

MEJ

مجله اخلاق پزشکی

دوره دوازدهم، شماره چهل‌وسوم، ۱۳۹۷

Journal Homepage: http://journals.sbmu.ac.ir/me

مقاله مروری

جنبه‌های فرهنگی اخلاق در روان‌درمانی

علیرضا رشتبری[۱]، امید ساعد[۲*]

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.

۲. استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران. (نویسنده مسؤول)

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۱/۲۱

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۹/۰۳

تاریخ انتشار: ۹۷/۱۰/۱۶

واژگان کلیدی:

فرهنگ

اخلاق

روان‌درمانی

تفاوت‌های فرهنگی

* نویسنده مسؤول: امیر ساعد

آدرس پستی: ایران، زنجان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دانشکده پزشکی، گروه روانشناسی بالینی.

تلفن: 4500 3353 24 98+

نمابر:

E-mail: o.saed@zums.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: تغییراتی همچون جهانی‌سازی و مهاجرت که در سال‌های اخیر به طور گسترده‌ای در سطح بین‌المللی به وقوع پیوسته‌اند، تعاملات فرهنگی را افزایش داده و جوامع کنونی را عمدتاً به جوامع چند فرهنگی مبدل کرده‌اند. در چنین شرایطی، آگاهی از فرهنگ‌های حاکم بر جوامع مختلف، نقش فرهنگ در تشخیص، درمان و نمود علائم اختلال‌های روانی و نیز آگاهی از تأثیر فرهنگ درمانگر و مراجع بر فرآیند درمانی امری ضروری است. هدف از مقاله حاضر، بررسی جنبه‌های فرهنگی اخلاق در کشورهای مختلف دنیا از جمله آسیای شرقی، هندوستان، کشورهای منطقه خاورمیانه (مانند ایران)، آفریقا، کشورهای اروپایی لاتین، ایالات متحده آمریکا می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این مقاله مروری روایتی، جستجوی نظام‌مند برای مقالات انگلیسی‌زبان، دارای متن کامل و قابل‌دسترس، در بازه زمانی سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۵ با واژگان کلیدی «Culture»، «Ethics»، «Psychotherapy»، «Cultural Differences»، در پایگاه‌های PubMed، Science Direct و Google Scholar صورت گرفت. از میان ۱۱۶ مقاله یافت‌شده، ۲۴ مقالهٔ مرتبط، مطالعه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: تفاوت‌های فرهنگی در بین جوامع مختلف به حدی است که نادیده‌گرفتن آن‌ها می‌تواند به افت عملکرد درمانی درمانگر و نتایج درمانی ضعیف منتهی شود. همچنین بررسی متون نشان می‌دهد که کدهای اخلاقی APA روانشناسان را به داشتن دانش و آگاهی از تفاوت‌های فرهنگی، فردی و احترام متقابل به حقوق اساسی، عزت و مقام همه انسان‌ها ملزم می‌کند.

ملاحظات اخلاقی: صداقت و امانت‌داری در گزارش متون، استناددهی به منابع و پرهیز از هر گونه سوگیری رعایت گردید.

نتیجه‌گیری: اگرچه ممکن نیست درمانگر با همه فرهنگ‌ها آشنایی داشته باشد، اما نتایج نشان می‌دهند آگاهی درمانگر از زمینه فرهنگی خودش و نیز درک و پذیرش تفاوت‌های فرهنگی خود با مراجعین، می‌تواند به پیشبرد مؤثر فرآیند درمانی و بهبود کیفیت آن کمک نماید. به علاوه نیاز گسترده‌ای به تبیین کدهای اخلاقی متناسب با فرهنگ جوامع مختلف وجود دارد.

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد.

۱. مقدمه

جهانی‌سازی (Globalization) و مهاجرت، دو تغییر سریع و مهم اجتماعی هستند که به افزایش تماس بین فرهنگی در سراسر جهان کمک کرده‌اند. طی این فرآیند مرزهای سنتی جوامع و افراد جدا از هم از بین می‌رود و فرهنگ‌های مختلف از طریق تبادل اطلاعات، ایده‌ها و نیز مهاجرت و تجارت بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند. نتیجه آن تغییرات فردی و فرهنگی جوامع است (۱). در سال‌های اخیر مهاجرت‌های گسترده از آمریکای لاتین، آسیا، و آفریقا به اروپا و ایالات متحده موجب شده است رویارویی فرهنگی به شکل چشمگیری افزایش یابد. از دلایل این مهاجرت‌ها می‌توان از یکسو به شرایط بهتر زندگی، سطح درآمد بالا در کشورهای اروپایی و ایالات متحده و از سوی دیگر به جنگ‌های متعدد، قحطی و وضعیت نابسامان معیشت در کشورهای آسیایی و آمریکای لاتین و آفریقا اشاره کرد.

در چنین شرایطی، آگاهی از فرهنگ جوامع و قومیت‌های مختلف، نقش فرهنگ در شیوه بروز علائم اختلال‌های روانی، تشخیص و درمان و نیز تأثیر فرهنگ درمانگر و مراجع بر فرآیند درمانی امری ضروری است. این تغییرات جمعیت شناختی، نیاز گسترده به درمان‌های دارای حساسیت فرهنگی (Culturally Sensitive Treatment) و مؤثر را آشکار می‌سازد. هال (Hall) (۲۰۰۱ م.) مطرح می‌کند که ضرورتی علمی و اخلاقی برای توسعه درمان‌های دارای حساسیت فرهنگی وجود دارد، که به معنی سازگارکردن روان‌درمانی با بافت‌های فرهنگی خاص می‌باشد (۲).

رفتار انسان‌ها نتیجه تعاملات غیر خطی بین فرآیندهای درون‌روانی و میان‌فردی با عوامل معین خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی است، با این وجود، اکثریت روش‌های روان‌درمانی تنها به عوامل شخصیتی مرتبط با تجارب زندگی تأثیرگذار بر رفتار مراجع، توجه می‌کنند، هرچند عوامل فرهنگی در روان‌درمانی بسیار اهمیت دارند، ارزش آن‌ها مبهم است یا کمتر از واقع برآورد شده‌اند (۳). عقاید فلسفی در مورد معنای زندگی و ارزش‌های رایج که توسط درمانگر و مراجع پذیرفته شده‌اند، اساس بیماری و سلامتی، و ادراک طبیعی‌بودن رفتار را تشکیل داده و به عنوان بخش مهمی از فرهنگ تعریف می‌شوند (۴). فرهنگ، مجموعه‌ای از دانش، باورها، هنر، اخلاقیات، قوانین، پوشش و سایر ویژگی‌ها و عادات اکتسابی است که توسط افراد جامعه از دوران کودکی (از طریق الگوبرداری از طرز رفتار والدین و آموزش و همچنین از طریق استفاده و انتقال مفاهیم زبانی) یاد گرفته می‌شوند. همچنین فرهنگ، روشی برای ایجاد راه‌های کارکردی مشترک به منظور برقراری ارتباطی مؤثر است. همچنین ما بر طبق فرهنگ‌هایمان رویدادها، باورها، عادات، نمادها، خطاها، خیال‌ها و واقعیت‌های مشترک ایجاد می‌کنیم. فرهنگ شامل همه جنبه‌های قابل رؤیت ازجمله عرف لباس پوشیدن، روش ارتباط برقرارکردن، تفکر و حتی روش‌های به لحاظ فرهنگی مناسب بیان هیجانات می‌شود (۵). همه رفتارها، سیستم‌های ارزشی، و سبک‌های متفاوت حل مسائل در یک بافت فرهنگی خاص یاد گرفته شده و نمایش داده می‌شوند، اما تغییرات اخیر جهانی‌سازی و مهاجرت منجر به این شده است که رفتارهای انسان‌ها در بافت‌های متنوع فرهنگی نمایش داده شده و ارزیابی شوند. این ارزیابی از روی عدم آگاهی فرهنگی به احتمال زیادی به اسنادها و پیش‌داوری‌ها و قضاوت‌های نادرست رفتار انسان‌ها خواهد انجامید (۱، ۶). کدهای اخلاقی انجمن روانشناسی آمریکا (APA: American Psychological Association) (۱۹۹۲ م.) روانشناسان را به داشتن دانش و آگاهی از تفاوت‌های فرهنگی، فردی و احترام متقابل به حقوق اساسی، عزت و مقام همه انسان‌ها ملزم می‌کند (۷). از اینرو برای روانشناسانی که تلاش می‌کنند به حساسیت‌های فرهنگی (Cultural Sensitivity) توجه داشته باشند، نحوه تلفیق این مسائل با کار درمانی‌شان و نیز پایبندی همزمان به چارچوب‌های اخلاقی مربوط به خودافشایی، لمس، معامله، روابط چندگانه و صلاحیت در کار حرفه‌ای، بسیار مهم است (۸).

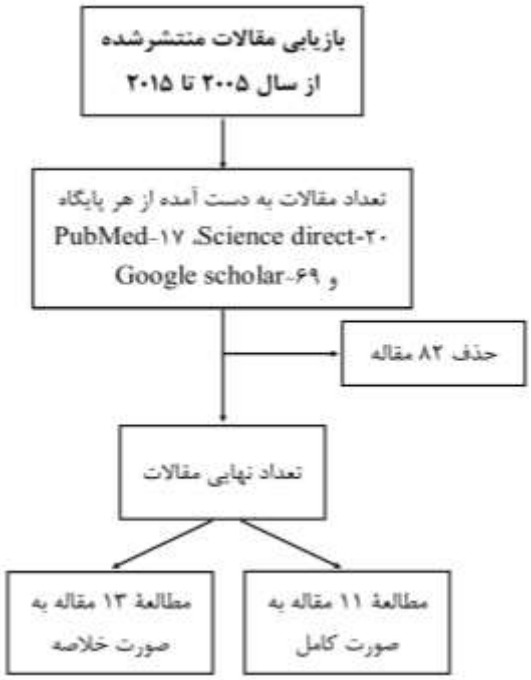
در مقاله حاضر، قصد داریم جنبه‌های فرهنگی روان‌درمانی در کشورهای آسیای شرقی (چین، تایلند، مالزی، تایوان و ژاپن)، هندوستان، کشورهای منطقه خاورمیانه (کشورهای عربی و ایران)، آفریقا، کشورهای اروپایی لاتین تبار، ایالات متحده آمریکا را مطرح کرده و شکاف‌های پژوهشی موجود در این حیطه را مورد بررسی قرار دهیم.

۲. ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با هزینه شخصی نویسندگان صورت گرفت. صداقت و امانت‌داری در گزارش متون و استناددهی به منبع، عدم تحریف و دستکاری و گزارش یافته‌ها بر اساس محتوای علمی، بدون هر گونه سوگیری رعایت گردید.

۳. مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت مروری روایتی انجام شد. ابتدا کشورهای مورد بررسی به شش بخش کشورهای آسیای شرقی، هندوستان، کشورهای منطقه خاورمیانه (ایران و کشورهای عربی)، آفریقا، اروپایی‌های لاتین‌تبار و ایالات متحده آمریکا تقسیم‌بندی شدند، سپس مقالات انگلیسی زبان، با واژگان کلیدی Culture، Ethics، Psychotherapy، Cultural Differences در موتور جستجوگر Google Scholar و پایگاه‌های اطلاعاتی Science Direct و PubMed با توجه به هدف مطالعه جستجو گردید. جستجو به این ترتیب صورت گرفت که مقالات توسط نویسنده اول گردآوری شده و توسط نویسنده دوم بررسی و مورد تأیید قرار گرفتند. معیارهای ورود مقالات به مطالعه عبارت بودند از: مقالاتی که در آن‌ها به جنبه‌های فرهنگی اخلاق در زمینه روان‌درمانی اشاره شده و در بازه زمانی سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۵ منتشر شده باشند، متن کامل مقاله به زبان انگلیسی بوده و به صورت رایگان قابل دسترسی باشد. در جستجو و انتخاب مقالات، محدودیتی از نظر نوع و کیفیت مطالعه اعمال نشد. پس از اتمام جستجو تعداد ۱۰۶ مقاله گردآوری شد. ۷۸ مقاله با مطالعه عنوان و چکیده آن‌ها و یا به دلیل تکراری‌بودن و ۴ مقاله نیز پس از مطالعه متن کامل آن‌ها حذف گردید. در نهایت تعداد ۲۴ مقاله مرتبط با موضوع انتخاب شد و از میان آن‌ها تعداد ۱۱ مقاله به صورت کامل و ۱۳ مقاله به صورت خلاصه، مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت (شکل ۱)، سپس مطالب گردآوری‌شده برای نگارش مقاله مورد استفاده قرار گرفت.



شکل ۱: فرآیند جستجو و گزینش مقالات

۴. یافته‌ها

انسان‌ها نمی‌توانند از جامعه و بافت فرهنگی که در آن به دنیا آمده و پرورش یافته‌اند، جدا در نظر گرفته شوند (۵، ۸). سو و سو (Sue & Sue) (۲۰۰۲ م.) بیان می‌کنند افرادی که ریشه مشابه فرهنگی دارند، سیستم‌های ارزشی و عقیده‌ای یکسانی نیز نشان می‌دهند. این سیستم‌ها به نوبه خود بر جهان‌بینی انسان‌ها تأثیر می‌گذارند. شالوده روان‌درمانی مؤثر میان فرهنگی، حساسیت روانشناس به مسائل فرهنگی و نژادی و درک تفاوت‌های فرهنگی، سازگارکردن سبک بالینی و توانایی همدلی نیرومند است. رویکرد گسترده و جامع به مشاوره،

نباید جهان‌بینی و ارزش‌های متفاوت را نادیده بگیرد. ما هرگز نمی‌توانیم به سهولت بدون لحاظ‌کردن بافت فرهنگی، یک مدل مشاوره‌ای انتخاب کنیم که برای همه انسان‌ها قابلیت کاربرد داشته باشد (۸).

با در نظرگرفتن تنوع زیاد جنبه‌های فرهنگی، ضروری است روشی به کار گرفته شود تا بتواند این تنوع را دربر گرفته و بررسی آن‌ها را امکان‌پذیر سازد. از این رو همان‌گونه که ذکر شد، یافته‌های حاصل از جنبه‌های فرهنگی اخلاق در روان‌درمانی به شرح ذیل به بخش‌های مختلف تقسیم شد.

۱ـ آسیای شرقی

در خصوص مردم کشورهای آسیای شرقی، مسأله اول این است که عموماً کمتر از مردم سایر جوامع به متخصصان سلامت روان مراجعه می‌کنند. از عواملی که ممکن است مانع جستجوی درمان شود، می‌توان به کمبود آگاهی از این خدمات و داشتن این دیدگاه که درمان ابزاری بیگانه و نامطلوب برای حل مشکلات سلامت روان است، اشاره کرد (۹). به عنوان مثال، در فرهنگ چین، لکه ننگین بیماری روانی و شرم و بی‌آبرویی، به شکل عمده‌ای جستجوی درمان را با دشواری مواجه سازد. آن‌هایی هم که از خدمات مشاوره‌ای بهره می‌برند، ممکن معتقد باشند روان‌درمانی به طور مناسب نیازهای آن‌ها را تأمین نخواهد کرد (۱۰). مسأله دوم ناتمام گذاشتن فرآیند درمانی است که عمدتاً در آمریکایی‌های آسیایی‌تبار دیده می‌شود و تفاوت در سیستم باورها و ارزش‌های فرهنگ‌های شرقی و غربی به عنوان یکی از دلایل آن ذکر شده است (۱۱). ارزش‌های فرهنگی چین مشتمل بر جمع‌گرایی، محوریت خانواده، پرهیزگاری، روابط سلسله مراتبی، پیشرفت آکادمیک، تواضع و خودکنترلی هیجانی است. این ارزش‌ها احتمالاً در شکل‌گیری هویت مراجعان چینی، چگونگی درک مشکلات و انتظارات درمانی نقش دارند (۹، ۱۱). در مطالعات صورت‌گرفته بر روی تعیین‌کننده‌های فرآیند درمان یا راهبردهایی که برای آمریکایی‌های‌آسیایی‌تبار اثربخش هستند، دامنه‌ای از متغیرها ازجمله سبک مصاحبه، اهداف جلسات، تأکید مشاور بر بیان مراجع و خودافشایی مشاور بررسی شده‌اند. مراجعان آمریکایی آسیایی‌تبار احتمالاً انتظار دارند دستاوردهای درمانی زودتر از موقع حاصل شود و به نتایج قابل توجهی بیانجامد. با در نظرگرفتن این مورد یک سبک درمانی غربی که در جلسه اول دستاوردهای عینی ارائه می‌دهد، برای این مراجعین به ویژه اهمیت دارد (۹، ۱۲). همچنین ممکن است این نکته با عمل هدیه‌دادن که در فرهنگ چین و به طور کلی آسیای شرقی باارزش به حساب می‌آید، مشابه باشد، به این صورت که هدیه در رویارویی درمانی می‌تواند معادل کسب دستاورد فوری از درمان انگاشته شود. از مسائل دیگری که در فرهنگ آسیای شرقی باارزش تلقی می‌شوند، می‌توان به تعهد به نقش‌های ارتباطی و موفقیت تحصیلی، سرکوب هیجانات، تأکید بر وابستگی متقابل به جای استقلال اشاره کرد (۱۲-۱۱). در مقابل، بیان هیجان‌ها و احساس‌ها، اولویت قراردادن نیازهای خود به جای نیازهای جامعه، در فرهنگ چین ماهیت شرم‌آمیزی دارد. هر نوع استفاده از جملات صریح و مستقیم در تعاملات اجتماعی و جلسات روان‌درمانی، توهین‌آمیز و بی‌ادبانه تلقی می‌شود. معمولاً جوامع غربی را جوامع فردگرا و جوامع شرقی را به عنوان جمع‌گرا در نظر می‌گیرند. فردی از جامعه‌ای جمع‌گرا، ترجیح می‌دهد به جای این‌که در حضور جمع، از او انتقاد کنند، از وی حمایت کرده و آبرو و اعتبارش را حفظ نمایند (۱۲).

۲ـ هندوستان

در جامعه هندوستان وابستگی مادر و فرزند حالتی طبیعی و معمولی در نظر گرفته شده و حتی تحسین می‌شود. هر گونه تفاوت یا انحراف در این وابستگی توهین به مقدسات محسوب می‌شود. همچنین وابستگی متقابل به جای استقلال در هماهنگی با زمینه اجتماعی است. وابستگی، به خصوص در زنان، سالخورده‌ها و کودکان طبیعی به شمار می‌رود (۱۳). هیجان‌ها به جای کلمات عمدتاً از طریق فعالیت‌ها و حالت‌های بدنی ابراز می‌شود. ابراز آشکار و آزادانه میل جنسی، تابو محسوب شده و با تنبیه مواجه می‌شود. از مسائل فرهنگی

دیگری که در جامعه هندوستان یافت می‌شود، می‌توان به این موارد اشاره کرد: اجتناب از طمع، جاه‌طلبی و محدودکردن تمایلات، پرهیزگاری در نظر گرفته می‌شود؛ امور معنوی، از صرفِ رسیدن به اهداف باارزش‌تر تلقی می‌شوند؛ عدم دلبستگی به مادیات، توجه به معنویت و زندگی مبتنی بر ارزش، در مقایسه با ماده‌گرایی (Materialism) و مصرف‌گرایی، والاتر و باارزش‌تر در نظر گرفته می‌شود (۱۴). در زمینه مسائل فرهنگی مربوط به روان‌درمانی در جامعه هندوستان نیز ذکر نکات زیر حائز اهمیت است. روان‌درمانگر باید به عنوان نماینده، وکیل یا شخص بالغ جایگزین والدین عمل کند. مراجعان به صورت رنجور، ناخوش، خطاکار، یا به سبب خطاهای گذشته، مجرمان مستحق مجازات فرض می‌شوند. به جای رویکردهای غیر مستقیم، رویکردهای مستقیم یا اقتدارطلبانه به مشاوره و روان‌درمانی ترجیح داده می‌شوند. غیر از خود مراجع، اعضای خانواده نیز انتظار دارند مشاور یا روان‌درمانگر درباره کارهایی که باید انجام شوند، راهنمایی‌هایی به آن‌ها ارائه دهد. در حقیقت درمانگری که رویکرد غیر مستقیم اتخاذ می‌کند و به اعضای خانواده راهنمایی ارائه نمی‌دهد، ناکارآمد نگریسته می‌شود. فرض ناکارآمدپنداشتن درمانگر، به شکل قابل ملاحظه‌ای به رابطه درمانی لطمه وارد کرده و نتایج درمانی ضعیفی به بار خواهد آورد (۱۴-۱۳).

۳ـ جمهوری اسلامی ایران

مواجهه با مشکلات جسمی و روانی علاوه بر این که باعث ایجاد بحران‌های حاد و شدید در سلامت فرد و آسیب‌پذیری وی می‌شود، موجب رشد فردی و معنوی او نیز می‌گردد (۱۵). سلامت معنوی اهمیت فراوانی در سلامتی در انسان داشته و ایجاد و پیشرفت احساس سلامت معنوی، می‌تواند به سازگاری با بیماری کمک کند (۱۶). به علاوه انجمن روانپزشکی آمریکا، پزشکان و متخصصین سلامت را به بررسی گرایش مذهبی و معنوی بیماران توصیه می‌کند (۱۷). آموزه‌های فراوانی در فرهنگ ایرانی ـ اسلامی وجود دارد که اهمیت سلامت معنوی را نشان داده و روش‌های دستیابی به آن را مشخص می‌سازند. برای مثال در فرهنگ ایرانی ـ اسلامی رعایت بهداشت فردی و محیطی گامی در مسیر عبادت و جلب رضای خدا تلقی می‌شود که آن نیز به نوبه خود سلامت معنوی را ارتقا می‌بخشد (۱۸). همچنین عباسی و همکاران (۱۹) در یک مقاله مروری نظام‌مند، اهمیت ارائه خدمات مراقبت معنوی و نحوه مکانیسم تأثیر آن بر سلامت معنوی بیمار را نشان داده و نقاط ضعف و قوت پژوهش‌های انجام‌شده را ارزشیابی کردند. همچنین بر لزوم و چگونگی ارائه مراقبت معنوی در ایران با توجه به پیش‌زمینه‌های اعتقادی و فرهنگی تأکید کردند (۲۰). بنابر بر آنچه گفته شد، مردم ایران به سبب باورهای مذهبی و آموزه‌های دینی، اهمیت فراوانی به سلامت معنوی خود قائل هستند، لذا برای بهبود نتایج درمانی، توجه به آن از اهمیت بسیاری برخوردار است.

مردم جامعه جمع‌گرا معمولاً سعی می‌کنند از هنجارهای گروه تبعیت کرده و به خواسته‌های اعضای ارشد گروه‌های خود تحقق بخشند، حتی اگر این کار مستلزم بی‌اعتنایی به نیازهای خود باشد (۲۱). همچنین حتی زمانی که واقعاً رضایت ندارند، باید رضایتشان را به مافوق خود نشان دهند. بنابراین افراد ممکن است در این زمینه خاص صادقانه رفتار نکنند (۲۲). از آنجایی که جامعه ایران نیز یک جامعه جمع‌گراست، لذا از این قاعده مستثنی نیست. عامل دیگر، دوگانگی زندگی اجتماعی در ایران است. ایرانی‌ها معمولاً دو زندگی اجتماعی مجزا و برخی اوقات متناقض دارند؛ یکی خود درونی و دیگری نقاب بیرونی. خود درونی به اعضای خانواده و دوستان صمیمی نشان داده می‌شود، یعنی جایی که افراد احساس راحتی کرده و به شیوه دوستانه و غیر رسمی رفتار می‌کنند. نقاب بیرونی، رفتار رسمی و مؤدبانه است که در جامعه ساخته می‌شود، یعنی جایی که افراد عقایدشان را برای پیروی از هنجارهای اجتماعی تغییر می‌دهند. این وضعیت می‌تواند توسط مراجع قدرت و فرهنگ جمع‌گرا تقویت شود که در آن باید افراد از هر گونه تعارض با قانون، هنجارها و خواست‌های اجتماعی بپرهیزند. (۲۳). مراجعان ایرانی، روان‌درمانی را به عنوان نوعی تمرین در

نظر می‌گیرند که درمانگر از طریق آن، عقاید و نگرش مراجعان را بازسازی می‌کند. بنابراین مراجعان مشکلاتشان را معمولاً با این امید بیان می‌کنند که درمانگر دستورالعمل‌های دقیق و یا راه حل‌های عملی ارائه خواهد داد (۲۴). آگاهی ایرانی‌ها از مشکلات روانشناختی و فرآیند روان‌درمانی، محدود است و عمدتاً دانش در این زمینه، به سابقه تحصیلی آن‌ها وابسته است (۲۵-۲۴). برای ایرانی‌ها صحبت راجع به مسائل خصوصی، خانوادگی و جنسی با افراد غریبه یا درمانگر دشوار است و برقراری رابطه درمانی نیرومند برای بیان این اطلاعات ضروری است. در جامعه سنتی ایران، رابطه جنسی قبل از ازدواج به لحاظ مذهبی و قانونی، تابو محسوب می‌شود و اقدام به آن جایز نیست و منجر به مجازات افراد از جانب قوانین حاکم و طرد آن‌ها از سوی خانواده و جامعه می‌شود. از یکسو باید در نظر داشت جامعه ایران، در حال تحول و دگرگونی است و ساختارهای سنتی فرهنگی در حال فروپاشی و تغییر هستند و جای خود به باورهای فرهنگی جدیدتر می‌دهند که گاه ممکن است در تناقض کامل با فرهنگ رایج باشند. از سوی دیگر، تغییر و تحول در جوامع، فرهنگ‌ها و نسل‌ها، به شکل تدریجی و آهسته صورت می‌گیرد. در ایران نیز همانند سایر جوامع، پیامد این تغییر و تحول تدریجی، پیدایش جامعه‌ای است که در آن بخشی از مردم به باورهای سنتی پایبند هستند و بخشی دیگر به عقاید فرهنگی جدیدتر روی می‌آورند. این در حالی است که عقاید فرهنگی نوظهور در ایران، دیدگاهی آسان‌گیرانه‌تر نسبت به مسائل جنسی قبل از ازدواج دارند و نوجوانان و جوانانی که چنین عقایدی را اتخاذ کرده‌اند، به احتمال بیشتری وارد چنین روابطی شوند، اما روابط جنسی قبل از ازدواج، پیامدهای نامطلوبی برای هر دو جنس به دنبال دارد. به عنوان مثال ممکن است منجر به این شود که افراد درگیر در این روابط، از سوی بعضی از همسالان و اعضای جامعه و حتی خانواده که پایبند به فرهنگ سنتی و حاکم هستند و روابط جنسی قبل از ازدواج را تابو می‌شمارند، طرد شوند. همچنین ممکن است از طرف جامعه برچسب بدنامی و رسوایی دریافت کنند. طردشدگی و دریافت برچسب بدنامی به انزوا و گوشه‌گیری منتهی شده و می‌تواند افراد را به سمت اختلال‌های روانشناختی سوق دهد. در چنین شرایطی نیاز به خدمات سلامت روان، رو به افزایش می‌گذارد. طبیعتاً ملاحظات اخلاقی موجود در این زمینه برای ارائه خدمات سلامت روان، مشابه ملاحظات اخلاقی سابق نخواهند بود. با در نظرگرفتن این موارد، گسترش آگاهی روانشناسان و مشاوران از فرهنگ و تغییرات فرهنگی برای سودمندی درمانی در رویارویی با چنین مراجعانی ضرورت دارد.

۴ـ خاورمیانه (کشورهای عربی)

در برخی از کشورهای عربی نظیر لبنان، عراق، کویت و عربستان سعودی، روانشناسی به عنوان یک رشته دانشگاهی در سال ۱۹۵۰ پدیدار شد و گروه‌های مستقل روانشناسی تا سال ۱۹۷۰ یا ۱۹۸۰ هنوز تأسیس نشده بودند (۲۶). تعداد بیمارستان‌های روان‌پزشکی و کلینیک‌های سرپایی در کشورهای عربی، هرچند زیاد است، اغلب افرادی به این مراکز مراجعه می‌کنند که بیماری‌های روانی جدی مانند اسکیزوفرنی دارند یا از مشکلات جدی مانند نقص حافظه، پرخاشگری، فقدان کنترل بر رفتار، مشکلات سوء مصرف مواد، یا افکار خودکشی رنج می‌برند (۲۷).

مطالعات متعدد نشان می‌دهد که مردم کشورهای عربی خاورمیانه از خدمات روانشناختی کمتر استفاده می‌کنند، به جای آن برای درمان اختلال‌های روان‌پزشکی، روش‌های پزشکی و ماورای طبیعی (Supernaturally) ارجحیت دارند (۲۹-۲۸). دلایل استفاده کمتر از خدمات روانشناختی در بین اعراب منطقه خاورمیانه و اعراب غیر یهودی عبارت‌اند از: علت اختلال روانی (شیطان، فقدان ایمان) و ماهیت شرم‌آور آن، علائم اختلال روانی، پیامدهای احتمالی نامطلوب دریافت تشخیص اختلال روانی (برای مثال، شانس کم ازدواج برای خانم‌ها)، عدم اطمینان به صلاحیت درمانگر و کمبود آگاهی درباره خدمات سلامت روان. زنان عرب کمتر از خدمات روانشناختی استفاده می‌کنند، زیرا آن‌ها احتمال بیشتری دارد

علت اختلال‌های روانشناختی را به عوامل ماورای طبیعی و مذهبی نسبت داده و به دنبال درمان‌های سنتی باشند. فرضیه دیگر این است که بیشتر بار شرافت و ارجمندی خانواده، بر دوش زنان است و افشای اسرار خانوادگی به دیگران شرم‌آور و ناشایست تلقی می‌شود (۲۹). در نتیجه زنانی که به دنبال خدمات روانشناختی هستند و تشخیص اختلال روانشناختی خاصی دریافت می‌کنند، به احتمال خیلی زیاد خود را در نزد خانواده بی‌ارزش می‌یابند، طلاق داده می‌شوند، مورد سوء استفاده قرار گرفته و حتی ممکن است به قتل برسند. این اجتناب از درمان سبب می‌شود زنان، اختلال‌های روانی را با شدت بیشتری تجربه کنند. برخی تفاوت‌های فرهنگی نیز در بین این جوامع وجود دارد و پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد جوان، به لحاظ فرهنگی کمتر سنتی و دارای تحصیلات بالا و فردگرا، دیدگاه‌های مثبتی درباره روان‌درمانی دارند (۲۷-۲۶، ۳۰). از موارد فرهنگی مربوط به فرآیند روان‌درمانی ذکر این نکات حائز اهمیت است که بی‌طرفی هیجانی و اجتناب از مداخله مستقیم در زندگی مراجع، از سوی مراجع عرب به بی‌تفاوتی، سردی و عدم تمایل به کمک و ارائه مشاوره برداشت می‌شود. ضرورت پایبندی به محدودیت‌های زمانی در جلسات روان‌درمانی و پرداخت به موقع دستمزدها، به عنوان فقدان علاقه، طمع‌ورزی و همچنین بار دیگر، عدم تمایل به کمک قلمداد می‌شود. ناتوانی درمانگر در ارائه اطلاعات در مورد خود و خودافشایی، اعتماد مراجع به درمانگر را در معرض خطر قرار می‌دهد. اغلب، تفاوت‌ها در ارزیابی لحن هیجانی درمانگر در فرهنگ اعراب به ایجاد مشکل می‌انجامد، برای مثال مطرح‌کردن سؤال «چرا» توسط درمانگر، به بیان منفی اشاره دارد و توسط مراجع به صورت منفی برداشت می‌شود. عبارت «درک می‌کنم» نیز معنای تهدیدآمیز دارد، یعنی «من نیت‌های بد شما را درک می‌کنم» (۲۶).

۵ـ آفریقا

قاره آفریقا بیش از ۲۰٪ خشکی‌های جهان را تشکیل می‌دهد. مردم آفریقا از منشأ قومی و زمینه‌های فرهنگی متنوعی هستند. همچنین در آفریقا بیش از ۳۰۰۰ تنوع زبانی یافت می‌شود. مردم آفریقا از لحاظ مذهبی و جهت‌گیری سیاسی، لباس‌پوشیدن، ژست‌ها، نگرش به فرزندپروری و زندگی خانوادگی و سطح سواد با یکدیگر تفاوت‌های زیادی دارند (۳۱). برای بررسی مسائل فرهنگی قاره آفریقا به دلیل کمبود پژوهش‌های مربوط در این قاره، به اجبار از مطالعات صورت گرفته در آفریقای جنوبی که در زمینه روانشناسی از سایر کشورهای آفریقایی توسعه‌یافته‌تر است و نیز از مطالعات صورت‌گرفته بر روی آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار استفاده کردیم. باورهای مذهبی و معنوی، مؤلفه‌های اصلی میراث فرهنگی بسیاری از آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار را تشکیل می‌دهد. این باورها همچنین برای بهزیستی روانشناختی و انعطاف‌پذیری بسیاری از آن‌ها اساسی هستند. از این رو باید به عنوان عاملی اساسی در ارزیابی و درمان در نظر شوند (۳۲-۳۱). مردان آمریکایی آفریقایی‌تبار احساس می‌کنند که درمان می‌تواند به غرور آن‌ها لطمه وارد کند. زنان آمریکایی آفریقایی‌تبار احساس می‌کنند که باید عامل ثبات و منبع قدرت در خانواده باشند (۳۲). این انتظار تاریخی که زندگی به علت نژاد، سخت خواهد بود، به فرهنگ آفریقایی آمریکایی‌ها نفوذ کرده و جستجوی کمک را به نوعی نشانه ضعف مبدل ساخته است (۳۴-۳۲). اغلب آفریقایی‌ها اختلال‌های روانی را به عنوان چیز پیش‌پاافتاده و چیزی که می‌توان به راحتی از پسَش برآمد، در نظر می‌گیرند. همچنین آن‌ها جایگزین‌هایی برای درمان قائل می‌شوند، از جمله این‌که مردم آفریقا گرایش دارند به جای مراجعه به متخصصان سلامت روان، برای کسب حمایت هیجانی به خانواده، مذهب، ارتباطات اجتماعی متکی باشند، حتی در مواقعی که درمان ضروری است (۳۶-۳۴). آن‌ها معتقدند مناسب‌ترین راه برای رسیدگی به دغدغه‌های خانوادگی در داخل سازمان خانواده قرار دارد. کمبود دانش در زمینه سلامت روان از دیگر عواملی است که آفریقایی‌ها را از درمان بازمی‌دارد. در فرهنگ آفریقا اغلب روان‌درمانی به دلیل هزینه‌های آن به جای ضرورت، به

عنوان عملی اشرافی در نظر گرفته می‌شود. برخی نیز در تشخیص شرایطی که نیازمند مداخله‌های درمانی هستند، مشکل دارند که این نیز از فقدان دانش کافی راجع به علائم اختلال روانی ناشی می‌شود (۳۳). حریم خصوصی در جامعه آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار ارزش زیادی دارد، که ممکن است بر بحث راجع به سلامت روانی حتی با اعضای خانواده، تأثیر بگذارد. گفتن اطلاعات شخصی به افراد غیر معتمد امری ناشناخته و بعید است. به عنوان یک فرهنگ، آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار گرایش به این دارند که درمان را به صورت تجاوز به حریم خصوصی خود و خویشاوندان نزدیکشان (اعضای خانواده) تلقی کنند. آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار ممکن است به علت تردیدهایی که در مورد افشای مشکلات هیجانی دارند، از بحث راجع به ناراحتی‌های خود حتی با نزدیکان اجتناب کنند، زیرا وجود مشکلات هیجانی در فرهنگ آفریقا، عیب محسوب می‌شود (۳۳، ۳۵، ۳۷).

۶ـ اروپایی‌های لاتین‌تبار

آویرا (Aviera) (۲۰۰۲ م.) گزارش می‌کند بالینگرانی که در نظر مراجعین لاتین خود، سرد و دیرجوش می‌نمایند، میزان افت مراجعین بالاتری را شاهد خواهند بود. به علاوه، او به انتظارات فرهنگی راجع به افشای اطلاعات خصوصی توسط درمانگر اشاره می‌کند که برای مراجعان لاتین، القاکننده احساس جذاب و قابل اعتمادبودن وی است. خودافشایی و جذاب‌بودن به عنوان جنبه‌های اساسی رابطه درمانی تعریف می‌شوند. استفاده از تماس فیزیکی (مانند روبوسی و دست دادن در ابتدای جلسات روان‌درمانی) بخشی اساسی از فرهنگ لاتین است و بالینگرانی که از چنین تماسی اجتناب یا استفاده از آن را محدود می‌کنند، ممکن است موجب شوند جو بی‌اعتمادی بر جلسه درمانی حاکم شود. در ابتدا یک مراجع لاتین، به خصوص کسی که فرهنگ‌پذیری کمی دارد، ممکن است با یک رویکرد «پاسخ در برابر سؤال (Speak to When Spoken to)» حضور یابد و ممکن است از تماس چشمی مستقیم پرهیز کند. این رفتارها هر دو ممکن است نشانه احترام باشد. در زمینه‌یابی‌های متعدد مشخص شده است که باید به نقش مذهب در زندگی مراجعین لاتین توجه ویژه‌ای صورت گیرد. از آنجایی که بسیاری از لاتین‌ها باورهای مذهبی نیرومندی دارند، لذا باید در نظر داشت که این باورها ممکن است تأثیر اساسی بر دیدگاه افراد در مورد بیماری‌های روانی و همچنین درمان، داشته باشد. این دیدگاه به نوبه خود، دیدگاه مراجع نسبت به درمانگر را نیز تحت تأثیر قرار خواهد داد. مفهوم جبرگرایی (Fatalismo) که در فرهنگ لاتین رایج است، به این باور اشاره دارد که مشیت الهی حاکم بر جهان است و فرد نمی‌تواند بداقبالی و مشکلات را کنترل و از آن پیشگیری کند. بررسی «تبیین‌های جادویی» احتمالی فرد از مشکلات روانی و عاطفی نیز مهم است، زیرا برخی افراد ممکن است ادعا کنند مشکلات هیجانی توسط ارواح بد یا جادوگران ایجاد می‌شوند. درمان مراجعان لاتین نباید یا به بیان مناسب‌تر نمی‌تواند با شتاب صورت گیرد و نیازمند تعداد جلسات بیشتری است. اساس رابطه درمانی احترام به آداب معاشرت فرهنگی است. درمانگران باید در زمینه آداب معاشرت فرهنگی انعطاف‌پذیر باشند، زیرا در ایجاد و گسترش رابطه درمانی نقش مؤثری دارد. مراجعان لاتین، رابطه درمانی را زمانی که مؤلفه‌های اشتراکی و رفتار متقابل داشته باشد، به عنوان مثبت و ثمربخش در نظر می‌گیرند. با افزایش تعهد درمانگر و مراجع به یکدیگر، انتظار رفتار متقابل نظیر پاسخگویی، احترام، اعتماد، همچنین اجازه برای زمان و فضای بیشتر در درمان نیز افزایش می‌یابد. دوست‌داشتنی‌بودن درمانگر، بخش اساسی در شکل‌گیری رابطه درمانی است (۴۰-۳۸).

۷ـ ایالات‌متحده آمریکا

آمریکایی‌ها فردگرا، خود افشاگر، قاطع و بیانگر هستند. در جامعه فردگرای آمریکا رشد افراد، برخلاف جوامع شرقی، با رشد توانایی کارکرد مستقل سنجیده می‌شود. استقلال، کارکردی بهنجار تلقی شده و تأکید زیادی بر رشد آن صورت می‌گیرد (۴۲-۴۱).

در فرهنگ وابسته به بافتار (High-Context) علائم غیر کلامی مهم هستند و معانی در محیط زمینه قرار دارد و شنونده باید علائم زمینه‌ای را بفهمد یا معانی پیام را درک کند، ولی در فرهنگ‌های غیر وابسته به بافتار معانی به کار گرفته‌شده از زمینه کمتری برخوردار هستند و انتقال پیام واضح و روشن است (۱۰، ۱۲، ۱۴). در فرهنگ آمریکا، افراد در زمینه پایین ارتباط برقرار می‌کنند. در این سبک از ارتباط، کلمات نقش اصلی را ایفا می‌کنند. اطلاعات به صورت مستقیم، صریح و روشن ارائه می‌شود و گیرندگان پیام می‌توانند به سهولت آنچه را که گفته شده است، از کلمات دریابند. در فرهنگ‌های زمینه بالا شفافیت در انتقال پیام وجود ندارد و اعضا برای انتقال پیام، به علائم و اشارات متکی هستند و محیط خارجی وضعیت کلی و رفتار غیر کلامی، زمینه ایجاد ارتباطات هستند (۴۴-۴۳). کشورهای ژاپن، چین، و کشورهای عربی دارای فرهنگ زمینه بالا هستند (۱۰، ۱۲). در فرهنگ آمریکا باور بر این است که بینش به تغییر رفتار و بهبودی منجر خواهد شد، از این رو درمان‌های بینش‌محور، رویکرد غالب هستند و روان‌درمانی عمدتاً بر ارتباط کلامی و گفت و شنود منطقی استوار است تا بینش حاصل شود. هدف روان‌درمانی در فرهنگ آمریکا، رسیدن به خودشکوفایی، استقلال و رشد فردی است. همچنین در درمان بر ارتباطات خانوادگی و اجتماعی و تأثیر این ارتباطات بر مشکلات روانشناختی تأکید بسیار کمی صورت می‌گیرد (۴۶-۴۴).

۵. بحث

با بررسی مسائل، دغدغه‌ها و ویژگی‌های فرهنگی کشورهای مختلف، متوجه می‌شویم که تنوع فرهنگی در بین قومیت‌ها، نژادها و کشورهای مختلف، بسیار زیاد است. تأثیر این مسائل فرهنگی بر فرآیند و نتایج درمان قابل چشم‌پوشی نیست. مطالعات متعدد صورت‌گرفته، حاکی از این هستند که نوع ارتباطات و تعاملات خانوادگی و اجتماعی، انتظارات فرهنگی جامعه از افراد، سیستم‌های ارزشی که در بافت فرهنگی شکل می‌گیرند، همچنین تفاوت‌ها در انتظارات از درمان، شیوه مورد انتظار برای روان‌درمانی، تأثیر عمیقی بر گرایش مردم به خدمات روانشناختی و انتظار نتایج درمانی سودمند دارد. از طرفی، همان‌گونه که قبلاً اشاره شد، امروزه کمتر جوامعی پیدا می‌شوند که تک‌فرهنگی باشند، زیرا دو پدیده جهانی‌سازی و مهاجرت، تأثیر و تأثر فرهنگ‌های گوناگون بر یکدیگر را ممکن ساخته است. در چنین شرایطی متخصصان سلامت روان، نظیر روانشناسان و مشاوران که ارتباط زیادی با فرهنگ عامه مردم دارند، ملزم به گسترش دانش و آگاهی خود در زمینه فرهنگ و تأثیر آن بر روان‌درمانی هستند. گرچه کسب چنین دانشی، در نگاه اول آسان می‌نماید، اما باید در نظر داشت که به دلیل تنوع فرهنگی بسیار زیاد، دستیابی کامل به این مهم، تقریباً غیر ممکن بوده یا بسیار دشوار است. هرچند باید به این موضوع نیز توجه داشت که دشواری کسب دانش در این حیطه، لزوماً به معنای سلب مسؤولیت از روانشناسان و مشاوران در گسترش‌دادن این دانش نیست. روانشناسان موظف هستند تا آنجایی که امکان دارد، در این مسیر گام بردارند. به طور دقیق‌تر، متخصصان سلامت روان باید از فرهنگ یا فرهنگ‌های جامعه‌ای که در آن خدمت می‌کنند آگاهی داشته باشند و از طریق مشورت با روانشناسان و مشاوران باتجربه‌تر، این آگاهی را گسترش دهند. این آگاهی صرف از مسائل فرهنگی تنها بخش مقدماتی و اولیه حساسیت فرهنگی است. مهم‌ترین قسمت، به کارگیری اندوخته‌های فرهنگی در کاربست مداخلات درمانی، متناسب با فرهنگ مراجع است، یعنی سبک مصاحبه ساختاریافته یا بدون ساختار، مستقیم (رهنمودی) در برابر غیر مستقیم (بی‌رهنمورد)، میزان خودافشایی و صمیمیت و نزدیکی ابرازشده توسط درمانگر و به خصوص، میزان تأکید درمانگر بر استقلال یا وابستگی مراجع در مداخلات درمانی، باید با خواست‌ها و انتظارات مراجع سازگار شود. چنین اقدام‌هایی از سوی متخصص سلامت روان، به ایجاد رابطه درمانی نیرومند می‌انجامد که این نیز به نوبه خود، پذیرش و همکاری مراجع را در

جلسات روان‌درمانی افزایش خواهد داد. مواردی که ذکر شد، مسؤولیت‌ها و وظایف متخصصان سلامت روان را در قبال فرهنگ مراجعین بیان می‌کند، اما نکته مهم‌تر در این زمینه، وجود اتفاق‌نظر بین ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روان است. امروزه در اغلب کشورهای جهان، سازمان‌ها و انجمن‌های روانشناختی و مشاوره‌ای دایر هستند. از جمله وظایف این نهادها تبیین نظام‌نامه‌های اخلاقی دقیق، روشن و بدون ابهام در زمینه روان‌درمانی می‌باشد. اعضای این نهادها در مواجهه با دوراهی‌های اخلاقی و قانونی مرتبط با حرفه، به این نظام‌نامه‌ها مراجعه می‌کنند. از موارد ذکرشده در اغلب نظام‌نامه‌های اخلاقی می‌توان به رازداری، عدالت، رضایت آگاهانه، خودافشایی، صداقت و اجتناب از آسیب‌رسانی، روابط دوگانه/ چندگانه، و روابط جنسی با مراجعان اشاره کرد. این نظام‌نامه‌ها هدایتگر متخصصان سلامت روان در بسیاری از دوراهی‌های اخلاقی و قانونی هستند، اما یک نقص جدی نیز در بین آن‌ها دیده می‌شود. در همه نظام‌نامه‌های اخلاقی بررسی‌شده در مقاله حاضر، به موارد قانونی و اخلاقی پیش روی روانشناسان و مشاوران اشاره شده است و این نظام‌نامه‌ها به طور تقریباً جامعی توانایی این را دارند که دوراهی‌های موجود در کار بالینی را حل و فصل کنند. گذشته از ملاحظات اخلاقی و قانونی، سؤالات و دوراهی‌های دیگری نیز مطرح هستند که در حیطه مسائل فرهنگی قرار می‌گیرند، برای مثال:

۱ـ ملاحظات مربوط به روابط دوگانه/ چندگانه و نیز روابط جنسی در فرهنگ‌های مختلف و جوامع روستایی به چه صورت است؟ آیا در همه فرهنگ‌ها درمانگر باید از این روابط اجتناب کند یا استثناهایی هم وجود دارد؟

۲ـ نحوه برخورد درمانگر با رابطه جنسی پیش از ازدواج یک نوجوان و جوان در فرهنگ ایران، باید چگونه باشد؟ آیا خانواده مراجع باید از این مسأله آگاه شوند؟ چه محدودیت‌های رازداری وجود دارد؟

۳ـ محدودیت‌های رازداری در مسأله خیانت زناشویی در فرهنگ ایالات متحده، اروپایی‌های لاتین‌تبار و ایران، به چه صورت است؟ آیا متخصص سلامت روان باید رازداری را نقض کرده و به شریک جنسی مراجع اطلاع دهد یا خیر؟

۴ـ آیا در فرهنگ‌های مختلف اجباری برای خودافشایی درمانگر وجود دارد؟

۵ـ میزان تأکید درمانگر بر استقلال و خودکفایی یا وابستگی مراجع، در فرهنگی که به کار حرفه‌ای می‌پردازد، باید در چه حدی باشد؟ آیا درمانگر در مواجهه با مراجع چینی حق دارد، بر استقلال وی تأکید کند؟

این دوراهی‌ها و دوراهی‌های مشابه به شکل چشمگیری در کار بالینی برای متخصصان سلامت روان مطرح می‌شوند که حکایت از ضرورت وجود دستورالعمل‌های دقیق و جامع برای هدایت کار حرفه‌ای متخصصان دارد. علی‌رغم ضرورت یادشده، نظام‌نامه‌های سازمان‌ها و انجمن‌های بررسی‌شده از این امر مهم و ضروری غافل مانده‌اند و می‌توان گفت تقریباً هیچ توجه و اشاره‌ای به دستورالعمل‌هایی در ارتباط با دوراهی‌های اخیر نداشته‌اند.

۶. نتیجه‌گیری

در پایان می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که نیاز روزافزونی برای پژوهش‌های بیشتر و دقیق‌تر در این حیطه وجود دارد. روانشناسان و مشاوران برای بهبود نتایج درمانی، باید از فرهنگ و ارزش‌های خود و مراجع و تأثیر آن‌ها بر فرآیند روان‌درمانی و مشاوره آگاه باشند. سازمان‌ها و انجمن‌های روانشناختی و مشاوره‌ای نیز باید در ویرایش‌های جدیدتر نظام‌نامه‌های اخلاقی، توجه جدی‌تری به مسائل فرهنگی داشته باشند.

۷. تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله از معاون محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان و سایر همکاران این معاونت کمال تشکّر را دارند.

۸. سهم نویسندگان

نویسندگان مقاله در تمام مراحل کار سهم یکسانی داشته‌اند.

۹. تضاد منافع

تعارض منافع وجود ندارد.

References

1. Sumari M, Jalal FH. Cultural issues in counseling: An international perspective. *Counseling, Psychotherapy and Health* 2008; 4(1): 24-34.

2. Hall GCN. Psychotherapy research with ethnic minorities: Empirical, ethical, and conceptual issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001; 69(3): 502-510.

3. Gallardo ME, Johnson J, Parham TA, Carter JA. Ethics and multiculturalism: Advancing cultural and clinical responsiveness. *Professional Psychology: Research and Practice* 2009; 40(5): 425-435.

4. Hoop JG, DiPasquale T, Hernandez JM, Roberts LW. Ethics and culture in mental health care. *Ethics & Behavior* 2008; 18(4): 353-372.

5. M.Leach M, Harbin JJ. Psychological ethics codes: A comparison of twenty-four countries. *International Journal of Psychology* 1997; 32(3): 181-192.

6. Barnett JE, Bivings N. Culturally sensitive treatment and ethical practice. *The Maryland Psychologist* 2002; 48(2): 8-10.

7. American Psychological Association. Revision of ethical standard 3.04 of the " Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct" (2002, as amended 2010). *American Psychologist* 2016; 71: 900-905.

8. Sue S. In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. *American Psychologist* 1998; 53(4): 440-448.

9. Schoen AA. Culturally Sensitive Counseling for Asian Americans Pacific Islanders. *Journal of Instructional Psychology* 2005; 32(3): 253-258.

10. Leong FT, Lee SH. A cultural accommodation model for cross-cultural psychotherapy: Illustrated with the case of Asian Americans. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2006; 43(4): 410-423.

11. Kwan K-LK. The ethical practice of counseling in Asia: an introduction to the special issue of Asian Journal of Counselling. *Asian Journal of Counselling* 2003; 10(1): 1-10.

12. Jim J, Pistrang N. Culture and the therapeutic relationship: Perspectives from Chinese clients. *Psychotherapy Research* 2007; 17(4): 461-473.

13. LaFromboise TD, Trimble JE, Mohatt GV. Counseling intervention and American Indian tradition: An integrative approach. *The Counseling Psychologist* 1990; 18(4): 628-654.

14. Inman AG, Howard EE, Beaumont RL, Walker JA. Cultural transmission: Influence of contextual factors in asian indian immigrant parents' experiences. *Journal of Counseling Psychology* 2007; 54(1): 93-100.

15. Timmins F, Neill F, Murphy M, Begley T, Sheaf G. Spiritual care competence for contemporary nursing practice: A quantitative exploration of the guidance provided by fundamental nursing textbooks. *Nurse Education in Practice* 2015; 15(6): 485-491.

16. Tiew LH, Creedy DK. Development and preliminary validation of a composite Spiritual Care-Giving Scale. *International Journal of Nursing Studies* 2012; 49(6): 682-690.

17. Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings* 2001; 76(12): 1225-1235.

18. Aliyousefi H, Shirani M. Individual and environment health in Islamic-Iranian culture. *Medical Ethics Journal* 2009; 3(9): 47-72. [Persian]

19. Abbasi M, Shamsi Gooshki E, Movahedi H, Saffari S. Spiritual Care at the End of Life (Systematic Review). *Medical Ethics Journal* 2015; 9(30): 99-133. [Persian]

20. Hajiesmaeili MR, Abbasi M, Safaiepour L, Fani M, Abdoljabari M, Hosseini SM, et al. Spiritual Health Concept in Iranian Society: Evolutionary Concept Analysis and Narrative Review. *Medical Ethics Journal* 2016; 10(35): 77-115. [Persian]

21. Triandis HC. Cross-cultural studies of individualism and collectivism. *Nebraska Symposium on Motivation* 1989; 37: 41-133.

22. Rhee E, Uleman JS, Lee HK, Roman RJ. Spontaneous self-descriptions and ethnic identities in individualistic and collectivistic cultures. *J Pers Soc Psychol* 1995;69(1): 142-152.

23. Bar S. Iran: Cultural Values, Self images and Negotiation Behavior. Israel: Herzliya Conference Series on the Balance of Israel's National Security; 2004.

24. Khodayarifard M, Rehm LP, Khodayarifard S. Psychotherapy in Iran: A case study of cognitive

behavioral family therapy for Mrs. A. *Journal of Clinical Psychology* 2007; 63(8): 745-753.

25. Tavakoli M. Content and Style of Advice in Iran and Canada/Le Contenu et la style de conseil en Iran et Canada. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy (Online)* 2013; 47(2): 299-311.

26. Broude L. Trans-Cultural psychotherapy: Psychotherapeutic Setting in Non-Western (Arabic) Culture. *World Journal Psychotherapy* 2011; 1(4): 30-35.

27. Boghosian S. Counseling and Psychotherapy with Clients of Middle Eastern Descent: A Qualitative Inquiry. Logan, Utah: Utah State University; 2011.

28. Fakhr El-Islam M. Arab culture and mental health care. *Transcultural Psychiatry* 2008; 45(4): 671-682.

29. Al-Krenawi A, Graham JR. Culturally sensitive social work practice with Arab clients in mental health settings. *Health & Social Work* 2000; 25(1): 9-22.

30. Dwairy M, Van Sickle TD. Western psychotherapy in traditional Arabic societies. *Clinical Psychology Review* 1996; 16(3): 231-249.

31. Wassenaar DR. A history of ethical codes in South African psychology: An insider's view. *South African Journal of Psychology* 1998; 28(3): 135-145.

32. Foxcroft CD. Ethical issues related to psychological testing in Africa: What I have learned (so far). *Online Readings in Psychology and Culture* 2011; 2(2): 7-23.

33. Williamson ME. The Reluctance of African-Americans to Engage in Therapy. Lincoln, Nebraska: University of Nebraska; 2014.

34. Johnston ER. South African clinical psychology's response to cultural diversity, globalisation and multiculturalism: a review. *South African Journal of Psychology* 2015; 45(3): 374-385.

35. Hickson J, Christie GM. Research on cross-cultural counselling and psychotherapy: Implications for the South African context. *South African Journal of Psychology* 1989; 19(3): 162-171.

36. Boyd-Franklin N. Incorporating spirituality and religion into the treatment of African American clients. *The Counseling Psychologist* 2010; 38(7): 976-1000.

37. Baba MM. Cross-Cultural Issues in Comtemporary Counselling Practice: African Experience. *British Journal of Research* 2015; 2(1): 1-8.

38. Aviera A. Culturally sensitive and creative therapy with Latino clients. *California Psychologist* 2002; 35(4): 18-25.

39. Bernal G, Bonilla J, Bellido C. Ecological validity and cultural sensitivity for outcome research: Issues for the cultural adaptation and development of psychosocial treatments with Hispanics. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1995; 23(1): 67-82.

40. Neeleman J, Van Os J. Ethical issues in European psychiatry. *European Psychiatry* 1996; 11(1): 1-6.

41. Rhee E, Uleman JS, Lee HK. Variations in collectivism and individualism by ingroup and culture: Confirmatory factor analysis. *Journal of Personality and Social Psychology* 1996; 71(5): 1037-1054.

42. Forbes GB, Collinsworth LL, Zhao P, Kohlman S, LeClaire J. Relationships among individualism-collectivism, gender, and ingroup/ outgroup status, and responses to conflict: a study in China and the United States. *Aggressive Behavior* 2011; 37(4): 302-314.

43. Smith J. Removing barriers to therapy with MENTS. Keene, New Hampshire: Antioch University New England; 2011.

44. Pedersen PB. The cultural context of the American Counseling Association code of ethics. *Journal of Counseling & Development* 1997; 76(1): 23-28.

45. Sue S, Zane N. The role of culture and cultural techniques in psychotherapy: A critique and reformulation. *American Psychologist* 1987; 42(1): 37-45.

46. Sue DW. Culture-specific strategies in counseling: A conceptual framework. Professional Psychology: *Research and Practice* 1990; 21(6): 424-433.

MEJ
Medical Ethics Journal
2018; 12(43): e7
Journal Homepage: http://journals.sbmu.ac.ir/en-me



REVIEW RESEARCH

Cultural Aspects of Ethics in Psychotherapy

Alireza Rashtbari[1], Omid Saed[2*]

1. MA Student of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Zanjan University of Medical Science, Zanjan, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Zanjan University of Medical Science, Zanjan, Iran. (Corresponding Author)

ARTICLE INFORMATION

Article history:

Received: *10 April 2018*

Accepted: *24 November 2018*

Published online: *06 January 2019*

Keywords:

Culture

Ethics

Psychotherapy

Cutularal Differnces

**** Corresponding Author:*** ***Omid Saed***
Address: Zanjan University of Medical Science, Medical School, Clinical Psychology Department, Zanjan, Iran.
Postal Box: 36
Tel: *(+98) 24 3353 4500*
Email: o.saed@zums.ac.ir

ABSTRACT

Background and Aim: Changes such as globalization and migration, which have been widespread at international level in recent years, have led to increased cultural interactions and the transformation of existing communities into multi-cultural communities. In such a situation, awareness of the cultures governing the various communities, the role of culture in diagnosis, treatment, and symptoms of mental disorders, as well as awareness of the impact of therapist's and client's culture on the therapeutic process is necessary. The purpose of the present article is to study the cultural aspects of ethics in different countries such as East Asia, India, Middle Eastern countries, European countries, the United States of America and Africa.

Materials and Methods: In the present narrative review paper, a systematic study was conducted for full-accessible English papers at 2005 to 2015 years time period using "culture", "ethics", "psychotherapy", "cutularal differences" keywords on PubMed, Science Direct and Google Scholar databases. Of total 116 obtained papers, 24 related papers were studied and analyzed.

Findings: The cultural differences between different communities are such that ignoring them could lead to a decline in therapeutic performance of therapist and poor treating outcome. Literature review showed that the APA's ethics code forces psychologists to have knowledge and awareness of cultural, individual, and Mutual respect for the fundamental rights, dignity and authority of all human beings.

Ethical Considerations: Integrity and honesty in reporting, documenting and citing of resources were observed,

Conclusion: The results show that although the therapist may not be familiar with all cultures, the therapist's awareness of his own cultural context, as well as the understanding and acceptance of his cultural differences with the clients, could have contribution in effective advancement of the therapeutic process and improving the quality of the treatment. In addition, there is an extensive need to determine ethical codes proportional to culture of various communities.

© Copyright (2018) Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Cite this article as: Rashtbari A, Saed O. Cultural Aspects of Ethics in Psychotherapy. Med Ethics J. 2018; 12(43):e7.

This open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).