





دانشگاه علامه طباطبائی
دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

پایان نامه

جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی بالینی

موضوع

نشانه شناسی اختلال دو قطبی در مراجعه کنندگان به مراکز درمانی شهر تهران
با تأکید بر فرهنگ ایران

استاد راهنما

دکتر حسین اسکندری

استاد مشاور

دکتر فرهاد فرید حسینی

استاد داور

دکتر علیرضا مقدس

پژوهشگر

لیلا کریمی

سال تحصیلی ۹۰ - ۱۳۸۹

قدردانی

از خدای یگانه سپاسگزارم و در پیشگاهش حقیر خواهم ماند.
تا ابد قدردان استاد عزیزم خواهم بود، به خاطر تمام آنچه به من آموخت.
شرمسار همیشگی محبت نامشروط خانواده ام هستم.

چکیده

پژوهش حاضر، با هدف بررسی علائم و نشانه های اختلال دوقطبی در بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تهران انجام گرفت. جامعه ی مورد نظر در این پژوهش، کلیه ی افراد مراجعه کننده به بیمارستان ها و مراکز روانپزشکی شهر تهران می باشند. گروه نمونه ی پژوهش شامل ۱۰۰ زن و مرد مبتلا به اختلال دوقطبی است که در سال ۱۳۸۹ به بخش روانپزشکی بیمارستان امام حسین مراجعه نموده اند. در این پژوهش، از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. برای دستیابی به علائم و نشانه های مانیا و افسردگی در بیماران گروه نمونه، پرسشنامه ی اختلال خلقی (MDQ)، مقیاس هریس-لینگوز و یک سوال باز پاسخ محقق ساخته بر روی تمامی اعضای گروه نمونه اجرا گردید. پژوهش نشان داد که بیماران دوقطبی حاضر در نمونه، به جسمانی کردن علائم و نشانه های اختلال خود گرایش دارند. عصبانیت و تحریک پذیری، کم خوابی، بی قراری و سبقت جویی افکار فراوان ترین علائم و نشانه های مانیا در بیماران حاضر در پژوهش هستند. از سوی دیگر، کاهش علاقه و لذت، خلق افسرده، تغییرات وزن، خستگی و احساس تقصیر و گناه در شمار فراوان ترین علائم و نشانه های افسردگی دوقطبی در بیماران شرکت کننده در پژوهش می باشند.

واژه های کلیدی

علامت (Symptom)، نشانه (Sign)، فرهنگ (Culture)، اختلال دوقطبی (Bipolar Disorder)

فهرست مطالب

فصل ۱ : کلیات پژوهش	۱
۱-۱ مقدمه	۲
۱-۲ بیان مسئله	۴
۱-۳ اهمیت و ضرورت تحقیق	۹
۱-۴ هدف پژوهش	۱۴
۱-۵ سؤال های پژوهش	۱۴
۱-۶ تعریف مفاهیم پژوهش	۱۴
۱-۶-۱ تعریف نظری	۱۴
۱-۶-۲ تعریف عملیاتی	۱۵
فصل ۲ : ادبیات پژوهش	۱۶
۲-۱ مقدمه	۱۷
۲-۲ اختلال دوقطبی در آسیا و کشورهای اسلامی	۲۲
۲-۳ اختلال دوقطبی در کشورهای آفریقایی	۲۵
۲-۴ اختلال دوقطبی در کشورهای اروپایی	۲۸
۲-۵ اختلال دوقطبی در قاره آمریکا	۲۹
۲-۶ اختلال دوقطبی در ایران	۳۳
فصل ۳ : طرح پژوهش	۳۶
۳-۱ روش پژوهش	۳۷
۳-۲ ابزار پژوهش	۳۷
۳-۳ جامعه آماری	۳۸
۳-۴ گروه نمونه و شیوهی گزینش آن	۳۸
۳-۵ روش اجرای پژوهش	۳۹
۳-۶ روش تجزیه و تحلیل داده ها	۴۰
۳-۶-۱ آمار توصیفی	۴۰
۳-۶-۲ آمار استنباطی	۴۰
فصل ۴ : تجزیه و تحلیل داده ها	۴۱
۴-۱ مقدمه	۴۲
۴-۲ توصیف داده ها	۴۲
۴-۳ تجزیه و تحلیل استنباطی داده ها	۴۹

۷۳	فصل ۵ : بحث و نتیجه گیری
۷۴	۵-۱ مقدمه
۷۵	۵-۲ بحث و نتیجه گیری
۸۶	۵-۳ محدودیت‌ها
۸۸	۵-۴ پیشنهادها
۸۹	منابع فارسی
۹۱	منابع انگلیسی
۹۹	پیوست‌ها

فهرست جداول

- جدول ۴-۱: جدول فراوانی علائم مانیک در افراد گروه نمونه بر اساس DSMIV-TR ۴۹
- جدول ۴-۲: مقدار خی دو علائم مانیک گروه نمونه براساس DSMIV-TR ۵۰
- جدول ۴-۳: فراوانی علائم افسردگی افراد نمونه بر اساس DSMIV-TR ۵۱
- جدول ۴-۴: مقدار خی دو علائم افسردگی در گروه نمونه براساس DSMIV-TR ۵۲
- جدول ۴-۵: جدول فراوانی علائم مانیک در زنان و مردان براساس DSMIV-TR ۵۳
- جدول ۴-۶: جدول مقدار خی دو علائم مانیک در زنان گروه نمونه براساس DSMIV-TR ۵۴
- جدول ۴-۷: جدول مقدار خی دو علائم مانیک در مردان گروه نمونه براساس DSMIV-TR ۵۵
- جدول ۴-۸: جدول فراوانی علائم مانیک در مجردین و متأهلین براساس DSMIV-TR ۵۶
- جدول ۴-۹: جدول مقدار خی دو علائم مانیک در مجردین گروه نمونه براساس DSMIV-TR ۵۷
- جدول ۴-۱۰: جدول مقدار خی دو علائم مانیک در متأهلین گروه نمونه براساس DSMIV-TR ۵۸
- جدول ۴-۱۱: جدول فراوانی علائم افسردگی در زنان و مردان براساس DSMIV-TR ۵۹
- جدول ۴-۱۲: جدول مقدار خی دو علائم افسردگی در زنان گروه نمونه براساس DSMIV-TR ۶۰
- جدول ۴-۱۳: جدول مقدار خی دو علائم افسردگی در مردان گروه نمونه براساس DSMIV-TR ۶۱
- جدول ۴-۱۴: جدول فراوانی علائم افسردگی در مجردین و متأهلین براساس DSMIV-TR ۶۲
- جدول ۴-۱۵: جدول مقدار خی دو علائم افسردگی در مجردین براساس DSMIV-TR ۶۳
- جدول ۴-۱۶: جدول مقدار خی دو علائم افسردگی در متأهلین براساس DSMIV-TR ۶۴
- جدول ۴-۱۷: جدول فراوانی علائم شایع افسردگی در افراد افسرده ی گروه نمونه ۶۵
- جدول ۴-۱۸: جدول مقدار خی دو علائم شایع افسردگی در افراد افسرده ی گروه نمونه ۶۶
- جدول ۴-۱۹: جدول فراوانی علائم شایع افسردگی در زنان و مردان افسرده ی گروه نمونه ۶۷
- جدول ۴-۲۰: جدول مقدار خی دو علائم شایع افسردگی در زنان افسرده ی گروه نمونه ۶۸
- جدول ۴-۲۱: جدول مقدار خی دو علائم شایع افسردگی در مردان افسرده ی گروه نمونه ۶۹
- جدول ۴-۲۲: جدول فراوانی علائم شایع افسردگی در مجردین و متأهلین گروه نمونه ۷۰
- جدول ۴-۲۳: جدول مقدار خی دو علائم شایع افسردگی در مجردین گروه نمونه ۷۱
- جدول ۴-۲۴: جدول مقدار خی دو علائم شایع افسردگی در متأهلین گروه نمونه ۷۲

فهرست نمودارها

- نمودار ۴-۱: نمودار دایره ای توزیع جنسیتی افراد گروه نمونه..... ۴۲
- نمودار ۴-۲: نمودار دایره ای توزیع اختلال دوقطبی در گروه نمونه (نوع I یا II)..... ۴۳
- نمودار ۴-۳: نمودار میله ای وضعیت تأهل افراد گروه نمونه ۴۴
- نمودار ۴-۴: نمودار ستونی توزیع سنی افراد گروه نمونه ۴۵
- نمودار ۴-۵: نمودار دایره ای میزان تحصیلات افراد گروه نمونه ۴۶
- نمودار ۴-۶: نمودار دایره ای توزیع درآمد افراد گروه نمونه ۴۷
- نمودار ۴-۷: نمودار دایره ای وضعیت شغلی افراد گروه نمونه..... ۴۸

فصل ۱

کلیات پژوهش

۱-۱ مقدمه

تاریخ علم روانشناسی در دوره‌های مختلف خود شاهد فراز و نشیب رویکردها و مکاتب گوناگونی بوده است. روانشناسی برای انطباق با محیط‌های ذهنی و اجتماعی در حال تغییر، در هر عصر با مشکلات و چالش‌هایی روبرو بوده است. روانشناسی امروز، هم به عنوان علم و هم به عنوان حرفه با مشکلاتی دست و پنجه نرم می‌کند که به تعریف جریان آتی این رشته کمک خواهند کرد. یکی از مسائلی که تمامی جوامع، حتی جامعه‌ای مانند جامعه‌ی آمریکا نیز سعی دارند تا با آن انطباق یابند، مسأله‌ی توجه به ماهیت چند فرهنگی جوامع است.

گروه‌های مختلف جنسی، نژادی و قومی، هویت‌های مجزایی را ادعا می‌کنند و انتظار دارند جامعه به نیازهای منحصر به فرد آنان پاسخ دهد. علیرغم آنکه طی قرن گذشته، گوناگونی زیادی در تعاریف و نظریه‌های روانشناسی دیده‌ایم، گوناگونی در ویژگی‌های شغلی روانشناسان نسبتاً اندک بوده است. بیشتر این روانشناسان برخلاف اختلاف در اندیشه‌ها و روش‌ها، مردان سفیدپوست از کشورهای اروپایی یا ایالات متحده بوده‌اند (شولتز^۱ و شولتز، ۱۹۹۶، ترجمه سیف و همکاران، ۱۳۸۲).

روانپزشکی به عنوان شاخه‌ای از پزشکی که با مطالعه و درمان بیماری‌های روانی مرتبط است، در رویکردهای نظری و کاربردی خود به اختلالات روانی، عوامل فرهنگی و اجتماعی را به مقدار زیادی نادیده گرفته است (مارسلا^۲ و وایت،^۳ ۱۹۸۲). روان‌درمانی مدرن نیز به عنوان یکی از حوزه‌های اصلی روانشناسی، ساخته‌ی دست مردان سفیدپوست اروپایی است. روان‌درمانی از همان آغاز پیدایی خود در اروپا، بر تعریف جامعه‌ی مردان سفیدپوست از حالت‌های روانی سالم تأکید کرده است و عمدتاً به

¹ Schultz

² Marsella

³ White

نیازهای جمعیت‌های گوناگون که ادعای خدمت به آنها را می‌کند توجهی نداشته است (پروچاسکا^۴ و نورکراس^۵، ۱۹۹۹، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۳).

متخصصان بهداشت روانی، با حجم انبوهی از مهاجرین و پناهندگان متعلق به سایر فرهنگ‌ها روبرو شده‌اند که مداخلات بالینی بر روی آنان، اغلب بی‌اثر بوده است (کورتمن^۶، ۲۰۱۰). روانپزشکان دارای گرایش زیست‌شناختی، این مسئله را موضوع بااهمیتی تلقی نمی‌کنند و پژوهش‌های روانپزشکی متعارف به دلیل آنکه روانپزشکی را دارای کاربردی جهانشمول دانسته و گرایش به تقلیل دادن پیچیدگی روایت‌های بیماری به فهرستی از علائم و نشانه‌ها دارند، در کشف معنای فرهنگی پریشانی ناکارآمد هستند (کایرمایر^۷، ۲۰۰۱). به همین دلیل، فعالان حوزه‌ی سلامت روان، اغلب با مشکلات بیماران متعلق به فرهنگ‌های غیرغربی، به روش آزمون و خطا برخورد می‌نمایند، که این امر مکرراً به نتایج ضعیفی منتهی می‌گردد (کورتمن، ۲۰۱۰).

روانپزشکی معاصر، با توجه به تأثیر قابل‌توجه طب زیست‌شناختی در شکل‌گیری آن، چنین می‌انگارد که اختلالات روانی عمدتاً علل زیستی دارند و دارای سبب‌شناسی و تظاهر جهان‌شمول هستند (مارسلا و وایت، ۱۹۸۲). در تلاش برای فراهم آوردن زبان و چهارچوبی بین‌المللی برای پژوهش و کار بالینی، بذرمفاهیم روانپزشکی در سراسر جهان پاشیده شده است (کایرمایر و گرولو^۸، ۲۰۰۱). هرچند این تلاش، به واسطه‌ی پژوهش‌های میان‌فرهنگی و ظهور نتیجه‌بخش علوم میان‌رشته‌ای مانند روانپزشکی میان‌فرهنگی، که عوامل اجتماعی و فرهنگی را وارد حوزه‌ی درک و درمان اختلالات روانی کرده است، با چالش روبرو شده است (مارسلا و وایت، ۱۹۸۲). عوامل یاد شده، در کنار تغییرات روزافزون جمعیت‌شناختی، از نیاز به آگاهی فرهنگی در تمامی فعالیت‌ها، به‌ویژه آنهایی که ریشه در روابط

⁴ Prochaska

⁵ Norcross

⁶ Kortmann

⁷ Kirmayer

⁸ Groleau

میان فردی دارند، خبر می‌دهند (پروچاسکا و نورکراس، ۱۹۹۹، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۳). آنچه مسلم است، روانشناسان و روانپزشکان و در مجموع متخصصان حوزه‌ی بهداشت روانی، برای انطباق با نیازهای روزافزون جمعیت‌های مختلف نژادی و فرهنگی و رویارویی با چالش‌های یاد شده، ناگزیر از توجه دقیق و همه‌جانبه به متغیرهای فرهنگی و اجتماعی اثرگذار بر حوزه‌های گوناگون بهداشت روانی هستند.

۱-۲ بیان مسئله

گسترش چشمگیر جنبش بین فرهنگی در روانشناسی طی دهه‌های گذشته و بی‌توجهی نسبی روانشناسان ایرانی به این حرکت، این نکته را به ذهن متبادر می‌سازد که توجه به فرهنگ در اکثر محافل روانشناسی ایرانی به صورت غیرعملی و حتی گاهی تفریحی دنبال می‌شود. این در حالی است که جنبش بین فرهنگی، پای را فراتر از یافتن تفاوت‌های جالب بین دو فرهنگ نهاده تا حدی که نظریه روانشناختی را به بازنگری در بنیادی‌ترین پایه‌های خود واداشته است (جوشن‌لو و رستمی، ۱۳۸۸). افزایش توجه نسبت به جایگاه فرهنگ بر رفتار آدمی موجب شکل‌گیری رشته‌هایی همچون انسان‌شناسی، روانپزشکی بین فرهنگی و رویکردهای درمانی‌ای مانند درمان حساس به فرهنگ، در حوزه‌ی روانشناسی گردیده است. پیش‌تر تصور بر آن بود که روان‌درمانی فرایندی همگانی و میان فرهنگی است و به عبارتی دیگر بالقوه برای بیماران با فرهنگ‌های مختلف مناسب است. اما به زودی مشخص گردید که انسان‌ها روان‌درمانی را برای حل مشکلات انسان به وجود آورده‌اند و هر ابتکاری که انسان به خرج می‌دهد، بنابر تعریف، فرهنگی است (پروچاسکا و نورکراس، ۱۹۹۹، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۳).

عطف توجهات به تفاوت‌های قومی در بیماری‌های روانی در اواسط قرن هجدهم، و شناسایی و توصیف علائمی در جمعیت‌های مهاجرنشین که با دیدگاه‌های آمریکایی - اروپایی و نقطه‌نظر فرهنگ و تمدن غربی بیگانه بودند، زمینه‌ی شکل‌گیری روانپزشکی فرهنگی را فراهم ساخت؛ رشته‌ای که اساساً هدفی جز گسترش آگاهی از رفتار و مسائل بشر از جنبه‌ی بین فرهنگی، به منظور توسعه‌ی نظریات کاربردی‌تر (از جنبه‌ی همگانی) و معتبرتر (از جنبه‌ی بین فرهنگی) را دنبال نمی‌کند (میهانوویچ^۹ و همکاران، ۲۰۰۵). اگرچه تمام مسائل و مشکلات تجربه شده در جمعیت‌های اقلیت را نمی‌توان به عوامل فرهنگی نسبت داد، با این وجود، سر و کار داشتن با تفاوت‌های فرهنگی، چالشی محوری در روانپزشکی بین فرهنگی محسوب می‌گردد (کورتمن، ۲۰۱۰). مناظره‌ی میان انسان‌شناسی و روانپزشکی درباره‌ی فرهنگ و بیماری روانی در حال به حرکت درآمدن است و در سال‌های اخیر شاهد اعتراف روانپزشکان به گوناگونی‌های فرهنگی در نشانه‌شناسی^{۱۰}، و همین‌طور شاهد روانپزشکانی بوده‌ایم که به منظور مطالعه‌ی مسائلی که ممکن است به صورت نظام‌دار نادیده گرفته شوند، به الگوهای پزشکی غیرغربی بها می‌دهند (کراوس،^{۱۱} ۱۹۹۴).

هرچند فرایندهای زیست‌شناختی، در سبب‌شناسی بیماری‌های روانی دخیل هستند، این علل چندگانه هستند و عوامل فرهنگی و اجتماعی نقشی تعیین‌کننده دارند (مارسلا و وایت، ۱۹۸۲). فرهنگ تأثیر عمده‌ای بر بیماری‌های روانی دارد. از جنبه‌ی نظری، فرهنگ یکی از مهمترین عوامل تعیین‌کننده تمامی رفتارها - چه بهنجار و چه نابهنجار - است. به همان میزان که انگاره‌های فرهنگی متفاوتی در رفتار بهنجار می‌یابیم، بایستی در انتظار یافتن تفاوت‌های فرهنگی خاصی در رفتارهای نابهنجار نیز باشیم (کوکرین،^{۱۲} ۱۹۹۱، ترجمه براتی‌سده و نجاریان، ۱۳۷۶). در طول قرن گذشته، روانشناسان و فلاسفه‌ی غربی، برمبنای یک مفروضه‌ی اصلی به بررسی فرایندهای شناختی انسان پرداخته‌اند و آن این

⁹ Mihanovic

¹⁰ Symptomatology

¹¹ Krause

¹² Cochrane

است که هر انسان بهنجاری، در هر جای دنیا، مجهز به فرایندهای ذهنی یکسانی است و چه ساکن کوههای تبت باشد و چه ساکن پاریس، به یک صورت می‌اندیشد. اما تحقیقات تجربی‌ای که اخیراً توسط روانشناسان بین‌فرهنگی انجام گرفته است، حاکی از آن است که افرادی که در فرهنگ‌های مختلف جهان به دنیا می‌آیند نه تنها به چیزهای متفاوتی می‌اندیشند، بلکه متفاوت نیز می‌اندیشند. به عبارت دیگر، فرهنگ‌های گوناگون قادرند فرایندهای ذهنی افراد را تحت تأثیر قرار دهند (جوشن‌لو و رستمی، ۱۳۸۸).

فرهنگ پیونددهنده‌ی ساختار و کارکرد اجتماعی است که به عنوان ارزش‌ها، باورها، هنجارها، رفتارها و اشیای مادی که شیوه‌ی زندگی مردم را تشکیل می‌دهد، تعریف می‌شود (هرسن^{۱۳} و ترنر^{۱۴}، ۱۹۸۵، ترجمه شاملو و محمدی، ۱۳۷۴). افراد بشر و محیط اجتماعی فرهنگی آنها سیستم‌های به هم بسته‌ای هستند که منعکس‌کننده‌ی خواص یکدیگرند؛ انسان‌ها و فرهنگ‌شان نمی‌توانند مجزا از یکدیگر باشند. به‌علاوه، فرهنگ صرفاً لازمه‌ی بیماری روانی و درمان نیست. بلکه، فرهنگ متغیری اساسی است که با متغیرهای زیست‌شناختی، روانشناختی و محیطی تعیین‌کننده‌ی علل، تظاهرات و درمان طیف کاملی از اختلالات روانی، در تعامل است (مارسلا و وایت، ۱۹۸۲). با توجه به اینکه اختلال‌های روانی رفتار انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهند، و رفتار نیز به فرهنگ وابسته است، بنابراین علائم اختلالات، معانی و درمان آنها در بین فرهنگ‌ها متفاوت است. تمامی رفتارها به فرهنگ وابسته‌اند و از این حیث که هیچ بیماری روانی‌ای نمی‌تواند از تأثیر عوامل فرهنگی بر پیدایش، الگوی بروز خود، و دیگر پارامترهای بالینی بگریزد، همه بیماری‌های روانی و درمانها، به لحاظ فرهنگی، ویژه هستند. بیماری‌های روانی و محیط فرهنگی اجتماعی‌ای که در آن شکل گرفته‌اند، هم از جنبه‌ی نظری و هم به لحاظ تجربی، پیوندی ناگسستنی با یکدیگر دارند، و رفتار بیمارگونه، حتی هنگامی که فرایندهای مرتبط با اختلال به

¹³ Hersen

¹⁴ Turner

واسطه‌ی طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها قابل‌تشخیص باشد، قویاً توسط فرهنگ شکل می‌گیرد (کلایمن،^{۱۵} ۱۹۸۸).

توجهی که امروزه روانشناسی نسبت به مسأله فرهنگ نشان می‌دهد به مراتب بیش از گذشته است. در حیطه‌ی تشخیص نابهنجاری‌ها، این اصل که مجموعه علائم یک بیماری از فرهنگی به فرهنگ دیگر متفاوت است، موضوعی است که پژوهش‌های بسیاری واقعیت آن را تأیید می‌کنند. به همین منوال، گروه‌های مختلف در یک فرهنگ ممکن است نشانه‌های بسیار متفاوتی از یک بیماری را از خود بروز دهند (هرسن و ترنر، ۱۹۸۵، ترجمه‌ی شاملو و سیدمحمدی، ۱۳۷۴).

بنابراین، ممکن است نشانه‌ها و سبب‌شناسی نابهنجاری نیز از فرهنگی به فرهنگ دیگر متفاوت باشد. به عنوان مثال، مفهوم افسردگی، نه تنها در زبان‌های گوناگون، مثل چینی، ژاپنی، مالایایی و سرخپوستان آمریکایی قابل دستیابی نیست، بلکه بسیاری از علائم افسردگی، مانند احساس درماندگی، احساس بی‌ارزشی، احساس گناه و فقدان هیجان در برخی از فرهنگ‌های دیگر به چشم نمی‌خورد (کوکرین، ۱۹۹۱، ترجمه براتی‌سده و نجاریان، ۱۳۷۶).

تصور "بیماری روانی"، در حقیقت باوری غربی است. "سلامت روانی" و "اختلال روانی"، به صورت انکارناپذیری مفاهیم نژادپرستانه هستند، و در بسیاری از مفاهیم غربی سلامت روانی و درمان‌ها، تعصبات قومی بسیاری وجود دارد (مارسلا و وایت، ۱۹۸۲).

از میان تمامی رویکردهای مربوط به حوزه‌ی اختلال روانی، امروزه رویکرد غالب به این حوزه، رویکرد زیست‌پزشکی به مبحث اختلالات روانی است که مبنای شکل‌گیری راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^{۱۶} را تشکیل می‌دهد. نگرش DSM به اختلال روانی، نگرشی کاملاً زیستی است و همین توجه صرف به مؤلفه‌های زیستی در بروز بیماری‌ها، موجب شده تا سایر مؤلفه‌ها، از جمله

¹⁵ Kleinman

¹⁶ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

مؤلفه‌های فرهنگی، از نظر مؤلفین DSM دور بماند. هرچند حتی مؤلفان DSM نیز در قسمت‌های مختلف این راهنما، از جمله در مقدمه و بخش تازه‌های روانپزشکی، از بخش انسان‌شناسی و روانشناسی بین‌فرهنگی یاد می‌کنند و آن را از یافته‌های خود ذکر می‌کنند. با وجودی که اهمیت فرهنگ در DSM III، مختصراً مورد تأیید قرار گرفته، DSM IV دارای ضمیمه‌ای است که حاوی طرحی برای فرمول‌بندی فرهنگی و یک واژه‌نامه از سندرم‌های وابسته به فرهنگ می‌باشد. به‌علاوه «خصایص فرهنگ ویژه»^{۱۷} مورد توجه قرار گرفته‌اند که با طبقات تشخیصی واقعی متناسب هستند (لو^{۱۸} و همکاران، ۱۹۹۵). این مسأله، نشانگر ادعان مؤلفان DSM به بی‌توجهی نسبت به مؤلفه‌های فرهنگی دخیل در اختلال روانی است. با این شرایط، لازم است که روانشناسان ایرانی، در پی دستیابی به یک راهنمای بومی متناسب با فرهنگ ایرانی باشند.

با توجه به آنچه گفته شد و با در نظر گرفتن این مسئله که شناخت دقیق علائم و نشانه‌های بیماری روانی، مهمترین گام در امر تشخیص و درمان می‌باشد، بررسی علائم و نشانه‌های اختلالات روانی در جامعه‌ی ایرانی به منزله‌ی نخستین گام در حیطه‌ی بررسی تأثیر فرهنگ بر بیماری روانی، ضروری به نظر می‌رسد.

بنابراین پژوهش حاضر، بر آن است که به بررسی نشانه‌شناسی اختلال دوقطبی در مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی شهر تهران بپردازد. نظر به اینکه بررسی اختلال دوقطبی محور پژوهش حاضر است، ارائه‌ی توضیحی اجمالی در رابطه با این اختلال ضروری است.

اختلال دوقطبی زیرمجموعه‌ایی از طبقه‌ی اختلالات خلقی است که تصویر بالینی غالب در آنها، خلق آسیب‌شناختی و مشکلات ناشی از آن است (کاپلان^{۱۹} و سادوک^{۲۰}، ۲۰۰۵، ترجمه مختاری و همکاران، ۱۳۸۵).

¹⁷ Specific Culture Features

¹⁸ Lu

¹⁹ Kaplan

اختلال دوقطبی یکی از شایع‌ترین و بالقوه شدیدترین بیماری‌های روانی است که با چرخش‌های قابل‌ملاحظه‌ی خلقی و نوسان میان قطب‌های هیجان (سرخوشی و افسردگی) مشخص می‌گردد. این اختلال، مزمن و بازگشت‌کننده است، و بر درجه‌ی بالایی از ناخوشی و ناتوانی در بیماران دوقطبی دلالت دارد (سانچز^{۲۱} و خورخه^{۲۲}، ۲۰۰۴).

اختلالات روانی شدیدی از قبیل اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی، مشکل عمده‌ی سیستم بهداشت عمومی هستند که به پیامدهای زیانبار کارکردی، اجتماعی و اقتصادی و مرگ نابهنگام منجر می‌گردند (پرون^{۲۳} و همکاران، ۲۰۱۰). از این‌رو، اختلال دوقطبی چه به لحاظ آثار و کژکاری‌های گسترده‌ی شغلی و اجتماعی‌ای که در پی دارد و چه به لحاظ آنکه عدم وجود ملاک‌های تشخیصی مورد توافق همگان، به تشخیص نادرست اختلال منجر گشته و می‌گردد، شایسته‌ی توجه بیشتر پژوهشگران و فعالان حوزه‌ی بهداشت روانی است.

۳-۱ اهمیت و ضرورت تحقیق

پرده برداشتن از تفاوت‌ها و شباهت‌های میان‌فرهنگی در رفتار و شناخت، از دو جهت برای علم روانشناسی، بسیار مهم و حیاتی است. چنانچه بخواهیم نظریاتی با قابلیت کاربرد در حداکثر فرهنگ‌های موجود در جهان داشته باشیم، این تنها راه است. از سوی دیگر، شناسایی تفاوت‌های بین فرهنگی به ارائه مؤثرتر خدمات روانشناختی به عموم مردم کمک می‌کند (جوشن‌لو و رستمی، ۱۳۸۸). سو^{۲۴} (۱۹۹۸) معتقد است روانشناسان بالینی و دیگر متخصصان بهداشت روانی، بایستی قابلیت‌های فرهنگی خود را ثابت نمایند؛ به این معنا که شناخت کافی در مورد گروه‌های گوناگون فرهنگی و مهارت‌های لازم برای درمان مؤثر آنان را داشته باشند. به عقیده‌ی وی، روانشناسان بالینی باید فرهنگ

²⁰ Sadock

²¹ Sanches

²² Jorge

²³ Perron

²⁴ Sue

و دیدگاه‌های خود و گروه‌های موجود در فرهنگ طرف مقابل خود را بشناسند و مداخلات آگاهانه فرهنگی انجام دهند (فیرس^{۲۵} و ترال،^{۲۶} ۲۰۰۲، ترجمه فیروزبخت، ۱۳۸۵).

مطالعات تطبیقی برای درک و تشخیص مردمانی که در فرهنگ‌های مختلف پرورش یافته‌اند نیز اهمیت فرهنگ در تعیین خصوصیات روانشناختی مردم را نشان می‌دهد. فرهنگ همانند متنی تصویر شده است که اعضای آن واژه‌ها و دستور زبان آن را فرا می‌گیرند. فرهنگ، ذهنیت اعضای خود را تسخیر می‌کند، فیزیک آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (به گونه‌ای که واجد پاره‌ای توانایی‌های بدنی خاص می‌شوند) و ساخت اجتماعی آنها را شکل می‌دهد. اگر فرهنگ را مجموعه‌ای پیچیده از عقاید، ارزش‌ها و مفاهیم مشترک بدانیم، می‌توانیم به گونه‌ای موجه ادعا کنیم که زبان نیز به عنوان بخشی از این مجموعه پیچیده بر ما تأثیرگذار است و از این حیث که نظام معنایی و نشانه‌شناسی آن به ما امکان می‌دهد که بگوییم چه می‌کنیم، به آن وابسته‌ایم. بنابراین باید گفت، اشخاص آغشته به فرهنگ هستند (فی^{۲۷}، ۱۹۹۶، ترجمه‌ی مردیها، ۱۳۸۳).

بررسی تفاوت‌های فرهنگی در نحوه‌ی تجربه، ابراز و پاسخدهی به مشکلات بهداشت روان، برای دهه‌ها کانون اصلی پژوهش در انسان‌شناسی پزشکی و روانپزشکی فرهنگی بوده است. فرهنگ بر نحوه‌ی شناسایی، تعریف و معنابخشی به بیماری‌ها، کیفیت تفاوت آنها از جنبه‌ی زمانگیری و شروع، بیان علائم، سیر بیماری، پیامد، بهره‌گیری از درمان و پاسخ‌های درمانی اثرگذار است (کارپنتر - سانگ^{۲۸} و همکاران، ۲۰۱۰).

مطالعات روانپزشکی در فرهنگ‌های مختلف، به نوبه‌ی خود گویای اهمیت و نقش فرهنگ در تعیین شکل و خصوصیات اختلالات روانی افراد است. پژوهش موردی بلزن^{۲۹} (۲۰۰۰) در باب فرهنگ، مذهب

²⁵ Phares

²⁶ Trull

²⁷ Fay

²⁸ Carpenter - Song

²⁹ Belzen

و آسیب شناسی روانی؛ مطالعه‌ی پولاک^{۳۰} و همکاران (۲۰۰۰) بر روی منابع سازگاری بیماران دوقطبی متعلق به گروه‌های قومی مختلف؛ مشاهدات بالینی نیکلاس^{۳۱} و همکاران (۲۰۰۷) در رابطه با تجلی و درمان افسردگی در زنان اقلیت ساکن ایالات متحده و بررسی الگوی مصرف داروهای پزشکی در جمعیت‌های مهاجر سوئد (بلایت^{۳۲} و همکاران، ۲۰۰۸)، تنها بخشی از تلاش‌های صورت گرفته در راستای بازشناسی جایگاه فرهنگ و متغیرهای قومی و نژادی در حوزه بهداشت روانی است. بخش قابل توجهی از این مطالعات، مؤید تأثیر متغیرهای فرهنگی و قومی بر اختلالات روانی، به ویژه بر علائم و نشانه‌های این اختلالات می‌باشند. برای مثال، پژوهش دو محقق نشان داد که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، در بیمارستانهای هندوستان، آفریقا و ژاپن، نسبت به بیماران آمریکایی که به تشخیص روانپزشکان، برای ابتلا به همین بیماری در بیمارستان‌های آن کشور بستری گردیده‌اند، کمتر خشونت و پرخاشگری نشان می‌دهند (قرایی‌مقدم، ۱۳۸۲).

هر فرهنگ در تجلی اختلال روانی متفاوت عمل می‌کند و اختلالات روانی تنها در درون بافت فرهنگی، دارای معنای شخصی و اهمیت اجتماعی هستند (مارسلا و وایت، ۱۹۸۲).

هر فرهنگ، زبان و نظام واژگانی خاصی را به اعضای خود تحمیل می‌نماید. گرچه در مفاهیم عاطفی و بازشناسی حالت‌های هیجانی، در تجلیات چهره‌ای عمومیت‌های میان فرهنگی وجود دارد، اما، برخی احساسات بدوی و معانی ناپخته مانند خوب و بد نیز وجود دارد.

این هیجان‌های بنیادین، به واسطه‌ی احساسات پیچیده‌تری بنا می‌شوند که شامل ترکیبات یا توالی‌هایی با مقدمات و مؤخرهای ویژه هستند. بنابراین هیجان، حالت‌های بدنی مرجع، رفتارها، احساسات، و شرایط اجتماعی را نامگذاری می‌نماید. حتی ساده‌ترین تجربه‌های بدنی، به معانی خاص فرهنگی آغشته می‌گردند. ریشه‌ی اصطلاحات هیجانی در هر زبانی، تاریخچه‌ی فرهنگی ای را منعکس

³⁰ Pollack

³¹ Nicolas

³² Blight

می‌سازد که بر هیجان‌ها، در شرایط اجتماعی اولیه‌ی ویژه تمرکز می‌یابد. بنابراین، واژه‌نامه‌ی هیجانی، ارزش‌های برجسته‌ی (اجتماعی و اخلاقی) یک جامعه‌ی فرهنگی را به رمز درمی‌آورد (کایرمایر و گرولو، ۲۰۰۱).

بنابراین می‌توان انتظار داشت که افراد متعلق به فرهنگ‌های گوناگون، در ابراز حالت‌های هیجانی خود، واژه‌ها و ترکیبات گفتاری متفاوتی را مورد استفاده قرار دهند.

فابریگا^{۳۳}، ۱۹۸۷ و کلایمن، ۱۹۸۸ (به نقل از لو و همکاران، ۱۹۹۵) اظهار می‌کنند که فرهنگ، بر برداشت متخصص بالینی از بهنجاری و طبقات بیماری تأثیرگذار است. یک درمانگر غربی، با استفاده از DSM، ممکن است به سادگی چنین پندارد که همه‌ی افراد یکسان هستند. از آنجا که روانپزشکان و روانشناسان حتی در فرهنگ‌های غیرغربی هم عموماً آموزش غربی می‌بینند و در امر تشخیص و درمان از یک نظام طبقه‌بندی غربی استفاده می‌نمایند، طبیعی است که در تفسیر رفتارهای گوناگون، به عنوان برخی علائم اختلالات روانی، تا اندازه‌ای تحت تأثیر آموزش‌هایشان باشند (کوکرین، ۱۹۹۱، ترجمه برای سده و نجاریان، ۱۳۷۶). از آنجائیکه ماهیت تشخیص، تمایز میان بهنجار و نابهنجار است، درمانگران ناگزیر از در نظر گرفتن هنجارهای فرهنگی رفتار و قرار دادن داده‌های به دست آمده در یک چارچوب تاریخی هستند. در صورت عدم بررسی زبان و رسوم درمانجویان در بافت فرهنگی خاص خودشان، درمانگران ممکن است در دام «سفسطه‌ی طبقه‌بندی» گرفتار آیند، که عبارت است از بکارگیری نادرست طرح طبقه‌بندی شکل‌گرفته در یک فرهنگ خاص برای فرهنگ دیگر، که می‌تواند منجر به تشخیص نادرست آسیب‌شناسی روانی یک رفتار بهنجار گردد (لو و همکاران، ۱۹۹۵).

کلایمن (۱۹۸۸) خاطرنشان می‌سازد که رویکرد DSM، تشخیص‌های مشخصی را که در دیگر فرهنگ‌ها رایج هستند، ولی در دنیای غربی اینگونه نیستند، حذف می‌نماید (لو و همکاران، ۱۹۹۵).

³³ Fabrega