyofusho

⁴ Zhu et al

⁵ Sato, Yuki & Norasakkunkit

⁶ hikikomori

⁷ Uchida & Norasakkunkit

جامعه) را منعکس می‌کند. مطالعات با نمونه‌های قابل مقایسه‌تر و روش‌شناسی‌های اصلاح شده نشان داده است که تظاهرات بدنی پریشانی و پریشانی جسمی و هیجانی به‌طورکلی با هم ارتباط دارند. برای مثال، زمینه‌یابی شیوع‌شناسی اخیراً در هنگ‌کنگ نشان داده است که نشانگان بدنی و افسرده کننده هر دو به طور مثبتی با هم ارتباط دارند (لی و همکاران^۱، ۲۰۱۵). اینکه افراد از بافت‌های فرهنگی مختلف در تظاهر جنبه‌های بدنی پریشانی خود متفاوت می‌باشند ممکن است در نتیجه‌ی تفسیر و پاسخ حالات علائم از نظر فرهنگی باشد که برچسب و در دسترس بودن منابعی برای کمک را منعکس کند. گرایش چینی‌ها به جسمانی کردن تظاهرات بالینی به نظر می‌رسد محدود به افسردگی باشد؛ همچنین عملاً ممکن است به احتمال بیشتری اختلالات اضطرابی با جسمانی کردن علائم در شمال آمریکا نسبت به چین بروز کنند (دیر و همکاران^۲، ۲۰۱۳). چنین تفاوت‌هایی ممکن است به تفاوت‌های فرهنگی در آگاهی از حس‌های بدنی مربوط باشد (ما-کلیمز^۳، ۲۰۱۴). چنین تفاوت‌های فرهنگی در تفسیر ممکن است با فعالیت در نواحی مختلف انسولای قدامی^۴ همبستگی داشته باشد که این موضوع نیز نقش زیربنای زیستی را نشان می‌دهد (ایموردینو یانگ، یانگ و داماسیو^۵، ۲۰۱۴).

اختلالات روان‌گسستگی (سایکوتیک)

اختلالات سایکوتیک به‌عنوان اختلالاتی با تعیین‌کننده‌های زیستی در نظر گرفته می‌شوند. شواهد زیادی برای شکل دادن فرهنگی علائمی همچون توهم و هذیان و نیز شروع و سیر این نوع اختلالات وجود دارد (مکلین و همکاران^۶، ۲۰۱۴؛ گولد و گولد^۷، ۲۰۱۴). بررسی علائم سایکوتیک در عدم حضور اختلال بالینی ممکن است

¹ Lee et al

² Dere et al

³ Ma-Kellems

⁴ anterior insula

⁵ Immordino-Yang , Yang & Damasio

⁶ McLean et al

⁷ Gold & Gold

نقش فرایندهای اجتماعی در پیشرفت به سمت ازمان و ناتوانی یا بهبودی را آشکار سازد (وودز و همکاران^۱، ۲۰۱۴؛ لارمن و همکاران^۲، ۲۰۱۵). فراتحلیل‌ها مؤید یافته‌هایی است که افزایش دو برابری در بروز سایکوز در مهاجران و گروه‌های اقلیت قومی خاصی را گزارش می‌کنند (بورکو، واندرون و مالا^۳، ۲۰۱۱). این تأثیر مابین اکثر اکثر گروه‌های مطالعه شده یافت شده اما به طور خاصی بین آفریقایی‌های سیاه پوست و کارائیب‌های سیاه پوست مهاجرت کرده به انگلستان در بین نسل دوم آن‌ها بالاتر است. به نظر نمی‌رسد این تأثیر به دلیل مهاجرت اختیاری یا هر نوع آسیب‌پذیری زیستی باشد اما در نتیجه نامطلوب بودن وضعیت اجتماعی پس از مهاجرت می‌تواند باشد که بافت‌های اجتماعی-بوم شناختی از جمله تراکم قومی محله و سطح تبعیض را منعکس می‌کند. آسیب‌پذیری مرتبط با مهاجرت می‌تواند در سطوح افزایش یافته تجارب سایکوتیک بین کودکان دیده شود (آدریانز و همکاران^۴، ۲۰۱۵). بیشتر تجارب تجارب سایکوتیک در کودکی گذرا و بهنجار هستند اما تکرار آن‌ها با خطر اختلال سایکوتیک پایدار در نوجوانی یا بزرگسالی همبستگی دارد. داده‌های میزان اختلال سایکوتیک در اقلیت‌های قومی انگلستان در سال ۲۰۰۰ نشان داد که افرادی که در مناطقی با تراکم قومیتی اندک در گروه خود زندگی می‌کنند به احتمال بیشتری تجارب سایکوتیک دارند (داس منشی و همکاران^۵، ۲۰۱۲). قدرت تأثیر گذاری برای گروه‌های گروه‌های قومیتی مختلف، متفاوت بود و بیشترین آن در گروه مهاجرت کرده هندی مشاهده می‌شد. این تفاوت در گروه‌های قومیتی همچنین در مورد افسردگی در نمونه‌ای از مونترآل^۶ کانادا نیز مشاهده شده است (جارکیک و همکاران^۷، ۲۰۱۳).

¹ Woods et al

² Luhrmann et al

³ Bourque, van der Ven & Malla

⁴ Adriaanse et al

⁵ Das-Munshi et al

⁶ Montreal

⁷ Jurcik et al

تلفیق فرهنگ در DSM-5

گذار از DSM-IV به DSM-5 به منظور تغییر ملاک‌های تشخیصی، تلاش زیادی برای به حساب آوردن تفاوت‌های فرهنگی بالقوه داشته است (لوئیس-فرناندز و همکاران^۱، ۲۰۱۴). همچنین DSM-5 استفاده بیش از حد از سندرم‌های وابسته به فرهنگ را با معرفی سه نوع مختلف از مفاهیم فرهنگی پریشانی جایگزین کرده است که ممکن است به طبقه‌های تشخیصی گروهی مرتبط باشند: سندرم‌های فرهنگی (مجموعه‌ای از نشانگان که به فرهنگ‌های محلی مربوط هستند اما خاص یا محدود به فرهنگ نمی‌باشند)، توضیحات علی یا اسنادها (برای مثال "بیماری هراس" یا "سوستو"^۲) و اصطلاحات فرهنگی پریشانی (روش‌های روزمره‌ی صحبت درباره پریشانی، برای مثال اعصاب). این تمایزات، ابزار مفهومی مفیدی به منظور در نظر گرفتن تفاوت‌های فرهنگی در تظاهر بیماری در اختیار بالینگران و پژوهشگران قرار می‌دهد (کیرمایر و بن^۳، ۲۰۱۳؛ کورت و همکاران^۴، ۲۰۱۴). علاوه بر این DSM-5 ابزار بالینی جدیدی بنام مصاحبه‌ی صورت‌بندی فرهنگی (CFI^۵) ارائه کرده است که هدف آن اصلاح ارزیابی تشخیصی از طریق کمک به متخصصان برای جمع‌آوری اطلاعاتی درباره ابعاد اجتماعی و فرهنگی تجارب بیماری می‌باشد (لوئیس-فرناندز و همکاران، ۲۰۱۴). مطالعات درباره تأثیر صورت‌بندی فرهنگی در تشخیص و درمان نشان داده است که CFI منجر به تغییر در تشخیص سایکوز، افزایش تشخیص اختلالات سازگاری و دیگر مشکلات در سازگاری و نیز افزایش همکاری و توافق نظر تیم‌های چند رشته‌ای

¹ Lewis-Ferna´ndez et al

² susto

³ Kirmayer & Ban

⁴ Kohrt et al

⁵ Cultural Formulation Interview

می‌شود (کیرمایر، گزدر و راسو^۱، ۲۰۱۴؛ بارنیلیم، ویستد و روسو^۲، ۲۰۱۵؛ آدپنل، گرولی و کیرمایر^۳، ۲۰۱۵).

نقش خانواده در تبیین تحولی آسیب‌شناسی روانی

شواهد در دسترس نشان می‌دهد که شیوع آسیب روانی بین کودکان در خانواده بالاتر از داده‌های معمول و مورد انتظار می‌باشد (رقوان، روئج و لسلی^۴، ۲۰۰۸). خانواده عامل اجتماعی کردن مهم برای کودک است و در همه جنبه‌های تحول انسان مهم می‌باشد. فرد از خانواده حمایت هیجانی، مالی و روانی دریافت می‌کند و قادر به مقابله با مشکلاتش با کمک اعضای خانواده می‌باشد. مشاهدات علمی روی اختلالات روانی و بیماران روانی نشان داده است که خانواده به طور معناداری در تحول اختلالات روانی نقش دارد. اهمیت نقش خانواده به عنوان عاملی سببی در تحول اختلالات روانی به ویژه در طول دهه پیش برجسته‌تر شده است. از طریق کار بالینی و پژوهشی روی خانواده‌ها، نظریات ساختار و پویایی‌های خانواده از دهه ۱۹۴۰ شروع به کار کرده‌اند. اختلالات روانی به عنوان نتیجه‌ای از آسیب‌شناسی خانواده یا ارتباط نادرست یا روابط بین فردی تحول می‌یابند. اگرچه فرد تحت تأثیر قرار می‌گیرد اما کل خانواده به دلیل مشکلات درونی یا درون روانی بیمار است (کیتز و میلر^۵، ۱۹۹۹). نقش خانواده در اختلال روانی / آسیب روانی در سه طبقه گسترده طبقه‌بندی شده است: ۱. نقش علیتی خانواده؛ ۲. نقش نگهداری خانواده؛ ۳. نقش درمانی خانواده (کومار و تیواری^۶، ۲۰۰۸).

نقش علیتی خانواده

¹ Kirmayer, Guzder & Rousseau
² Baarnhielm, Wistedt & Rosso
³ Adeponle, Groleau & Kirmayer
⁴ Raghavan, Roesch & Leslie
⁵ Keiter & Miller
⁶ Kumar & Tiwari

اختلالات روانی در خلأ رخ نمی دهند، در خانواده و با پویایی های خانوادگی که نقش علیتی را بازی می کنند، تحول می یابند (کایران^۱، ۲۰۰۱). در زمینه های زیر خانواده نقش علیتی در آسیب شناسی روانی دارد.

رابطه والد- کودک غلط

چندین نوع الگوی خاص والد-کودک به طور منظم در کودکانی که آشفتگی های هیجانی نشان می دهند دیده شده است. برخی از این الگوها عبارتند از:

الف) طرد^۲. طرد از طریق نادیده گرفتن جسمی، انکار دوست داشتن و عاطفه، فقدان علاقه به فعالیت ها و پیشرفت های کودک، وقت نگذاشتن برای کودک و عدم احترام به حق و احساسات کودک به عنوان یک فرد ظاهر می شود. در موارد کمی، نیز طرد شامل رفتار سوءاستفاده کننده و ظالمانه می باشد. نشان داده شده است که رفتار طرد کننده والدین، منجر به اعتماد به نفس پایین، احساس ناایمنی و بی کفایتی، وجدان و تحول هوش کلی عقب مانده، پرخاشگری افزایش یافته، بی علاقه گی و ناتوانی در گرفتن و دریافت محبت می شود. مادران سرد و طرد کننده به طور مداومی شب ادرازی، پرخاشگری، تحول وجدان کند را در کودکان خود گزارش می کنند (ماکوبی و لوین^۳، ۱۹۵۷). طرد والدینی با هوش کاهش یافته طی سال های اولیه مدرسه، تنبیه و تأثیر بازدارنده و سرکوب کننده کلی در تحول و عملکرد هوشی کودک مرتبط می باشد (هارلی^۴، ۱۹۶۵). طرد والدینی عاملی کلیدی بین کودکان دچار ترس بیش از حد می باشد (پوزنانسکی^۵، ۱۹۷۳).

ب) بیش حمایتی و محدودکنندگی^۶. حمایت بیش از حد مادرانه یا "MOMISM" در توقف رشد کودک مؤثر است. مادر بیش حمایتگر، به طور پیوسته مراقب کودک

¹ Kiran

² Rejection

³ Maccoby & Levin

⁴ Hurley

⁵ Poznansky

⁶ Overprotection and Restrictiveness

است، از آن‌ها در مقابل کمترین خطر حمایت می‌کنند، بیش‌ازحد معمول به کودکان خود لباس می‌پوشند و به پزشک مراجعه می‌کنند و برای آن‌ها تصمیم می‌گیرند و کمترین فرصت‌ها را برای آن‌ها باقی نمی‌گذارند. چنین واکنش‌های مادرانه‌ای به نظر می‌رسد یک نوع جبران برای کسب رضایت از طریق تماسشان با کودک را بیان می‌کند. چنین کودکانی از فرصت‌های مورد نیاز برای سنجش واقعیت و تحول کفایت‌های لازم دور نگه داشته می‌شوند. آن‌ها بیش‌ازحد مضطرب می‌شوند یا ترس‌های زیادی دارند. اجرای نقش‌ها و معیارهای خشک به کودک قدرت یا آزادی کمی برای رشد به طریق خودش را می‌دهد. این موضوع ممکن است منجر به رفتار کنترل شده و اجتماعی شود اما همچنین منجر به پرورش ترس، وابستگی، تبعیت، خشم سرکوب شده و برخی توانایی‌های هوشی عقب‌افتاده می‌شود. نوجوانان بیش‌ازحد مضطرب، گزارش می‌کنند که مادران بیش‌ازحد حمایتگری داشته‌اند (جنکینس و همکاران^۱، ۱۹۶۸).

ج) مسامحه گری و آسان‌گیری بیش‌ازحد^۲. گاهی یکی یا هر دو والد کوچک‌ترین درخواست کودک را پاسخ می‌دهند و با انجام این کار در آموزش و پاداش به استانداردهای رفتاری مطلوب موفق نمی‌شوند. کودکانی که والدین مسامحه گر دارند، از نظر شخصیتی، خودخواه، لوس، بی‌ملاحظه و سمج هستند. مسامحه گری بیش‌ازحد و مجازات کم به طور مثبتی با رفتار ضداجتماعی و پرخاشگرانه رابطه دارد. این کودکان به آسانی وارد روابط می‌شوند اما از افراد به منظور رسیدن به اهداف شخصی خود استفاده می‌کنند. چنین کودکانی اغلب سرکش هستند (کومار و تیواری، ۲۰۰۸).

د) درخواست‌های غیر واقع‌بینانه^۳. برخی از والدین فشار بیش‌ازحدی بر کودکان خود برای زندگی با استانداردهای به طور غیر واقع‌بینانه بالا می‌آوردند. تحت

¹ Jenkins et al

² Over Permissiveness and Over Indulgence

³ Unrealistic Demands

چنین فشار مداومی، فرصت کمی برای زندگی مطابق میل خود یا تحول به عنوان یک فرد مستقل باقی می‌ماند. مهم نیست کودک چقدر تلاش می‌کند، به نظر می‌رسد از نظر والدین و در نهایت از نگاه خود، شکست خورده است. این موضوع منجر به درد، ناکامی و بی‌ارزش شمردن خود می‌شود. اغلب والدین استعدادها و خلیقات فرزند خود را در نظر نمی‌گیرند. در برخی موارد، درخواست‌های والدین به طور غیر واقع‌بینانه‌ای پایین هستند و والدین اهمیتی به آنچه کودک زمانی که مشکل دارد، انجام می‌دهد نمی‌دهند. کودکان چنین والدینی به طور معنی‌داری در پیشرفت و اعتماد به نفس پایین هستند (لبلیچ^۱، ۱۹۷۱). بنابراین واضح است که درخواست‌های غیر واقع‌بینانه، خیلی بالا، خیلی پایین یا مخرب و خشک می‌توانند علت مهم تحول و سازگاری غلط باشند (کومار و تیواری، ۲۰۰۸).

ه) انضباط (تربیت) غلط^۲. والدین برخی اوقات درباره نوع تربیت درست ناآگاه هستند. تربیت متناقض، ایجاد ارزش‌های باثبات برای هدایت رفتار کودک را برای وی مشکل می‌سازد. آن‌ها اغلب نسبت به تنبیه و خاموشی رفتار پرخاشگرانه خود مقاوم می‌شوند. همبستگی بالایی بین تربیت متناقض و رفتار بزهکارانه و جنایت بعدی وجود دارد. در حال حاضر، تربیت فراهم کردن ساختار و راهنمایی مورد نیاز برای ارتقا رشد سالم در بخش کودک مدنظر قرار می‌گیرد (کومار و تیواری، ۲۰۰۸).

و) مدل‌های والدگری نامطلوب^۳. از آنجایی که کودکان تمایل دارند رفتار والدینشان را مشاهده و تقلید کنند، واضح است که رفتار والدگری تأثیری مفید یا مضر روی روشی که نوجوان یاد می‌گیرد درک کند، فکر کند، احساس یا رفتار کند دارد. اگر والدین واقعیت و تفکرات ارزشی غلطی داشته باشند، به مدل‌های نامطلوب تبدیل می‌شوند. والدی که از نظر هیجانی آشفته است یا اعتیاد به مواد یا هر نوع ناسازگاری دارد، ممکن است به عنوان مدلی نامطلوب در نظر گرفته شود. رفتار روان رنجور در

¹ Leiblich

² Faulty Discipline

³ Undesirable Parental Models

مادر منجر به اضطراب روان رنجور کودک می‌شود. مدل والدگری نامطلوب، دلیل مهمی است برای اینکه چرا اختلال روانی، جرم، جنایت و دیگر شکل‌های رفتار ناسازگارانه در خانواده‌ها جریان دارد (کومار و تیواری، ۲۰۰۸).

ساختار خانوادگی ناسازگارانه^۱

پژوهش روی خانواده‌ها نشان داده است که محیط خانوادگی و همچنین روابط کودک منجر به رفتار ناسازگارانه در پرورش کودک با یکی یا هر دو والد می‌شود. هیچ مدلی از خانواده ایده‌آل وجود ندارد. با این وجود، انواعی از خانواده‌هایی که به طور واضحی تأثیر تعیین‌کننده‌ای روی تحول کودک دارند عبارتند از:

الف) خانواده بی‌کفایت^۲. این نوع خانواده با ناتوانی در مقابله با مشکلات عادی زندگی روزمره مشخص می‌شود. این خانواده فاقد منابع فیزیکی و روان‌شناختی برای برآوردن نیازها و خواسته‌ها می‌باشند. بی‌کفایتی چنین خانواده‌هایی نمی‌تواند به کودکان احساس امنیت و اعتماد بدهد یا به اندازه کافی آن‌ها را در تحول شایستگی‌های لازم راهنمایی کند (کومار و تیواری، ۲۰۰۸).

ب) خانواده یا خانه آشفته^۳. خانواده آشفته دارای ویژگی‌های خاصی از جمله: وجود والدینی که برای حفظ آرامش شخصی خود تلاش می‌کنند و در دادن محبت و راهنمایی مورد نیاز به کودک خود ناتوانند، قرار گرفتن کودک در معرض مدل‌های والدگری هیجانی و غلط، و اغلب به طور غیر قابل اجتنابی، دخالت دادن کودک در تعارض‌های هیجانی والدین می‌باشد. خانه‌های آشفته با بروز بالای آشفتگی‌های روان‌شناختی بین کودکان ارتباط دارند (کومار و تیواری، ۲۰۰۸).

ج) خانواده ضداجتماعی^۴. اینجا خانواده از ارزش‌هایی حمایت می‌کند که مورد پذیرش جامعه وسیع‌تر نیست. والدین آشکارا یا مخفیانه به رفتاری می‌پردازند که

¹ Maladaptive Family Structure

² The Inadequate Family

³ The Disturbed Family or Home

⁴ The Antisocial Family

استانداردها و مصالح جامعه را به طور وسیعی نقض می کنند. آن‌ها مدل‌های نامطلوبی برای کودک فراهم می کنند. کودکان در چنین خانواده‌هایی تشویق به عدم صداقت، تقلب و دیگر الگوهای رفتاری نامطلوب می شوند و رفتار و نگرش‌های والدین خود را تقلید می کنند. تعاملات اجتماعی آن‌ها سطحی و دستکاری کننده است. مشخص شده است که سلامت روانی ضعیف در منطقه شهری شلوغ با خطر روانی بالاتر برای کودکانی که ویژگی والدین خود را ناپسند می دانند، ارتباط دارد (میکایل^۱، ۱۹۶۳).

د) خانواده مختل^۲. خانواده‌های مختل چه به دلیل مرگ، طلاق، جدایی یا برخی شرایط دیگر ناقص هستند. تعدادی از مطالعات، تأثیرات آسیب‌زای طلاق روی کودک را نشان داده‌اند. احساس نایم‌نی و طرد با وفاداری متعارض، تشدید می شود. بزهکاری و دیگر رفتارهای ناسازگارانه بین کودکان و نوجوانانی که از خانواده‌های مختل آمده‌اند بسیار بالاتر است (کومار و تیواری، ۲۰۰۸).

ه) خانواده ناسازگار (ناهماهنگ). در اینجا یکی یا هر دو والد رضایت ندارند و احساس ناکامی و رفع خشم به روش‌هایی خصمانه مانند غر زدن، کتک زدن و انجام کارهایی به منظور آزار رساندن عمدی به فرد دیگر بیان می شود. روابط ناسازگار جدی احتمالاً منجر به آثار ناکام کننده، آسیب‌زننده و به‌طور کلی بیماری‌زا روی بزرگسالان و کودکان می شود (کومار و تیواری، ۲۰۰۸).

عوامل خانوادگی سهمیم در سبب‌شناسی انواع اختلالات روان‌پزشکی / رفتارهای بیماری‌زا

روان تحلیل‌گران بیان کرده‌اند که محرومیت کودکی از محبت مادرانه از طریق جدایی یا فقدان، کودک را مستعد اختلالات افسردگی در زندگی بزرگسالی می کند. عوارض عاطفی در زندگی بزرگسالی افزایش می‌یابد زیرا کودکان جدا شده از والدینشان به دلیل مشکلات زناشویی یا طلاق میزان افسردگی را افزایش می‌دهد

¹ Michael

² The Disrupted Family

(تِنانت^۱، ۱۹۸۸). بیماران مبتلا به اختلالات افسرده کننده شدید و خفیف، والدینشان را غیر مراقب به یاد می‌آورند (پارکر^۲، ۱۹۷۰). از دست دادن والدین در اوایل زندگی، با اختلالات خلق آشکار، ارتباط ندارد اما با عدم بلوغ، وابستگی خصمانه، دستکاری کننده، تکانشگر و آستانه پایین برای سوء مصرف الکل و مواد در بزرگسالی بدون تأثیر گذاشتن بر خطر افسردگی ارتباط دارد. این ویژگی‌ها ممکن است وقایع زندگی که افسردگی را در اوایل زندگی شروع می‌کنند سرعت ببخشند و منجر به دوره‌های مکرر افسردگی شوند. به طور مشابهی، ۴۰ درصد از بیماران افسرده که اختلال شخصیت دارند، استرس بیشتر، شروع زودتر افسردگی و بهبود ضعیف‌تری را نسبت به کسانی که چنین اختلالاتی ندارند تجربه می‌کنند. بدکارکردی خانواده یکی از عوامل علیتی است که منجر به سوء استفاده از مواد می‌شود و با اختلال رفتاری و اجتماعی بین نوجوانان و جوانان ارتباط دارد. استفاده از مواد توسط والدین منجر به قرار گرفتن کودکان و نوجوانان در چنین خانواده‌هایی که خطر انواع وقایع استرس‌زای زندگی، مشکلات رفتاری و هیجانی را افزایش می‌دهند می‌شود. خشونت، سوء استفاده جنسی و قربانی شدن عوامل خطر مهمی برای مشکلات سلامت روان طول عمر در خانواده می‌باشد. مجموعه‌ای از ۶ متغیر مشکلات خانوادگی مزمن که با هم به طور قابل توجهی با اختلال روان‌پزشکی ارتباط دارند عبارتند از: ۱) اختلال روانی شدید، ۲) وضعیت اجتماعی پایین، ۳) اندازه خانواده بزرگ و شلوغ، ۴) بزهکاری و جنایت والدین، ۵) اختلال روان‌پزشکی مادر، و ۶) نگهداری از کودک در پرورشگاه. وجود حتی دو عامل خطر، احتمال اختلال را تا چهار برابر افزایش می‌دهد (روتز و براون^۳، ۱۹۹۶). در ادامه به نقش علیتی عوامل خانوادگی در سبب‌شناسی اسکیزوفرنی به طور خاص پرداخته شده است:

¹ Tennant

² Parker

³ Rutter & Brown

الف) وابستگی مضاعف^۱: این عامل روی دادن پیام‌های ناقص به کودک تأکید دارد (برای مثال به شدت از در آغوش گرفتن اجتناب می‌کنند درحالی‌که می‌گویند چرا تو هیچ نوع محبتی به من ابراز نمی‌کنی؟). این نظریه فرض می‌کند که مواجهه مکرر با چنین تنگناهایی، منجر به ایجاد یا تشدید حالت اسکیزوفرنیک می‌شود (باتسون و همکاران^۲، ۱۹۵۶).

ب) اختلاف و تحریف^۳: پژوهشگران به طور نظامداری به مطالعه ویژگی‌های خانواده اسکیزوفرنیک با استفاده از رویکردی روان‌پویشی پرداختند. تأکید اصلی آن‌ها روی رابطه سه نفره و دو نفره در خانواده‌ها بود. در یک نوع خانواده، جنگ قدرت بین والدین وجود دارد و یکی از والدین به کودک جنس مخالف خود بسیار نزدیک می‌شود. در نوع دیگر خانواده، رابطه منحرف با یک والد شامل جنگ قدرت بین والدین و تسلط یکی از والدین می‌شود (روت و لیدز^۴، ۱۹۷۳).

ج) شبه متقابل و شبه خصمانه^۵: پژوهشگران خانواده‌هایی را توصیف می‌کنند که ابراز هیجانی با استفاده مداوم از روابط کلامی شبه متقابل یا شبه خصمانه سرکوب می‌شود. این سرکوبی منجر به تحول ارتباط کلامی می‌شود که منحصر به فرد و خاص خانواده می‌باشد و لزوماً برای هر کسی خارج از محیط خانوادگی قابل فهم نمی‌باشد. مشکلات وقتی شروع می‌شود که کودک خانه را ترک می‌کند و باید با دیگران رابطه برقرار کند (کومار و تیواری، ۲۰۰۸).

د) الگوی تعامل خانواده^۶: مطالعات محیطی روی سبب‌شناسی اسکیزوفرنیا بیان می‌کنند که الگوی ارتباطی مربوط به سیستم‌های خانوادگی در اسکیزوفرنیک شدن عضو خانواده سهیم می‌باشند. دیده شده است که خانواده‌های اسکیزوفرنیک با وضوح

¹ Double bind

² Bateson et al

³ Schism and skew

⁴ Ruth & Lidz

⁵ Pseudo-mutuality and pseudo-hostility

⁶ Family interaction pattern

و دقت کمتری نسبت به خانواده‌های سالم ارتباط برقرار می‌کنند (جاکوب^۱، ۱۹۷۳).
 انحراف در تعاملات خانوادگی ممکن است به روش‌های متنوعی ظاهر شود:
انحراف/ارتباط: این عامل، ناتوانی والدین در ایجاد و حفظ تمرکز توجه مشترک در تعامل با کودک را منعکس می‌کند. انحراف ارتباطی ویژگی والدین اسکیزوفرنیک می‌باشد (دوان و همکاران^۲، ۱۹۸۱).
وضعیت عاطفی: در خانواده‌های اسکیزوفرنیک، تبادل هیجانی و عاطفی سطحی، در تضاد با آنچه از نظر هیجانی در عمق خانواده‌های مبتلا به اختلال دوقطبی جریان دارد را نشان می‌دهد.

اسکیزوفرنیک: مادران اسکیزوفرنیک طرد کننده، سرد، بیش حمایتگر و تأثیرناپذیر از احساسات و نیازهای دیگران هستند. کودک از حس هویت واضحی از طرف مادرش محروم است، دیدش نسبت به خودش و دنیا تحریف شده است و باعث رنج بردن او از احساسات بی‌کفایتی و ناتوانی فراگیر خود می‌شود. پدر اسکیزوفرنیک، بی‌کفایت، بی‌تفاوت، یا منفعل است که بی‌علاقه و فاقد حس مزاح و شوخ‌طبعی می‌باشد. مردی که با همسر خود در عدم حساسیت به احساسات و نیازهای دیگران شبیه می‌باشد. اغلب به نظر می‌رسد نسبت به پسر خود طرد کننده و نسبت به دخترش اغواگر است. دختر اغلب تعارض درونی شدیدی دارد زیرا احساس دل‌بستگی نامناسب به پدرش دارد (کومار و تیواری، ۲۰۰۸).
نقش نگهدارنده خانواده در اختلالات روانی:

در چند دهه قبل، تمایل به این سمت بوده است که آموزش بیماران روان‌پزشکی در محیط خانواده نسبت به محیط بیمارستان افزایش یافته است. بسیاری از افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا که با خانواده خود زندگی می‌کنند به طور معنی‌داری به دلیل بیماری خود مختل باقی می‌مانند درحالی‌که مراقبان آن‌ها از پریشانی مداومی رنج می‌برند

¹ Jacob

² Doane et al

(بروان، برلی و وینگ^۱، ۱۹۷۲). فقط یک چهارم بیماران بهبودی خوبی از دوره اول اسکیزوفرنیا علی‌رغم در دسترس بودن درمان‌های مؤثر نشان می‌دهند (رام، برومت و ایتون^۲، ۱۹۹۲). اکثر مبتلایان در حال حاضر، خارج از محیط بیمارستان زندگی می‌کنند، حدود نیمی از آن‌ها با خانواده خود می‌باشند (گیبونس، هورن و پاول^۳، ۱۹۸۴). برخی خوب هستند اما برای خانواده مراقبت ادامه دارد و پریشانی و سختی را متحمل می‌شوند (گیبونس، هورن و پاول، ۱۹۸۴؛ باتاچارج^۴، ۲۰۰۲). اکثریت بستگان افراد مبتلا به اختلال دوقطبی، پریشانی ذهنی در ارتباط با نشانگان بیماران، بدکارکردی نقش و تأثیر نامطلوب بیماری روی کار و اوقات فراغت بستگان را تجربه می‌کنند. میزان بار تجربه شده در بستگانی که معتقدند بیمار قادر به کنترل رفتار مرتبط به بیماری است و بستگانی که کاملاً از جدی بودن و پیش‌آگهی بیماری آگاهند بسیار بیشتر است. مراقبت از عضو خانواده که مبتلا به بیماری مزمن است تجربه‌ای پاداش دهنده و چالش‌انگیز برای مراقبان است. در بررسی از بار خانواده فرد مبتلا به بیماری روان‌پزشکی، مشخص شد که خانواده‌های هندی اغلب بار قابل توجهی را بدون هیچ شکایتی تحمل می‌کنند (باتی و علی^۵، ۱۹۸۴). با این حال، با صنعتی شدن و شهرنشینی سریع و تغییرات بعدی در ساختار و نقش خانواده، مراقبت از بیماران روانی بار زیادی بر خانواده‌های کشورهای در حال توسعه مانند هند تحمیل می‌کند (میشرا^۶، ۲۰۰۲). مشخص شده است که درک نشانگان بیماری فرد بیمار، تحت کنترل او با سطح بیشتر هیجان ابراز شده- نظرات انتقادی، درک به عنوان درماندگی یا خشم، ارتباط دارد و منجر به تجربه بار تحمیل شده می‌شود. همچنین دیده شده است که افراد دارای روابط زناشویی ضعیف، مشروب بیشتر و بی‌رویه‌ای مصرف می‌کنند. رفتارهای

¹ Brown, Birley & Wing

² Ram, Bromet & Eaton

³ Gibbons, Horn SH & Powell

⁴ Bhattacharjee

⁵ Bhatti & Ali

⁶ Mishra

تخریب‌کننده شوهر، به طور منفی سلامت روان و عملکرد همسران را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کاپلان و سادوک^۱، ۱۹۸۹). مطالعات نشان می‌دهد که هم پدران و هم مادران مسئول یک چهارم مراقبت کم و حمایت بالای بیمار مبتلا به افسردگی، فوبی اجتماعی، اضطراب روان رنجور و آگورافوبیا هستند (پارکر، ۱۹۷۰). وضعیت اجتماعی همیشه با نگرش اجتماعی در ارتباط بوده است و تفاوتی در نگرش به بیماری‌های روانی وجود ندارد. یافته‌های پژوهشی نشان داده است که افراد با طبقه اجتماعی پایین‌تر تقریباً هرگز به طور فعالی دنبال کمک روان‌پزشکی برای خودشان یا بستگانشان نمی‌باشند. بستگان بسیاری از افراد مبتلا به اختلال روانی در طبقه اجتماعی - اقتصادی بالا احساس شرم و گناه را بیان می‌کنند (کایران، ۲۰۰۱) در حالی که در طبقه اجتماعی پایین ترس و خشم را ابراز می‌کنند (مخارجی^۲، ۲۰۰۲). برآورد شده است که یکی از هر چهار خانواده، حداقل یک فرد مبتلا به اختلال روانی یا رفتاری دارند. خانواده‌هایی که یک عضو آن از بیماری روانی رنج می‌برد به سازگاری‌ها و مصالحه‌هایی می‌پردازند که دیگر اعضای خانواده را از رسیدن به استعداد کامل خود در کار، روابط اجتماعی و لذت بردن باز می‌دارد (گالاگر^۳، ۱۹۹۶). خانواده اغلب باید بخش مهمی از زمان خود را برای مراقبت از فرد بیمار از نظر روانی کنار بگذارد و از محرومیت اجتماعی و اقتصادی رنج می‌برد زیرا کاملاً سازنده و مولد نمی‌باشد. همچنین ترس مداومی وجود دارد مبنی بر اینکه عود اختلال ممکن است باعث آشفته‌گی ناگهانی و غیر منتظره در زندگی اعضای خانواده شود (سازمان بهداشت جهانی^۴، ۲۰۰۱).

نقش درمانی خانواده

به طور جهانی مشخص شده است که خانواده نقشی حیاتی در پرورش کودکان برای تبدیل شدن به عضوی معقولانه سازگار با جامعه دارد. نقش مثبت برنامه‌های

¹ Kaplan & Sadock

² Mukharjee

³ Gallagher

⁴ WHO

مراقبت از سلامت روان خانواده تقریباً اخیراً شناخته شده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱). شواهد قابل توجهی، فایده درگیر شدن خانواده در درمان و مدیریت اسکیزوفرنیا، عقب ماندگی ذهنی، وابستگی به الکل و اختلال رفتاری دوران کودکی را نشان داده‌اند. نشان داده شده است که پیامد زندگی بیمار روانی با خانواده بهتر از کسانی است که در مؤسسات نگهداری می‌شوند. دیده شده است که با تغییر جو هیجانی خانه، عود اختلال کاهش می‌یابد (لف و گامبل^۱، ۱۹۹۶). در ارتباط با عوامل مربوط به صرع، عوامل خانوادگی به ویژه آن‌هایی که به کیفیت رابطه والدین با کودک مربوط می‌باشند، پیش‌بینی کننده‌های قوی آسیب روانی هستند. در درمان کودکان مبتلا به صرع، درمانگر باید از اهمیت کیفیت رابطه والد-کودک آگاه باشد. تقویت کیفیت رابطه والد-کودک ممکن است از آسیب روانی جلوگیری کند یا آن را کاهش دهد (رودنبرگ و میجر^۲، ۲۰۰۶). خانواده معمولاً اطلاعات مفیدی درباره بیمار و بیماری‌های دیگر فراهم می‌کند. این اطلاعات برنامه درمانی را تسهیل می‌کند به گونه‌ای که خانواده می‌تواند نقشی مهم در کمک به نظارت بر دارودرمانی، ترغیب به شرکت در برنامه‌های بازتوانی به طور منظم، فراهم کردن محیطی که به بهبود یا کاهش اختلال می‌انجامد بازی کند. حمایت خانواده فرصتی برای بیمار به منظور بیان آزادانه اضطراب خود، افزایش درک مشترکی از بیماری و کشف راهبردهای مقابله‌ای مختلف و جایگزین فراهم می‌کند (تایلر^۳، ۱۹۸۶). خانواده می‌تواند موجب تقویت مهمی در مدیریت درمان روان‌پزشکی شود. گام‌های اولیه‌ای در درمان خانواده برای درگیر کردن خانواده برای شرکت در مدیریت درمان وجود دارد:

- بهبود توانایی حل مساله خانواده‌ها
- آموزش خانواده درباره بیماری
- تغییر الگوهای ارتباطی خانواده

¹ Leff & Gamble

² Rodenburg & Meijer

³ Taylor

- راهنمایی خانواده
 - کاهش هیجان ابراز شده اعضای خانواده نسبت به بیمار
 - دستکاری پیوستگی قدرت درون خانواده
 - گسترش شبکه اجتماعی
 - افزایش حمایت از خانواده
 - مداخله در بحران (کومار و تیواری، ۲۰۰۸).
- درمان اختلافات زناشویی هسته‌ی رویکرد تغییر خانواده است (آچرمن^۱، ۱۹۷۰). چندین رویکرد درمان خانوادگی برای اسکیزوفرنیا بر اساس فرضیه کلی که الگوی تعامل ناسازگار درون خانواده منجر به سطح بالای استرس بیماران و منجر به عود آن‌ها می‌شود، به وجود آمده است (بلاک و موسر^۲، ۱۹۹۳). این مداخلات تلاش کرده‌اند خطر عود را با تغییر روابط و حل مساله در خانه یا تغییر نگرش‌های خانواده درباره بیماری از طریق آموزش درباره بیماری کاهش دهند. سرکشی از خانه و آموزش ارتباط متمرکز شده توسط مطالعات مؤثر تشخیص داده شده است (بلاک و موسر، ۱۹۹۳). کاهش ابراز هیجانی با پیامد درمانی خوب، به ویژه در خانواده‌هایی با سطح بالای تماس چهره به چهره با بیمار ارتباط دارد (تیریر و همکاران^۳، ۱۹۸۸).
- به طور خلاصه می‌توان گفت، پژوهش در طول دهه‌ها آرایه بلندی از مشخصه‌های خانوادگی را به‌عنوان تشکیل‌دهنده‌های اصلی پیامدهای سلامت روانی کودکان شناسایی کرده است. مرور ادبیات درون چارچوب محیط‌های خانوادگی خطرزا، خشونت، تعارض و عدم هم‌آمیزی در روابط در بسترهای کل خانواده، والد-کودک، بین فردی و خواهر-برادری را به‌عنوان عوامل خطرزا برای ظهور و تداوم مشکلات روان‌شناختی در سراسر دوران کودکی و بزرگسالی به‌طور اخص مستند کرده است

¹ Acherman

² Bellack & Musser

³ Tarrier et al

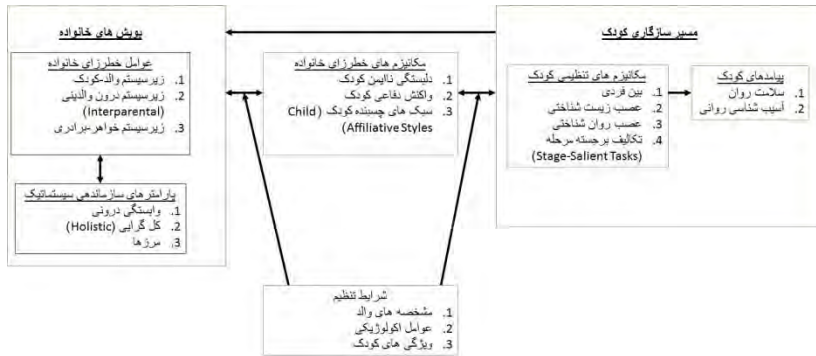
(رپتی، رابلز، و رینولدز^۱، ۲۰۱۱). در سال‌های اخیر از یک‌سو، پیشرفت‌هایی در روشن‌سازی فرایندها و شرایطی که زیربنای تغییرپذیری در پیامدهای کودکان مواجهه با این مشخصه‌های خانوادگی خاص هستند صورت پذیرفته است و از سوی دیگر هنوز سؤالات فراوانی در فهم اینکه فرایندهای خانوادگی چگونه بر سلامت روان کودکان درون چارچوب تحولی تأثیر می‌گذارند و نیز تعیین فرایندهای تحولی که زیربنای پیوند میان بسترهای خانوادگی خطرزا و آسیب‌شناسی روانی هستند هنوز بی‌پاسخ باقی مانده‌اند (دیویس و استورج-اپل^۲، ۲۰۱۴).

در پاسخ به این سؤال‌ها باید اشاره کرد که در دیدگاه تحولی به آسیب‌شناسی روانی، عوامل خطرزا به صورت مشخصه‌هایی تعریف می‌شوند که احتمال ناسازگاری کودک را افزایش می‌دهند. بر این اساس، در شکل ۱، مسیرهای میان عوامل خطرزای خانواده، مکانیسم‌های خطر و مسیرهای سازگاری کودک در بستر وسیع‌تر تنظیمات خانوادگی ترسیم شده است. مکانیسم‌های خطر، فرایندهای تنظیمی و چارچوب‌های توانا ساز و محافظ، مکانیسم‌های واسطه‌گر و شرایط تعدیل کننده زیربنای آسیب‌پذیری کودکان از محیط ناسازگار خانواده را درون چارچوب تحولی نشان می‌دهد (دیویس و استورج-اپل، ۲۰۱۴).

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

¹ Repetti, Robles, & Reynolds

² Davies & Sturge-Apple



شکل ۱ شمای گرافیکی برای فهم مسیرها، مکانیسم‌ها و شرایط تحولی زیر بنایی مرتبط با مشخصه‌های خانواده و آسیب‌شناسی روانی تحولی کودکان (دیویس و استورج-اپل، ۲۰۱۴).

بحث و نتیجه‌گیری

ارگانیزم انسان یک سیستم باز است که بر طبق نظریه سیستم‌های باز، عملکرد وی از طریق کنش و واکنش متقابل میان ارگانیزم فعال در حال تغییر و بستر پویای در حال تغییر مفهوم بندی می‌شود. با توجه به وابستگی درونی میان مؤلفه‌ها در یک سیستم باز و اصل کل‌گرایی، هر بخش از کل از دیگر بخش‌ها معنا و هدف را اخذ می‌کند. از این رو، در دیدگاه تحولی به آسیب‌شناسی روانی ارزش‌سازگاری و ناسازگاری هر بُعد منفرد عملکرد فرد بدون ارزیابی معنی آن و عملکرد آن در بستر وسیع‌تر فرایندهای واکنشی و سازگاری در طول زمان امکان‌پذیر نیست (دیویس و شیگتی، ۲۰۰۴). از این دیدگاه فرهنگ و خانواده بخشی از محیط هستند که تحول مشخصه‌های اجتماعی-هیجانی و توانایی‌های شناختی کودک را شکل می‌دهند. علاوه بر اینکه عوامل فرهنگی بر زیرسیستم‌هایی که به ارگانیزم نزدیک‌تر تصور می‌شوند نظیر فعالیت‌های خانواده تأثیرگذار می‌باشند. از این رو شرایط سازنده‌ای که فرهنگ فراهم می‌آورد در ایجاد تحول سازگار و پیشگیری از مشکلات تحولی اهمیت دارند. بر طبق نظر سوپر و هارکنس (چن، فو، و لنگ، ۲۰۱۴) فرهنگ با تحول فرد از طریق سه گونه

¹ Davies & Cicchetti

تعامل پیوند می‌یابد: محیط فیزیکی و اجتماعی، آداب و اعمالی که در طول تاریخ برای مراقبت و پرورش کودک ساخته می‌شوند و مسائل روان‌شناختی مراقبت کننده خصوصاً نظریه‌های قومیتی والدین که با اجتماع به اشتراک می‌گذارند. لذا محیط نامناسب، اعمال نابسامان فرزندپروری و مراقبت از کودک و باورهای اجتماع پذیری نامناسب می‌توانند منابع مهمی از خطرات برای مشکلات تحولی را فراهم آورند (چن، فو، و لنگ، ۲۰۱۴).

در توضیح اینکه میزان تأثیر و تأثر تحول، خانواده و فرهنگ در سیستم باز ارگانیزم انسان در ایجاد آسیب‌شناسی روانی تا چه میزان است بسیاری از پژوهشگران این موضع را اخذ کرده‌اند که اختلالاتی که به‌طور عمده مبتنی بر آسیب‌شناسی عصبی هستند نظیر اوتیسم و اسکیزوفرنی احتمالاً فراگیر هستند و تأثیرپذیری آن‌ها از تأثیرات بافتاری کمتر است، درحالی‌که مشکلات متداول با احتمال بیشتری از شرایط اجتماعی و فرهنگی تأثیر می‌پذیرند (چن، فو، و لنگ، ۲۰۱۴). ریچ هریس^۱ (۱۹۹۵) نیز در مطالعه خود بر روی محیط‌های مؤثر بر تحول کودک، در این باره که فرایندهای درون‌گروهی و بین‌گروهی و نه خانواده مسئول انتقال فرهنگ و تغییرات محیطی به ویژگی‌های رفتاری کودکان هستند به استدلال پرداخته است. وی بیان می‌کند که کودکان دارای محیط‌های متعدد هستند و وظیفه آن‌ها یادگیری سازش یافتن با تمامی آن‌هاست. در این امر، آن‌ها از مکانیسم‌های سازگاری استفاده می‌کنند که به‌طور خودکار آنچه را که از محیط‌های مختلف فراگرفته شده است با هم ترکیب نمی‌کنند؛ چیزی که در یک محیط فراگرفته شود تنها در صورتی در محیط دیگر بکار برده می‌شود که سودمندی آن در هر دو محیط اثبات شود. روابط مطلوب با والدین و خواهران و برادران در اوایل دوران کودکی مهم هستند، اما آنچه در این جریان فراگرفته می‌شود شاید در خارج از محیط خانه صرفاً استفاده اندکی داشته باشد. بر طبق نظریه ریچ هریس کودکان چگونگی رفتار خارج از خانه را از طریق عضو شدن

¹ Rich Harri

در یک گروه اجتماعی و شناخته شدن با آن کسب می‌کنند. درون این گروه‌هاست که ویژگی‌های روان‌شناختی که کودک با آن‌ها متولد شده است مداوماً از طریق محیط تغییر داده می‌شود و دو فرایند تحولی جذب^۱ و افتراق^۲ مسئول این تغییرات هستند. جذب هنجارهای اجتماعی را منتقل می‌کند، لبه‌های تیز خویشتن را صیقل می‌دهد و کودکان را به همسالان خود شبیه‌تر می‌سازد. افتراق تفاوت‌های فردی را پررنگ کرده و تغییرپذیری را افزایش می‌دهد. اینکه کدام از یک از این دو فرایند در لحظه‌ای معین حاکم شوند تحت تأثیر متغیرهای فرهنگی قرار دارد. بر این اساس محیط خانه اثر بادوامی بر روی ویژگی‌های روانی ندارد. محیط اشتراکی که اثر بادوام بر تحول سالم یا تحول به همراه آسیب‌های روان‌شناختی دوران کودکی بر جا می‌گذارد محیطی است که کودک با همسالان خود شریک می‌شود (ریچ هریس، ۱۹۹۵).

در آخر اینکه، بر طبق مطالعه ویز، مک‌کارتی، ایستمن، چایاسیت، و سوانلرت^۳ (۱۹۹۷) در تبیین تحولی آسیب‌شناسی روانی و با توجه به نقش فرهنگ و خانواده باید چند نکته را مدنظر قرار داد: (۱) شباهت‌های کلی برای بسیاری از مشکلات که در میان فرهنگ‌ها وجود دارد این احتمال تحولی را مطرح می‌کند که اکثر آنچه ما مشکلات کودکی در بخش‌های مختلف جهان در نظر می‌گیریم قویاً تحت تأثیر نیروهای تحولی هستند، حتی تغییرات عظیم فرهنگی هم این تصویر را تغییر نمی‌دهد؛ (۲) به‌رغم شباهت‌های بین فرهنگی در فراگیری بسیاری از مشکلات در جمعیت عادی، برخی دسته‌های معین رفتار مشکل‌زای کودکی هنوز ممکن است در میان فرهنگ‌ها متفاوت باشد؛ (۳) فرهنگ‌ها می‌توانند در مشکلات خاص کودکان که برای آن‌ها به متخصصان سلامت روان ارجاع داده می‌شود به‌طور قابل‌توجهی تفاوت ایجاد کنند؛ (۴) برخی مشکلات در یک فرهنگ نسبت به دیگری قدرت بیشتری برای ارجاع بالینی دارند و رابطه میان ارجاع دادن با سایر عوامل (نظیر جنسیت و نوع مشکل) در میان فرهنگ‌ها

¹ Assimilation

² Differentiation

³ Weisz, MaCarty, Eastman, Chaiyasit, & Sunwanlert

متفاوت است؛ ۵) همان‌طور که یافته‌های ارجاع‌پذیری نشان می‌دهد، تفاوت‌های فرهنگی می‌توانند با تفاوت‌های شدیداً متعارض بزرگسالان در فرهنگ‌های متفاوت در نگرش به مشکلات یکسان کودکی پیوند داشته باشند؛ ۶) پژوهش‌های بین‌فرهنگی بر روی آسیب‌شناسی روانی تحولی با چالش‌هایی در روشمندی روبرو هستند مثلاً مشکلات در گزارش‌های والدین و پیچیدگی‌های ذاتی فرهنگ؛ ۷) یافته‌ها در مطالعات آسیب‌شناسی کودک هم مطالعه رفتار کودک و هم چشم‌انداز فردی که رفتار را گزارش می‌دهد دربرمی‌گیرند. افراد متفاوت کودک و رفتار کودک را متفاوت می‌بینند و گروه‌های اطلاع‌دهنده متفاوت (بالینگران، آموزگاران و والدین) نمونه‌های متفاوتی از رفتار کودک را که در تنظیمات مختلف رخ می‌دهد مشاهده می‌کنند. از این‌رو در تبیین رفتار کودک و تعیین نقش‌های عوامل مختلف تحولی، فرهنگی و خانواده باید توجه داشت که رفتار در کدام بستر مورد توجه قرار گرفته است؛ و ۸) در تبیین آسیب‌شناسی روانی باید به‌طور هم‌زمان دو سؤال را در نظر داشت: تا چه حد بدکارکردی روان‌شناختی تأثیرات کلی تحول در دوران کودکی و نوجوانی را منعکس می‌کند، و تا چه اندازه آن‌ها عوامل اجتماعی-محیطی را بازنمایی می‌کنند؟ پاسخ کنونی به این سؤالات بر طبق مطالعات بین‌فرهنگی چنین است: هنگامی که پژوهش‌های بین‌فرهنگی الگوهایی را آشکار می‌کنند که در میان فرهنگ‌های بسیار متفاوت بسیار مشابه هستند، فرایندهای علی تحولی و بیولوژیکی باید به‌دقت بررسی شوند. در مقابل، هنگامی که پژوهش‌های بین‌فرهنگی الگوهایی را آشکار می‌کنند که از فرهنگی به دیگری متفاوت است، بررسی علل باید متوجه فرایندهای اجتماعی-محیطی باشد که در میان فرهنگ‌ها تفاوت دارند (ویز، مک‌کارتی، ایستمن، چایاسیت، و سوانلرت، ۱۹۹۷).

جهت‌گیری آینده

با بررسی مطالعات انجام‌شده در زمینه فرهنگ و آسیب‌شناسی روانی مشخص شد که کارهای اخیر روی فرهنگ و آسیب‌روانی برخی از شیوه‌های مشکل‌ساز

پژوهش‌های گذشته را ادامه داده است از جمله، استفاده از کشور یا منطقه به عنوان نماینده فرهنگ، تعمیم بیش‌ازحد و کلیشه سازی گروه‌های قومیتی- فرهنگی، اتخاذ مدل‌هایی که محدود و کوتاه‌نگرانه است، استفاده از نظریه‌های روان‌شناختی بالقوه قوم‌نگرانه، و کاربرد مقیاس‌هایی که کاملاً از یک نقطه نظر فرهنگی به وجود آمده‌اند و سایر فرهنگ‌ها را در نظر نگرفته‌اند و در نتیجه مناسب فرهنگی دیگر نمی‌باشند. با این حال، نشانه‌های دلگرم‌کننده‌ای از کار پیچیده‌تر و آگاهانه‌تر توسط دیدگاه‌های علوم اجتماعی فعلی و غنی از روش‌شناسی‌های جدید وجود دارد به گونه‌ای که ساختارهای فرهنگی، نژادی و قومیتی را نشان می‌دهند که برای تشخیص بافت‌ها و فرایندهای خاص که آسیب روانی و بهبودی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. نتایج این نوع مطالعات می‌تواند به بهبود خدمات سلامت روان و مداخلات برای برآوردن نیازهای جمعیت‌های مختلف منجر شود. همچنین می‌تواند به درک مکانیسم‌های اساسی آسیب‌شناسی روانی کمک کند. شناخت تنوع انسانی روشی برای پیشبرد علم، گسترش جهانی امکانات و به چالش کشیدن پارادایم‌های حاکم می‌باشد. بین حوزه‌های مهم پژوهش‌های آینده روی فرهنگ و آسیب‌شناسی روانی، تأثیر وضعیت متغیر فرهنگ که شامل ظهور شکل‌های جدید اختلاط یا ترکیب‌های فرهنگی می‌باشد که از طریق جهانی‌شدن، مهاجرت موقتی و ارتباطات الکترونیکی رخ می‌دهند. تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت روان با شهرنشینی، مهاجرت اجباری، تغییر آب‌وهوا، جنگ و فشار سیاسی، همگی در درک آسیب‌پذیری جمعیت‌های موجود در حال حاضر کلیدی و مهم می‌باشند. فناوری‌های جدید اطلاعاتی و رسانه‌های اجتماعی نیز با ظهور اشکال جدید هویت و انواع جدید آسیب روانی، در حال تغییر معنای فرهنگ و جامعه هستند (گولد و گولد، ۲۰۱۴). علم اعصاب فرهنگی نیز تغییر تحول ساختارهای مغزی توسط فرهنگ را بررسی می‌کند، اما فرهنگ تأثیرش را فقط در سطح سیستم عصبی نشان نمی‌دهد بلکه از طریق ساختار اجتماعی، نهادها و روابط

متفاوت نیز اعمال می‌کند (کندلر، ۲۰۱۲؛ کیرمایر و کرافی^۱، ۲۰۱۴). تلفیق دانش تأثیرات فرهنگی در آسیب‌شناسی روانی در درمان بالینی نیازمند تغییری مشابه به دیدی اجتماعی- بافتاری‌تر از فرد می‌باشد (کیرمایر، ۲۰۱۵؛ رایدر و چنتسوا-داتن^۲، ۲۰۱۵). دیدگاه اجتماعی-بافتاری چهارچوبی مفهومی برای شایستگی فرهنگی و انطباق مدل‌ها، اقدامات و مداخلات ارائه می‌کند. همچنین شناخت روش‌هایی که فرهنگ و بافت، آسیب روانی را شکل می‌دهند می‌تواند پویایی‌های پژوهش و کاربردهای بالینی را با اجازه دادن به پژوهشگران و متخصصان از طریق شرکت در تبادل دانش عمیق‌تر، یادگیری از روانشناسان بومی درباره طیف کامل مشکلات سلامت روان که انسان و روش‌های مختلف برای سازگاری، درمان و بهبود را احاطه کرده‌اند تحت تأثیر قرار دهد.

منابع

- کرین، ک. (۱۳۹۰). *نظریه‌های رشد: مفاهیم و کاربردها*. (ترجمه ع. رجایی، و غ. خوی‌نژاد)، تهران: رشد.
- Achenbach, T. M. (2015). Transdiagnostic heterogeneity, hierarchical dimensional models, and societal, cultural, and individual differences in the developmental understanding of psychopathology. *European child & adolescent psychiatry*, 24(12), 1419-1422.
- Acherman, N. W. (1970). Family psychotherapy today. *Family Process*, 123-126.
- Adeponle, A. B., Groleau, D., & Kirmayer, L. J. (2015). Clinician reasoning in the use of cultural formulation to resolve uncertainty in the diagnosis of psychosis. *Cult Med Psychiatry*, 16-42.
- Adriaanse, M., van Domburgh, L., Hoek, H. W., Susser, E., Doreleijers, T. A., & Veling, W. (2015). Prevalence, impact and cultural context of psychotic experiences among ethnic minority youth. *Psychological medicine*, 637-646.
- Bäärnhielm, S., Wistedt, A. A., & Rosso, M. S. (2015). Revising psychiatric diagnostic categorisation of immigrant patients after using the Cultural Formulation in DSM-IV. *Transcultural psychiatry*, 287-310.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral science*, 251-264.

^۱ Kirmayer & Crafa
^۲ Ryder & Chentsova-Dutto

- Baxter, A. G., Vos, T., Scott, K. M., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Blore, J., et al. (2014). The regional distribution of anxiety disorders: implications for the Global Burden of Disease Study. *Int J Methods Psychiatric Res*, 422-438.
- Bellack, A. S., & Musser, K. M. (1993). Psychosocial treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bull*, 317-336.
- Bhattacharjee, D. (2002). Burden of care of the key relatives chronic alcohol dependents and schizophrenics. *Ranchi*.
- Bhatti, R. S., & Ali, R. M. (1984). Social Support System and family Burden due to the Chronic schizophrenia. In Rural and Urban background. *Indian J Psychiatry*, 349-353.
- Bourque, F., Van der Ven, E., & Malla, A. (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first-and second-generation immigrants. *Psychological medicine*, 897-910.
- Brown, G. W., Birley, J. L., & Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *Br J Psychiatry*, 241-258.
- Chen, X. (2012). Culture, peer interaction, and socioemotional development. *Child Development Perspectives*, 6, 27-34.
- Chen, X., Fu, R., & Leng, L. (2014). Culture and Developmental Psychopathology. In M. Lewis, & K. D. Rudolph, *Handbook of Developmental* (pp. 225-241). New York: Springer.
- Chentsova-Dutton, Y. E., Choi, E., & Ryder, A. G. (2015). "I felt sad and did not enjoy life": Cultural context and the associations between anhedonia, depressed mood, and momentary emotions. *Transcultural psychiatry*, 616-635.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(1), 6-20.
- Clark, D. A., & Inozu, M. (2014). Unwanted intrusive thoughts: Cultural, contextual, covariational, and characterological determinants of diversity. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 195-204.
- Das-Munshi, J., Bécarea, L., Boydell, J. E., Dewey, M. E., Morgan, C., Stansfeld, S. A., et al. (2012). Ethnic density as a buffer for psychotic experiences: findings from a national survey (EMPIRIC). *The British Journal of Psychiatry*, 282-290.
- Davies, P. T., & Cicchetti, D. (2004). Toward an integration of family systems and developmental psychopathology approaches. *Development and Psychopathology*, 16(3), 477-481.
- Davies, P. T., & Sturge-Apple, M. L. (2014). Family Context in the Development of Psychopathology. In M. Lewis, & K. D. Rudolph, *Handbook of Developmental Psychopathology* (pp. 143-163). New York: Springer.
- Dere, J., Sun, J., Zhao, Y., Persson, T., & Zhu, T. (2013). Beyond "somatization" and "psychologization": Symptom-level variation in depressed Han Chinese and Euro-Canadian outpatients. *Frontiers in psychology*, 377.
- Doane, J. A., West, K. L., Goldstein, M. J., Rodnick, E., & Jones, J. E. (1981). Parental communication deviance and deviance and effective style: predictor of subsequent schizophrenia disorder in vulnerable adolescents. *Arch Gen Psychiatry*, 679-685.

- Gallagher , S. (1996). Mechanic Living in the mentally ill: effects on the health and functioning of other members. *Soc Sci Med*, 1691-1701.
- Gold, J., & Gold, I. (2015). Suspicious minds: How culture shapes madness. *Simon and Schuster*.
- Ford , B. Q., Mauss, I. B., & Gruber, J. (2015). Valuing happiness is associated with bipolar disorder. *Emotion*, 211-222.
- Ford, B. Q., Dmitrieva, J. O., Heller, D., & Chentsova, Y. (2015). Culture shapes whether the pursuit of happiness predicts higher or lower well-being. *Journal of Experimental Psychology: Genera*, 1053.
- Gibbons , J. S., Horn , S. H., & Powell , J. M. (1984). Schizophrenic patients and their family : a survey in a psychiatric service based on a DGH unit. *Br J Psychiatry*, 70-77.
- Hofmann., S. G., & Hinton, D. E. (2014). Cross-cultural aspects of anxiety disorders. *Current psychiatry reports*, 1-5.
- Hurley , J. R. (1965). Parental acceptance-rejection and children's intelligence. *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development*, 19-31.
- Immordino-Yang , M. H., Yang, X. F., & Damasio, H. (2014). Correlations between social-emotional feelings and anterior insula activity are independent from visceral states but influenced by culture. *Frontiers in human neuroscience*, 728.
- Jacob , T. (1973). Family interaction in disturb and normal families: a methodological and substance review. *Psychol Bull*, 33-45.
- Jenkins, R. L. (1968). The varieties of children's behavioral problems and family dynamics. *American Journal of Psychiatry*, 1140-1145.
- Jurcik, T., Ahmed, R., Yakobov, E., Solopieieva-Jurcikova , I., & Ryder, A. G. (2013). Understanding the role of the ethnic density effect: Issues of acculturation, discrimination and social support. *Journal of Community Psychology*, 662-678.
- Kaplan , H. I., & Sadock, B. J. (1989). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. London: Williams and Wilkins Waverly Co.
- Keiter , G. I., & Miller , I. W. (1999). Family Functioning and Major Depression. *Am J Psychiatry*, 1128-1138.
- Kendler , K. S. (2012). Levels of explanation in psychiatric and substance use disorders: implications for the development of an etiologically based nosology. *Mol Psychiatry*, 11-21.
- Kendler, K. S., Aggen, S. H., Li, Y., & Lewis, C. M. (2015). The similarity of the structure of DSM-IV criteria for major depression in depressed women from China, the United States and Europe. *Psychol Med*, 1945-1954.
- Kevin Chapman, L., Delapp, R. C., & Williams, M. T. (2014). Impact pf Race, Ethnicity, and Culture on the Expression and Assessment of Psychopathology. In D. C. Beidel, B. Christopher Frueh, & M. Hersen, *Adult Psychopathology and Diagnosis* (pp. 131-162). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Kiran, M. (2001). Family Role in Psychiatric, Indian Psychiatric Society – Jharkhand State Branch Newsletter.
- Kirmayer , L. J. (2015). *Re-visioning psychiatry: toward an ecology of mind in health and illness*. Cambridge University Press.

- Kirmayer, L. J., & Ban, L. (2013). Cultural psychiatry: research strategies and future directions. *Adv Psychosomat Med*, 97-114.
- Kirmayer, L. J., & Crafa, D. (2014). What kind of science for psychiatry? *Front Hum Neurosci*, 8.
- Kirmayer, L. J., Guzder, J., & Rousseau, C. (2014). Cultural Consultation: Encountering the Other in Mental Health Care. *Springer*.
- Kohrt, B. A., Rasmussen, A., Kaiser, B. N., Haroz, E. E., Maharjan, S. M., Mutamba, B. B., et al. (2014). Cultural concepts of distress and psychiatric disorders: literature review and research recommendations for global mental health epidemiology. *Int J Epidemiol*, 365-406.
- Kumar, P., & Tiwari, S. C. (2008). Family and Psychopathology: An Overview Series-1: Children and Adults. *DELHI PSYCHIATRY JOURNAL*, 140-149.
- Kuo, B. C. (2011). Culture's consequences on coping theories, evidences, and dimensionalities. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1084-1100.
- Lee, S., Leung, C. M., Kwok, K. P., & Ng, K. L. (2015). A community-based study of the relationship between somatic and psychological distress in Hong Kong. *Transcultural psychiatry*, 594-615.
- Leff, J., & Gamble, C. (1996). Training of community psychiatric nurse in family work for schizophrenia. *Int J Med Health*, 75-88.
- Leiblich, A. (1971). Antecedents of envy reaction. *J Pers Assess*, 92-98.
- Lewis, M. (2014). Toward the Development of the Science of Developmental Psychopathology. In M. Lewis, & K. D. Rudolph, *Handbook of Developmental Psychopathology* (pp. 3-23). New York: Springer.
- Lewis, M., & Rudolph, K. D. (2014). *Handbook of developmental psychopathology (Third;3rd;3rd 2014; ed.)*. New York: Springer. doi:10.1007/978-1-4614-9608-3.
- Lewis-Fernandez, R., Aggarwal, N. K., Baarnhielm, S., Rohlof, H., Kirmayer, L. J., & Weiss, M. H. (2014). Culture and psychiatric evaluation: operationalizing cultural formulation for DSM-5. *Psychiatry*, 130-153.
- Luhrmann, T. M., Padmavati, R., Tharoor, H., & Osei, A. (2015). Differences in voice-hearing experiences of people with psychosis in the USA, India and Ghana: interview-based study. *The British Journal of Psychiatry*, 41-44.
- Maccoby, E. E., & Levin, S. (1957). "Patterns of child rearing". *New York, Harpers and Row*, 426.
- Ma-Kellems, C. (2014). Cross-cultural differences in somatic awareness and interoceptive accuracy: a review of the literature and directions for future research. *Frontiers in psychology*, 1379.
- Mark Cummings, E., Davies, P. T., & Campbell, S. B. (2002). *Developmental Psychopathology and Family Process: Theory, Research, and Clinical Implications*. New York: Guilford Press.
- McLean, D., Thara, R., John, S., Barrett, R., Loa, P., McGrath, J., et al. (2014). DSM-IV "criterion A" schizophrenia symptoms across ethnically different populations: evidence for differing psychotic symptom content or structural organization? *Cult Med Psychiatry*, 408-426.
- Michael. (1963). Life stress and mental health. *New York, Free Press*, 20.
- Mishra, S. (2002). Perceived family burden of affective disorder (First episode Mania) among adolescents and adults. *CRJ Khess*.

- Mukharjee , P. (2002). Stigma – Caregiver attitude toward mental illness. *Haque Nizamie*.
- Parker , G. (1970). Parental Characteristic in relation to normal depression. *J Psychosom Res*, 567-574.
- Poznansky , E. O. (1973). Children with excessive fears. *Am J Orthopsychiat*, 428-438.
- Raghavan, R., Aarons, G. A., Roesch, S. C., & Leslie, L. K. (2008). Longitudinal patterns of health insurance coverage among a national sample of children in the child welfare system. *American journal of public health*, 478-484.
- Ram , R., Bromet , E. J., & Eaton , W. W. (1992). The natural course of schizophrenia: a review of first admission studies. *Schizophrenia Bull*, 185-208.
- Repetti, R. S., Robles, T. F., & Reynolds, B. R. (2011). Allostatic processes in the family. *Development and Psychopathology*, 921-938.
- Rich Harris, J. (1995). Where Is the Child's Environment? A Group Socialization Theory of Development. *Psychological Review*, 102(3), 458-489.
- Rodenburg, & Meijer, M. (2006). Family predictors of psychopathology in children with epilepsy. *Epilepsia* , 601-614.
- Ruth, & Lidz, T. (1973). Intrafamilial environment of the schizo patient. *I the father, Psychiatry*, 329-342.
- Rutter , M., & Brown , G. W. (1996). The reality and validity of measurement of family life and relationships in families containing a psychiatric patient. *Soc Psychiatry*, 38.
- Ryder , A. G., & Chentsova-Dutton , Y. E. (2015). Cultural–clinical psychology:from cultural scripts to contextualized treatments. In A. G. Ryder, & Y. E. Chentsova-Dutton, *Cultural–clinical psychology:from cultural scripts to contextualized treatments* (pp. 400-433). Revisioning Psychiatry: Cultural Phenomenology, Critical.
- Sameroff, A. J. (2000). Developmental systems and psychopathology. *Development and psychopathology*, 12(3), 297-312.
- Sameroff, A. J. (2014). A dialectic integration of development for the study of psychopathology. In M. Lewis , & K. D. Rudolph , *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 25-44). New York: Springer.
- Sato , K., Yuki, M., & Norasakkunkit , V. (2014). A socio-ecological approach to cross-cultural differences in the sensitivity to social rejection: the partially mediating role of relational mobility. *J Cross-Cult Psychol* , 1549-1560.
- Sterba, S. (2014). Modeling strategies in developmental psychopathology research: Prediction of individual change. In M. Lewis, & K. D. Rudolph, *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 109-124). New York: Springer.
- Taylor, S. (1986). *Health Psychology*. New York: Random House.
- Tennant , C. (1988). Parental loss in childhood: its effects in adult life. *Arch Gen Psychiatry*, 1045-1050.
- The WHO Report Mental Health: New Understanding, New Geneva, World Health Organization. (2001).
- Uchida, Y., & Norasakkunkit, V. (2015). The NEET and Hikikomori spectrum: Assessing the risks and consequences of becoming culturally marginalized. *Frontiers in psychology*, 1549-1560.

- Weisz, J. R., MaCarty, C. A., Eastman, K. L., Chaiyasit, W., & Sunwanlert, S. (1997). Developmental Psychopathology and culture: Ten lessons from Thailand. In S. S. Luthar, *Developmental Psychopathology: Perspectives on Adjustment, Risk, and Disorder* (pp. 568-601). Cambridge: Cambridge University Press.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Suwanlert, S., & Chaiyasit, W. (2006). Culture and youth psychopathology: testing the syndromal sensitivity model in Thai and American adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(6), 1098-1107.
- Woods, A., Jones, N., Bernini, M., Callard, F., & Badcock, J. C. (2014). Interdisciplinary approaches to the phenomenology of auditory verbal hallucinations. *Schizophrenia bulletin*, 246-254.
- Woody, S. R., Miao, S., & Kellman-McFarlane, K. (2015). Cultural differences in social anxiety: A meta-analysis of Asian and European heritage samples. *Asian American Journal of Psychology*, 47-55.
- Zhu, X., Yao, S., Dere, J., Zhou, B., Yang, J., & Ryder, A. G. (2014). The cultural shaping of social anxiety: Concerns about causing distress to others in Han Chinese and Euro-Canadian outpatients. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 906-915.



۷۷۷

رویش روان شناسی، سال هفتم، شماره ۵، شماره پیاپی ۲۶، تابستان ۱۳۹۷، مردادماه

Rooyesh-e-Ravanshenasi, Vol.7 (5), Summer2018

