

داریخما: بیان آذری‌ها برای توصیف مشکلات هیجانی

مهسا قاسم نژاد، مصطفی زارغان*

گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

چکیده

داریخما، اصطلاحی است که منعکس‌کننده مشکلات روانی مردم آذری در شمال غرب ایران است، اما مطالعات درباره ذات این مفهوم نادر و مبهم است. این پژوهش با هدف ارزیابی عمیق‌تر مفهوم «داریخما» در میان گروهی از افراد قوم آذری ساکن استان آذربایجان شرقی انجام شد. نمونه مورد مطالعه ۴۲ نفر (۲۷ نفر زن و ۱۵ نفر مرد) متعلق به قوم آذری بودند که در قالب مصاحبه انفرادی عمیق و بحث گروهی متمرکز در مطالعه شرکت کردند. از تعداد ۴۲ شرکت‌کننده، ۱۲ نفر مبتلابه دست‌کم یک اختلال هیجانی بودند و ۳۰ نفر مشکل روان‌شناختی عمده‌ای نداشتند. نتایج نشان داد که اصطلاح داریخما ماهیتی ابعادی دارد که شامل مقادیر فراوانی از عاطفه منفی است. همچنین گستره وسیعی از مشکلات هیجانی شامل ملال، اضطراب، انگیزندگی و علائم جسمانی را منعکس می‌کند. یافته‌های اخیر پیشنهاد می‌کند که مردم آذری احتمالاً در تجربه و ابراز مشکلات هیجانی به شیوه خاص خود عمل می‌کنند.

کلیدواژه‌ها: داریخما؛ قوم آذری؛ مشکلات هیجانی**مقدمه**

تجربه افسردگی و اضطراب، شاید یکی از عام‌ترین تجربه‌های هیجانی در جمعیت عمومی باشد. از بررسی ماهیت افسردگی و اضطراب و همچنین ارتباط متقابل آنها در قالب مفهوم هم‌ابتلائی نیز چنین بر می‌آید که اختلالات هیجانی دست‌کم در برخی ویژگی‌های کلی از قبیل عاطفه منفی، مشترک بوده و علائم و نشانه‌های همسانی دارند. از طرفی، فرهنگ در شکل‌دهی علائم افسردگی و اضطراب، میزان آگاهی از شدت مشکل و تأثیرات آن، و رفتارهای جستجوی مراقبت‌های بهداشتی، نقش مهم و بسزایی ایفا می‌کند (سلیم^۱، ۲۰۱۰؛ لوثیز-فرناندز، هیتون، لاریا، پترسون، هافمن، کراسکی، و همکاران، ۲۰۰۹). اگرچه تحقیقات همه‌گیری‌شناسی بین‌المللی تأیید می‌کنند که اختلالات افسردگی اساسی و اضطراب در سرتاسر جهان دیده می‌شوند، با این حال نحوه تظاهر علائم، تعبیر و تفسیر آنها و نیز پاسخهای اجتماعی به این سندروم‌ها بسیار متنوع و گسترده است (کیرمایر^۲، ۲۰۰۱).

گزارشات سازمان جهانی بهداشت مؤید شباهت‌های قابل ملاحظه بین‌فرهنگی در علامت‌شناسی افسردگی است همچون خلق پایین، فقدان لذت، اضطراب، فقدان انرژی و فقدان علاقه به محیط که در اغلب فرهنگ‌ها مشاهده شده است (جابلسکی و همکاران، ۱۹۹۲؛ سارتوریوس و همکاران، ۱۹۸۳). با این حال، تفاوت‌های بین‌فرهنگی هم وجود دارند. برای مثال، احساس گناه یکی از علائم اصلی افسردگی در جوامع غربی است اما اختصاص به این کشورها نداشته و در سایر فرهنگ‌ها هم البته با فراوانی کمتری دیده می‌شود. مطالعه سازمان جهانی بهداشت بالاترین فراوانی احساس گناه را در بیماران کشور سوئیس گزارش کرده است. پایین‌ترین میزان هم مربوط به بیماران ایرانی گزارش شده است. این در حالی است که شکایات جسمی در بیماران ایرانی عمومیت بیشتری داشته است (کاستروپ^۳، ۲۰۱۱).

در فرهنگ‌های غیرغربی افرادی که مبتلا به افسردگی هستند، به طور کلی علائم جسمانی تجربه می‌کنند در حالی که مبتلایان به افسردگی در فرهنگ‌های غربی، کمتر این علائم را گزارش می‌کنند (تجا، نارنگ و آگاروال، ۱۹۷۱، سلیم، ۲۰۱۰). فاروق، قاهیر، اوکیر، شیخ و آبیاد (۱۹۹۵) در میان بیماران افسرده آسیایی نظیر هند، پاکستان و بنگلادش علائم جسمانی بیشتری در مقایسه با علائم بیماران اروپایی (مراکز

* پست الکترونیک نویسنده مسئول: mostafazarean85@gmail.com

1. Selim
2. Kirmayer
3. Kastrup

مراقبت‌های اولیه در بریتانیا) یافتند. اختلالات اضطرابی تعریف شده در DSM نیز به لحاظ علامت‌شناسی و داده‌های همه‌گیرشناسی تفاوت‌هایی در فرهنگ‌های مختلف نشان داده است. این تفاوت‌ها بیشتر مرتبط با سه اختلال پانیک، اضطراب اجتماعی و علایم نگرانی در اختلال اضطراب منتشر می‌باشد (لوئیز-فرناندز و همکاران، ۲۰۰۹).

شواهد پژوهشی فوق‌آشکارا نشان می‌دهند که عوامل بافتاری و به طور مشخص فرهنگ، می‌تواند بر آسیب‌شناسی روانی تأثیر بگذارد و در این میان، ارزیابی تظاهرات بالینی اختلالات شایع هیجانی در فرهنگ ایران اهمیت ویژه دارد. نگاه درون فرهنگی به ابراز علایم، برخلاف سنت پژوهشی غرب، چندان مورد علاقه پژوهشگران ایرانی نبوده و مطالعات اندک موجود، به معرفی سطحی علایم بسنده کرده اند (برای مثال، فخاری، ۱۳۸۴). هر چند معدود پژوهش‌های نظام مند نیز در این حوزه انجام شده (مانند دژمان، ۲۰۱۰؛ و زارعان، ۱۳۹۴)، اما همچنان می‌توان گفت که نگاه بومی به اختلالات هیجانی در کشور ما در گام‌های ابتدایی خود قرار دارد.

به طور خلاصه، نتایج تحقیقات داخلی در حوزه روانشناسی بالینی فرهنگی، مؤید این نکته است که مردم ایران همچون افراد سایر کشورهای شرقی، به گزارش بیشتر علایم جسمانی می‌پردازند (دژمان، ۲۰۱۰)، هرچند در کلان‌شهرها و پایتخت ممکن است الگوی متفاوتی دیده شود (زارعان، ۱۳۹۴). همچنین بخش دوم یافته‌های فرهنگی در ایران ناظر بر واژه‌ها و مفاهیم بومی مورد استفاده در کلام مردم است که اتفاقاً با الگوهای ابعادی برای اختلالات هیجانی همخوانی دارد. برای مثال، واژه «داریخما» در تمامی مطالعات روانشناسی بالینی فرهنگی در قوم آذری مورد تأکید قرار گرفته و به نظر می‌رسد معادل نسبتاً مناسبی برای مفهوم افسردگی باشد (فخاری، ۱۳۸۴) اگرچه نتایج تحقیق زارعان (۱۳۹۴) داریخما را معادل عاطفه منفی می‌پندارد. واژه «ترجمان» و «که پیا» نیز در قوم کرد معادل افسردگی در نظر گرفته شده اند که به نظر می‌رسد نیازمند پژوهش‌های بیشتری باشد. با توجه به این که در پژوهش قبلی (زارعان، ۱۳۹۴) یافته‌های به دست آمده مغایر با نتایج تحقیقات پیشین بود، در طرح پژوهشی حاضر تلاش ما بر این مسأله متمرکز بود تا در قالب یک مطالعه کیفی، به مطالعه عمیق‌تر مفهوم «داریخما» در جمعیت آذری زبان بپردازیم تا ضمن واکاوی مفهوم دقیق این واژه، معادل نسبی آن را در مطالعات نظری جاری در روانشناسی بالینی پیدا کنیم.

روش

شرکت‌کنندگان

افراد شرکت‌کننده در این پژوهش شامل ۴۲ شرکت‌کننده آذری زبان بودند که در قالب مصاحبه انفرادی عمیق و بحث گروهی متمرکز در مطالعه شرکت کردند. از این میان، ۲۷ نفر زن و ۱۵ نفر مرد بودند که در بازه سنی ۱۸ تا ۶۷ سال قرار داشتند. از تعداد ۴۲ شرکت‌کننده، ۱۲ نفر مبتلا به دست کم یک اختلال هیجانی بودند و ۳۰ نفر مشکل روانشناختی عمده‌ای نداشتند. همه این افراد آذری زبان و ساکن استان آذربایجان شرقی بودند.

ابزار

راهنمای عملی مصاحبه/انفرادی عمیق: این مصاحبه با موضوع «داریخما» و از سوی نویسندگان مقاله حاضر تدوین شد و سپس به تأیید سه نفر از متخصصان روانشناسی بالینی فرهنگی رسید. در این راهنما، مفهوم داریخما، علامت‌شناسی آن، شیوع، سبب‌شناسی، و در نهایت تجربه شخصی افراد از داریخما مورد تأکید قرار گرفته است. همچنین درباره شیوه‌های رهایی از داریخما سؤالاتی از شرکت‌کننده‌ها پرسیده می‌شود.

شیوه‌ی اجرا

پس از کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان، پژوهش در یک مکان استاندارد و به مدت تقریبی ۲۰ الی ۴۰ دقیقه با آن‌ها مصاحبه می‌کرد. تمامی مصاحبه‌ها ضبط صوتی می‌شد و پس از پیاده‌سازی و ترجمه به زبان فارسی معیار، مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گرفت. جلسات بحث گروهی متمرکز نیز به مدت ۹۰ الی ۱۲۰ دقیقه و با حضور ۷ الی ۸ نفر برگزار می‌گردید. داده‌ها به شیوه تحلیل محتوای مرسوم مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

یافته‌های تحقیق حاضر نشان‌دهنده وجود طیف وسیعی از علایم و نشانه‌های هیجانی در مقوله داریخما بود که در ادامه به مهم‌ترین ابعاد آن‌ها اشاره می‌شود. عاطفه منفی / ناراحتی: بیشترین کدها در تحلیل محتوا متعلق به این طبقه از مفاهیم بود که گویای محتوای منفی داریخما و هیجان بار بودن آن است. غم، اندوه، ملال، ناراحتی، غصه، و پریشانی جزو بیشترین واژه‌های تکرار شده در این بخش بود. این مفاهیم با سازه عاطفه منفی در دیدگاه واتسون و تلگن (۱۹۸۵) سنخیت بالایی دارد. بعضی وقت‌ها *آنقدر داریخیرام که خودبخود گریه می‌کنم*، *غصه سنگینی بر من وارد می‌شود و همه جا را تیره و تار می‌بینم*، *فکر می‌کنم دنیا بر روی سرم سنگینی می‌کند و هیچ امید دیگری ندارم...* (مراجع ۳۴ ساله مرد)

سستی: بخش دیگری از مفهوم داریخما نشان‌دهنده نوعی بی‌حوصلگی، خستگی مزمن، کندی روانی حرکتی، بی‌حالی، کسالت و در مجموع افت انرژی بود که با نام سستی طبقه بندی شد. سستی^۱ در ویرایش نهایی علایم و اختلالات هیجانی از سوی واتسون و همکاران (۲۰۰۷) برای مفاهیم فوق مورد استفاده قرار گرفته و به عنوان یکی از ابعاد هیجانیت منفی قلمداد شده است. خیلی وقت‌ها خود به خود داریخما می‌آید سراغم. هیچ کاری ندارم هیچ مسئولیتی هم ندارم اما باز داریخیرام. احساس می‌کنم باید کاری بکنم. اما دل و دماغش را ندارم. دوست دارم ساعت‌ها بنشینم و یک جا را نگاه کنم... (زن ۴۷ ساله آذری)

علایم جسمانی: داریخما در نگاه شرکت‌کننده‌های تحقیق شامل برخی ابعاد جسمانی شکل هم بود که مهم‌ترین آن‌ها عبارتند از احساس سنگینی بر روی سینه، احساس خفگی، سردرد و سرگیجه، احساس خواب‌آلودگی، مشکلات تنفسی، مشکل در ستون فقرات، و لرزش اندام‌ها. بنابراین، به نظر می‌رسد داریخما معادل ترکیب خاصی از سه جنبه عاطفه منفی، سستی، و علایم جسمانی است و هرچند قرابت مفهومی خوبی با هیجانیت منفی^۲ بارلو (براون و بارلو، ۲۰۰۹) دارد اما ابعاد کاملاً متمایزی از آن نیز دارد که در بخش بعدی مورد بحث قرار خواهد گرفت.

بحث

مطالعه حاضر با هدف ارزیابی عمیق‌تر مفهوم «داریخما» در میان گروهی از افراد قوم آذری ساکن استان آذربایجان شرقی انجام شد. در این مطالعه شرکت‌کننده‌ها به پرسش‌های محقق در قالب مصاحبه نیمه ساختاریافته انفرادی و بحث گروهی متمرکز پاسخ دادند. یافته‌های مهمی از مطالعه بدست آمد که در ادامه به تفسیر کوتاه آن‌ها می‌پردازیم.

هرچند داریخما در کلام روزمره آذری زبان‌ها سال‌ها است مورد استفاده قرار می‌گیرد، با این حال بررسی مفهومی آن شاید برای نخستین بار است که در یک مقاله علمی پژوهشی مورد تأکید قرار گرفته است. چند بعدی بودن سازه داریخما (از قبیل داشتن جنبه‌های عاطفی، رفتاری، و جسمانی)، تناظر یک به یک آن با نتایج پژوهش‌های کلیدی در حیطه آسیب‌شناسی روانی (از قبیل یافته‌های بارلو و واتسون) و بومی بودن آن باعث می‌شود که بتوانیم از این مفهوم به عنوان یک واژه کلیدی در ابراز هیجانی قوم آذری یاد کنیم. بنابراین داریخما نه تنها به حالت‌های افسرده‌وار در زبان آذری اشاره دارد، جنبه‌های جسمانی و رفتاری مشکل هیجانی را هم در خود جای داده و می‌تواند معادل خوبی برای سازه هیجانیت منفی باشد.

همان‌طور که می‌دانیم، هیجانیت منفی به عنوان یک عامل سطح بالاتر در تحلیل‌های عاملی مرتبط با طبقه‌بندی ابعادی اختلالات هیجانی مورد پذیرش وسیع قرار گرفته و تبلوری از ماهیت طیفی علایم و نشانه‌های مشکلات هیجانی است. گزارش‌های شرکت‌کننده‌های تحقیق نیز گویای این واقعیت بود که داریخما می‌تواند از یک حالت دلتنگی و بی‌قراری ساده در افراد غیربیمار تا یک وضعیت هیجانی شدید در افراد بیمار متغیر باشد. از این رو، به نظر می‌رسد به رسمیت شناختن مفهوم داریخما در ادبیات پژوهشی آذری‌ها می‌تواند در بهبود وضعیت سلامت روانی افراد متعلق به این قوم مؤثر باشد.

هرچند داریخما توانسته است بخش مهمی از علایم و نشانه‌های آذری زبان‌ها را تبیین نماید، با این حال مفاهیم نزدیک به داریخما هم در زبان آذری وجود دارند که بخشی از واقعیت را منعکس می‌کنند. از جمله واژه «سیخیتی» که بیشتری قرابت مفهومی به داریخما را دارد و در اغلب گزارش‌های شرکت‌کننده‌ها وجود داشت. همچنین «دیسگینماخ» نیز مفهومی است که در این تحقیق به عنوان سازه‌ای نزدیک به مفهوم

1 Lassitude

2 negative emotionality

بیش‌انگیختگی فیزیولوژیکی بارلو (۱۹۹۱) به نظر آمد. به نظر می‌رسد واریسی دقیق‌تر مفاهیم بومی در حوزه اختلالات هیجانی رویکرد مهمی است که شایسته است مورد توجه محققان و روانشناسان بومی کشورهای مختلف از جمله ایران قرار گیرد و از این طریق به پیشبرد علم بومی و در نهایت کاربرد مؤثرتر آن برای افراد بومی کمک شود.

منابع

- فخاری، علی؛ اکبری، علی و شیوا، شادی (۱۳۸۴). شکایت‌های اولیه در مبتلایان به افسردگی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۴۱، ۲۳۷-۲۴۰.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A Proposal for a Dimensional Classification System Based on the Shared Features of the DSM-IV Anxiety and Mood Disorders: Implications for Assessment and Treatment. *Psychological Assessment*, 21 (3), 256-271.
- Dejman, M. (2010). *Cultural Explanatory Model of Depression among Iranian Women in Three Ethnic Groups (Fars, Kurds and Turks)*. Karolinska Institute, Universitetservice US-AB: Stockholm, Sweden.
- Kastrup, M. C. (2011). Cultural aspects of depression as a diagnostic entity: historical perspective. *Medicographia*, 33(2), 119-124.
- Kirmayer, L. J. (2001). Cultural Variations in the Clinical Presentation of Depression and Anxiety: Implications for Diagnosis and Treatment. *J. Clin. Psychiatry*, 62[suppl 13], 22-28.
- Ryder, A. G., Yang, J., Zhu, X., Yao, S., Yi, J., Heine, S. J. R., & Bagby, M. (2008). The Cultural Shaping of Depression: Somatic Symptoms in China, Psychological Symptoms in North America? *Journal of Abnormal Psychology*, 117(2), 300-313.
- Selim, N. (2010). Cultural Dimensions of Depression in Bangladesh: A Qualitative Study in Two Villages of Matlab. *J. Health Popul. Nutr.* 28(1), 95-106.
- Watson, D., Gamez, W., & Simms, L. J. (2005). Basic dimensions of temperament and their relation to anxiety and depression: A symptom-based perspective. *Journal of Research in Personality*, 39, 46-66.