

نقش فرهنگ در ابعاد اختلالات اضطرابی بر اساس پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی

فریبا زرانی^۱
فرزانه حقیقی^۲
حسین علی‌زاده^۳
اسماعیل شیری^۴

چکیده

موقعیت اجتماعی و زمینه فرهنگی نه تنها در نشانه‌های اختلالات روانی تأثیر مستقیم دارند؛ بلکه سهمشان در بروز و ابتلا به اختلالات روانی نیز اساسی است. اختلالات اضطرابی از جمله رایج‌ترین اختلالات روانی هستند و به مقدار بسیار زیادی تحت تأثیر نژاد، قوم و عوامل فرهنگی قرار می‌گیرند. با توجه به نگاه رو به افزایش DSM به فرهنگ، در هر تجدیدنظر آن مطالبی در خصوص تأثیر فرهنگ و نگاه فرهنگی - اجتماعی به آسیب‌شناسی روانی اضافه شده است. مقاله حاضر از نوع مروری است که به بررسی برخی از جنبه‌های تفاوت‌های فرهنگی در اختلالات اضطرابی می‌پردازد. در این راستا، دو دسته از عوامل فرهنگی مورد بررسی قرار گرفت: (۱) عوامل روان‌شناسی / فیزیولوژی قومی که به باور و عقاید هر گروه فرهنگی نسبت به کارکرد بدن اشاره دارد، و (۲) عوامل زمینه‌ای که ممکن

۱. استادیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر

۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی

۴. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی (Esmail.shiri67@yahoo.com) (نویسنده

مستول)

است مسئول تفاوت‌های فرهنگی در تجربه و ابراز اضطراب باشد. در همین راستا، نقش برجسته در اختلالات اضطرابی به‌عنوان عوامل زمینه‌ای مورد بحث قرار گرفت، اعتبار و دقت تشخیصی دو اختلال پانیک و اضطراب فراگیر از دیدگاه پژوهش‌های بین‌فرهنگی ارزیابی شد، تغییرات DSM-5 در خصوص مسائل فرهنگی در اختلالات اضطرابی مورد بررسی قرار گرفت، و به پژوهش‌های انجام‌شده در ایران توجه شد. از طریق بهبود سیستم طبقه‌بندی موجود می‌توان حساسیت تشخیصی DSM را نسبت به بروز اختلالات اضطرابی درون فرهنگ بیشتر کرد که این مسئله نیازمند پژوهش‌های بین‌فرهنگی بیشتر در خصوص اختلالات اضطرابی است.

واژه‌های کلیدی: اختلالات اضطرابی، فرهنگ، راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی.

The role of culture in the dimensions of anxiety disorders based on DSM-5

Fariba Zarani, PhD¹

Farzane Haghghi²

Hossein Alizade³

Esmail Shiri⁴

Abstract

Social and cultural context have a direct impact not only on the signs and symptoms of mental disorders, but also on their emergence and development. Anxiety disorders are one of the most common psychiatric disorders which largely affected by race, ethnicity and cultural factors. With regard to the growing view of the DSM toward culture, there are evidences of the effects of culture and the socio-cultural view on psychopathology in each revision of the DSM. In the present article, which is a review article, cultural differences in anxiety disorders have been discussed. In this regard, two components of cultural factors have been investigated: (1) ethnopsychology/ ethnophysiology factors that refer to the beliefs of each cultural

1. Assistant professor of Shahid Beheshti University, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tehran, Iran.
2. MA in Clinical Psychology, Islamic Azad University of Khomeini Shahr.
3. PhD Student of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
4. PhD Student of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. (Esmail.shiri67@yahoo.com) (Corresponding Author)

group toward the body functions; and (2) contextual factors which might be responsible for cultural differences in experiencing of anxiety. In this regard, this research includes: a discussion on the role of stigma in anxiety disorders; an evaluation of the reliability and diagnostic accuracy of panic disorder and generalized anxiety disorder from the perspective of cross-cultural researches; a discussion on the changes in DSM-5 regarding cultural issues in anxiety disorders, and also on the researches conducted in Iran. Finally, it can be concluded that by improving the existing classification system, DSM diagnostic sensitivity can be increased to the intra-cultural anxiety disorders – a problem that requires more cross-cultural researches on anxiety disorders.

Keywords: anxiety disorders, culture, DSM.

مقدمه

اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین اختلالات روانی است (اساو^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). این طبقه از اختلالات، به مقدار بسیار زیادی تحت تأثیر نژاد، قوم و عوامل فرهنگی قرار می‌گیرند (هافمن^۲ و همکاران، ۲۰۱۰) که بخشی از آن ناشی از تفاوت در عقایدی است که افراد هر گروه فرهنگی در مورد فیزیولوژی زیربنایی سندرم‌ها و همچنین بافت و استانداردهای فرهنگی که فرد در آن زندگی می‌کند، دارند (استین و ویلیامز^۳، ۲۰۰۲). پس از سومین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۴، توجه ویژه‌ای به اختلالات اضطرابی در درون فرهنگ‌ها و جوامع انسانی شد و خصوصیات فرهنگی خاصی در خصوص اختلالات اضطرابی و همچنین شیوع آن، بررسی شد (گود و کلایمن^۵، ۱۹۸۵). در پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) نیز بار دیگر، به مسئله فرهنگ تأکید شده است. DSM-5 حساسیت فرهنگی زیادی نسبت به اختلالات اضطرابی پیدا کرده است که در آن به جای ارائه فهرستی ساده از سندرم‌های فرهنگی، ملاک‌های اختلالات را به گونه‌ای به‌روزرسانی کرده است که منعکس‌کننده تفاوت‌های بین فرهنگی باشد. همچنین، DSM-5 اطلاعات ساختارمند و با جزئیات در مورد مفاهیم فرهنگی از پریشانی^۶ را ارائه می‌دهد و در انتها مصاحبه‌ای بالینی را مطرح می‌کند تا

1. Essau

2. Hofmann

3. Stein & Williams

4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder, 3rd Edition (DSM-III)

5. Good & Kleinman

6. distress

به‌طور جامع به ارزیابی فرد در بافت فرهنگی و اجتماعی او پرداخته شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۱، ۲۰۱۳ الف).

طبق DSM-5، طبقه اختلالات اضطرابی با اینکه در جوامع انسانی به شکل کلی و عام شناخته شده است، در هر بافت فرهنگی، علائم و شیوع ویژه خود را نشان می‌دهد. علت این امر می‌تواند فقدان ارزیابی‌های همسان، تفاوت‌های واقعی در شیوع و در نهایت اعتبار محدود یا حتی نادرست معیارهای بالینی باشد. یک خطای اساسی در این زمینه، تلاش برای «اختصاصی کردن بیش از حد» اختلالات در ویراست‌های قبلی DSM است که این مسئله سبب شد تا اختلالات با معیارهای بالینی خود کاملاً منطبق نباشند و در نتیجه متخصص بالینی را به این نتیجه برساند که تشخیص «به گونه‌ای دیگر مشخص نشده» را برای بیمار، ثبت کند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳ الف).

از سال ۱۹۸۰، پژوهشگران مشاهده کردند که نتایج همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در جوامع و فرهنگ‌های مختلف بسیار تغییرپذیرند (استین و ویلیامز، ۲۰۰۲). تفاوت‌های مشاهده‌شده در میزان شیوع اختلالات در بین گروه‌های فرهنگی، سبب بروز پرسش‌های بسیاری شد. این پرسش‌ها محدود به این نیست که آیا این تفاوت‌ها به دلیل فقدان ابزارهای معادل است یا ناشی از محدودیت اعتبار و روایی معیار تشخیصی است (ویتچن و جکوبی^۳، ۲۰۰۵). ممکن است هر دو این احتمال وجود داشته باشد؛ اما واقعیت این است که ابزارهای موجود، برآوردهای شیوع، و تغییر معیارها در طول زمان این موضوع را پیچیده‌تر کرده است. علاوه بر آن، در صورتی که ابزار یکسانی در موقعیت‌های فرهنگی مختلف مورد استفاده قرار گیرد، ممکن است دچار این محدودیت شود که آیا پدیده یکسانی در فرهنگ‌های مختلف بررسی شده است یا خیر. برای مثال، ابزار خودگزارش‌دهی هارتر^۴ (۱۹۸۲) که به بررسی حرمت خود^۵ در کودکان می‌پردازد، در جوامع غربی اعتبار و پایایی قابل قبولی دارد؛ اما این ابزار در جوامع شرقی با محدودیت بسیار جدی روبه‌رو بوده است، به گونه‌ای که پژوهشگران بعد از اجرای آن در میان کودکان ژاپنی، و رسیدن به این مسئله که ابزار حاضر پایایی و روایی مناسبی ندارد، متوجه شدند که حتی در فرهنگ ژاپنی،

1. American Psychiatric Association
2. not otherwise specified (NOS)
3. Wittchen & Jacobi
4. Harter
5. Self-esteem

کلمه‌ای معادل حرمت خود وجود ندارد (هارتر، ۲۰۱۵). این مسئله به مقدار زیادی در مورد اختلالات روانی نیز صدق می‌کند. همچنین، یکی دیگر از مشکلات موجود در این زمینه آن است که بسیاری از پژوهش‌های بین‌فرهنگی اختلالات روانی در ایالات متحده و اروپا انجام شده است که در این مطالعات، محدودیت توجه به تنوع نژادی، قومی و فرهنگی در نمونه‌های مطالعه وجود دارد (ویتچن و جکوبی، ۲۰۰۵).

از این رو، در ادامه مقاله حاضر سعی خواهد شد تا تفاوت‌های همه‌گیرشناسی اختلالات اضطرابی در میان گروه‌های فرهنگی و تأثیر جنبه‌های فرهنگی بر ابراز اختلالات اضطرابی بررسی شود. همچنین، به نمونه‌هایی از اختلالات اضطرابی خاص فرهنگی اشاره می‌شود و در نهایت به بررسی اعتبار و تفاوت‌های بین‌فرهنگی اختلال پانیک^۱ و اختلال اضطراب فراگیر^۲ پرداخته می‌شود تا درک بیشتری از تفاوت‌های بین‌فرهنگی در مورد این اختلالات به دست آید.

همه‌گیرشناسی اختلالات اضطرابی در گروه‌های فرهنگی و محدودیت‌های آن

مقایسه مستقیم شیوع اختلالات اضطرابی در فرهنگ‌های مختلف دشوار است؛ زیرا زبان، ابزارهای ارزیابی، و زمینه‌های سیاسی، جغرافیایی، و اجتماعی در بین فرهنگ‌ها متفاوت است. به منظور داشتن برآوردی دقیق از تفاوت در شیوع اختلالات اضطرابی، یک راه مفید مقایسه گروه‌های فرهنگی مختلف درون یک کشور چندفرهنگی است. برای مثال، هافمن و هیتون^۳ (۲۰۱۴) به بررسی اختلالات اضطرابی در نمونه بزرگی از جمعیت ایالات متحده که شامل امریکایی‌های اسپانیایی تبار^۴، امریکایی‌های آسیایی تبار و امریکایی‌های آفریقایی تبار بود، اقدام کردند. نتایج نشان داد که امریکایی‌های آسیایی تبار در سه اختلال اضطرابی اصلی (اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال اضطرابی فراگیر، و اختلال پانیک) نمره پایین‌تری از دیگر گروه‌های جمعیتی کسب کرده بودند. همچنین در این پژوهش، امریکاییان آفریقایی تبار در ملاک‌های اختلال استرس پس از حادثه در مقایسه با دیگر گروه‌ها نمره بالاتری کسب کرده بودند. این نتایج

1. panic
2. generalized anxiety disorder
3. Hofmann, & Hinton
4. Hispanic Americans

ممکن است منعکس‌کننده تاریخچه اجتماعی - سیاسی گروه‌های نژادی در ایالات متحده باشد. برای مثال، جامعه آمریکاییان آفریقایی تبار تاریخچه‌ای از جنگ‌های درازمدت با نژادپرستی را طی چندین قرن تجربه کرده‌اند. در مقابل، آمریکاییان آسیایی تبار، مهاجرت نسبتاً آسانی داشته‌اند؛ اما با مشکلات سازگاری با جامعه روبه‌رو بوده‌اند (هافمن و هینتون، ۲۰۱۴).

نمونه‌ای از مطالعات بین گروه‌های فرهنگی نیز در ایران انجام شده است. زارغان و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه‌ای کیفی به بررسی ابعاد افسردگی و اضطراب در سه قومیت ترک، فارس، و کرد با تأکید بر طبقه‌بندی ابعادی اختلالات هیجانی (اختلالات اضطرابی و افسردگی) پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که مؤلفه «جسمانی‌سازی» بیشترین فراوانی را در گزارش علائم از سوی شرکت‌کنندگان به خود اختصاص داده است. همچنین ترکیب اصلی علامت‌شناختی افسردگی و اضطراب به صورت چهار مقوله اصلی جسمانی کردن، هیجان منفی، تکرار، و شناخت معیوب است. این عوامل را چگونه می‌توان تبیین کرد؟ مفاهیم مربوط به روان‌شناسی قومی / فیزیولوژی قومی و عوامل زمینه‌ای می‌تواند زمینه را برای تبیین بهتر فراهم کند که در ادامه به آن پرداخته می‌شود.

عوامل فرهنگی مؤثر بر اختلالات اضطرابی

هنگامی که رابطه بین فرهنگ و اختلالات اضطرابی بررسی می‌شود، لازم است تا برخی عوامل در نظر گرفته شود. این عوامل شامل: (۱) روان‌شناسی قومی / فیزیولوژی قومی^۱، و (۲) عوامل زمینه‌ای است. روان‌شناسی قومی / فیزیولوژی قومی به بررسی عقاید افراد نسبت به بدن و همچنین نسبت به نشانگان مختلف می‌پردازد. عوامل زمینه‌ای با بافت اجتماعی و هنجارها که تابع ساختار اجتماعی است، مرتبط‌اند. البته باید یادآور شد که عوامل زمینه‌ای و روان‌شناسی قومی / فیزیولوژی قومی مستقل از هم نیستند؛ بلکه در فرهنگ‌های مختلف، رابطه متقابل و پیچیده‌ای با یکدیگر دارند. با وجود این، به صورت جداگانه به بررسی جنبه‌های مختلف این عوامل پرداخته می‌شود.

عوامل مربوط به روان‌شناسی قومی / فیزیولوژی قومی

باور افراد در مورد فرایندهای زیستی و همچنین روان‌شناختی خود، به مقدار زیادی با اختلالات فرهنگی ویژه^۱ ارتباط دارد (لوئیس فرناندرز^۲ و همکاران، ۲۰۱۰). در ایالات متحده، ترس فرد از حمله قلبی در هنگام وقوع حملات پانیک، با آگاهی غیرحرفه‌ای وی از کارکرد قلب، حمله قلبی و عوامل خطر برای حملات قلبی ارتباط دارد. به‌طور مشابهی، دیگر گروه‌های اجتماعی و فرهنگی، اختلالات روانی را مطابق درک خودشان از کارکرد بدن نشان می‌دهند. برای مثال، مردمان کشور کامبوج^۳ به‌طور معمول نشانگان مرتبط با اضطراب را به‌گونه‌ای نشان می‌دهند که مبتنی بر ترس آن‌ها از «باد درونی»^۴ است که «حملات باد»^۵ نامیده می‌شود (کو^۶ و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین، آن‌ها نشانگان «مسدود شدن اعضای بدن» دارند که خودشان آن را «مرگ دست و پاها» می‌نامند که به مرگ منجر می‌شود؛ مفهومی که در غرب، «سکته» گفته می‌شود. کامبوجی‌ها ممکن است سندرم باد وریدهای شکمی^۷ را نیز تجربه کنند. این سندرم سبب افزایش شناخت‌های فاجعه‌آمیز در مورد احساسات معده‌ای و روده‌ای می‌شود و این باورها ممکن است به حملات معده‌ای - روده‌ای منجر شود. مشابه این مفهوم در امریکاییان این است که آن‌ها اغلب از پیچش معده به هنگام اضطراب شکایت می‌کنند (هیتون^۸ و همکاران، ۲۰۰۳).

در طب سنتی نیز، اضطراب به‌وسیلهٔ اخلاط چهارگانهٔ صفرا، دم، بلغم، و سودا تبیین می‌شود که در آن استرس و اضطراب، به علت غلبهٔ مزاج سودا و بلغم در افراد ایجاد می‌شود. همچنین، طبق طب سنتی ایرانی، غلبهٔ خلطی نقش علت را در اختلالات اضطرابی دارد. برای مثال داشتن افکار منفی نسبت به خود و دنیا، بر اثر غلبهٔ بلغم یا سوداست که در آن فرد با اصلاح تغذیه و سبک زندگی خود، می‌تواند اضطراب را کاهش دهد (ابوالحسنی، ۱۳۹۲). این مثال‌ها نشان می‌دهد چگونه عوامل مربوط به روان‌شناسی قومی / فیزیولوژی قومی و باورهای خاص هر فرهنگ در مورد کارکرد بدن، کیفیت و نحوهٔ بروز

1. culture-specific
2. Lewis-Fernández
3. Cambodia
4. inner wind
5. wind attack
6. Chou
7. abdominal wind syndrome
8. Hinton

اختلالات اضطرابی را نشان می‌دهد. این مثال‌ها به هیچ وجه منحصر به فرد نیستند؛ بلکه نشان می‌دهند که هر فرهنگی اختلالات اضطرابی را به شیوه خاصی بیان می‌کند.

عوامل زمینه‌ای

در حالی که عوامل مربوط به روان‌شناسی قومی / فیزیولوژی قومی بر ابراز اختلالات اضطرابی بر مبنای درک افراد از بدن خودشان تأثیر می‌گذارد، عوامل زمینه‌ای، ابراز اختلالات اضطرابی را از طریق بافت و هنجارهای اجتماعی تعیین می‌کند. یکی از عوامل زمینه‌ای مهم که در ابراز اختلالات اضطرابی نقش دارد، مفهوم داغ^۱ است که در ادامه به آن پرداخته می‌شود.

مسائل مربوط به داغ

یکی از عوامل زمینه‌ای مهم در اختلالات اضطرابی، داغ زدن به افراد است. تأثیر عوامل مربوط به داغ به میزانی است که حتی می‌تواند بر نحوه ابراز اختلالات اضطرابی نیز تأثیر بگذارد. مطالعات فرهنگی مختلف در سراسر جهان نشان دادند که فرهنگ‌های آسیایی و شرقی از جمله ایران، بیشتر تمایل دارند تا علائم جسمانی اختلالات روانی نظیر مشکلات عضلانی، سردرد و مشکلات قلبی را گزارش دهند. برای مثال لابر و راسلر^۲ (۲۰۰۷) در مطالعات خود دریافتند که افراد در کشورهای توسعه‌یافته با آزادی بیشتری به توصیف اختلالات روانی خود می‌پردازند، این در حالی است که مردمان کشورهای در حال توسعه، بیشتر سعی می‌کنند مشکلات روانی را با استفاده از مسائل جسمانی توضیح دهند. یکی از علل احتمالی آن، نقش داغی است که در مورد اختلالات روانی در این کشورها وجود دارد؛ زیرا در این کشورها ابتلا به یک بیماری جسمی مقبول‌تر از ابتلا به یک اختلال روانی است. این مسئله با مراجعه بیشتر به روان‌پزشک تا روان‌شناس در کشورهای در حال توسعه و تمایل به مصرف دارو به جای روان‌درمانی و همچنین تمایل به گرفتن برچسب «بیماری» به جای «اختلال روانی» نیز همخوان است (وریس^۳ و همکاران، ۲۰۱۷).

1. stigma
2. Lauber & Rössler
3. Vries

در ایران قادرزاده و درویش‌منش (۱۳۹۶) در کار کیفی با افرادی که دارای یک اختلال روانی بودند و همچنین با خانواده‌های آن‌ها، نشان دادند که در بسیاری از موارد، خانواده این افراد برای کاهش ننگ داغ و سبک‌تر کردن نگاه جامعه، به جای اختلالات اصلی، عنوان پذیرفته‌شده‌تری همچون افسردگی را به‌عنوان بیماری فرد اذعان می‌کنند. در مطالعه دیگری در ایران، زارعان و همکاران (۱۳۹۴) نشان دادند که قومیت‌های مختلف ایرانی برای ابراز اختلالات هیجانی خود (اختلالات افسردگی و اضطرابی)، واژه‌هایی نظیر ناراحتی عصبی، ناراحتی روحی، مشکل عصبی، مشکل روحی و مواردی نظیر این را برای نامیدن علائمشان به کار می‌برند. همچنین، ایرانیان هنگام اضطراب و افسردگی در گام نخست برای درمان، از درمانگران غیررسمی مانند بستگان، دوستان، مذهب و درمانگران سنتی استفاده می‌کنند. در ادامه این مقاله، به بررسی فرهنگی اختلال پانیک و اختلال اضطراب فراگیر پرداخته می‌شود.

اعتبار میان‌فرهنگی وجود معیار حملات پانیک چیست؟

DSM-5 تأکید زیادی بر نشانه‌های مختلف حملات پانیک در گروه‌های فرهنگی مختلف دارد؛ برای مثال، گریه‌های غیرقابل کنترل و یا سردرد ممکن است در برخی از فرهنگ‌ها نشانه‌ای از حملات پانیک باشد؛ در حالی که در فرهنگ دیگری، مشکل در تنفس بخشی از علائم آن باشد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳ ب). نمونه‌های دیگری در این خصوص شامل پارستزی^۱ (مور مور شدن بدن) در امریکاییان آفریقایی تبار (فریدمن و پارادیس^۲، ۲۰۰۲)، لرزش در کارئیب لاتین تبار^۳ (گوارناکیا^۴ و همکاران، ۱۹۹۶)، سرگیجه و سیاهی رفتن چشم در جوامع آسیایی (هینتون و گود^۵، ۲۰۰۹)، و ترس از مردن در اعراب (وگنر^۶ و همکاران، ۲۰۰۸) است.

تفاوت‌های بین‌فرهنگی به‌دست آمده در مورد حملات پانیک، این سؤال را مطرح می‌کند که این محدودیت‌ها چگونه در DSM-5 مد نظر قرار گرفته است. یکی

1. paresthesia
2. Friedman & Paradis
3. Caribbean latinos
4. uarnaccia
5. Hinton & Good
6. Wagner

از راه‌حل‌های DSM-5 نسبت به این مسئله، این است که بین دو تشخیص اختلال پانیک، و مشخصه حملات پانیک^۱ در سایر اختلالات تمایز قائل شده است. در حالی که اختلال پانیک به صورت یک حمله غیرمنتظره تعریف می‌شود؛ اما اسپسیفایر^۲ حملات پانیک مواقعی کدگذاری می‌شود که در زمینه سایر اختلالات اضطرابی یا خلقی ایجاد شود (کاپلان^۳، ۲۰۱۶). برای مثال در صورتی که حملات پانیک در واکنش به موقعیت اجتماعی، در فرد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی رخ دهد، در این صورت به جای تشخیص اختلال پانیک، تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی با اسپسیفایر حملات پانیک گذاشته خواهد شد. علاوه بر این، یکی دیگر از کارکردهای این مسئله، در خصوص روان‌شناسی قومی / فیزیولوژی قومی است. همانطور که بیان شد، هر گروه فرهنگی عقاید منحصر به فردی در خصوص فیزیولوژی بدن دارد؛ برای مثال ترس از حمله قلبی در میان امریکایی‌ها امری متداول است. ممکن است فردی در نتیجه دردی مبهم در قلب خود دچار ترس شدیدی شود و علائم پانیک را نشان دهد. در این صورت، در مورد اینکه آیا تشخیص اختلال پانیک گذاشته شود و یا اینکه اختلال دیگری وجود دارد که حمله پانیک یکی از اسپسیفایرهای آن است، باید تمایز قائل شد (آلن^۴ و همکاران، ۲۰۱۶).

چه شواهد بین فرهنگی در مورد معیارهای اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد؟ یکی از بحث‌های میان فرهنگی مهم در اختلال اضطراب فراگیر، این نکته است که آیا ملاک‌های معرفی شده برای این اختلال، اعتبار میان فرهنگی دارند (مایر^۵ و همکاران، ۲۰۰۰). در ادامه به بررسی معیارهای این اختلال در خلال پژوهش‌های فرهنگی پرداخته می‌شود.

معیار ارزیابی نگرانی

نگرانی افراطی و مزمن نشانه اصلی اختلال اضطراب فراگیر است. اگرچه نگرانی پدیده‌ای همه گیر است؛ اما پژوهش‌ها در مورد اعتبار بین فرهنگی ابزارهای سنجش «نگرانی»، محدود

-
1. Panic Attack specifier
 2. specifier
 3. Kaplan
 4. Allan
 5. Maier

بوده و نتایج متناقضی به دست آورده‌اند. برای مثال محققان در پژوهشی با استفاده از پرسش‌نامه نگرانی پن^۱، به ارزیابی نگرانی در میان جوانان گروه‌های مختلف فرهنگی در امریکا پرداختند. نتایج نشان داد که جوانان مکزیک‌تبار و جوانان اسپانیایی‌تبار نسبت به امریکاییان اروپایی‌تبار نمرات بالایی در مؤلفه‌های مربوط به نگرانی کسب کردند؛ اما از نظر میزان اختلال اضطراب فراگیر بین سه گروه، تفاوت معناداری وجود نداشت (اسکات^۲ و همکاران، ۲۰۰۲). مشکل دیگری که در این خصوص وجود دارد این است که بیشتر پژوهش‌های موجود در مورد نگرانی، در نمونه‌های عادی یا دانشجویان انجام شده است و اطلاعاتی در مورد اینکه چگونه این یافته‌ها در بین جمعیت اختلال اضطراب فراگیر تفسیر می‌شود، وجود ندارد (لویس فرناندز و همکاران، ۲۰۱۰).

معیار زمان

DSM-5 همانند ویراست قبلی خود، مدت ۶ ماه را حداقل زمان لازم برای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر تعیین کرده است. اعتبار مدت زمان ۶ ماه برای اختلال اضطراب فراگیر مورد انتقاد قرار گرفته است. در یک پژوهش ملی در امریکا، مشخص شد افرادی که علائم اختلال اضطراب اجتماعی را کمتر از ۶ ماه دارند، نسبت به افرادی که این علائم را بیش از ۶ ماه دارند، مشکلات کمتری در سازگاری و عود بعدی اختلال دارند؛ اما با وجود این، افراد بسیاری وجود دارند که علائم اختلال اضطراب اجتماعی را به جز ملاک زمان دارند و لازم است DSM در این خصوص اقداماتی انجام دهد (کسلر^۳ و همکاران، ۲۰۰۵ الف). همچنین، در پژوهش دیگری در ایالات متحده امریکا، داده‌های زمینه‌یابی ملی نشان داد که هیچ تغییرپذیری نژادی و قومی در خصوص مدت زمان متفاوت اختلال اضطراب فراگیر وجود ندارد (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵ ب).

معیار تعدد حوزه‌های نگرانی

پژوهش‌های بین فرهنگی در مورد تعدد حوزه‌های نگرانی از این اندیشه حمایت می‌کند که مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر، نسبت به بقیه گروه‌ها، نگرانی‌های بیشتری در

1. Penn state worry questionnaire (PSWQ)
2. Scott
3. Kessler

حوزه‌های متعدد زندگی دارند (لی^۱ و همکاران، ۲۰۰۷). با وجود این، برخی از حوزه‌های نگرانی، ویژه فرهنگ هستند مانند نگرانی‌های پناهجویان کامبوجی مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (هینتون و همکاران، ۲۰۰۹) یا نگرانی‌های مربوط به مسائل مذهبی در ایران که این نگرانی‌ها در حالت‌های معنوی کاهش می‌یابد (بیان‌زاده و همکاران، ۱۳۸۳). لازم است توزیع قومی و نژادی مربوط به تعداد، شدت، و ماهیت حوزه‌های نگرانی بیشتر پژوهش شود تا در ویراست‌های بعدی DSM مدنظر قرار گیرد.

نشانیان همراه

داده‌های قوی در زمینه تغییرپذیری بین فرهنگی در انواع نشانیان اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد. چندین مطالعه نشان داده‌اند که افراد در جوامع غیرغربی به احتمال بیشتری نشانیان بدنی را به‌عنوان نمود بارز این اختلال نشان می‌دهند. برای مثال، بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در کشور نپال، نمرات بالاتری نسبت به افراد آمریکایی در زیرمقیاس‌های بدنی پرسش‌نامه اضطراب بک^۲، با وجود تشابه در نمرات کلی پرسش‌نامه، به‌دست آوردند. در مقابل، این نوع بیماران در ایالات متحده، نمرات بالاتری در زیرمقیاس روان‌شناختی مانند احساس ترس و عصبی بودن گرفتند (هوگ^۳ و همکاران، ۲۰۰۶). در پژوهش دیگری، جوانان مکزیک در کشور مکزیک، نشانیان بدنی مرتبط با اضطراب بیشتری نسبت به جوانان آمریکایی نشان دادند (وارلا^۴ و همکاران، ۲۰۰۸). پژوهش‌ها در ایران، نتایج متناقضی را نشان می‌دهد. از طرفی، زارعان و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهش کیفی خود در بین اقوام ایرانی نشان دادند که در بیماران مبتلا به اختلالات افسردگی و اضطرابی، شکایات بدنی، شایع‌ترین علامت در بین آن‌هاست. از سویی دیگر، اسکندری و همکاران (۱۳۸۹) در یک پژوهش توصیفی در شهر تهران نشان دادند که بروز اضطراب در بین ایرانیان بیشتر به‌صورت روانی و هیجانی است تا اضطراب آشکار و بدنی. همچنین، در بیشتر ایرانیان، اضطراب همراه با علائم افسردگی از قبیل ناامیدی، احساس غمگینی و تنهایی، زودرنجی، و گریه زیاد دیده می‌شود. یکی از علل این ناهمخوانی ممکن است

1. Lee
2. Beck Anxiety Inventory
3. Hoge
4. Varela

به دلیل مسائل مربوط به برجسب باشد که پیش تر درباره آن بحث شد. به نظر می رسد شهروندان تهرانی نسبت به اقوام ایرانی، حساسیت کمتری نسبت به مسئله برجسب دارند؛ در نتیجه، اضطراب خود را بیشتر به صورت هیجانی و نه بدنی بروز می دهند.

بحث و نتیجه گیری

اختلالات اضطرابی از جمله رایج ترین اختلالات روانی اند که با تجربه هیجان های منفی همراه هستند. اضطراب یکی از اختلالاتی است که تنوع بسیاری دارد. نه تنها شیوه تأثیر پذیری افراد در برابر آن متغیر است؛ بلکه آسیب پذیری افراد نیز به طور شگفت آوری متغیر است که این تفاوت به مؤلفه های متعددی وابسته است که یکی از مهم ترین آن ها، فرهنگ است (گود و کلایمن، ۱۹۸۵). موقعیت اجتماعی و زمینه فرهنگی نه تنها در نشانه های اختلالات روانی، بلکه در بروز و ابتلا به اختلالات روانی نیز سهم اساسی و تأثیر مستقیم دارند. با توجه به رویکرد رو به افزایش DSM به فرهنگ، در هر تجدیدنظر آن، شاهد اضافه شدن مطالبی در خصوص تأثیر فرهنگ و نگاه فرهنگی - اجتماعی به آسیب شناسی روانی هستیم (لوئیس فرناندز و همکاران، ۲۰۱۴). در مقاله حاضر، تفاوت های فرهنگی در اختلالات اضطرابی بررسی شد. در ایالات متحده آمریکا - که کشوری چند فرهنگی است - امریکاییان آسیایی تبار به طور پیوسته نشانگان اختلالات اضطرابی (اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر، و اختلال پانیک) را کمتر از دیگر گروه های نژادی نشان می دهند؛ در حالی که امریکاییان سفید پوست به طور مرتب نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر، و اختلال پانیک را نسبت به امریکاییان آفریقایی تبار، امریکاییان اسپانیایی تبار، و امریکاییان آسیایی تبار بیشتر داشتند (هافمن و هینتون، ۲۰۱۴). علت این درجه تفاوت نامعلوم مانده است. اگرچه به نظر می رسد محدودیت های اندازه گیری احتمالاً در این امر دخیل باشد (هارتر، ۲۰۱۵). این داده ها و صدها داده مشابه، به اهمیت نقش فرهنگ در اختلالات اضطرابی اشاره دارد. همچنین، در مقاله حاضر به عوامل روان شناسی قومی / فیزیولوژی قومی و عوامل زمینه ای (بافتی) که ممکن است مسئول تفاوت های فرهنگی در تجربه و ابراز اضطراب باشد، اشاره شد. بافت اجتماعی و هنجارها در کنار یکدیگر همراه با باورها در مورد کارکرد بدن خویش، در تجربه و ابراز اضطراب شراکت دارند.

نکته‌ای که باید بدان توجه داشت احتمال عدم تطابق بین معیارهای DSM در بافت‌ها و فرهنگ‌های خاص است (برومت^۱ و همکاران، ۲۰۱۱؛ هینتون و لوئیس فرناندز^۲، ۲۰۱۲). این عدم تطابق را می‌توان در اولویت دادن بیش از حد به نشانگان بدنی نگرانی نسبت به نشانگان روان‌شناختی در اختلال اضطراب فراگیر مشاهده کرد (مایر و همکاران، ۲۰۰۰). بر اساس این یافته‌ها، پیشنهاد می‌شود که معیارهای اختلالات در DSM، بر اساس یافته‌های میان‌فرهنگی تدوین و ارزیابی شوند. وقتی درمانگران متعلق به یک گروه فرهنگی و اجتماعی، به‌خصوص برای ارزیابی و درمان فردی که متعلق به فرهنگ خاصی است، صرفاً از معیارهای موجود در DSM استفاده کنند، ممکن است ارزیابی و تشخیص بسیار دشوار باشد و یا روایی کافی نداشته باشد. درمانگری که با تفاوت‌های ظریف در چارچوب فرهنگی بیمار آشنا نباشد، ممکن است تفاوت‌های طبیعی رفتار، اعتقادات یا تجارب مختص فرهنگ فرد را به اشتباه به‌عنوان آسیب روانی در نظر بگیرد (آینا^۳، ۲۰۱۸). این مسئله در مورد اختلالات اضطرابی اهمیت زیادی دارد؛ زیرا علائم و نشانه‌های اختلالات اضطرابی، عمیقاً متأثر از فرهنگ‌اند. افراد، نشانه‌ها، و علائم اضطرابی خود را به شکل‌های گوناگون مطرح می‌کنند؛ برای مثال مشکل عصبی، مشکل روحی، و غیره، واژه‌هایی‌اند که تحت تأثیر برداشت فرد از بیماری و موقعیت او هستند و درمانگر باید پذیرای این مطلب باشد که بخشی از اضطراب و نشانه‌ها و علائم، تحت تأثیر عناصر خاص فرهنگی است. همچنین وجود اختلالات خاص فرهنگی نظیر حملات باد، نشان‌دهنده تأثیر عمیق فرهنگ بر اختلالات اضطرابی است که به ابراز منحصر به فرد آن منجر می‌شوند (وگنر و همکاران، ۲۰۰۸؛ لوئیس فرناندز و همکاران، ۲۰۱۴).

اگرچه DSM-5 این موضوعات را مد نظر قرار می‌دهد؛ اما به پژوهش بیشتر جهت درک اینکه فرهنگ چگونه بر اختلالات تأثیر می‌گذارد، نیاز است. این امر می‌تواند به چند روش میسر شود؛ از جمله بهبود سیستم طبقه‌بندی موجود و افزایش طبقه‌ها برای افزایش حساسیت تشخیصی بین فرهنگی، ارزیابی مداوم و انتقادی قابلیت کاربرد و جهان‌شمولی معیارهای تشخیصی DSM در موقعیت‌های فرهنگی مختلف، ارزیابی منظم مشخصات روان‌سنجی ابزارهای تشخیصی، اقدام به گردآوری داده‌های همه‌گیرشناختی

1. Bromet
2. Hinton & Lewis □ Fernández
3. Aina

مقایسه‌ای، و گردآوری یافته‌های بالینی از دیگر منابع همچون ارزیابی نورویبولوژیکی و نوروفیزولوژیکی. علاوه بر توجه به پژوهش‌های قوم‌نگاری. امید است DSM با در نظر گرفتن خصوصیات فرهنگی جهان‌شمول‌تر شود. این مسئله نه تنها باعث بهبود طبقه‌بندی اختلالات روانی می‌شود؛ بلکه زمینه‌ای را برای ارزیابی و تشخیص دقیق‌تر و در نهایت درمان کارآمد فراهم می‌کند.

منابع

- ابوالحسنی، ز. (۱۳۹۲). مروری بر پیشگیری و درمان بیماری‌های روانی از دیدگاه طب سنتی ایران. تاریخ پزشکی، ۱۴۵(۱)، ۱۳۵-۱۵۲.
- اسکندری، ح.، فریدحسینی، ف.، و خلیلی، س. (۱۳۸۹). نشانه‌شناسی اختلال اضطراب در مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی شهر تهران با تأکید بر فرهنگ ایران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- بیان‌زاده، س. ا.، بوالهروی، ج.، دادفر، م.، و کریمی، ع. (۱۳۸۳). بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهبی و فرهنگی در بهبود مبتلایان به اختلال وسواسی - جبری. دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۱(۴۴)، ۹۲۴-۹۱۳.
- زارعان، م.، شهیدی، ش.، فایفر، و.، و دهقانی، م. (۱۳۹۴). ابعاد افسردگی و اضطراب در فرهنگ ایرانی. پایان‌نامه دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی.
- قادرزاده، ا.، و درویش‌منش، م. (۱۳۹۶). مطالعه کیفی دلایل و پیامدهای بیماری‌های روانی. مسائل اجتماعی ایران، ۲۱(۲۴)، ۷۲-۴۹.
- Aina, O. F. (2018). Culture and mental health. In O. Olayinka, & O. Femi (Eds), *Contemporary Issues in Mental Health Care in sub-Saharan Africa*. (pp. 203-241). Nigeria: BookBuilders.
- Allan, N. P., Oglesby, M. E., Short, N. A., & Schmidt, N. B. (2016). Examining the panic attack specifier in social anxiety disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45(3), 177-181.
- American Psychiatric Association (2013a). Cultural Concepts in DSM-5. https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM_Cultural-Concepts-in-DSM-5.pdf.
- American Psychiatric Association. (2013b). Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM_Changes_from_DSM-IV-TR_to_DSM-5.pdf.
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., De Girolamo, G., & Karam, A. N. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC medicine*, 9(1), 90.
- Chou, T., Asnaani, A., & Hofmann, S. G. (2012). Perception of racial discrimination and

- psychopathology across three US ethnic minority groups. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 18(1), 74-81.
- Essau, C. A., Lewinsohn, P. M., Lim, J. X., Moon-ho, R. H., & Rohde, P. (2018). Incidence, recurrence and comorbidity of anxiety disorders in four major developmental stages. *Journal of Affective Disorders*, 228, 248-253.
- Friedman, S., & Paradis, C. (2002). Panic disorder in African-Americans: symptomatology and isolated sleep paralysis. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 26(2), 179-198.
- Good, B. J., & Kleinman, A. M. (1985). Culture and anxiety: Cross-cultural evidence for the patterning of anxiety disorders. In A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.). *Anxiety and the Anxiety Disorders*, 4(3), 297-323.
- Guarnaccia, P. J., Rivera, M., Franco, F., & Neighbors, C. (1996). The experiences of Ataques de nervios: Towards an anthropology of emotions in Puerto Rico. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 20(3), 343-367.
- Harter, S. (2015). *The Construction of the Self: Developmental and Sociocultural Foundations* (2nd ed.). New York: Guilford Publications.
- Hinton, D. E., & Good, B. J. (Eds.). (2009). *Culture and Panic Disorder*. Stanford University Press.
- Hinton, D. E., & Lewis-Fernández, R. (2012). The cross-cultural validity of posttraumatic stress disorder: implications for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 783-801.
- Hinton, D., Hinton, S., Pham, T., Chau, H., & Tran, M. (2003). 'Hit by the wind' and temperature-shift panic among Vietnamese refugees. *Transcultural Psychiatry*, 40(3), 342-376.
- Hinton, D., Hsia, C. L. P., Rasmussen, A., & Pollack, M. (2009). Cultural anthropology and anxiety diagnoses. In: Taylor, S., McKay, D., Abramowitz, J. S., & Asumundson, G. J. *Current Perspectives on the Anxiety Disorders: Implications for DSM-V and Beyond*. (pp. 245-274). New York: Springer.
- Hofmann, S. G., & Hinton, D. E. (2014). Cross-cultural aspects of anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports*, 16(6), 450.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., & Hinton, D. E. (2010). Cultural aspects in social anxiety and social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 27(12), 1117-1127.
- Hoge, E. A., Tamrakar, S. M., Christian, K. M., Mahara, N., Nepal, M. K., Pollack, M. H., & Simon, N. M. (2006). Cross-cultural differences in somatic presentation in patients with generalized anxiety disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(12), 962-966.
- Kaplan, B. J. (2016). Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58(1), 78-79.
- Kessler, R. C., Brandenburg, N., Lane, M., Roy-Byrne, P., Stang, P. D., Stein, D. J., & Wittchen, H. U. (2005a). Rethinking the duration requirement for generalized anxiety disorder: evidence from the national comorbidity survey replication. *Psychological Medicine*, 35(7), 1073-1082.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005b). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Lauber, C., & Rössler, W. (2007). Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 157-178.

- Lee, S., Tsang, A., Chui, H., Kwok, K., & Cheung, E. (2007). A community epidemiological survey of generalized anxiety disorder in Hong Kong. *Community Mental Health Journal, 43*(4), 305-319.
- Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N. K., Bäärnhielm, S., Rohlf, H., Kirmayer, L. J., Weiss, M. G., ... & Groen, S. (2014). Culture and psychiatric evaluation: operationalizing cultural formulation for DSM-5. *Psychiatry: Interpersonal and Biological ZProcesses, 77*(2), 130-154.
- Lewis-Fernández, R., Hinton, D. E., Laria, A. J., Patterson, E. H., Hofmann, S. G., Craske, M. G., ... & Liao, B. (2010). Culture and the anxiety disorders: recommendations for DSM-V. *Depression and Anxiety, 27*(2), 212-229.
- Maier, W., Gänsicke, M., Freyberger, H. J., Linz, M., Heun, R., & Lecrubier, Y. (2000). Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective: A valid diagnostic entity? *Acta Psychiatrica Scandinavica, 101*(1), 29-36.
- Scott, E. L., Eng, W., & Heimberg, R. G. (2002). Ethnic differences in worry in a nonclinical population. *Depression and Anxiety, 15*(2), 79-82.
- Stein, D. J., & Williams, D. R. (2002). Cultural and social aspects of anxiety disorders. In D. J. Stein, E. Hollander, & B. O. Rothbaum (Eds.), *Textbook of Anxiety Disorders*. (pp. 463-474). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Varela, R. E., Sanchez-Sosa, J. J., Biggs, B. K., & Luis, T. M. (2008). Anxiety symptoms and fears in Hispanic and European American children: Cross-cultural measurement equivalence. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 30*(2), 132-145.
- Vries, J., Stein, D. J., Kamuya, D., & Singh, I. (2017). Psychiatric genomics: Ethical implications for public health in lower-and middle-income countries. *The American Journal of Bioethics, 17*(4), 17-19.
- Wagner, R., Silove, D., Marnane, C., & Joukhador, J. (2008). Impact of culture on the experience of panic symptoms in Arab and Australian patients at a psychology clinic. *Australian Psychologist, 43*(2), 127-131.
- Wittchen, H. U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe—A critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology, 15*(4), 357-376.