

فرهنگ به عنوان یک چارچوب داوری مؤثر در سبک تصمیم‌گیری بالینی روان‌درمانگر[□]

Cultural Influence as a Frame of Reference on Psychotherapists' Clinical Decision-Making Style[□]

Abbas Zabihzadeh, M.Sc. [□]

Mohammad Ali Mazaheri, Ph.D.,

Javad Hatami, Ph.D.

عباس ذبیح‌زاده*

دکتر محمدعلی مظاهری*

دکتر جواد حاتمی**

Abstract

The purpose of this study was to examine the effect of culture on clinical decision-making styles of Iranians and Americans psychotherapists in three dimensions of decision-making: expedience, vs. realism, individualism vs. collectivism and long-term vs. short-term orientations. The research design was ex post facto and population included Iranian and American psychotherapists who all had at least a minimum of two years of professional experience in the field. The sample was consisted of 30 Iranian psychotherapists and 26 American psychotherapists who were selected with convenience sampling. Each of the participants were presented with three clinical dilemmas, whereby they could mark the extent to which they deem each of the items as significant based on the degree of involvement of the above-mentioned decision-making dimensions in their clinical decisions. The results of ANOVA shows that there are significant differences between decision-making styles of the two groups, i.e. the Iranian psychotherapists clinical decision makings were mostly with higher expedience, collectivity and long-term orientation. According to the results, it can be accepted that in addition to clinical training, culture and its related components as a frame of reference has influenced the clinical decision making style of psychotherapists.

Keywords: culture, clinical decision making, psychotherapist, frame of reference.

چکیده

هدف از انجام این مطالعه شناخت اثر فرهنگ بر سبک تصمیم‌گیری بالینی روان‌درمانگران ایرانی و آمریکایی در سه بعد تصمیم‌گیری بر مبنای مصلحت‌مداری-واقعیت‌گرایی، فردگرایی-جمع‌گرایی و جهت‌گیری کوتاه‌مدت-بلندمدت بوده است. طرح تحقیق از نوع علی‌مقایسه‌ای بود و جامعه مورد نظر شامل کلیه درمانگران ایرانی و آمریکایی که حداقل تجربه دو سال فعالیت حرفه‌ای در عرصه روان‌درمانی را داشته‌اند بود. حجم نمونه مورد نظر ۳۰ درمانگر ایرانی و ۲۶ درمانگر آمریکایی بود که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. هر یک از شرکت‌کنندگان پس از مطالعه سه معنای بالینی، درجه اهمیت گزاره‌هایی مبتنی بر ابعاد تصمیم‌گیری مورد سنجش در این مطالعه را در تصمیم‌گیری بالینی خود نمره‌گذاری نمودند. نتایج آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیره نشان داد که بین سبک تصمیم‌گیری درمانگران ایرانی و آمریکایی در هر سه بعد مورد مطالعه، تفاوت‌های معناداری وجود دارد؛ چنان‌که تصمیم‌گیری درمانگران ایرانی بیشتر مصلحت‌مدارانه، جمع‌گرایانه و با جهت‌گیری بلندمدت بوده است. با توجه نتایج به دست آمده، علاوه بر آموزش‌های بالینی، فرهنگ و مؤلفه‌های مربوط به آن به عنوان یک چارچوب داوری، سبک تصمیم‌گیری بالینی درمانگران را تحت تأثیر خود قرار داده.

کلیدواژه‌ها: فرهنگ، تصمیم‌گیری بالینی، روان‌درمانگر، چارچوب داوری.

[□] Shahid Beheshti University, Tehran, I.R. Iran.

[□] Email: zabihzadeh.a@gmail.com

[□] دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۱۱/۱۶ تصویب نهایی: ۱۳۹۱/۳/۷

** دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی
*** دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

● مقدمه

پدیدآیی و بالیدگی شاخه‌های دانش بشری در بستر فرهنگی ویژه خود، سبب می‌شود تا یافته‌های دانش به فضای خاص فرهنگی خویش بسته و وابسته گردد. ارتزاق روان‌شناسی معاصر نیز به عنوان یکی از شاخه‌های دانش از زادگاه فرهنگی خویش، موضوعی است که در دهه‌های اخیر فتح بابی بر پژوهش‌هایی گران و تأمل‌برانگیز در حوزه‌ای نو از علم روان با عنوان «روان‌شناسی فرهنگی»^۱ شده است (ویگوتسکی، ۱۹۷۸؛ اترن، مدین و راس، ۲۰۰۵؛ کلر و گرینفیلد، ۲۰۰۰؛ نیسبت، ۲۰۰۳؛ نورنزیان و هین، ۲۰۰۵). در اغلب نظریه‌های ارائه شده در حوزه روان‌شناسی، این فرض به‌طور ضمنی پذیرفته شده است که تعریف واحدی از انسان و ویژگی‌های او وجود دارد و دانشمندان در حیطه‌های گوناگون وظیفه دارند تا خود را به این تعریف از انسان نزدیک سازند. این فرض ضمنی در دهه‌های پایانی قرن، به مدد ورود پارادیم‌های پست‌مدرن به روان‌شناسی و رواج این باور که واقعیت اساساً اجتماعی است، به تدریج مورد انتقاد قرار گرفت و موجب شد تا برخی از روان‌شناسان ابتدا در قالب مطالعات بین‌فرهنگی و سپس ذیل عنوان روان‌شناسی فرهنگی به طرح این نکته بپردازند، که آنچه در روان‌شناسی جدید به عنوان تعریفی جهان‌شمول از انسان ارائه می‌شود، بسیار متأثر از فرهنگی است که خاستگاه آن بوده است (حاتمی، ۱۳۸۸).

طنین این اندیشه‌ها، پس از گذار از دهه‌های ۶۰ و ۷۰ و حاشیه‌رانی نقش فرهنگ در روان‌شناسی بالینی و روان‌پزشکی، این شاخه از علم روان را نیز هر چند کمتر از دیگر شاخه‌ها، تحت تأثیر قرار داده است. تبلور توجه به ارتباط بین فرهنگ و آسیب‌شناسی روانی را می‌توان در گنجاندن بخش‌های جدیدی تحت عناوین مختلف، همچون «فهرست نشانگان وابسته به فرهنگ آ» و «طرحی برای فرمول‌بندی فرهنگی بیماری»^۲ در ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV) مشاهده نمود (مارسلا^۴ و یامادا^۵، ۲۰۰۷). لذا در زمان حاضر با رونق یافتن دیدگاه «سیستم‌پذیری فرهنگ»^۶ در مباحث آسیب‌شناسی روانی، عامل‌های فرهنگی توجه روزافزونی در فهم روان‌درمانگر از سبب‌شناسی، بیان، ارزیابی، تشخیص و درمان آسیب‌شناسی روانی کسب کرده‌اند (ماتسومتو، ۲۰۰۱). با این وجود هنوز حوزه درمان دستخوش اندیشه‌های ایس

رویکرد فرهنگ‌محور قرار نگرفته است و بزرگان روان‌شناسی فرهنگی نیز تنها در پژوهش‌های خود به دلالت یافته‌هایشان بر این حوزه از علم روان اکتفا نموده‌اند و آزمون جهان‌شمولی مبادی درمان را به فرصتی در آینده مژکول نموده‌اند (به عنوان نمونه، اوچیدا، نروساکنکیت و کیتایاما، ۲۰۰۴). این درحالی است که برخی تحلیل‌های جامعه‌شناختی و تاریخی متفکرین پست‌مدرن همچون میشل فوکو در کتاب «تاریخ جنون» از پدیده درمان در حوزه علم روان‌شناسی و انتساب ریشه‌های این اندیشه به فرهنگ اعتراف در مسیحیت (فوکو، ۱۳۸۵)، چالش‌های ذهنی بسیاری را هر چند از منظری غیر روان‌شناسانه در مقابل تعریف کنونی علم روان از روان‌درمانی می‌گشاید. از معدود تعاریفی که مورد اجماع روان‌درمانگران از روان‌درمانی قرار گرفته است، تعریف نوروکراس (۱۹۹۰؛ به نقل از پروچسکا، ۱۳۸۵) است:

«روان‌درمانی کاربرد آگاهانه و عمدی روش‌های بالینی و مواضع میان‌فردی است که از اصول روان‌شناختی رایج به دست آمده و هدف آن کمک به درمان‌جویان به منظور تغییری مطلوب در رفتارها، شناخت‌ها، هیجان‌ها و سایر ویژگی‌های شخصی است. در روان‌درمانی، نظریه، دیدگاهی هماهنگ و باثبات در مورد رفتار انسان، آسیب‌شناسی روانی و ساز و کارهای تغییر درمانی است.»

جهان‌شمول بودن درمان و عدم وابستگی آن به فرهنگ از مهمترین مفروضه‌های تعریف کنونی علم روان‌شناسی از روان‌درمانی است که به صورت ضمنی از تعریف نوروکراس، استنباط می‌گردد. بیشتر آن‌چه که هم‌اکنون نیز پیرامون مطالعه پیوند فرهنگ و روان‌درمانی در ادبیات پژوهشی مربوطه موجود است، مطالعاتی است که بر ضرورت توجه به فرهنگ درمانجو در تشخیص و درمان مشکلات آن‌ها، به انحاء مختلف سخن گفته‌اند. غالب این مطالعات نقش فرهنگ در فرایند درمان را تنها به رفتار فرهنگی‌ای که درمانجو در آن پرورش یافته است، تقلیل داده‌اند (به عنوان نمونه، سنگ و استرلنزر، ۲۰۰۵؛ هیز، پروزک و مک‌لئود، ۲۰۱۰؛ برون، ۲۰۰۹؛ گرینر و اسپیتز، ۲۰۰۶). به همین دلیل با مراجعه به ادبیات پژوهشی کنونی با صراحت نمی‌توان راجع به ماهیت درمان به عنوان پدیده‌ای جهان‌شمول یا متأثر از فرهنگ سخن راند. با توجه به ماهیت تجربی‌ای فرهنگ، آن‌گونه که بسیاری از انسان‌شناسان داعیه‌ی آن را دارند (آشوری، ۱۳۸۹)، پژوهش حاضر، حوزه‌ای از روان‌شناسی شناختی را که در دهه اخیر شاهد موجی از مطالعات بین‌فرهنگی در خود بوده - حوزه قضاوت و تصمیم‌گیری - انتخاب و آن را

در پیوند با بعضی موقعیت‌های دشوار بالینی که غالباً از آن‌ها با عنوان «موردهای دشوار»^۷ یاد می‌شود و نیازمند تصمیم‌گیری بالینی درمانگر می‌باشد، قرار داده است. سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که، «آیا فرآیند تصمیم‌گیری بالینی در جریان درمان، می‌تواند متأثر از فرهنگ باشد؟»

روان‌درمانی به عنوان یک حیطه تخصصی و کاربردی از مجموعه شاخه‌های علم روان‌شناسی، بعضاً ملغمه‌ای از موقعیت‌های دشواری است، که یک درمانگر را با تنگناهایی پیرامون وضعیت درمانجوی خویش مواجه می‌سازد. مطابق با داعیه مکاتب درمانی گونه‌گون، تصمیم‌گیری بالینی یک درمانگر در این موقعیت‌ها، به عنوان یک فرآیند جهان‌شمول، محصول هنر و تجربه او در این حیطه تخصصی از دانش است. هیز و همکاران (۲۰۱۰) تصمیم‌گیری بالینی را تصمیم دشوار و بغرنج یک درمانگر در موقعیت‌های دشواری که به ارزیابی درجه شدت علائم، تشخیص سطوح کارکردی و تصمیم در مورد پیش‌آگهی مشکلات و نشانه‌های درمانجو می‌پردازند، تعریف کرده‌اند. الگوی «قضاوت و تصمیم‌گیری» به عنوان یکی از ابعاد شناختی انسانی، یکی از حوزه‌هایی است که در سال‌های اخیر مطالعات فراوانی پیرامون تأثیر حضور فرهنگی خویشتن در جهان (کیتایاما، دافی و اوچیدا، ۲۰۰۷؛ همدانی، مارکوس و فو، ۲۰۱۱) بر آن انجام شده است. غالب مطالعات بین‌فرهنگی صورت گرفته در حوزه قضاوت و تصمیم‌گیری بر موضوعاتی چون «قضاوت احتمالی»، «خطرپذیری» و «شیوه‌های تفکر تحلیلی در برابر تفکر کل‌گرا» متمرکز بوده است (به عنوان نمونه، جوی، جوی و نورنزیان، ۲۰۰۴؛ وبر و موریس، ۲۰۱۰؛ ماسودا و نیسبت، ۲۰۰۱؛ نیسبت، ۲۰۰۳). نتایج غالب این مطالعات همسو با یکدیگر مؤید تفاوت‌هایی در شیوه‌های تصمیم‌گیری و قضاوت مردمان فرهنگ‌های آسیای شرقی و مغرب‌زمین بوده است. علاوه بر این برخی از مطالعات نقش فرهنگ را به عنوان یک «چارچوب دآوری» در فرآیند تصمیم‌گیری انسان‌ها پذیرفته‌اند. بنا بر نظر تورسکی و کانمن (۱۹۸۲) یک چارچوب تصمیم، عبارت است از «برداشتی که تصمیم‌گیرنده از اعمال، وابستگی‌ها و پیامدهای مرتبط با یک انتخاب ویژه دارد». مؤلفان این مفهوم به روشنی قدرت یک چارچوب را در تعیین نتیجه‌گیری‌های افرادی که با واقعیات اساساً یکسان ولی با زمینه‌های متفاوت مواجه می‌شوند، نشان داده‌اند (به عنوان نمونه، تورسکی و کانمن، ۱۹۸۶) و معتقدند چارچوبی که کسی در

مورد تصمیم‌گیری می‌پذیرد، می‌تواند تحت تأثیر هنجارها، عادات و خصوصیات شخصی او قرار گیرد (سولسو^۸، ۱۳۸۱). در سطحی کلان‌تر از سطوحی که تورسکی و کانمن تحت عنوان «اثر چارچوب»^۹ مطرح نموده‌اند، برخی از مؤلفین، از فرهنگ به عنوان یک مؤلفه زمینه‌ای وضعی و یک چارچوب دآوری تأثیرگذار در فرآیند تصمیم‌گیری یاد کرده‌اند. نمونه بارز چنین پژوهش‌هایی را می‌توان در پژوهش لیب‌وره^{۱۰} (۱۹۸۲)، به نقل از سولسو، (۱۳۸۱) که به بررسی اثر فرهنگ به عنوان یک چارچوب دآوری در قالب بعد «مصلحت‌مداری-واقعیت‌گرایی»^{۱۱} بر قضاوت اخلاقی اهالی شوروی و آمریکا پرداخته بود یا پژوهش‌هایی که در زمینه تصمیم‌گیری اخلاقی بر اساس پنج بعد فرهنگی هافستد (۱۹۸۱، ۲۰۰۱) - «توزیع قدرت»، «فردگرایی-جمع‌گرایی»، «مردانگی-زنانگی»، «درجه پذیرش ابهام» و جهت‌گیری کوتاه‌مدت-بلندمدت - صورت گرفته است، یاد کرد (به عنوان نمونه، نگ و دان، ۲۰۰۱؛ ویتل، ناچکو و بارنس، ۱۹۹۳).

این مطالعه در نظر دارد تا به صورت وضعی تأثیر سه بعد فرهنگی مصلحت‌مداری-واقعیت‌گرایی، فردگرایی-جمع‌گرایی و جهت‌گیری کوتاه‌مدت-بلندمدت را بر سبک تصمیم‌گیری روان‌درمانگرانی از دو کشور ایران و آمریکا، در موقعیت‌های دشوار بالینی مورد سنجش قرار دهد.

● روش

○ طرح تحقیق مطالعه حاضر از نوع علی‌مقایسه‌ای بوده است. «جامعه آماری» این مطالعه، کلیه روان‌درمانگران ایرانی و آمریکایی است که ضمن داشتن درجه دکتری در رشته روان‌شناسی، تجربه حداقل دو سال فعالیت حرفه‌ای در عرصه خدمات روان‌درمانی را داشته‌اند. حجم «نمونه» این مطالعه شامل ۵۶ روان‌درمانگر (۳۰ درمانگر ایرانی و ۲۶ درمانگر آمریکایی) بوده است که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. کلیه شرکت‌کنندگان این پژوهش، دارای پروانه اشتغال در حرفه روان‌درمانی بر اساس مجوز نظام روان‌شناسی کشور ذیربط نیز بوده‌اند.

○ ابزار: در مطالعه حاضر به منظور ارزیابی سبک تصمیم‌گیری درمانگران در مواجهه با موقعیت‌های دشوار بالینی، سه معمای بالینی محقق ساخته طراحی شد. هر یک از این معماها شرح مختصری از یک پرونده بالینی و توصیف یک موقعیت فرضی

است که چالش‌هایی را برای تصمیم‌گیری بالینی یک درمانگر در حل و فصل مشکلات درمانجوی خود ایجاد می‌کند. با توجه به این‌که در این مطالعه سبک تصمیم‌گیری درمانگران، در سه بعد مصلحت‌مداری-واقعیت‌گرایی، فردگرایی-جمع‌گرایی و جهت‌گیری کوتاه‌مدت-بلندمدت مورد ارزیابی قرار می‌گرفت، گزاره‌هایی مبتنی بر اهمیت هر یک از دو قطب ابعاد سه‌گانه فوق در تصمیم‌گیری بالینی طراح‌ی و از درمانگران خواسته شد تا پس از خواندن شرح هر یک از پرونده‌های بالینی، درجه اهمیت هر یک از گزاره‌های ارائه شده به آن‌ها را در تصمیم‌گیری بالینی خود از عدد یک (کمترین اهمیت) تا عدد ۱۰ (بیشترین اهمیت) نمره‌گذاری نمایند. به عبارت دیگر سؤالات مربوط به هر یک از سه معنای بالینی، مشتمل بر شش گزاره بوده است که هر یک از این گزاره‌ها به لحاظ محتوایی اهمیت یک بعد خاص از ابعاد سه‌گانه مورد سنجش در این مطالعه را بر الگوی تصمیم‌گیری درمانگران، مورد ارزیابی قرار می‌داد. به منظور حصول اطمینان از تناسب محتوای هر یک از گزاره‌ها با ابعاد مورد سنجش در این مطالعه، معنای بالینی و گزاره‌های مربوط به آن، توسط پنج دکتر روان‌شناس با سابقه‌ی فعالیت حرفه‌ای در روان‌درمانی بررسی و مورد تأیید قرار گرفت.

○ پس از طراحی معنای و گزاره‌های مربوط به هر یک به زبان فارسی، به منظور برگردان دقیق انگلیسی آن، از تجربه یک دکتر روان‌شناس بالینی مقیم ایران با سابقه زندگی ۱۴ ساله در آمریکا بهره گرفته شد و در نهایت برگردان انگلیسی انجام شده، مورد تأیید یک روان‌شناس ایرانی مقیم کانادا و یک روان‌شناس ایرانی مقیم استرالیا نیز قرار گرفت. با توجه به این‌که درجه اهمیت هر یک از گزاره‌ها در تصمیم‌گیری بالینی درمانگران از نمره یک تا ۱۰ درجه‌بندی شده است، نحوه سنجش و نمره‌گذاری هر یک از سه بعد تصمیم‌گیری مورد پژوهش در این مطالعه به این صورت بوده است که در هر یک از دو قطب یک بعد، نمره بالاتر یک درمانگر به آن گزاره در تعیین درجه اهمیت آن در تصمیم‌گیری بالینی او به معنای گرایش بیشتر او به بهره‌مندی از آن قطب بوده است. به عبارت دیگر در مقایسه فردی که به عنوان مثال در بعد مصلحت‌مداری-واقعیت‌گرایی، در مجموع گزاره‌های موجود در سه معنای بالینی که به ارزیابی قطب مصلحت‌مداری پرداخته است، به‌طورمیانگین نمره هشت کسب کرده، به مراتب مصلحت‌اندیش‌تر از فردی است که به عنوان مثال نمره پنج گرفته است.

○ اجرا: در گام نخست با طراحی یک سایت اینترنتی تحت عنوان www.cultural-psychology.com اهداف پژوهش (تحت عنوان یک «فرم قرارداد»^{۱۲} اخلاقی) و ابزار سنجش و ارزیابی سبک تصمیم‌گیری درمانگران، در این صفحه اینترنتی قرار گرفت. در گام بعدی با جمع‌آوری آدرس پست‌الکترونیکی جمعی از درمانگران ایرانی و آمریکایی، آدرس سایت اینترنتی فوق به همراه یک گذرواژه ورود به سایت، برای آن‌ها ارسال و تقاضا می‌شد تا در زمان مقتضی از سایت مربوطه بازدید و در صورت تمایل، در پژوهش حاضر شرکت نمایند. از این طریق ضمن ارسال آدرس اینترنتی مربوطه به آدرس پست الکترونیکی درمانگران، یک گذرواژه که خاص آن درمانگر بوده و تنها یک‌بار قابلیت استفاده داشت، ارسال می‌شد. کلیه درمانگرانی که پیام مربوطه را در جعبه پست الکترونیکی خود دریافت می‌کردند، پس از کلیک روی آدرس اینترنتی ارسال شده برای آن‌ها، به صفحه اصلی سایت متصل می‌شدند. در این صفحه، دو گزینه قابل انتخاب در مقابل کاربران (درمانگران مربوطه) قرار می‌گرفت که یکی از گزینه‌ها حاوی کلمه Persian (ورود به صفحه فارسی معماهای بالینی) و گزینه دیگر حاوی کلمه English (ورود به صفحه انگلیسی معماهای بالینی) بود. پس از درج گذرواژه، ابتدا فرم قرارداد اخلاقی گشوده می‌شد. پس از مطالعه این صفحه و چنان‌چه کاربر تمایل به شرکت در انجام این مطالعه داشت، به صفحه ثبت اطلاعات بیوگرافی خود و سپس صفحه معماهای بالینی و پاسخ‌گویی به سؤالات مطرح شده پیرامون آن وارد می‌شد.

● نتایج

به منظور تحلیل داده‌های گردآوری شده و بررسی تفاوت سبک تصمیم‌گیری درمانگران ایرانی و آمریکایی در ابعاد سه‌گانه‌ی تصمیم‌گیری در این مطالعه، از آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیره استفاده شد. (جدول ۱)

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی شرکت‌کنندگان در پژوهش به تفکیک چهار گروه مورد مطالعه

گروه‌ها	تعداد	شاخص‌ها		جنس		سن		سابقه فعالیت درمانی (به سال)	
		مرد	زن	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ایران	۳۰	۲۰	۱۰	۴۲/۵۳	۷/۷۵	۱۱/۳۶	۶/۵۷		
آمریکا	۲۶	۱۴	۱۲	۵۳/۴۲	۱۲/۷۷	۲۵/۲۶	۱۲/۸۹		
جمع کل	۵۶	۳۴	۲۲						

با توجه به داده‌های استخراج شده از جدول ۲ و ۳، چنین استنباط می‌گردد که بین الگوی پاسخ درمانگران ایرانی و آمریکایی در هر دو قطب ابعاد سه‌گانه‌ی تصمیم‌گیری مورد پژوهش در این مطالعه، تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به میانگین نمرات

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات درمانگران چهار گروه در ابعاد سه‌گانه‌ی تصمیم‌گیری

ابعاد تصمیم‌گیری	شاخص	ایران (n=۳۰)		آمریکا (n=۲۶)	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مصلحت‌مداری		۷/۶۰	۱/۵۱	۳/۲۱	۱/۱۹
واقعیت‌گرایی		۷/۱۴	۱/۵۵	۸/۸۰	۰/۸۳
فردگرایی		۶/۹۷	۱/۴۶	۸/۵۷	۰/۸۴
جمع‌گرایی		۷/۴۵	۱/۴۲	۳/۷۱	۱/۵۱
جهت‌گیری کوتاه‌مدت		۷/۱۷	۱/۶۳	۹/۱۰	۰/۷۸
جهت‌گیری بلندمدت		۸/۳۸	۱/۱۵	۵/۱۴	۱/۲۶

درمانگران آمریکایی در ابعاد سه‌گانه‌ی تصمیم‌گیری، به نظر می‌رسد که سبک تصمیم‌گیری درمانگران این گروه بیشتر از واقعیت‌گرایی، فردگرایی و جهت‌گیری کوتاه‌مدت

جدول ۳: آزمون تحلیل واریانس (ANOVA) برای بررسی تفاوت درمانگران ایرانی و آمریکایی در ابعاد تصمیم‌گیری

ابعاد تصمیم‌گیری	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
مصلحت‌مداری	درون گروهی	۱۰۲/۵۲	۵۴	۱/۸۹	۱۴۰/۸۷	۰/۰۰۰۱
	بین گروهی	۲۶۷/۴۶	۱	۲۶۷/۴۶		
	کل	۳۶۹/۹۸	۵۵			
واقعیت‌گرایی	درون گروهی	۸۷/۳۰	۵۴	۱/۶۱	۲۳/۸۳	۰/۰۰۰۹
	بین گروهی	۳۸/۵۳	۱	۳۸/۵۳		
	کل	۱۲۵/۸۳	۵۵			
فردگرایی	درون گروهی	۷۹/۶۶	۵۴	۱/۴۷	۲۴/۱۴	۰/۰۰۰۸
	بین گروهی	۳۵/۶۱	۱	۳۵/۶۱		
	کل	۱۱۵/۲۸	۵۵			
جمع‌گرایی	درون گروهی	۱۱۵/۸۱	۵۴	۲/۱۴	۹۰/۷۲	۰/۰۰۰۳
	بین گروهی	۱۹۴/۵۷	۱	۱۹۴/۵۷		
	کل	۳۱۰/۳۹	۵۵			
جهت‌گیری کوتاه	درون گروهی	۹۲/۳۳	۵۴	۱/۷۱	۳۰/۱۷	۰/۰۰۰۱
	بین گروهی	۵۱/۶۰	۱	۵۱/۶۰		
	کل	۱۴۳/۹۳	۵۵			
جهت‌گیری بلند	درون گروهی	۷۸/۵۰	۵۴	۱/۴۵	۱۰۱/۰۶	۰/۰۰۰۵
	بین گروهی	۱۴۶/۹۲	۱	۱۴۶/۹۲		
	کل	۲۲۵/۴۲	۵۵			

تأثیر می‌پذیرد. در نقطه مقابل درمانگران ایرانی از یک سو با توجه به کاهش معنادار میانگین نمرات آن‌ها در واقعیت‌گرایی، فردگرایی و جهت‌گیری کوتاه‌مدت در قیاس با هم‌تایان آمریکایی آن‌ها و بالاتر بودن معنادار میانگین نمرات آن‌ها در قطب‌های متضاد نسبت به درمانگران آمریکایی، به نظر می‌رسد که در تصمیم‌گیری‌های بالینی خود بیشتر از مصلحت‌اندیشی، جمع‌گرایی و جهت‌گیری بلندمدت تأثیر پذیرفته‌اند.

● بحث

○ این مطالعه با توجه به فقر شدید پژوهش‌های صورت گرفته در حوزه روان‌شناسی فرهنگی، پیرامون بازتعریف مفهوم درمان، کوششی بود در راستای بازخوانی این مفهوم تاریخی در علم روان‌شناسی. هدف عمده این پژوهش، واکاوی نقش فرهنگ در فرآیند درمان و آزمون جهان‌شمولی مبادی درمان از طریق بررسی سبک تصمیم‌گیری بالینی یک درمانگر در مواجهه با موقعیت‌های دشوار بالینی بوده است؛ موقعیت‌هایی که بعضاً در فرآیند روان‌درمانی، یک درمانگر ناگزیر از پذیرش و رویارویی با آن‌ها است. علی‌رغم آن‌چه در ادبیات پژوهشی موجود، پیرامون طرح مسئله فرهنگ در فرآیند درمان وجود دارد، لیکن غالب این مطالعات، نقش فرهنگ را تنها در سطح بافتار فرهنگی‌ای که درمانجو در آن پرورش یافته است، جسته و تفهیل داده‌اند. با توجه به داده‌های گردآوری شده در این مطالعه، این امکان فراهم شده است تا در سطحی کلان‌تر از مطالعات پیشین، پاسخ‌گوی این سؤال بود که آیا فرهنگ و مؤلفه‌های مربوط به آن، فراتر از حضور آن در قالب آن‌چه درمانجو با خود به اتاق درمان می‌آورد، می‌تواند عنصر غالب دیگر در فرآیند روان‌درمانی یعنی فردی را که در نقش یک روان‌درمانگر در جریان درمان حضور دارد را نیز متأثر سازد؟ همچنان که نتایج این مطالعه در ابعاد تصمیم‌گیری مورد پژوهش نشان داده است، تفاوت‌های معناداری بین درمانگران آمریکایی و ایرانی در نحوه تصمیم‌گیری و برخورد آن‌ها با موقعیت‌های دشوار بالینی وجود دارد. با توجه به الگوی نتایج به دست آمده، در حد خطوط کلی می‌توان این انگاره را مورد پذیرش قرار داد که علاوه بر آموزش‌های بالینی، فرهنگ و مؤلفه‌های مربوط به آن به عنوان یک چارچوب دآوری ضمنی اما تأثیرگذار، سبک تصمیم‌گیری بالینی درمانگران را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. این

بخش از نتایج مطالعه حاضر را می‌توان همسو با مطالعاتی دانست که در حوزه تأثیر فرهنگ و فضای روان‌شناختی حاکم بر خویشتن بر سیستم تفکر و سبک قضاوت و تصمیم‌گیری انسان‌ها در گستره‌های جغرافیایی مختلف صورت پذیرفته است. همسو با یافته‌های این مطالعات، نتایج این مطالعه نیز نشان داده است که فرهنگ مؤلفه‌ای مهم و تأثیرگذار بر سبک قضاوت و تصمیم‌گیری انسان‌ها است؛ آن‌جا که فرد تصمیم‌گیرنده به جستجوی اطلاعات مورد نیاز و ترکیب این اطلاعات برای تصمیم‌گیری در موقعیت‌های دشوار می‌پردازد (به عنوان نمونه، چوی و همکاران، ۲۰۰۴؛ وبر و موریس، ۲۰۱۰؛ ماسودا و نیسبت، ۲۰۰۱؛ نیسبت، ۲۰۰۳).

از سوی دیگر، الگوی نتایج به دست آمده، این امکان را در اختیار محقق قرار می‌دهد تا به نقد مطالعات موجود در حوزه پیوند فرهنگ و فرآیند روان‌درمانی بپردازد. آن‌چنان که شرح آن گذشت، غالب مطالعات صورت گرفته در این حوزه، نقش فرهنگ و مؤلفه‌های مربوط به آن را تنها در سطح بافتار فرهنگی درمانجویان و آن‌چه که آن‌ها با خود به اتاق درمان می‌آورند، جسته و تفهیل داده‌اند (به عنوان نمونه، سنگ و استرلنزر، ۲۰۰۵؛ هیز و همکاران، ۲۰۱۰). لیکن الگوی نتایج به دست آمده در این مطالعه، این‌انگاره را در سطح تجربی مورد تأکید قرار داده است که حضور فرهنگ و مؤلفه‌های مرتبط با آن به عنوان یک مهمان ناخوانده در فرآیند درمان، آن‌قدر حضور پررنگی است که نه تنها شخص درمانجو، بلکه عنصر غالب دیگر در فرآیند درمان، یعنی شخصی را که به عنوان یک روان‌درمانگر حضور دارد را نیز تحت تأثیر خود قرار می‌دهد؛ آن‌جا که حتی تصمیم‌گیری‌های بالینی او که اصول و خط‌مشی آن تحت تأثیر آموزش‌های بالینی قوام یافته است، در پرتو آموزه‌های فرهنگی که یک درمانگر در آن استنشاق نموده است، رنگ می‌بازد و بار فرهنگی نیرومندی به خود می‌گیرد. علاوه بر این با توجه به الگوی نتایج مطالعه حاضر در حد خطوط کلی می‌توان نقش تأثیرگذار فرهنگ را به عنوان یک چارچوب داورى ضمنی بر سبک تصمیم‌گیری بالینی درمانگران فرهنگ‌های مختلف مورد پذیرش قرار داد. در واقع علی‌رغم آن‌که ابعاد فرهنگی مورد پژوهش در این مطالعه صرفاً بر اساس نظر چند محقق و با رجوع به آن‌چه در ادبیات پژوهش وجود داشته است، تعیین و تدوین گشته است، لیکن الگوی نتایج به دست آمده در این ابعاد در بین درمانگران چهار گروه، بعضاً در برخی از موارد آن‌قدر محسوس بوده است

که نیاز به پژوهش‌های گسترده‌تر و جدی‌تری را در این زمینه برجسته سازد. این بخش از نتایج مطالعه حاضر را که نقش فرهنگ به عنوان چارچوب‌های داوری ضمنی و تأثیرگذار بر سبک تصمیم‌گیری بالینی درمانگران، برجسته نموده است، می‌توان در حد خطوط کلی همسو با مطالعات معدود پیشینی دانست که هر چند در حوزه‌های موضوعی دیگری صورت پذیرفته، لیکن نتایج آن‌ها این جنبه از تأثیر فرهنگ را برجسته ساخته بود (به عنوان نمونه، لقب‌وره، ۱۹۸۲، به نقل از سولسو، ۱۳۸۱؛ نگ و دان، ۲۰۰۱؛ فو و یوکی، ۲۰۰۰).

○ نکته مهم دیگری که نباید آن را از نظر دور داشت الگوی نتایج به دست آمده در سه بعد فرهنگی مورد مطالعه بوده است. علاوه بر هدف کلی این پژوهش پیرامون بررسی اثر فرهنگ بر سبک تصمیم‌گیری بالینی درمانگران، در سطحی اختصاصی‌تر، این مطالعه در نظر داشته است تا نقش و اثر احتمالی فرهنگ را بر سبک تصمیم‌گیری بالینی درمانگران، در سه محور مورد کاوش قرار دهد: مصلحت‌مداری-واقعیت‌گرایی، فردگرایی-جمع‌گرایی و جهت‌گیری کوتاه‌مدت-بلندمدت. علی‌رغم کاستی‌های احتمالی موجود در ابزار این پژوهش که محتمل است الگوی پاسخ‌گویی شرکت‌کنندگان این مطالعه را تحت تأثیر قرار داده باشد، لیکن نتایج به دست آمده در هر سه بعد فرهنگی مورد مطالعه، نتایج قابل ذکر و درخور تأملی بوده که راه‌گشای تحقیقات جدی‌تر و گسترده‌تری در این زمینه می‌باشد. علی‌رغم این‌که با رجوع به ادبیات پژوهشی موجود، به مطالعه‌ای پیرامون بررسی تجربی مصلحت‌اندیشی ذهن ایرانی برخورد نمی‌کنیم، لیکن در برخی از متون روان‌شناختی انگاره‌هایی پیرامون مصلحت‌اندیشی در فرهنگ ایرانی وجود دارد (به عنوان نمونه، حاتمی، ۱۳۸۷؛ شایگان، ۱۳۵۴). مطابق با این انگاره‌ها، انسان ایرانی در بطن اتفاقی که در اطرافش رخ می‌دهد، نوعی قصد و نیت همراه با مصلحت پنهان را جستجو می‌کند که از خواست خداوند نشئت گرفته است و چون از خواست خداوند سرچشمه گرفته، پذیرفتنی است. این باور منجر به شکل‌گیری شیوه‌های خاصی از اسناد روان‌شناختی شده است که تقدیرگرایی نامیده می‌شود (حاتمی، ۱۳۸۷). تقدیس سازش، نرمش و صلاح‌اندیشی در زندگی و فرهنگ ایرانی به صورتی نزدیک با ادبیات و به‌ویژه ادبیات تعلیمی گره خورده است و از این طریق گویی وارد حافظه قومی شخصیت ایرانی شده است. آشکارترین نمونه آن هم

اخلاق عملی سعدی است که در جمله‌ی معروف «دروغ مصلحت‌آمیز به از راست فتنه‌انگیز» خلاصه می‌شود (شایگان، ۱۳۵۴). نتایج این مطالعه همسو با این انگاره‌ها نشان داده است که ذهن مصلحت‌اندیش ایرانی، حتی در جامعه‌ی یک درمانگر و در فرآیند درمان نیز می‌تواند در حلّ و فصل مشکلات درمانجویان خویش مصلحت‌اندیش باشد تا واقعیت‌گرا. با توجه به الگوی متضادی (واقعیت‌گرایی) که در درمانگران آمریکایی این مطالعه دیده شده است، ضرورت انجام پژوهش‌هایی گسترده‌تر و جدی‌تر در این بعد فرهنگی بیش از پیش احساس می‌گردد. نتایج به دست آمده در بعد فردگرایی-جمع‌گرایی نیز نشان می‌دهد که درمانگران ایرانی در تخصیص توجه به بهزیستی و سلامت روان‌شناختی خانواده‌ی درمانجوی خود تمرکز به مراتب بیشتری نسبت به درمانگران آمریکایی‌ای دارند که بیشتر توجه آن‌ها معطوف به سلامت روان-شناختی درمانجوی آن‌ها است. در یک استعاره‌ی تمثیلی می‌توان این الگو را مشابه با الگوی تخصیص توجه به بافت و زمینه در برابر توجه به شیء در نظر گرفت (ماسودا و نیست، ۲۰۰۱)؛ تخصیص توجه به بهزیستی روان‌شناختی درمانجو به منزله‌ی هسته‌ی مرکزی در فرآیند درمان در بین درمانگران آمریکایی و تخصیص توجه به بهزیستی خانواده‌ی درمانجو به عنوان بافتاری که درمانجو در آن قرار گرفته است، در بین درمانگران ایرانی. آنچه در حدّ خطوط کلی در مورد نتایج به دست آمده در این بعد، پیرامون درمانگران ایرانی می‌توان به آن اشاره نمود، آن است که حداقل بهزیستی و سلامت روان‌شناختی خانواده‌ی درمانجو به موازات بهزیستی روان‌شناختی شخص درمانجو، برای درمانگران ایرانی اهمیت دارد. این الگوی نتایج، منازعه‌ی دیرینه‌ای را که در مطالعات پیشین پیرامون فردگرایی و جمع‌گرایی فرهنگ ایرانی وجود داشته است، پررنگ می‌کند. نکته‌ای که نباید آن را از نظر دور داشت این است که در غالب مطالعات فرهنگی صورت گرفته، شرق دور معادل شرق به معنای کلی در نظر گرفته شده است و به تبع آن ایران نیز کشوری شرقی و دارای فرهنگی جمع‌گرا به حساب می‌آید (اسعدی و همکاران، ۱۳۸۵). هر چند مطالعات اندکی در مورد رابطه‌ی فرهنگ ایرانی و فرآیندهای روان‌شناختی صورت گرفته است، اما نتایج همین مطالعات اندک نشان می‌دهد که بر اساس نتایج به دست آمده نمی‌توان جامعه‌ی ایرانی را در یکی از فرهنگ‌های جمع‌گرا یا فردگرا طبقه‌بندی کرد و تلاش برای حلّ این منازعه‌ی دیرینه در پژوهش‌های صورت

گرفته، نیازمند انجام پژوهش‌های گسترده‌تری است. اسعدی و همکاران (۱۳۸۵)، در مطالعه‌ای نشان دادند که فردگرایی در دانشجویان ایرانی بیش از دانشجویان آمریکایی است. از سوی دیگر، وثوقی، میرزایی و رحمانی (۱۳۸۴) بیان کرده‌اند که ایرانیان در عرصه‌های خانوادگی و دینی جمع‌گرا و در عرصه‌های سیاست و حکومت فردگرا هستند. سایر تحقیقات انجام شده در ایران نشان داده است با این‌که اغلب افراد تمایل دارند رفتارهای جمع‌گرایانه داشته باشند (چلبی، ۱۳۸۱؛ دفتر طرح‌های ملی وزارت ارشاد، ۱۳۸۱) و در حدود میانه جمع‌گرایی و فردگرایی قرار دارند (عظیمی هاشمی، ۱۳۷۳؛ نوروزی، ۱۳۷۵؛ به نقل از جوادی یگانه و هاشمی، ۱۳۸۷)، اما اعتقاد دارند که دیگران در جامعه رفتارهای فردگرایانه دارند (جوادی یگانه و هاشمی، ۱۳۸۷). رضایی (۱۳۸۸) در مطالعه‌ای که به منظور بررسی تأثیر فرهنگ بر حافظه مربوط به خود و دیگران در دانشجویان کشورهای افغانستان، آمریکا و ایران انجام داده بود، نشان داد که بین دانشجویان کشورهای افغانستان و ایران با دانشجویان آمریکایی در خود ارجاعی و ارجاع به دیگران (از قبیل مادر و دوست نزدیک) تفاوت معنادار وجود ندارد. در واقع، وی نشان داد که ساختار روان‌بنه‌های دانشجویان افغانی و ایرانی به کشورهای غربی بیشتر تمایل دارد که آن‌ها را از کشورهای آسیایی متمایز می‌سازد. همان‌طور که از این یافته‌ها برمی‌آید به نظر می‌رسد که فرهنگ ایرانی در میانه طیفی قرار دارد، که یک سمت آن فردگرایی و سمت دیگر آن جمع‌گرایی است؛ هم‌چنان که نتایج مطالعه حاضر نیز حاکی از تلاش روان‌درمانگر ایرانی برای بهزیستی روان‌شناختی خانواده درمانجوی او به موازات بهزیستی و سلامت روان‌شناختی شخص درمانجو است. در همین راستا علی‌رغم آن‌که نتایج این مطالعه همسو با انگاره‌های هافستد (۲۰۰۱، ۱۹۹۳) پیرامون جهت‌گیری بلندمدت کشورهای شرقی و جهت‌گیری کوتاه‌مدت کشورهای غربی است که البته شواهد پژوهشی در حمایت از این انگاره‌ها نیز وجود داشته است (هافستد و بند، ۱۹۸۸؛ فو و یوکی، ۲۰۰۰)، لیکن از یک سو با توجه به این‌که انگاره‌های هافستد بیشتر در حیطه تخصصی او (مدیریت) بوده و از سوی دیگر مطالعه خاصی پیرامون کیفیت بهره‌مندی فرهنگ ایرانی از دو قطب این بعد صورت نگرفته است، ضرورت انجام مطالعات جدی‌تری در بررسی این بعد در فرهنگ ایرانی احساس می‌گردد. لیکن این مطالعه در مقام یک مطالعه مقدماتی در بررسی این بعد در فرهنگ ایرانی، می‌تواند

حداقل در سطح شناختی داعیه جهت‌گیری بلندمدت درمانگر ایرانی و جهت‌گیری کوتاه‌مدت درمانگر غربی در اتاق درمان را داشته باشد، اما همچنان که پیشتر نیز گفته شد، تعمیم این نتایج به ابعاد دیگر زندگی اجتماعی فرهنگ ایرانی و غربی، نیازمند مطالعات جدی‌تر و گسترده‌تری است.

در مجموع بدیهی است که با توجه به این‌که این مطالعه، یک مطالعه مقدماتی پیرامون تأثیر فرهنگ بر فرآیند درمان آن هم از منظر تأثیر مؤلفه‌های فرهنگی بر دنیای شناختی ذهن یک روان‌درمانگر بوده است، این تبیین‌های احتمالی تنها در حد آنگاره‌هایی هستند که نیاز به بررسی بیشتری دارند و لازم است مطالعات گسترده‌تری پیرامون تأثیر فرهنگ بر فرآیند درمان صورت پذیرد؛ مطالعاتی که با توجه به نتایج مطالعه حاضر ضرورت انجام آن‌ها بیش از پیش احساس می‌گردد.

● پیوست

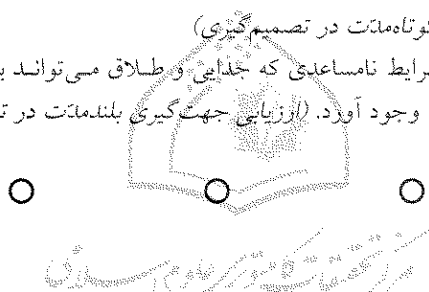
شرح مختصر یک معما از سه معمای بالینی ارائه شده به درمانگران به همراه گزاره‌های اختصاصی آن:

خانم ۳۵ ساله‌ای برای مشاوره طلاق به شما مراجعه می‌کند. ارزیابی‌های بالینی شما حاکی از وجود خلقی افسرده و نوعی احساس درماندگی و استیصال در اوست، چنان‌که این علایم روی کیفیت مراقبت وی از فرزندانش نیز تأثیرگذار بوده است. پیگیری‌های بعدی شما نیز گویای وجود مشکلاتی جدی در رابطه مراجع شما با همسرش می‌باشد. در واقع همسر ایشان علی‌رغم برخورداری از تمکن مالی و وضعیت اقتصادی - اجتماعی بسیار مناسب که شرایط و زمینه‌ها را برای پیشرفت فرزندان خانواده فراهم می‌نماید، به لحاظ شخصیتی و اخلاقی مشکلات فروانی داشته (به عنوان نمونه روابط فرازنشویی متعادل)، طوری‌که مراجع، از امکان مصالحه یا ایجاد تغییر در او ناامید شده است. در طی زندگی مشترک هشت ساله این زوج که منجر به تولد دو فرزند چهار و شش ساله گشته، مشکل خاصی به لحاظ ارتباطی بین پدر خانواده و فرزندان گزارش نشده است. بررسی‌های شما نشان می‌دهد که مراجع در حال حاضر در خصوص جدایی از همسرش و نجات خود از وضعیت روحی آشفته‌اش با از دست رفتن موقعیت‌ها و فرصت‌های ویژه‌ای که همسرش برای زندگی آینده فرزندان او می‌تواند فراهم کند، تعارض شدیدی دارد و از شما کمک می‌خواهد. ارزیابی‌های بالینی شما نیز مؤید آن است که در صورت ادامه زندگی این زوج مطابق با شرایط کنونی، آشفته‌گی روحی مراجع شما تشدید خواهد شد. درخواست شما از پدر خانواده برای داشتن جلسه‌ای مشترک با همسرشان نیز، علی‌رغم تلاش فراوان، بی‌نتیجه مانده است. بررسی‌های شما نشان می‌دهد که در هر صورت جلسات روان-

درمانی شما با این مراجع، باید به صورت انفرادی ادامه یابد. لذا گستره تأثیر این جلسات با توجه به اینکه از یک سو مشکل کنونی مراجع شما، وجود مشکلاتی در رابطه او با همسرش می باشد و از سوی دیگر با توجه به این که همسر ایشان تمایلی به تغییر نشان نمی دهد، محدود خواهد بود.

گزاره های اختصاصی معنای بالینی یکم:

- حفظ کانون خانواده و تداوم زندگی مشترک زوجین. (ارزیابی مصلحت-مداری در تصمیم گیری)
- توجه به سلامت روانی مراجع. (ارزیابی واقعیت گرایی در تصمیم گیری)
- پیامدها و عواقبی که طلاق و جدایی زوجین بر زندگی آینده مراجع می تواند داشته باشد. (ارزیابی فردگرایی در تصمیم گیری)
- پیامدها و عواقبی که طلاق و جدایی زوجین بر زندگی فرزندان خانواده می تواند داشته باشد. (ارزیابی جمع گرایی در تصمیم گیری)
- علایم بالینی، آسیب دیدگی ها و شرایط نابهنجار کنونی مراجع. (ارزیابی جهت گیری کوتاه مدت در تصمیم گیری)
- آسیب ها و شرایط نامساعدی که جدایی و طلاق می تواند برای مراجع و فرزندان او به وجود آورد. (ارزیابی جهت گیری بلند مدت در تصمیم گیری)



یادداشت ها

- | | |
|---|-------------------------|
| 1- cultural psychology | 5 -Yamada |
| 2- glossary of culture-bound syndromes | 7- hard case |
| 3- outline for the cultural formulation of case | 9- framing effect |
| 4- Marsella | 11- expediently-realism |
| 6- cultural relativism | |
| 8- Solso | |
| 10- Lefebvre | |
| 12- consent form | |

منابع

- اسعدی، سید محمد؛ اعتصام، فرناز؛ نایت، کیم. اچ؛ الفنباین، مورتون. اچ؛ رضاعی، فرزین. (۱۳۸۵). رابطه فردگرایی و جمع گرایی با شیوه دانستن مستقل و ارتباطی در دانشجویان ایرانی و آمریکایی. تازه های علوم شناختی، سال دهم، ۱، ۱۷-۲۲.
- آشوری، داریوش. (۱۳۸۹). تعریف ها و مفهوم فرهنگ. تهران: آگه.
- پروچسکا، جیمز و نورکراس، جان. (۱۳۸۵). نظریه های روان درمانی. ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: رشد.

- جوادی یگانه، محمد رضا و هاشمی، سید ضیاء. (۱۳۸۷). نگاهی جدید به مناقشه فرد گرایی و جمع گرایی در جامعه شناسی. *نامه علوم اجتماعی*، ۳۳، ۱۶۱-۱۳۱.
- چلبی، مسعود. (۱۳۸۱). بررسی تجربی نظام شخصیت در ایران. تهران: موسسه پژوهشی فرهنگ، هنر و ارتباطات.
- حاتمی، جواد. (۱۳۸۷). خویش-تن. تهران: نشر تبلور.
- حاتمی، جواد. (۱۳۸۸). علم شناخت در روان شناسی مدرن و گذشته فلسفی روان شناسی در ایران: یک مطالعه تاریخی. فصلنامه پژوهش های روان شناختی. ۱۲، (۳ و ۴)، ۱۱۲-۱۴۳.
- دفتر طرح های ملی وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی. (۱۳۸۱). ارزشها و نگرش های ایرانیان: یافته های پیمایش در ۲۸ استان کشور.
- رضایی، باقر. (۱۳۸۸). بررسی اثر فرهنگ بر حافظه مربوط به خود و دیگران در دانشجویان کشور های افغانستان، آمریکا و ایران. پایان نامه تحصیلی کارشناسی ارشد. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.
- سولسو، رابرت. (۱۳۸۱). روان شناسی شناختی. ترجمه فرهاد ماهر. تهران: رشد.
- شایگان، داریوش. (۱۳۵۴). آسیا در برابر غرب. تهران: امیرکبیر.
- فوکو، میشل. (۱۳۸۲). تاریخ جنون. ترجمه فاطمه ولیانی. تهران: هرمس.
- وثوقی، منصور؛ میرزایی، حسین؛ رحمانی، جبار. (۱۳۸۴). فردگرایی و جمع گرایی ایرانیان از دید سیاحان خارجی. *مطالعات فرهنگی و ارتباطات*، ۳، ۳۰۳-۳۲۲.
- Atran, S., Medin, D. L., & Ross, N. O. (2005). The cultural mind: Environmental decision making and cultural modeling within and across populations. *Psychological Review*, 112, 774-776.
- Berry, J.W. (2000). Cross-cultural psychology: A symbiosis of cultural and comparative approaches. *Asian Journal of Social Psychology [Special issue]*, 3, 197-205.
- Brown, L. S. (2009). Cultural competence: A new way of thinking about integration in therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19(4), 340-353.
- Fu, P. P., & Yukl, G. (2000). Perceived effectiveness of influence tactics in the United States and China. *Leadership Quarterly*, 11, 251-266.
- Griner, D., & Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A meta analytic-review. *J. of Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(4), 531-548.
- Hamedani, M. G., Markus, H., & Fu, A. S. (2011). My nation, my self: Divergent framing of America influence American Selves. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(3), 350-364.
- Hays, D., Prosek, E., & McLeod, A. (2010). A mixed methodological analysis of the role of culture in the clinical decision-making process. *Journal of Counseling & Development*, 88, 114-121.

- Hofstede, G. (1981). *Culture's consequences: International differences in worker elated values*. London: Sage.
- Hofstede, G. (2001). *Culture's consequences: Comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hofstede, G., & Bond, M. H. (1988). Confucius and economic growth: New trends in culture's consequences. *Organizational Dynamics*, 16 (4), 4-21.
- Keller, H., & Greenfield, P. M. (2000). History and future of development in cross-cultural psychology. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 31, 52-62
- Kitayama, S., Duffy, S., & Uchida, Y. (2007). Self as a cultural mode of being. In Kitayama, S., & Cohen, D (Eds.), *Handbook of cultural psychology* (pp. 136-174). New York: Guilford Press.
- Markus, H. R. & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: implication for cognition, emotion and motivation. *Psychological Review*, 98, 224-253.
- Marsella, A., & Yamada, A. (2007). Culture and psychopathology: Foundations, issues, and directions. In Kitayama, S., & Cohen, D (Eds.), *Handbook of cultural psychology* (pp. 797-820). New York: Guilford Press.
- Masuda, T., & Nisbett, R. E. (2001). Attending holistically versus analytically: Comparing the context sensitivity of Japanese and Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 922-934.
- Matsumoto, D. (2001). *The handbook of culture and psychology*. Oxford., UK Oxford University Press.
- Ng, K. Y. & Dyne, L. V. (2001). Individualism-collectivism as a boundary condition for effectiveness of minority influence in decision making. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 84, (2), 198-225.
- Nisbett, R. E. (2003). *The geography of thought*. New York: Free Press.
- Norenzayan, A., & Heine, S. J. (2005). Psychological universals: What are they and how can we know? *Psychological Bulletin*, 131, 763-784.
- Triandis, H. C. (1989). The self and social behavior in differing cultural contexts. *Psychological Review*, 96, 506-520.
- Tseng, W., & Streltzer, J. (2005). *Culture and psychotherapy: A guide to clinical practice*. American Psychiatric Press, Inc.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1986). Rational choice and the framing of decision. *Journal of Business*, 59, 251-278.
- Uchida, Y., Norasakkunkit, V., & Kitayama, S. (2004). Cultural constructions of happiness: Theory and empirical evidence. *Journal of Happiness Studies*, 5: 223-239.
- Vitell, S. J. Nwachukwu, S. L. & Barnes, J. H. (1993). The effect of culture on ethical decision-making: An application of Hofstede's Typology. *Journal of Business Ethics*, 12, 753-760.

- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Weber, E., & Morris, M. (2010). Culture and judgment and decision making: The constructivist turn. *Perspectives on Psychological Science*, 5(4) 410-419.

