

## خود و اسکیزوفرنی (مطالعه مورد پژوهی)

معصومه امینی خو<sup>۱</sup>

حسین اسکندری<sup>۲</sup>

محمد رضا فلسفی نژاد<sup>۳</sup>

احمد برجعلی<sup>۴</sup>

شهلا پزشک<sup>۵</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۷/۶

تاریخ وصول: ۱۳۹۴/۴/۲۵

### چکیده

به علت غلبه رویکرهای اثبات‌گرایانه در روانشناسی، بررسی تجارب فاعلی بیماران مورد غفلت قرار گرفته است، این امر در مورد بیماران اسکیزوفرن برجسته‌تر است. ما معنای تجربه زیسته و ادراک آنان از خود را نمی‌دانیم. اخیراً محققان اهمیت کسب اطلاعات اول شخص از بیماران را مورد تأکید قرار داده‌اند. این پژوهش به منظور فهم تجربه خود در اسکیزوفرنی انجام شده است. این پژوهش یک موردپژوهی کیفی است. از آنجا که هدف این تحقیق بررسی تجربه زیسته مشارکت‌کننده بود، در این پژوهش از طرح پدیدارشناسی استفاده شد. مشارکت‌کننده این تحقیق با استفاده از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شد. وی مذکر، ۳۶ ساله و مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن است. مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و عمقی با وی انجام گرفته و ثبت شد. منابع بیرونی و پرونده مشارکت‌کننده نیز مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. جهت تحلیل داده‌ها از روش پدیدارشناسی تفسیری (IPA) استفاده شد. مضامین اصلی به‌دست آمده، عبارت بود از:

---

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

aminkhoo@gmail.com

۲. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران، (نویسنده

مسئول)

۳. دانشیار گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۴. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۵. دانشیار گروه کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

زمان‌بندی و مکان‌بندی خود، عاملیت کاهش‌یافته، استعاره خود و بیزاری آینه‌ای و بدنی. یافته‌های این تحقیق، نظریه‌های روانکاوی، روایت و خود‌گفتگویی را مورد تأیید قرار دادند.

واژگان کلیدی: تجربه خود، اسکیزوفرنی، پدیدارشناسی، موردپژوهی

#### مقدمه

اسکیزوفرنی اختلالی است که علی‌رغم آنکه درصد کمی از افراد جامعه را مبتلا می‌نماید، خسارات هنگفتی به بار می‌آورد. اسکیزوفرنی شدیدترین اختلال روانی است، معمولاً قبل از ۲۵ سالگی شروع می‌شود و تا آخر عمر پایدار می‌ماند، ۹۰ درصد از بیماران اسکیزوفرنی ۱۵ تا ۵۵ سال دارند، شیوع مادام‌العمر این بیماری ۰/۶ تا ۱/۹ درصد می‌باشد و هیچ یک از طبقات اجتماعی از ابتلای به آن مصون نیستند. ۵۰ درصد تخت‌های بیمارستان‌های روانی به بیماران اسکیزوفرنی تعلق دارد و ۱۶ درصد از کل بیماران روان‌پزشکی را که به شکلی تحت درمان قرار دارند به خود اختصاص می‌دهند. در میان بیماری‌های روانی، فرد اسکیزوفرنی بیشترین میزان فرسودگی<sup>۱</sup> را به خانواده بیماران تحمیل می‌نماید؛ تخمین زده می‌شود که زیان‌های ناشی از اسکیزوفرنی، از مجموع تمام خسارت‌های ناشی از سرطان‌ها نیز بیشتر است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۵). در آسیب‌شناسی روانی معاصر، تجربه فاعلی بیماران به شکل سیستماتیک نادیده گرفته می‌شود و علت این نادیده انگاشتن، دغدغه‌های مربوط به پایایی داده‌ها و نیز سلطه پارادایم معرفت‌شناسی رفتارگرایی است، این نادیده‌انگاری به شکل ویژه در مورد بیماری اسکیزوفرنی محسوس است (پارناس<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵). در ادبیات کلاسیک و روان‌پزشکی پدیدارشناسانه، بر اختلال خود و مشکلات تجربه خود، به عنوان ویژگی اصلی اختلالات طیف اسکیزوفرنی تأکید شده است اما این امر در حال حاضر مورد غفلت قرار گرفته است، زیرا آسیب‌شناسی معاصر، مبتنی بر نوعی معرفت‌شناسی است که به مطالعه فاعلی نابهنجاری‌ها بی‌اعتماد است (پارناس و هندست، ۲۰۰۳). جالب است که این مسأله در تضاد با تاریخچه مطالعه اسکیزوفرنی است. از ابتدای مطالعه اسکیزوفرنی بررسی خود دارای

1. burden

2. Parnas

نقشی محوری بوده است. هرچند درباره جنبه‌های مختلف اسکیزوفرنی، مانند علت‌شناسی و نشانه‌شناسی آن همیشه منازعه وجود داشته است، اما در بین اختلاف نظرها، یک پذیرش منحصربه‌فرد وجود داشته است، مبنی بر اینکه، اختلال در تجربه خود، تجربه جهان‌شمول بیماران اسکیزوفرن است (لیساگر و دیماجیو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). یوجین بلولر<sup>۲</sup> (۱۹۱۱) عنوان می‌کند که، خود در بیمار اسکیزوفرن، اساسی‌ترین تحولات مانند گسیختگی خود، فقدان فاعلیت و از دست دادن توانایی هدایت تفکر را متحمل می‌گردد. کراپلین<sup>۳</sup> (۱۸۹۶) فقدان وحدت درونی هشیاری را مشخصه اصلی اسکیزوفرنی دانسته و از استعاره ارکستر بدون رهبر برای توصیف آن استفاده می‌نماید (ساس و پارناس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳). فروید معتقد بود: تمامی سایکوزها به علت نوعی دوپارگی در خود رخ می‌دهند، در فرد سایکوتیک، دو نگرش روانی واحد همزمان و در کنار یکدیگر وجود دارند، یکی نگرش بهنجار که واقعیت را لحاظ می‌دارد و دیگری نگرشی که خود را از واقعیت جدا می‌کند، ایجاد سایکوز به علت غلبه نگرش دوم است (فروید، ۱۹۴۰). علی‌رغم این پیشینه، در حال حاضر بررسی اختلال خود و تجربه خود در سیستم‌های تشخیصی رسمی روانپزشکی و روانشناسی جایی ندارد. بر این اساس ویژگی‌های خود در این بیماران مورد بررسی کافی قرار نگرفته و علی‌رغم قدمت ادبیات موجود در این زمینه، هنوز سؤالات اساسی درباره ویژگی‌های خود، تجربه و ادراک آن در اسکیزوفرنی، به قوت خود باقی است (ساس، ۲۰۱۴). گیکی<sup>۵</sup> ضمن پیشنهاد انجام پژوهش‌های کیفی در مبتلایان به اسکیزوفرنی می‌گوید، در بررسی ادبیات مربوط به اسکیزوفرنی، آنچه بسیار غافلگیرکننده است، فقدان تقریباً کامل دیدگاه افرادی است که به صورت مستقیم درگیر این تجربه هستند، یعنی مطالعه تجربه افراد دارای تشخیص اسکیزوفرنی (۲۰۰۴). در مطالعه اسکیزوفرنی دیدگاه بیرونی نسبت به این بیماری غلبه داشته و ما از دیدگاه درونی یعنی دیدگاه خود بیمار و تجربه او اطلاع چندانی نداریم. به طور ویژه اخیراً صاحب‌نظران متعددی عنوان می‌نمایند که در فهم ما از این بیماری تجارب

1. Lysaker and Dimaggio
2. Eugene Bleuler
3. Kraepelin
4. Sass and Parnas
5. Geekie

"اول شخص" افراد مبتلا به اسکیزوفرنی مورد غفلت قرار گرفته است (لیساگر و باک، ۲۰۰۸). وقتی تجارب اول شخص در افراد اسکیزوفرنی مورد بررسی قرار می‌گیرد، به نظر می‌رسد آنان باید بر احساس از دست دادن هویت غلبه کنند (اندرسون و همکاران، ۲۰۰۳). همچنین باید بتوانند تجربه-خود را تغییر دهند (فرانک و اوهلین، ۲۰۰۶).  
بر مبنای آنچه که گفته شد پژوهش حاضر با هدف بررسی تجربه خود در یک فرد اسکیزوفرنی بر مبنای دیدگاه خود وی و از زاویه اول شخص صورت گرفت.

### روش پژوهش

یکی از دلایل انجام پژوهش کیفی، ماهیت سؤال پژوهش است. استرن<sup>۱</sup> (۱۹۸۰) معتقد است پژوهشگری که می‌کوشد معنا یا ماهیت تجربه‌ی افراد را دریابد، در صورت ورود به صحنه‌ی زندگی واقعی و تدبیر در گفته‌های افراد، موفق‌تر خواهد بود. روش‌های کیفی برای کشف حیطه‌هایی از زندگی که از آن‌ها چیز چندانی نمی‌دانیم یا عرصه‌هایی که از آن فراوان می‌دانیم اما می‌خواهیم فهمی تازه از آن به‌دست آوریم، مناسب است (استرن، ۱۹۸۰). این ویژگی‌ها در مورد اختلال اسکیزوفرنی صدق می‌کند و لذا استفاده از روش‌های کیفی برای بررسی و فهم این اختلال را موجه می‌نماید. به علت آنکه هدف پژوهش حاضر، بررسی عمیق و مبسوط تجربه خود در افراد اسکیزوفرنی است، از روش پدیدارشناسی استفاده گردید. بررسی پدیدارشناسی به دنبال پاسخ به سؤال از چیستی ماهیت پدیده مورد مطالعه، فهم اشتراکات پدیده در اشکال مختلف آن است (حاج باقری و همکاران، ۱۳۹۰). مشارکت‌کننده پژوهش حاضر یک مرد ۳۶ ساله مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن می‌باشد. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. وی از یکی از مراکز توانبخشی بیماران روانی مزمن وابسته به بهزیستی استان تهران انتخاب شد. معیارهای ورود عبارت بود از: جنسیت مرد، ابتلا به اسکیزوفرنی مزمن، وجود توانایی تکلم و مصاحبه در فرد، سن بین بیست تا پنجاه و پنج سال و تحت درمان دارویی قرار داشتن. در انجام پژوهش از مصاحبه، مشاهده، یادداشت‌های حرفه‌ای، و بررسی اسناد و پرونده‌ها

1. Stern

استفاده شد. مصاحبه‌ها به شیوه نیمه‌ساختاریافته و با سؤالاتی حول محور توصیف تجربه خود، معنای خود، تجربه زیسته فرد و ماهیت بیماری از دید فرد، انجام شد. سؤالات به‌نحوی مطرح گردید که حداکثر فرصت به مشارکت‌کننده داده شود تا داستان خود را بگوید. مصاحبه با کلی‌ترین سؤال ممکن آغاز می‌گشت: "از خودتون بگید". بر اساس پروتوکل اسمیت و آزرین<sup>۱</sup> و حداقل کاوش و تحریک در سؤالات منظور گردید (اسمیت، ۲۰۱۵). مصاحبه‌ها به وسیله ضبط و نیز یادداشت‌برداری ثبت گردیدند. مدت زمان هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه بوده و در صورت لزوم تکرار می‌گردید. برای تفسیر داده‌ها از روش تحلیل پدیدارشناسی تفسیری<sup>۲</sup> (IPA) استفاده شد. ابتدا نسخه‌های مصاحبه‌های ضبط‌شده بر روی کاغذ پیاده شدند. جملات مصاحبه به شکل ستونی با فاصله و حاشیه کافی درج گردیدند، تمامی توصیفات و مصاحبه‌ها بارها و به کرات مورد بازخوانی قرار گرفتند. سؤالات تک تک مورد تحلیل قرار گرفتند. از روش چهار مرحله‌ای لنگریج<sup>۳</sup> برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. ابتدا در حاشیه سمت راست، تفسیر معانی بخش‌های معین متن نوشته شد. در این مرحله تفاسیر بیشتر نزدیک به خود متن و کمتر نظری و تحلیلی هستند (زیر مضامین). سپس در حاشیه سمت چپ مضامین استخراج شده یادداشت گردید. فهرست مقدماتی مضامین تهیه گشت. ابتدا لیست مضامین بر حسب ترتیب زمانی درج شده، و در مرحله بعد بر اساس ارتباط بین مضامین، آن‌ها را به لحاظ نظری و تحلیلی منظم کرده و خوشه‌های مضامین تشکیل گردید. همچنین مضامین فرادست که سایر مضامین را در بر داشتند مشخص گردیدند هر مضمون از طریق ارجاع به نقل‌قول‌ها به متن اصلی مرتبط گردید. در نهایت مضامین به گزارش روایی تبدیل شدند (لنگریج، ۲۰۰۷).

جهت بررسی استحکام داده‌ها، قابلیت اعتماد و اعتبار یافته‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت. اعتبار یافته‌های مصاحبه‌ها با مدیر و آگاه‌ترین فرد از پرسنل مسئول مرکز توانبخشی که از ابتدای پذیرش مشارکت‌کننده در این مرکز، در جریان روند درمان، مسایل فردی و خانوادگی و نیز زندگی روزمره وی بود، در میان گذاشته شد تا وی تعیین نمایند موارد بیان

1. Smith and Osborn
2. Interpretative Phenomenological Analysis (IPA)
3. Langdridge

شده، تا چه حد منعکس کننده تجربیات توان‌خواه می‌باشد. برای تعیین قابلیت اعتماد یافته‌ها از روش بازنگری ناظرین بیرونی استفاده گردید. یادداشت‌های مرتبط با متن مصاحبه‌ها از سوی یکی از همکاران پژوهشگر دوباره مورد بررسی قرار گرفت. جهت کاهش سوگیری و به منظور مواجهه عاری از هر گونه پیش‌فرض با مشارکت‌کننده، پژوهشگر قبل از انجام مصاحبه اول به هیچ عنوان اطلاعاتی از مشارکت‌کننده اخذ نمود. مطالعه پرونده مشارکت‌کننده و دریافت اطلاعات از منابع بیرونی پس از مصاحبه اول انجام شد. پس از آن بر مبنای اطلاعات به‌دست آمده سؤالات مصاحبه‌های بعدی تنظیم می‌گردید.

پژوهشگر تعهدات اخلاقی مؤسسه محل انجام پژوهش را به‌طور کامل پذیرفت. رضایت آگاهانه مشارکت‌کننده در تمامی مراحل شامل ورود به تحقیق و ضبط مصاحبه لحاظ گردید. خروج از تحقیق در هر زمان که مشارکت‌کننده اراده می‌کرد، ممکن بود. به مشارکت‌کننده اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی ارائه شده از سوی او محرمانه خواهد بود و به هیچ عنوان علیه وی مورد استفاده قرار نخواهد گرفت. در گزارش پژوهش نحوه ارائه اطلاعات به نحوی است که هویت فرد شرکت‌کننده در پژوهش و نیز مرکز توانبخشی محل انجام پژوهش مخفی بماند. به مشارکت‌کننده اطلاع داده شده که این مصاحبه با هدف پژوهش و بررسی تجارب افراد انجام می‌گیرد.

### یافته‌های پژوهش

**اطلاعات فردی مشارکت‌کننده:** "میم" مذکر و ۳۶ ساله است. در سال ۱۳۸۵ برای اولین بار با تشخیص اسکیزوفرنی بستری شده است. از مرداد ماه ۱۳۹۳ به مرکز توانبخشی منتقل شده است و از آن تاریخ تاکنون در این مرکز به سر می‌برد.

**وضعیت ظاهری و رفتاری مشارکت‌کننده:** ظاهر مشارکت‌کننده تقریباً متناسب با سن وی است. ظاهرش نسبت به سایر بیماران آسایشگاه بهتر بود و پوشش مناسبی داشته و خوش‌برخورد و مؤدب است. بسیار آرام است و نشانه‌ای از اضطراب یا هر گونه ناراحتی خلقی در وی مشاهده نمی‌شود. ارتباط چشمی مناسب برقرار می‌نماید و حرکت اضافه‌ای در بدن او مشاهده نمی‌شود. به سؤالات با صدا و لحنی آرام و تقریباً یک‌نواخت پاسخ می‌دهد. گفتار وی کاملاً طبیعی است و به‌خوبی سؤالات را ادراک می‌نماید. رفتار

اجتماعی مناسب و محترمانه‌ای دارد. جای زخم بر روی سمت راست گردن و دست چپ وی مشاهده می‌شود.

**روایت "میم" از خود:** مصاحبه‌گر از آقای میم، مشارکت‌کننده این پژوهش، خواست تا درباره خود بگوید. سؤال مطرح شده از ایشان بدین ترتیب بود: "لطفاً از خودتون بگید". در قسمت زیر بخش‌هایی از پاسخ عنوان‌شده توسط وی، به شکل خلاصه ارائه گردیده است:

"من یک مشکل داشتم. مشکل خانوادگی. من را اینجا آوردند و گفتند ۲ تا ۳ ماه اینجا بمونم تا این مشکل حل شود. تا حالا این مشکل حل نشده و هنوز از ۱۱ ماه پیش تا حالا من اینجا هستم. در اصل این مشکل، مادر من است. مادر من ناراحتی اعصاب دارد، خیلی زود عصبانی می‌شود. قبل از اینکه من اینجا پیام مغازه چلوکبابی داشتم، مغازه مال خودم بود، شریک هم داشتم... اون موقع هم مشکلاتی با مادرم وجود داشت ولی چون تا شب در مغازه بودم و خونه نمی‌رفتم، این مشکلات کمتر بود. اون موقع‌ها مادرم هم بیرون می‌رفت، یک آرایشگاه می‌رفت، به همین خاطر او هم کمتر خونه بود و ناراحتی کمتر بین ما پیش می‌آمد، الآن مادرم می‌گه نمی‌تونه با من زیر یک سقف بمونه، تحمل بودن من تو خونه رو نداره... من تک‌پسر خانواده هستم. ۳۶ سالمه. زن داشتم ولی زخم طلاق گرفته. بدون اجازه من و با حکم دادگاه طلاق گرفته. ما فقط حدود ۶-۷ ماه ازدواج کرده بودیم، نامزد بودیم، هنوز به خونمون نرفته بودیم. اسمش مریم بود. زن خوبی بود، خیلی مهربون بود. من دوستش داشتم. تقریباً ۱۸ ساله بود. سه تا خواهر دارم و یکی از خواهرهام فوت کرده... مادرم به زخم کمک کرد تا بتونه بدون اجازه من طلاق بگیره، مادرم ۶۵ ساله است، سال‌ها قرص می‌خورده، مادرزادی ناراحتی اعصاب داره، پدرم هم ازش ناراحته، مادرم پدرم رو هم اذیت می‌کنه، اما پدرم می‌گه چاره‌ای نیست. مادرم همیشه عصبی بود اما بعد فوت خواهرم عصبی‌تر شد. من هم بعد فوت خواهرم عصبی شدم، ۹ سال پیش بود. منم از اون موقع قرص می‌خورم. قرص اعصاب، به خاطر مرگ خواهرم... الآن مشکل من اینه که منو محجور اعلام کردند. الآن قیم من مادرم شده. من از این وضع راضی نیستم و هیچ وقت رضایت و امضا ندادم که مادرم قیم من باشه. واقعاً نمی‌دونم چطوری تونسته

بدون اجازه من این کارو بکنه. من به قیم نیاز ندارم. خودم کار می‌کنم. من از ۱۰ سالگی کار می‌کنم. خوب پول در میارم. من مال و اموال و خونه دارم اما چون اینجام مال و اموالم دیگه با خودم نیست. چرا باید مادرم اختیاردار اموالم شه؟ من ذهنم فرسوده نیست، خودم می‌تونم تصمیم بگیرم و زندگیمو بچرخونم. حتی شناسنامه و مدارک شخصی من رو ازم گرفتند. علتش اینه که کسایی که اینجا هستن یا توی خیابون و بی‌خونه بودن و پلیس اون‌ها رو آورده یا اهل کتک‌کاری و دعوا و آزار بودند. من هیچ کدوم از این‌ها نبودم اما باید یه بهونه‌ای برا موندن من جور می‌کردند، این بهونه رو الآن اینجوری جور کردند. مدیر مرکز هم باهاشون همکاری کرده، اینجا همه زیر نظر بهزیستی هستن. اما ما فقیر نیستیم. مادرم وانمود کرده ما فقیر هستیم تا بتونه اینجا تو بهزیستی منو بندازه. من رو مجنون ندونستند، محجور دونستند، باید به بهزیستی بفهمونم من محجور نیستم ...

**خلاصه پرونده مشارکت‌کننده:** خلاصه مندرجات پرونده مشارکت‌کننده بدین شرح

می‌باشد:

مشارکت‌کننده ۳۶ ساله است. تحصیلات وی در حد دوره راهنمایی است. متأهل و دارای یک دختر (احتمالاً حدود شش ساله) بوده است. در سال ۱۳۸۵ دختر خود را با ضربات متعدد چاقو به قتل رسانده است. پس از آن اقدام به بریدن گلو و رگ دست خود نموده و آلت تناسلی خود را نیز قطع کرده است. اولین بستری و تشخیص در این زمان رخ داده است. همسرش بلافاصله اقدام به طلاق نموده است. یکی از خواهرهای وی خودکشی کرده است، سال خودکشی خواهر ایشان در پرونده درج نشده است اما قبل از ۱۳۸۵ بوده است. نحوه زنده ماندن ایشان ذکر نگردیده است.

**خلاصه اطلاعات مدیر مرکز و سایر ناظرین بیرونی:** مدیر مرکز توانبخشی درباره

نحوه رفتار و تعاملات روزمره مشارکت‌کننده در مرکز توانبخشی عنوان می‌نماید که ایشان بسیار مؤدب، آرام و خوش‌برخورد بوده و عملکردش بسیار خوب است. برخوردی دوستانه و مهربانانه با سایر افراد دارد به نحوی که بسیاری بر اساس رفتار وی عنوان می‌نمایند که ایشان کاملاً یک فرد عادی بوده و هیچ مشکلی ندارد. از دیگران دوری نمی‌کند و منزوی نیست. مشکل خلقی خاصی در وی مشاهده نمی‌شود. در مرکز همکاری کاملی نشان





بودم و .... پس از آن کمی عقب‌تر می‌رود و به مسأله‌ای مشترک بین خود و مادرش اشاره می‌کند: فوت خواهرش.

درواقع مشارکت‌کننده پرشی دارد که با ظرافت آن را پنهان می‌کند. مشارکت‌کننده آغاز مشکل را از زمان ورود به آسایشگاه فعلی (۱۱ ماه پیش) شرح می‌دهد. او به اولین بار بستری (سال ۸۵) و شروع بیماری و قتل دخترش اشاره‌ای نمی‌کند. نزدیک می‌شود اما هیچ اشاره‌ای نمی‌کند. به جای آن مرگ خواهرش در حدود ۱۰ سال پیش را علت ناراحتی اعصاب خود و مادرش می‌داند: "اولین باری که قرص خوردم و ناراحتی عصیم شروع شد بعد مردن خواهرم بود". مشارکت‌کننده ساکت نیست، به خموشی کامل دچار نشده، چیزهایی می‌گوید. اما چیزی را که باید بگوید، نمی‌گوید.

پس از آن دوباره به زمان حال برمی‌گردد و به مشکلات حقوقی خود اشاره می‌کند: به علت اقدامات قانونی مادرش، او اهلیت خود را از دست داده و محجور است. همین باعث شده زنش بتواند بدون رضایت او طلاق بگیرد و بتواند بدون رضایتش او را در آسایشگاه نگاه‌دارند. حال او زن، پول‌ها، خانه و حتی مدارک شخصی و شناسنامه‌اش را از دست داده. و مادرش در این راه تقلب کرده، او بهزیستی را فریب داده است. در روایت مشارکت‌کننده جنون تبدیل به حجر می‌شود. امری که بیشتر حقوقی است تا روانی. مشارکت‌کننده منکر وجود مشکل نیست، شکل و نوع و علت آن را تغییر داده است. ماجرا نبود نشده است، تغییر شکل یافته است.

در کل باید گفت روایت مشارکت‌کننده ساختاریافته، منسجم و منطقی است. مشکل را تعریف می‌کند، علت‌هایی برای آن ارائه می‌کند. گذشته بدون مشکل را شرح می‌دهد و تأثیر این مشکل را در شرایط فعلی خود برمی‌شمرد.

#### مضامین و خوشه‌های مضامین به دست آمده

##### زمان‌بندی و مکان‌بندی خود

**زمان‌های خود:** مشارکت‌کننده دو سیر زمانی متداول در بیان روایت خود را که عبارت است از شروع روایت از زمان حال و یا شروع آن از زمان تولد، مورد استفاده قرار نمی‌دهد. اکثر افراد از حیث زمانی یکی از این دو زمان را آغاز روایت خود قرار می‌دهند.

مشارکت‌کننده از تولد و کودکی خود هرگز سخنی نمی‌گوید. از زمان حال هم آغاز نمی‌کند. بلکه شروع حضور خود در مکان کنونی و علت این حضور را آغازگر روایت خود قرار می‌دهد. قسمت بسیار عمده تمامی گفتگوهای مشارکت‌کننده در تمامی مصاحبه‌های اخیر را این ۱۱ ماه تشکیل می‌دهد. از ۵۵ دقیقه زمان مصاحبه اول که بازترین مصاحبه در پژوهش می‌باشد و روند و محتوا کاملاً در اختیار خود مشارکت‌کننده است و مصاحبه‌گر نقشی منفعل دارد، مشارکت‌کننده ۴۵ دقیقه در مورد این ۱۱ ماه از زندگی ۳۶ ساله صحبت کرد. دوره کودکی و نوجوانی کاملاً حذف شده، از دوره جوانی تنها به مرگ خواهر و شروع مصرف داروی اعصاب اشاره می‌شود. مشارکت‌کننده در ۱۸ سالگی ازدواج کرده است و تا ۲۵ سالگی زندگی مشترک خانوادگی داشته است، این دوره نیز کاملاً حذف شده است. زمان اولین بستری و قتل فرزند و ... ۹ سال پیش بوده (۲۵ سالگی مشارکت‌کننده) درباره این دوره نیز هیچ صحبتی نمی‌شود. از دوره زمانی ۱۸ تا ۲۵ سالگی فقط چند اشاره به شغل‌های قبلی مشارکت‌کننده می‌شود. از ۲۵ سالگی تا ۱۱ ماه قبل نیز حذف شده است.

مشارکت‌کننده بخشی از زندگی را که کمترین میزان تهدیدکنندگی را داراست برای مانور و ارائه خود در قالب آن انتخاب کرده است.

از آینده نیز تنها در قالب خواسته و میل مشارکت‌کننده برای تغییر وضعیت فعلی یاد می‌شود. مشارکت‌کننده ایده‌ای ندارد که آینده چه چیز خواهد بود، تنها می‌گوید که می‌خواهد آینده چه چیز نباشد.

**مکان‌های خود:** مکان اصلی تجربه خود در روایت مشارکت‌کننده آسایشگاه است. آسایشگاه جایی معرفی می‌شود که او در آن نباید باشد، هرچند که هست. ۸ سال از زندگی مشارکت‌کننده در بیمارستان‌ها گذشته است اما هیچ نامی از بیمارستان در گفتار وی برده نمی‌شود. مهم‌ترین اتفاق زندگی مشارکت‌کننده کاملاً حذف شده است. خانه دوران کودکی، مدرسه، و خانه پس از ازدواج در روایت فرد وجود ندارد. به یک مغازه چلوکبابی که احتمالاً آخرین شغل مشارکت‌کننده قبل از بستری بوده اشاره می‌شود.

**شخصیت‌ها:** شخصیت‌های ذکر شده عبارتند از: مادر که مشکل اصلی مشارکت‌کننده است.

همسر سابق که در روایت مشارکت‌کننده تنها هفت ماه نامزد بوده‌اند و غیابی طلاق گرفته است.

پدر که اشاره می‌شود مرا رها کرده و با اینکه او هم از مادرم ناراحت است، کاری نمی‌کند.

خواهر که خودکشی کرده و فوت شده اما در روایت مشارکت‌کننده علت مرگ مریضی عنوان می‌شود.

آقای میم عنوان می‌کند دو خواهر دیگر هم دارد اما توضیح بیشتری از آنان نمی‌دهد.

**انتقال عاملیت:** تحقیقات متعددی به تغییر عاملیت در تجربه خود در اسکیزوفرنی اشاره نموده‌اند، لیساکر عنوان می‌نماید که در تحقیق وی، افراد خود را "بیمار" نامیده و پس از آنکه از آن‌ها درباره معنای بیماری سؤال می‌شد پاسخ می‌دادند که این چیزی است که دکترها فهمیده‌اند و باید سؤال از معنای بیماری را از دکترها پرسید. گاهی فراتر از دکترها، خدا منبع این معنا ذکر می‌شود، لیساکر به شرکت‌کننده دیگری در پژوهش خود استناد می‌کند که خدا را مسئول و منبع بیماری می‌داند (لیساکر و همکاران، ۲۰۱۲). به نظر می‌رسد در اسکیزوفرنی وجهی مشترک در تحقیقات مشاهده می‌شود و آن عبارت است از: کاهش و یا حذف عاملیت و انتساب آن به منبع بیرونی است. در مورد آقای "میم" عاملیت بدین صورت بود:

۱- به مرجع بیرونی شناخته شده: مادر. مراجع به صراحت علت مشکلات خود را مادرش و ناراحتی اعصاب او می‌داند. او را مسئول بستری شدن و نیز مسئول طلاق همسر سابق خود می‌داند.

۲- منبع بیرونی ناشناخته: دعا و جادو، مشارکت‌کننده در زمان بیان استعاره خود، به مطلبی اشاره کرد که سطحی دیگر از عاملیت بیرونی را نشان می‌داد. او در بیان علت مشکلش به اینکه برای او دعا نوشته‌اند اشاره کرد.

### استعاره مشارکت کننده از خود و زندگی: خواب پریشان

مشارکت کننده در پاسخ به این سؤال که خودت را شبیه به چه چیز می‌دانی مشارکت کننده این پاسخ را دارد: "من خودمو نمی‌دونم شبیه چی هستم. خودمو نمی‌شناسم. اما زندگیم شبیه یک خواب پریشونه، یه خواب سراسیمه. پرهول و ولا. من اونم که این خوابو می‌بینم. من تو این خوابم".

- خب. بیشتر بگید.

"یه خواب بد که تموم نمی‌شه، یه خوابی که معنی و مفهومی نداره. درهمه. انگار به زبون خارجیه".

- زندگی شما شبیه یه خواب پریشونه؟

"آره، خواب بد. ازش بیدار نمی‌شی. با اینکه بیداری. روزا، شبا، همیشه هست. همیشه اون پشت هست"

-چه حسی داره این خواب؟

"حس شکست. شبیه شکست خورده‌هاست. آخه من تو عشق شکست خوردم. من مریم رو دوست داشتم. به خاطر همینه..." "نمی‌دونم چرا اینطوری شد. چرا شکست خوردم. البته می‌دونم. دعا برام نوشتن. یه زنی علیه من و مریم دعا نوشته. تقصیر مادرم هست. باعث شد اون بره. من حتی ندیدمش. حتی به من نگفت چرا رفته. هیچ کسم نمی‌گه چرا. فقط منو گذاشته و رفته، مریم خیلی مهربون بود. برای ما دعا نوشتن، من همه چی رو از دست دادم..."

- از کی این خواب شروع شد؟

"نمی‌دونم، فکر کنم از وقتی خواهرم مرد"

-این خواب کی تموم میشه؟

"نمی‌دونم. شاید نشه. تا دعا رو برندارن تموم نمیشه. تو قرآن یه قصه‌ای هست، فیلمش ماکسیمیلیانوس بود کلی سال خوابیده بودن. اون همه سال خواب. اونا آدمای بدی نبودن. خودشون نخوابیدن. دست خودشون نبود."

-خب؟ آدمای بدی نبودن، دست خودشون نبود، به نظرت تو خوابشون چی می‌گذشت؟

(سکوت می‌کند) "همین. میشه یه سؤال دیگه پرسید؟"

این استعاره و آشفتگی و پریشانی بیان شده در آن، در تضاد و تقابل با ظاهر آرام و عاری از اضطراب وی و همچنین عملکردهای روزمره اوست. در واقع تنها جایی که مشارکت‌کننده از پریشانی سخن گفت در این استعاره بود.

رفتار بدنی و حالات چهره‌ای وی نیز در این مقطع تغییر کرد. خمیده‌تر نشست و تماس چشمی قطع شد. بریده‌بریده و بسیار آرام‌تر و شبیه نجوا صحبت می‌کرد.

**خود و بدن: تغییر بدن و چهره:** مشارکت‌کننده در پاسخ به سؤالاتی که حول محور احساس فرد نسبت به بدن خود بود، از تمایل به تغییر چهره خود با عمل جراحی پوست خبر داد. همچنین گفت به جراحی شکم فکر می‌کند. او مشخصاً گفت دوست دارد بدنش این نباشد و اولین کاری که پس از بیرون آمدن از اینجا خواهد کرد جراحی پوست و صورت خواهد بود.

باید اشاره نمود که در اطلاعات به‌دست آمده از منابع بیرونی این مسأله عنوان شد که مشارکت‌کننده در معاینه‌های بدنی احساس شرم و خجالت داشته و از اینکه منطقه آلت تناسلی وی مورد معاینه قرار گیرد دچار ناراحتی شده و امتناع می‌نماید و این امر را نشانه آگاهی و توجه وی به قطع عضو می‌دانستند. این درحالی است که مشارکت‌کننده در مصاحبه اول، سه بار از قصد خود برای ازدواج و داشتن بچه در آینده خبر داد. همچنین در پاسخ به سؤالاتی که با محوریت موضوع بدن از وی مطرح می‌شد هیچ اشاره‌ای به این مسأله یا هر نوع نقص خاص بدنی ننموده صرفاً از تمایل خود به انجام جراحی زیبایی و تغییر چهره یاد می‌کرد.

در پاسخ به سؤال مصاحبه‌کننده درباره زخم روی گردن و دست مراجع با خونسردی و بدون بروز هرگونه تغییر مشهود در صدا و رفتار بدنی، گفت در تصادف این‌طور شده. وی گفت اول تصادفی رخ داده و پس از آن با عامل تصادف درگیری بدنی پیدا کرده است.

**خودآینه‌ای:** مشارکت‌کننده، در پاسخ به سؤالاتی که حول محور آینه و احساسات وی نسبت به آن بود، چنین پاسخ داد: "من دوست ندارم تو آینه نگاه کنم، حتی از این شیشه‌های در، شیشه‌های پنجره که وقتی رد می‌شی از جلوش خودت رو می‌بینی رو بدم می‌آد، ...".

**نگرش نسبت به خود:** آن بخش از صحبت‌های مشارکت‌کننده، که تحت عنوان مقوله نگرش به خود قابل دسته‌بندی بود، موارد زیر را منعکس می‌نمود:

- ۱- نگرش کلی: "من آدم خوبی هستم، حق کسی رو نخوردم، آخرش خدا که جای حق نشسته کمکم می‌کنه".
- ۲- عواطف و احساسات: "من مهربونم، اهل عصبانیت و خشونت نیستم، کسی رو اذیت نمی‌کنم".
- ۳- قدرت ذهنی: "من فکرم فرسوده و ضعیف نیست، می‌تونم آینده رو ببینم، درست و غلط رو می‌فهمم".
- ۴- عزت نفس: "من آدم پستی نیستم. خودم کار می‌کنم. مفت خور نیستم، حتی خمس و زکات می‌دم به بقیه".
- ۵- نگاه دیگران: "دیگران منو دوست دارن، قبلاً کلی دوست داشتم، زنم دوستم داشت. پدرم. مادرم باهام بده که اونم با همه بده، با من بیشتر، جز من بابام و بقیه رو هم اذیت می‌کنه... اینجا (آسایشگاه) همه با من خوبن".

### بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعات پدیدارشناسی پژوهشگر از ابتدا مبتنی بر نظریه عمل نمی‌نماید. محقق سعی می‌کند ابتدا فارغ از نظریه‌ها و با به تعلیق درآوردن پیش‌فرض‌ها، پدیده مورد نظر را مورد بررسی قرار دهد. پس از آن و تنها در مقام تفسیر یافته‌هاست که مناسب‌ترین نظریه را برای تفسیر و فهم داده‌های به دست آمده انتخاب می‌نماید. یعنی محقق از ابتدا نظریه‌ای را برگزیده و مرجع قرار نداده است بلکه داده‌ها او را به سمت نظریه برگزیده و مناسب پیش برده و رهنمون می‌شوند. بر اساس این روش و در مقام تفسیر داده‌های به دست آمده از این مورد پژوهی باید مناسب‌ترین نظریه را برای تفسیر این مورد خاص روانکاوی بدانیم. این

امر به معنای اختلاط دو مفهوم سلف و اگو نیست. این پژوهش در پی بیان تجربه خود در مشارکت‌کننده بوده است و از ابتدا به قصد بررسی اگو در اسکیزوفرنی انجام نشده است. در واقع پژوهشگر از ابتدا با روانکاوی آغاز نکرده است بلکه به آن رسیده است. جز این نظریه، دیدگاه‌های نظریه‌های روایت و خود‌گفتگویی نیز مورد تأیید قرار گرفت.

برداشت رایج آن است که فروید، مکانیسم‌های دفاعی را در مورد فقط روان‌رنجوری و نه روان‌پریشی مطرح نموده. فروید دفاع‌ها را محصول کنش خود می‌داند. با این حال و با وجود این که مشارکت‌کننده این پژوهش مبتلا به سایکوز است می‌توان شرایط و بیماری وی را برحسب روانکاوی تفسیر نمود.

ما در مورد آقای میم، با یک حادثه تروماتیک و بسیار وحشتناک در گذشته مشارکت‌کننده روبرو هستیم. فرزندکشی و پس از آن اقدام به خودکشی به شیوه‌ای خشن. بر اساس اطلاعات منابع بیرونی این حادثه آغازگر سایکوز بوده است و پیش از آن سابقه تشخیص یا بستری در مورد ایشان وجود ندارد. اما در وضعیت فعلی و در شرایطی که مشارکت‌کننده دارای تشخیص سایکوز است هیچ بیان و اظهاری از این حادثه در کلمات وی و در روایت او از زندگی خود مشاهده نمی‌شود. این بخش کاملاً حذف شده است و بر اساس توصیفات مشاهده‌گران بیرونی هیچ‌گونه ردی از این اتفاق مشاهده نمی‌شود. این امر فراتر از یک تصمیم آگاهانه و یا یک سکوت مبتنی بر حفظ منافع و یا حیثیت اجتماعی است. یعنی نمی‌توان گفت که مشارکت‌کننده آگاهانه و در یک فرایند عقلانی تصمیم به پنهان کردن و سکوت گرفته است. این سکوت فراتر از یک سکوت کلامی و در تمام وجود و روان فرد رخنه کرده است. هیچ نوع نشانه اضطراب، دلواپسی یا احساس گناه در وضعیت فعلی مشاهده نمی‌شود. وقتی آقای "میم" از مسأله کلی بچه و بچه داشتن و مسایل مرتبط با آن و یا مشخصاً همسر سابق خود صحبت می‌کرد هیچ نوع تغییر لحن یا حالت بدنی و نشانه‌های اضطراب در او مشاهده نمی‌شد. این یک نوع سرکوب و واپس‌رانی واقعی است. در عین حال حافظه وی در سایر موارد طبیعی است و فرد حافظه خود را به شکل کامل از دست نداده است. حذف و تحریف و تغییر روایت زندگی تنها در قسمت‌های منتخب صورت گرفته است. آقای "میم" سن خود را کاملاً درست بیان



می‌کرد. مدت اقامت خود در اینجا را دقیقاً درست، یازده ماه، عنوان نمود. سن همسرش را در هنگام ازدواج حدود ۱۸ ذکر کرد که درست بود. شغل‌های قبلی خود. اطلاعات مربوط به کودکی، سن مادر، تعداد خواهران، واقعه مرگ خواهر و ... را کاملاً مطابق با واقع و درست بیان می‌کند. همچنین درباره اتفاقات روزمره کاملاً دقیق و هوشیار است. جهت‌گیری زمانی و مکانی درستی دارد. توجه داشته باشید که سواد ایشان در حد راهنمایی است اما کاملاً به محیط خود آگاه بود و در حین مصاحبه از من پرسید که تحقیقی که در حال انجام آن هستم جزئی از درس من است یا نه. سطح هوشیاری و ارتباط اجتماعی بالاتر از سایر افراد اسکیزوفرن به نظر می‌رسید. پس حافظه در اکثر موارد سالم است و اطلاعات به‌درستی و مطابق واقع ارائه می‌شود. تحریف و حذف وقایع صرفاً در این حیطه‌ها رخ داده بود:

**وجود فرزند:** اساساً هیچ اشاره‌ای به وجود فرزند نمی‌شد گویی مشارکت‌کننده هرگز فرزندی نداشته است. فراتر از آن روایت به نحوی ارایه می‌شد که امکان داشتن فرزند منتفی بود. در واقع غیرمستقیم از هر پرسشی در این زمینه پیشگیری می‌شد، بدین ترتیب که آقای میم درباره ازدواج خود عنوان می‌کند که فقط در حدود هفت الی هشت ماه نامزد بوده‌اند و هرگز زیر یک سقف نرفته‌اند.

**حادثه منجر به بستری:** این حادثه (قتل و سپس خودکشی) به شکل کامل حذف شده است.

**همسر سابق:** همسر سابق مشارکت‌کننده به طور کامل حذف نشده است، مشارکت‌کننده از او در همان سؤال آغازین مصاحبه نام می‌برد و به نامزدی با او و طلاق یک‌طرفه وی اشاره می‌کند. اما سنی که به زن منتسب می‌کند نه سن کنونی و حتی سن زمان طلاق بلکه سن زن در زمان ازدواج واقعی آنها است: حدود ۱۸ سال. از وی به عنوان شخصیتی مهربان و دوست‌داشتنی یاد می‌کند. اما علت واقعی طلاق و نحوه زندگی و فرزند مشترک از گفتمان کاملاً حذف می‌شود. میم عنوان می‌کند به خاطر از دست دادن همسرش متأسف است. وی تقصیری را متوجه همسر سابقش نمی‌داند.

**خودکشی خواهر:** مشارکت‌کننده به مرگ خواهرش اشاره می‌کند اما علت آن را بیماری ذکر می‌کند.

مشخصاً تمامی مناطق و رویدادهای حذف شده همان مناطق تهدیدآمیز و اضطراب‌زا هستند، برای مثال خودکشی خواهر جدا از دردناک بودن ذاتی آن یادآور خودکشی خود اوست و بدین دلیل تبدیل به بیماری خواهر شده است، که دیگر اضطراب‌زا نیست. جدا از این که به دلیل عدم وجود هیچ نشانه‌ای از اضطراب، نمی‌توان در مقابل فرضیه سرکوبی و واپس‌رانی حادثه تروماتیک، حذف آگاهانه را مطرح کرد، همچنین نمی‌توان از فرضیه شخصیت ضداجتماعی و عدم وجود ناراحتی و اضطراب و یا احساس گناه، به دلیل ضداجتماعی بودن شخصیت، دفاع کرد. چرا که اقدام به خودکشی پس از اقدام به قتل آن هم با ضربات پیاپی به پشت گردن و رگ دست و قطع آلت تناسلی نشانه احساس گناه و پریشانی شدید فرد بوده است. ما در اینجا با قتل ضداجتماعی مواجه نیستیم.

مشارکت‌کننده در پاسخ به این سؤال که خود را چگونه فردی می‌داند، اولین صفتی که از خود ارائه داد چنین بود: من بچه‌دوست هستم، من خانواده‌دوست هستم. من بچه‌ها را دوست دارم. دلم می‌خواد ازدواج کنم. چنین پاسخی از فردی که به خشن‌ترین شکل ممکن خانواده خود را از بین برده است در خور توجه است. این تنها توصیفی بود که مشارکت‌کننده از خود ارائه کرد و پس از آن سکوت نمود و تنها پرسش‌های بعدی مصاحبه‌گر مکالمه را پیش برد. در اینجا نوعی وارونه‌سازی کامل مشاهده می‌شود که در عین حال کانون تعریف از خود می‌شود.

می‌توان چنین فرضیه‌ای مطرح کرد که مشارکت‌کننده دارای تمایلات جنسی نسبت به فرزند خود بوده است. قرینه‌های موجود برای این فرض، یکی اولین توصیفی است که مشارکت‌کننده از خود ارائه کرد، "بچه‌دوست" و دوم قطع آلت تناسلی، پس از کشتن فرزند. کلمه "بچه‌دوست" می‌تواند اما در حال حاضر چنین فرضیه‌ای قابل آزمون و بررسی نیست، زیرا به منابع بیرونی برای بررسی این مورد و تاریخچه و زمینه آن در مشارکت‌کننده دسترسی نداریم.

به‌طور خلاصه با توجه به نظریه روانکاوی در بررسی موردی آقای "میم" چنین باید گفت: به قیمت از دست دادن واقعیت فرد توانسته است بر اضطراب هولناک ناشی از این حادثه غلبه کند. در واقع سایکوز بهایی است که فرد در مقابله با اضطراب پرداخته است. در اینجا اسکیزوفرنی فروپاشی دفاع‌های خود در برابر اضطراب نیست بلکه می‌توان گفت خود یک دفاع خود، در برابر اضطراب است. حفظ همزمان واقعیت وحشتناک فرزندکشی و خودجرحی، و تحمل اضطراب ناشی از آن ممکن نبوده است. به بهای بقای فرد، ابتلا به اسکیزوفرنی رخ داده است. سایکوز باعث زنده ماندن فرد پس از آن رویداد شده است. اکنون اضطرابی در فرد مشاهده نمی‌شود و فرد قادر است زندگی روزمره و عادی را در سطح فعلی ادامه دهد.

در راستای اجرای این امر، خود بسیار ظریف و قدرتمند عمل نموده است. داستان و روایتی که آقای "میم" ارائه می‌کند ساختار منسجم، دقیق و ظاهراً استواری دارد. دارای منطق است و قادر است به سؤالات پاسخ دهد. نظام دفاع خود تقریباً بی‌رخنه عمل می‌کند. ناظرین بیرونی تأکید می‌نمایند که به هیچ وجه داده‌ای که مثبت و یا نشانه‌ای از رویداد تروماتیک در فرد باشد هرگز مشاهده نشده است. مشاهدات پژوهشگر نیز این مسأله را تأیید می‌نماید و هماهنگی بین داستان جدید یعنی روایت غیرواقعی آقای "میم" با اعمال و رفتار او را مورد تأیید قرار می‌دهد، در حال حاضر مشارکت‌کننده در پی رفع محجوریت از خود و به‌دست آوردن حقوق قانونی خود است و در آن راستا تلاش واقعی می‌کند.

داستان و روایت "آقای میم" از خود، مبتنی بر واقعیت نیست، اما منسجم و قوی است و دارای قدرت استتار و پوشاندگی کافی است. واقعیت را از خود فرد و دیگران به خوبی پنهان می‌کند و چنان ماهرانه واقعیت را می‌پوشاند که اگر به واقعیت دسترسی وجود نداشت، اگر گزارش پرونده‌ها وجود نداشت و ...، فهم عمق دردناکی آنچه بر فرد گذشته است، ممکن نبود. داستان جدید خود، هرچند واقعی نیست اما قدرتمند است و کارکردهای لازم را داراست: حفظ بقا و کاهش اضطراب و مقابله با آن.

نکته درخور توجه آن است که تمام واقعیت حذف و تحریف نشده است، داستان و روایت میم سرتاسر تحریف نیست. تحریف تنها در حد ضرورت و با دقت کامل انجام

گرفته است. داستان جدید به خوبی دارای مؤلفه‌های لازم در یک روایت منسجم است. در این داستان آغاز روایت، آغاز مسأله است. داستان از علت مشکلات و مسائل عبور نمی‌کند بلکه علت مقتضی در داستان جعل و تعیبه شده است. رفت و برگشت غیر تهدیدآمیز و موفق و حساب‌شده‌ای با واقعیت وجود دارد. همانطور که اشاره شد فروید معتقد بود، تمامی سایکوزها به علت نوعی دوپارگی در خود رخ می‌دهند، در فرد سایکوتیک، دو نگرش روانی واحد همزمان و درکنار یکدیگر وجود دارند، یکی نگرش بهنجار که واقعیت را لحاظ می‌دارد و دیگری نگرشی که خود را از واقعیت جدا می‌کند، ایجاد سایکوز به علت غلبه نگرش دوم است.

**نظریه روایت:** دیگر نظریه‌ای که نتایج این پژوهش ما را به سوی آن رهنمون می‌نماید، نظریه روایت است. پارادایم روایت درباره دانش، در دهه ۱۹۸۰ با حرکت سازه‌گرایی اجتماعی و دیگر رویکردهای تفسیری علوم اجتماعی آغاز شد. حرکت سازه‌گرایی اجتماعی نتیجه سنت‌های هرمنوتیک<sup>۱</sup> در ادبیات داستانی است. در مفهوم‌سازی دانش فرضیه بنیادی این است که ذهن ماهیت اجتماعی دارد و زبان نقشی مهم در ادراک ایفا می‌کند. سازه‌گرایان تفسیر متفاوتی از دانش دارند، آن‌ها فرضیه عینیت علم را بر اساس ایده‌های واقعی از جهانی که جدا از انسان است، نمی‌پذیرند. آن‌ها در ایجاد دانش و اعتبار ادعاهای علمی تأکید بیشتری بر فرایندهای اجتماعی دارند که با دیدگاه‌های فرهنگی، انسان‌شناسی و جامعه‌شناسی در مورد علم و چگونگی ایجاد دانش در حوزه انسانی همخوان است. به روایت دیگری این تفسیر آن روی سکه فلسفه رئالیستی بر اساس فرضیه‌های عینیت‌گرایی در دانش انسان است. حتی فلاسفه علم به نقش زبان به عنوان میانجی در فهم واقعیت‌های انسانی اذعان دارند (کازدین، ۲۰۰۰؛ به نقل از اسماعیلی نسب، ۱۳۸۳). بر اساس نظریه روایت، فهم و دانش انسان‌ها از هر چیز و منجمله فهم و تجربه خود، ذات و ماهیت زبانی و روایی دارد. برای فهم انسان‌ها باید روایت‌های آن‌ها را فهمید. همچنین در کانون روایت، استعاره‌ها قرار دارند (مک‌آدامز، ۲۰۰۱).

---

1. hermeneutic

روایت آقای میم از خود دارای نظم درونی بوده و فاقد گسست‌ها و تناقض‌های درونی بود، گسست‌های زمانی، عدم تطابق خط سیر زمانی و مکانی با زندگی واقعی دیده می‌شد اما خود روایت فارغ از این مبنای بیرونی متناقض یا گسسته نبود. در واقع مشارکت‌کننده، برای مقابله با واقعیت به داستان و روایت جدید پناه برده است. روایت جدید نجات‌بخش است. تلخ است، ضررها و دشواری‌هایی دارد اما نجات‌بخش است. مکانیسم سرکوب به شکل همه‌جانبه و موفق اعمال شده و حاصل آن یک روایت جدید است که در حال حاضر فرد در این روایت زندگی می‌کند. زندگی و تجربه فرد از خود به این روایت جدید منتقل شده است. در واقع بدون این روایت فرد قادر به زندگی کردن نیست و اکنون به روایت جدید خود چسبیده و در آن به سر می‌برد.

استعاره آقای میم از خود عبارت بود از: "کسی که خوابی پریشان را می‌بیند":

"من خودمو نمی‌دونم شبیه چی هستم. خودمو نمی‌شناسم. اما زندگی شبیه یک خواب پریشونه، یه خواب سراسیمه. پرهول و ولا. من اونم که این خوابو می‌بینم. من تو این خوابم". .... یه خواب بد که تموم نمی‌شه، یه خوابی که معنی و فهمی نداره. درهمه. انگار به زیون خارجه". ..... تو قرآن یه قصه‌ای هست، فیلمش ماکسیمیلیانوس بود کلی سال خوابیده بودند. اون همه سال خواب. اونا آدمای بدی نبودن. خودشون نخوابیدن. دست خودشون نبود."

این استعاره و آشفتگی و پریشانی بیان شده در آن، در تضاد و تقابل با ظاهر آرام و عاری از اضطراب وی و همچنین عملکردهای روزمره اوست. در واقع تنها جایی که مشارکت‌کننده از پریشانی سخن گفت در این استعاره بود. پریشانی مشارکت‌کننده، خود را تنها در استعاره جلوه‌گر ساخت. دیگر تلویحات این استعاره بدین ترتیب است: خواب بر فرد عارض می‌شود و خارج از کنترل اوست، خواب رافع مسئولیت است و فرد مقصر آنچه در خواب انجام می‌دهد نیست. بیداری از این خواب مشخص نیست و بیدار شدن هم در اختیار فرد نیست.

مهمترین تلویح این استعاره آن است که زندگی فعلی مشارکت‌کننده واقعی نیست. او در بیداری نیست و مشخص نیست به بیداری خواهد رسید یا نه.

این بخش از صحبت وی در تضاد با بخش‌های آگاهانه‌تر و مستقیم‌تر گفتگو بود و بروز احساسات مشاهده می‌شد. رفتار بدنی و حالات چهره‌ای وی نیز در این مقطع تغییر کرد. خمیده‌تر نشستن و تماس چشمی قطع شد. بریده‌بریده و بسیار آرام‌تر و شبیه نجوا صحبت می‌کرد.

دقت کنیم در تمام سؤالات مستقیمی که از مشارکت‌کننده درباره ویژگی‌های تجربه خود پرسیده شد، پاسخ‌هایی که ارائه شده دارای محتوای مثبت و خودتأییدگر بودند. هیچ‌جا پرخاش به خود، احساس عدم کفایت و ... مشاهده نشد اما در استعاره فرد از خود پریشانی و غیرواقعی بودن به وضوح بیان گردید.

استعاره فرد ماهیتی منفی، تاریک و مبهم، آسیب‌رسان و رنج‌آور داشته و غیر قابل پیش‌بینی و غیر قابل کنترل است.

#### نظریه خودگفتگویی:

در عین حال مسأله تعدد خود از تلویحات این موردپژوهی است. در بخشی دیگر از یافته‌های این پژوهش تعدد خود و ارتباطات خشک و نامنعطف بین خودهای مختلف گزارش گردید. این یافته در تأیید نظریه‌هایی است که به یک خود واحد و منفرد اعتقادی نداشته و خود را امری متکثر و پویا می‌دانند. نظریه‌هایی که معتقدند تجربه خود ماهیتی پویا و چندچهره دارد، معتقدند خود، ذاتاً گفتگویی و محصول مکالمات دائمی درون‌فردی و میان‌فردی است. در این دیدگاه تأکید می‌شود که انسجام خود محصول یک صدای منحصر منفرد یا یک نظرگاه یکپارچه نیست، بلکه نتیجه تجمیع صداها یا خودهای مکمل، رقیب و متناقض است. باختین<sup>۱</sup> معتقد بود هوشیاری انسان چندآوایی و نتیجه گفتگو بین صداها و موقعیت‌های مختلف است. ورتهام<sup>۲</sup> معتقد است حقیقت سوژه در دیالوگ خود، که بازیگر و راوی اصلی شخصیت است، آشکار می‌گردد. نیچه معتقد بود ثروت جمعی بهترین توصیف از خود است و خود را ساختاری اجتماعی متشکل از روان‌های متعدد می‌دانست همچنین از قیاس بریتانیای کبیر برای توصیف تجربه خود و ماهیت آن استفاده

1. Bakhtin

2. Worhtam

می‌کند. وی در دیدگاهی انقلابی عنوان نمود که خود گروهی است که یک بدن را سهیم هستند اما کارکرد واحدی ندارند. نیچه وجود یک خود فراگیر که ناظر یا هادی این چندگانگی‌ها باشد را رد می‌نماید. هرمانس<sup>۱</sup> معتقد است دیالوگ خود به وسیله مدیریت سلسله‌مراتبی موقعیت‌های- خود رخ می‌دهد، بدین شکل که آن‌ها متناوباً و خودبه‌خود، خود را تراز می‌نمایند یعنی موقعیت‌های- خود غالب، به پس‌زمینه رفته و موقعیت‌های- خود غیرغالب به جلو می‌آیند، یعنی نوعی چرخش متناوب سلسله‌مراتب نظم. بر این مبنای تجربه انسجام خود، محصول فرایندهای مداوم بازتعریف و نظم‌بخشی مجدد است و خود این فرآیندها محصول گفتگو هستند. بر این اساس تجربه شخص وحدت خود، نتیجه تعامل جنبه‌هایی از خود است که رده‌بندی نشده‌اند. این دیدگاه اختلال در گفتگوی درونی را علت اختلال تجربه خود در اسکیزوفرنی می‌داند. از علل این امر وجود سلسله‌مراتب خشک و غیرمنعطف بین موقعیت‌های خود است. در این حالت گفتگوی درونی و بیرونی تنها به شکل حداقلی، تنها در هنگام ضرورت مطلق و به بهای اغتشاش‌های عمده رخ می‌دهد. تعداد موضع‌های خود به شدت محدود و غیرمنعطف و تثبیت شده‌اند. تک‌گویی حاکم می‌شود و با یک خود بی‌حاصل و متروک مواجه هستیم (اشنایدر، ۲۰۰۳). در این تحقیق نیز مشارکت‌کننده بخش‌هایی از خود را موقتاً و لحظه‌ای آشکار ساخت (آنچه در استعاره وی منعکس شده و یا پاسخ‌های وی به سؤالات آینه و ...) باید مخفی و پنهان بماند، و در واقع یک روایت و یک بیان از خود، به روایت و بیان مسلط تبدیل شده و سایر حیطه‌ها و مواضع تجربه خود را تحت تسلط و استیلای خود قرار داده است.

خالی‌بودن<sup>۲</sup> روایت و بدصدایی از ویژگی‌های تجربه خود در افراد اسکیزوفرن است که لیساکر به آن اشاره نموده است. بخش‌های مختلفی از این خالی‌بودن در حذف‌های متعددی که به آن اشاره شد در این موردپژوهی نیز مشاهده می‌شود. غلبه یک مونولوگ در روایت نیز از دیگر ویژگی‌هایی است که در پژوهش‌های مرتبط با تجربه خود در اسکیزوفرنی به آن اشاره شده است: همه چیز از لنزهای آن تک‌آوا دیده می‌شود. این

---

1. Hermans

2. empty

مونولوگ نهایی، مطلق و غیر قابل بحث است. اینجا با یک داستان دروناً استوار روبرو هستیم اما بسیار خشک و منجمد است و در برابر تحول روایت به شدت مقاوم. در اینجا یک موضع خود به شدت غالب شده است و امکان تجدید موضع خود را از بین می‌برد. بیش از همه این امر در هذیان‌های منظم مشاهده می‌شود، فرد به یک مضمون مشخص به شدت می‌چسبد این پژوهشگر عنوان نموده است که وقتی بیمار را با این مسئله مواجه نموده است گفته است چاره‌ای جز چسبیدن به این مضمون ندارد چرا که اگر بخواهد به چیز دیگری توجه کند جز یک فضای خالی خردکننده و یک "هیچ" در درونش نیست (لیساگر و لیساگر، ۲۰۰۲). در مورد پژوهی حاضر نیز تجربه خود به عنوان قاتل و تمامی حس‌های خشونت‌آمیز تجربه شده در آن مقطع و نیز پیش از آن، حذف و نابود شده‌اند. تنها یک مونولوگ حاکم شده و دیالوگ درونی در فرد و به تبع آن دیالوگ بیرونی نیز محدود شده است. در تجربه فعلی فرد از خود، همه چیز از لنزهای این تک‌آوا دیده می‌شود. این مونولوگ نهایی، مطلق و غیر قابل بحث است.

#### منابع

- اسماعیلی نسب، مریم. (۱۳۸۳). بررسی روایت‌های زندگی افراد افسرده و مضطرب و سالم، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.
- حاج باقری ادیب، محسن ادیب حاج باقری، پرویزی، سرور، صلصالی، مهوش. (۱۹۹۰). روش‌های تحقیق کیفی. تهران: بشری.

- American Psychiatric Association. (2013). *DSM -5. American Psychiatric Association.*
- Andresen, R. Oades, L. & Caputi, P. The experience of recovery from schizophrenia: *Towards an empirically validated state model. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2003, 37, 586-594.
- France, C. M. & Uhlin, B. D. (2006). Narrative as an outcome domain in psychosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(1), 53-67.
- Geekie, J. (2004). In Read, J, Mosher, L. R, & Bentall, R. P. (Eds.). (2004). *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to schizophrenia. Psychology Press.*
- Kaplan, H. & Sadok, B. (2005). *Textbook of psychiatry. Synopsis of Psychiatry.*



- Kircher, T. & David, A. (Eds.). (2003). *The self in neuroscience and psychiatry*. Cambridge University Press.
- Langdrige, D. (2007). *Phenomenological psychology: Theory, research and method*. Pearson Education.
- Lysaker, P. H. & Lysaker, J. T. (2002). Narrative structure in psychosis schizophrenia and disruptions in the dialogical self. *Theory & Psychology*, 12 (2), 207-220.
- Lysaker, P. H. Buck, B. & Lysaker, J. T. (2012) Schizophrenia and alterations in the experience of self and agency: Comparisons of dialogical and phenomenological views. *Theory & Psychology*,
- Lysaker, P. H. Buck, K. D. & Roe, D. (2007). Psychotherapy and recovery in schizophrenia: A proposal of key elements for an integrative psychotherapy attuned to narrative in schizophrenia. *Psychological Services*, 4(1), 28.
- Lysaker, P. H. Buck, K. D. Taylor, A. C. & Roe, D. (2008). Associations of metacognition and internalized stigma with quantitative assessments of self-experience in narratives of schizophrenia. *Psychiatry Research*, 157(1), 31-38.
- Lysaker, P. H. Davis, L. W. Eckert, G. J. Strasburger, A. M., Hunter, N. L. & Buck, K. D. (2005). Changes in narrative structure and content in schizophrenia in long term individual psychotherapy: A single case study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(5), 406-416.
- Lysaker, P. H. Dimaggio, G. Buck, K. D. Carcione, A. & Nicolò, G. (2007). Metacognition within narratives of schizophrenia: associations with multiple domains of neurocognition. *Schizophrenia research*, 93(1), 278-287.
- Lysaker, P. H. Lancaster, R. S. & Lysaker, J. T. (2003). Narrative transformation as an outcome in the psychotherapy of schizophrenia. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(3), 285-299.
- Lysaker, P. H. Roe, D. & Yanos, P. T. (2007). Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia bulletin*, 33(1), 192-199.
- McAdams, D. P. (2001). *The psychology of life stories*. *Review of general psychology*, 5(2), 100.
- Parnas, J. & Handest, P. (2003). Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia. *Comprehensive psychiatry*, 44(2), 121-134.
- Sadock, B. J. Kaplan, H. I. & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins.

- Sass, L. A. (2014). Self-disturbance and schizophrenia: Structure, specificity, pathogenesis (Current issues, New directions). *Schizophrenia research*, 152(1), 5-11.
- Sass, L. A. & Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin*, 29(3), 427-444.
- Schneider, B. (2003). Narratives of schizophrenia: constructing a positive identity. *Canadian Journal of Communication*, 28(2).
- Smith, J. A. (2015). (Ed.). *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*. Sage.
- Stern, P. N. (1980). "Grounded theory methodology: Its uses and processes." *Image* 12, no. 1 (1980): 20-23.