

تحلیل گفتمان هویت‌زدایی در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی: تلاقی بدن، زبان و جامعه

تاریخ ارسال: ۱۴۰۲/۱۱/۰۴

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۱۲/۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۱۰

تاریخ چاپ: ۱۴۰۳/۰۱/۰۱

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تحلیل گفتمان هویت‌زدایی و شناسایی سازوکارهای بدنمندی، زبانی و اجتماعی مؤثر بر تجربه زیسته بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی بود. این مطالعه با رویکرد کیفی و با استفاده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۲۶ نفر از بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی ساکن تهران انجام شد. نمونه‌گیری به شیوه هدفمند و تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. داده‌ها با روش تحلیل مضمون و با کمک نرم‌افزار Nvivo کدگذاری و تحلیل شدند. تحلیل داده‌ها منجر به استخراج سه محور اصلی شامل «گسست هویتی و بدنمندی»، «تجربه زبان و بیان درد» و «تقاطع جامعه و هویت روان‌تنی» شد. شرکت‌کنندگان تجربه‌هایی همچون ازخودبیگانگی بدنی، فروپاشی تصویر ذهنی از خود، بی‌قدرتی وجودی، دشواری در کلامی‌سازی درد، استعاره‌سازی و نمادپردازی، سانسور زبان بدن، برجسب‌زنی اجتماعی، فشارهای فرهنگی و اهمیت حمایت اجتماعی را گزارش کردند. نقل‌قول‌های مستقیم بیماران این ابعاد را به خوبی برجسته ساخت. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که هویت‌زدایی در بیماران روان‌تنی، پدیده‌ای چندبعدی و پویا است که از تعامل پیچیده بدن، زبان و جامعه نشأت می‌گیرد. این نتایج بر لزوم تدوین مداخلات بین‌رشته‌ای و فرهنگ‌محور و نیز بازنگری در رویکردهای درمانی تأکید دارد.

کلیدواژه‌گان: اختلالات روان‌تنی، هویت‌زدایی، تحلیل گفتمان، بدنمندی، زبان، جامعه، مطالعه کیفی

نسرين فهیمی مطلق^۱، حمیدرضا دهنوی^۲، زینب عرب‌سرخی^۳

۱. گروه علوم تربیتی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

۲. گروه علوم تربیتی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

۳. گروه مدیریت آموزشی، دانشگاه یزد، یزد، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول:

Dehnavidhr1990@gmail.com

شیوه استناددهی: فهیمی مطلق، نسرين، دهنوی، حمیدرضا، و عرب‌سرخی، زینب. (۱۴۰۳). تحلیل گفتمان هویت‌زدایی در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی: تلاقی بدن، زبان و جامعه. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۲(۱)، ۸-۱.

Discourse Analysis of Identity Deconstruction in Patients With Psychosomatic Disorders: The Intersection of Body, Language, and Society

Submit Date: 2024-01-24

Revise Date: 2024-02-23

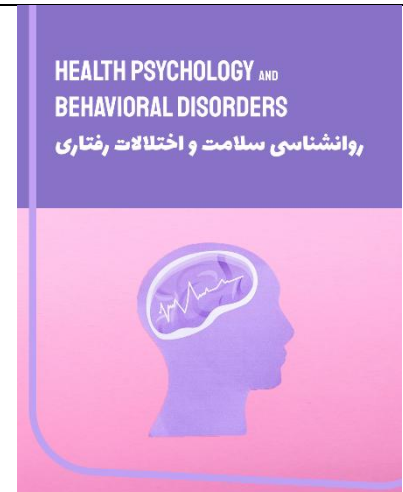
Accept Date: 2024-02-29

Publish Date: 2024-03-20

Abstract

This study aimed to analyze the discourse of identity deconstruction and identify bodily, linguistic, and social mechanisms shaping the lived experience of patients with psychosomatic disorders. A qualitative research design was employed using semi-structured interviews with 26 patients diagnosed with psychosomatic disorders residing in Tehran. Participants were selected through purposive sampling until theoretical saturation was achieved. Data were analyzed thematically using NVivo software. Data analysis revealed three main themes: “identity and embodiment disruption,” “experience of language and pain expression,” and “intersection of society and psychosomatic identity.” Participants described bodily alienation, collapse of self-image, existential helplessness, difficulties in verbalizing pain, use of metaphors and symbols, censorship of bodily language, social stigmatization, cultural pressures, and the significance of social support. Direct quotations from interviewees illustrated these dimensions in depth. The findings indicate that identity deconstruction in patients with psychosomatic disorders is a dynamic and multidimensional phenomenon arising from the complex interplay of body, language, and society. The results underscore the necessity for interdisciplinary, culturally-sensitive interventions and a reevaluation of therapeutic approaches.

Keywords: *Psychosomatic disorders, identity deconstruction, discourse analysis, embodiment, language, society, qualitative study*



Nasrin Fahimi Motlagh¹, Hamidreza Dehnavi^{2*},
Zeinab Arab Sarkhi³

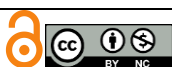
1. Department of Educational Sciences, Lorestan University, Khorramabad, Iran

2. Department of Educational Sciences, Lorestan University, Khorramabad, Iran

3. Department of Educational Management, Yazd University, Yazd, Iran

*Corresponding Author's Email:
Dehnavidhr1990@gmail.com

How to cite: Fahimi Motlagh, N., Dehnavi, H., & Arab Sarkhi, Z. (2024). Discourse Analysis of Identity Deconstruction in Patients With Psychosomatic Disorders: The Intersection of Body, Language, and Society. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 2(1), 1-8.



© 2024 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

اختلالات روان‌تنی (Psychosomatic Disorders) گروهی از بیماری‌ها هستند که در آن‌ها علائم جسمانی به‌صورت قابل‌توجهی با عوامل روان‌شناختی و اجتماعی درهم‌آمیخته‌اند و منشأ یا تشدید آن‌ها نه‌تنها به عوامل زیستی، بلکه به فرایندهای ذهنی و اجتماعی نیز وابسته است (Kirmayer & Furlong, 2022). افراد مبتلا به اختلالات روان‌تنی اغلب در مواجهه با درد و اختلال عملکرد بدنی خود، تجربه‌ای پیچیده و چندلایه از هویت، بدنمندی و رابطه با جامعه را از سر می‌گذرانند؛ تجربه‌ای که فراتر از نمودهای صرفاً جسمی بوده و به لایه‌های عمیق‌تری از ساختار روان‌شناختی و اجتماعی فرد نفوذ می‌کند (Rief & Broadbent, 2022). هویت فردی در چنین شرایطی نه‌تنها تحت تأثیر اختلال بدنی قرار می‌گیرد، بلکه در گفتمان اجتماعی و فرهنگی نیز بازتعریف می‌شود (Jensen et al., 2023). از این رو، بررسی تعامل میان بدن، زبان و جامعه، به‌عنوان سه مؤلفه بنیادین تجربه زیسته بیماران روان‌تنی، اهمیت بنیادینی در فهم عمیق این پدیده دارد.

در دهه‌های اخیر، پژوهشگران حوزه روان‌پزشکی و علوم اجتماعی توجه روزافزونی به موضوع هویت در بیماری‌های روان‌تنی معطوف داشته‌اند (Salmon et al., 2021). یکی از رویکردهای کلیدی در این حوزه، تحلیل گفتمان هویت‌زدایی (Identity Deconstruction Discourse) است که به بررسی نحوه شکل‌گیری، تضعیف یا بازتعریف هویت فردی در بستر تجربه بیماری و تعاملات اجتماعی می‌پردازد (Foucault, 1976; Taylor & Jaspers, 2022). در این رویکرد، هویت فرد مبتلا به اختلال روان‌تنی به مثابه ساختاری سیال و پویا در نظر گرفته می‌شود که دائماً تحت تأثیر فرایندهای زیستی، ذهنی، زبانی و اجتماعی بازسازی می‌شود (Carel, 2016).

بر اساس نظریه‌های بدنمندی (Embodiment)، تجربه بیماری نه‌تنها پیامدی فیزیولوژیک، بلکه یک بحران معنایی و هویتی است که به زبان و ارتباطات اجتماعی گره خورده است (Leder, 2023). بیماران روان‌تنی غالباً با احساس ازخودبیگانگی بدنی (Bodily Alienation) و فروپاشی تصویر ذهنی از خود مواجه می‌شوند؛ پدیده‌ای که با ناتوانی در بیان کلامی احساسات جسمی و ناتوانی در بازتعریف هویت همراه است (Bendelow & Williams, 1995). شواهد نشان می‌دهد که افراد مبتلا به اختلالات روان‌تنی برای توصیف درد و تجربه بدن خود، اغلب از استعاره‌ها، نمادها و روایت‌های غیرمستقیم بهره می‌گیرند (Little et al., 1998)، زیرا زبان رایج روزمره پاسخ‌گوی پیچیدگی تجربه آن‌ها نیست (Scarry, 1985).

یکی دیگر از مؤلفه‌های تعیین‌کننده در فرایند هویت‌زدایی بیماران روان‌تنی، نقش زبان و نظام‌های گفتمانی است. زبان نه‌تنها ابزار بیان تجربه، بلکه سازنده معانی و هویت‌هاست (Burr, 2015). بسیاری از بیماران برای بیان تجربه درد، ناتوانی یا رنج خود با چالش جدی مواجه‌اند؛ از جمله تجربه وقفه‌های کلامی، لکنت یا احساس بی‌واژه بودن در هنگام توصیف علائم (Kirmayer, 2008). این پدیده که به «ناتوانی در کلامی‌سازی درد» معروف است، اغلب به تشدید حس انزوا و ازخودبیگانگی منجر می‌شود (Jackson, 2002). افزون بر آن، بیماران روان‌تنی ممکن است به دلایل فرهنگی یا اجتماعی، زبان بدن خود را سانسور کنند و از بیان یا نمایش درد در جمع خودداری نمایند (Frank, 1991). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که چنین فرایندهایی با بازتولید جملات منفی خانواده، تلقینات فرهنگی و تجربه قضاوت یا طرد اجتماعی از سوی دیگران درهم‌تنیده‌اند (DeVecchio Good et al., 1994).

در سطح کلان‌تر، جامعه و نظام‌های فرهنگی نقش محوری در شکل‌دهی یا تضعیف هویت افراد مبتلا به اختلالات روان‌تنی دارند. برچسب‌زنی (Stigmatization) و طرد اجتماعی، از عوامل مهم هویت‌زدایی هستند که می‌توانند موجب انزوای عاطفی، کاهش تعاملات اجتماعی و احساس شرم یا بی‌ارزشی در بیماران شوند (Hinshaw & Stier, 2008). فشارهای فرهنگی و اجتماعی برای همسان بودن با افراد سالم، انتظارات غیرواقع‌بینانه جامعه و ارزش‌گذاری‌های مبتنی بر سلامت، همگی در تجربه زیسته بیماران بازتاب می‌یابد (Corrigan et al., 2017). برخی بیماران حتی مجبور به پنهان‌کاری یا مخفی کردن علائم خود از ترس قضاوت و رد شدن توسط نزدیکان هستند (Weiss et al., 2018).

در مقابل، وجود منابع حمایت اجتماعی نظیر گروه‌های همیار یا دوستان خاص می‌تواند نقش حفاظتی در بازسازی هویت و بهبود تجربه زیسته بیماران داشته باشد (Thoits, 2011). مطالعات نشان داده‌اند که مشارکت در فعالیت‌های جمعی، یافتن نقش‌های جدید و بازتعریف نقش

اجتماعی، به بیماران کمک می‌کند تا حس معنا، تعلق و مفید بودن را بازبندند (Yalom, 2020). همچنین، جست‌وجوی بازتعریف خود و تلاش برای گفت‌وگوی اصیل با بدن، از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر در مسیر پذیرش و بازسازی هویت بیماران روان‌تنی است (Carel, 2016). در ادبیات پژوهش، بر اهمیت رویکردهای کیفی و تحلیلی برای درک پیچیدگی‌های تجربه زیسته بیماران روان‌تنی و ابعاد گفتمانی هویت‌زدایی تأکید شده است (Smith & Osborn, 2015). روش‌هایی چون تحلیل گفتمان، تحلیل مضمون و نظریه زمینه‌ای، ابزارهایی اثربخش برای کشف لایه‌های معنایی و فرآیندهای پنهان در این حوزه محسوب می‌شوند (Braun & Clarke, 2006). با این حال، در زمینه تلاقی بدن، زبان و جامعه در بیماران روان‌تنی، پژوهش‌های بومی و زمینه‌محور به‌ویژه در جوامع غیرغربی، همچنان محدود است (Kirmayer & Furlong, 2022).

با توجه به پیچیدگی ماهیت اختلالات روان‌تنی و تأثیر عمیق آن بر هویت فردی و اجتماعی، پژوهش حاضر تلاش دارد با رویکردی کیفی و از طریق تحلیل گفتمان، به واکاوی ابعاد هویت‌زدایی در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی بپردازد. این پژوهش با تمرکز بر تجربه زیسته بیماران تهرانی و بررسی تقاطع بدن، زبان و جامعه، سعی دارد تصویری جامع و چندلایه از پویایی‌های هویتی این گروه ارائه کند و راه را برای مداخلات بالینی و اجتماعی مؤثرتر هموار سازد.

روش‌شناسی

این پژوهش با رویکرد کیفی و با هدف تحلیل گفتمان هویت‌زدایی در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی انجام شده است. در این مطالعه، شرکت‌کنندگان شامل ۲۶ نفر از بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی بودند که از میان مراجعان مراکز درمانی شهر تهران به شیوه هدفمند انتخاب شدند. معیار ورود به پژوهش، داشتن تشخیص قطعی اختلال روان‌تنی توسط روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی، تمایل به شرکت در مطالعه، و توانایی بیان تجربه‌های شخصی و زیسته بود. معیار خروج نیز شامل ابتلا به سایر اختلالات روان‌پزشکی شدید یا اختلال شناختی بود.

داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری شدند. سوالات مصاحبه با هدف واکاوی تجربه زیسته هویت، بدنمندی، نقش زبان در بیان درد و تجربه‌های اجتماعی مرتبط با اختلال روان‌تنی طراحی شده بود. هر مصاحبه به طور میانگین ۶۰ تا ۹۰ دقیقه به طول انجامید و تمام مصاحبه‌ها با رضایت کتبی شرکت‌کنندگان ضبط و سپس به طور کامل پیاده‌سازی شدند. جمع‌آوری داده‌ها تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت؛ به این معنا که پس از مصاحبه با شرکت‌کننده بیست‌وششم، داده جدید معناداری به مقولات پژوهش افزوده نشد.

برای تحلیل داده‌ها، از روش تحلیل گفتمان با رویکردی مضمون‌محور استفاده شد. داده‌های مصاحبه‌شده پس از پیاده‌سازی در نرم‌افزار Nvivo نسخه ۱۲ وارد شدند و کدگذاری اولیه بر مبنای مفاهیم استخراج‌شده از داده‌ها صورت گرفت. سپس کدهای مشابه در قالب مقوله‌ها و مضامین اصلی دسته‌بندی شدند. اعتبار و پایایی داده‌ها با استفاده از بازبینی توسط مشارکت‌کنندگان (member check) و مرور پژوهشگر دوم تضمین شد. رعایت ملاحظات اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، حفظ محرمانگی داده‌ها و امکان انصراف در هر مرحله از پژوهش لحاظ شد.

یافته‌ها

تم اول: گسست هویتی و بدنمندی

در زیرمقوله «ازخودبیگانگی بدنی»، شرکت‌کنندگان به کرات به تجربه جدایی و بیگانگی از بدن خود اشاره کردند؛ به گونه‌ای که یکی از آن‌ها بیان کرد: «بدنم انگار مال خودم نیست، درد را حس می‌کنم اما نمی‌توانم بفهمم دقیقاً از کجا و چرا». این تجربه با ناتوانی در بیان احساسات جسمی، شرم از بدن و ادراک مبهم علائم بدنی همراه بود. برخی نیز به تجربه غیرواقعی بودن بدن اشاره داشتند.

در زمینه «فروپاشی تصویر ذهنی از خود»، احساس تردید نسبت به هویت فردی و بحران معنا در زندگی بسیار پررنگ بود. یکی از بیماران اظهار داشت: «گاهی فکر می‌کنم هیچ هویتی ندارم، فقط مجموعه‌ای از دردها هستم.» این افراد اغلب سردرگم در نقش‌ها و دچار عدم انسجام ذهنی بودند.

در زیرمقوله «بی‌قدرتی وجودی»، احساس درماندگی و ناتوانی در تأثیرگذاری بر بدن تجربه غالب بود. به گفته یک شرکت‌کننده: «هر کاری می‌کنم، باز هم بدنم حرف خودش را می‌زند و من هیچ کنترلی ندارم.» این حس، موجب تسلیم شدن در برابر بیماری و کاهش انگیزه برای مقابله فعال می‌شد.

در «فاصله‌گذاری نمادین با بدن»، استفاده از زبان منفی برای توصیف بدن و سرزنش مکرر بدن دیده شد. برخی شرکت‌کنندگان بدن خود را «دشمن» خطاب کردند و گاه اختلال خود را پنهان می‌کردند یا با دیگران مقایسه منفی انجام می‌دادند. به نقل از یکی از آن‌ها: «بدنم همیشه مشکل‌ساز است و دیگران راحت زندگی می‌کنند.»

در «تضعیف روابط درونی-اجتماعی»، بیماران گزارش کردند که به دلیل اختلال، تعاملات اجتماعی آن‌ها کاهش یافته و به انزوای عاطفی و کاهش اعتماد به نفس منجر شده است. یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرد: «دوستانم را از دست داده‌ام و دیگر جرأت نمی‌کنم در جمع حرفی از بیماری بزنم.»

در نهایت، در «جست‌وجوی بازتعریف خود»، برخی بیماران تلاش داشتند تا با پذیرش تجربه بیماری یا روی آوردن به هویت جمعی، معنایی جدید برای خود پیدا کنند. یکی از افراد گفت: «حالا با افرادی مثل خودم ارتباط گرفته‌ام و سعی می‌کنم هویت تازه‌ای برای خودم بسازم.»

تم دوم: تجربه زبان و بیان درد

در «ناتوانی در کلامی‌سازی درد»، بسیاری از بیماران با مشکل در بیان دقیق تجربه درد و وقفه‌های کلامی روبه‌رو بودند. به قول یک بیمار: «درد هست اما نمی‌دانم چطور توضیحش بدهم، انگار واژه‌ای برایش ندارم.» این ابهام و لکنت در بیان، تجربه مشترک اکثر شرکت‌کنندگان بود. در «استعاره‌سازی و نمادپردازی درد»، بیماران برای بیان بهتر درد خود، از استعاره‌ها و تصاویر ذهنی استفاده می‌کردند. عباراتی مانند «درد مثل آتش زیر پوست»، «سنگینی روی سینه» یا «بدنم یخ زده» از نمونه‌های بارز بودند. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «برای توضیح درد، فقط می‌توانم بگویم مثل موجی است که می‌آید و می‌رود.»

در «سانسور زبان بدن»، اغلب بیماران تلاش می‌کردند علائم جسمی را در جمع مخفی کنند یا از نمایش درد اجتناب نمایند. یک فرد تصریح کرد: «سعی می‌کنم وقتی درد دارم کسی متوجه نشود، چون فکر می‌کنم ضعیفم.» این سانسور موجب فشار روانی مضاعف می‌شد.

در «تأثیر زبان خانواده و جامعه»، بازتولید جملات منفی یا تلقینات فرهنگی نقش مهمی در نحوه بیان یا پنهان‌سازی درد داشت. یکی از بیماران گفت: «از بچگی مادرم می‌گفت مرد نباید دردش را نشان بدهد.» این نگرش‌ها منجر به احساس قضاوت و طرد از سوی اطرافیان می‌شد.

در نهایت، در «تلاش برای گفت‌وگوی اصیل با بدن»، برخی شرکت‌کنندگان اشاره کردند که سعی می‌کنند زبان بدن خود را بهتر بفهمند یا از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی برای ارتباط با تجربه بدنی خود بهره بگیرند. «مدتی است سعی می‌کنم به درد گوش کنم تا بفهمم بدنم چه می‌گوید»، نمونه‌ای از نقل‌قول‌های بیماران بود.

تم سوم: تقاطع جامعه و هویت روان‌تنی

در «برچسب‌زنی و طرد اجتماعی»، بیماران تجربه انگ اجتماعی و پنهان‌کاری را به دفعات گزارش کردند. به گفته یکی از افراد: «همیشه ترس دارم اگر کسی بفهمد، مرا قضاوت می‌کند یا کنار می‌گذارد.» احساس شرم جمعی و دوری‌گزینی اطرافیان از پیامدهای رایج بود.

در «فشارهای فرهنگی-اجتماعی»، انتظارات جامعه برای سلامت و توانمندی و مقایسه با افراد سالم، فشار مضاعفی بر بیماران وارد می‌کرد. یکی از شرکت‌کنندگان گفت: «همه از من انتظار دارند مثل قبل باشم، اما من دیگر آن آدم سابق نیستم.»

در «چالش در روابط نزدیک»، بیماران با دشواری‌های جدی در افزایش بیماری و برقراری ارتباط عاطفی روبه‌رو بودند. احساس سربار بودن و ترس از رد شدن، مکرراً گزارش شد. «جرأت ندارم به همسرم بگویم چه احساسی دارم، می‌ترسم از من دور شود» از جمله اظهارنظرها بود. در «منابع حمایت اجتماعی»، برخی بیماران نقش حمایتی دوستان خاص یا گروه‌های همیار را مؤثر دانستند. یکی از بیماران گفت: «در گروه همیاری، احساس می‌کنم تنها نیستم و حرف‌هایم شنیده می‌شود». در نهایت، در «بازتعریف نقش اجتماعی»، برخی بیماران تلاش کردند از طریق مشارکت در فعالیت‌های جمعی یا یافتن نقش‌های جدید، جایگاه اجتماعی خود را بازتعریف کنند. یک فرد بیان کرد: «حالا داوطلب کارهای خیریه شدم تا حس مفید بودن را دوباره تجربه کنم».

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر با هدف تحلیل گفتمان هویت‌زدایی در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی، نشان داد که تجربه زیسته این بیماران، فراتر از ابعاد زیستی و جسمی، در تعامل پیچیده‌ای میان بدن، زبان و جامعه رقم می‌خورد و به شکل‌گیری پدیده‌ای چندلایه به نام «گسست هویتی» منجر می‌شود. نتایج به دست آمده در سه محور اصلی قابل تبیین است: نخست، بیماران دچار احساس از خودبیگانگی بدنی و فروپاشی تصویر ذهنی از خود می‌شوند؛ دوم، تجربه ناتوانی در کلامی‌سازی درد و استفاده از استعاره‌ها و نمادهای خاص برای بیان رنج، به عنوان راهبردی برای مواجهه با بحران زبانی و معنایی؛ و سوم، نقش پررنگ جامعه و فرهنگ در فرایند هویت‌زدایی و برچسب‌زنی اجتماعی که موجب تقویت حس انزوا و بی‌قدرتی در بیماران می‌شود.

در محور نخست، نتایج پژوهش نشان داد که بیماران روان‌تنی غالباً احساس جدایی و بیگانگی از بدن خود را تجربه می‌کنند. این افراد بدن خود را «بیگانه»، «ناتوان» یا حتی «دشمن» توصیف می‌کنند و قادر به درک، نام‌گذاری و کنترل سیگنال‌های بدنی خود نیستند. این یافته همسو با مطالعات بندلو و ویلیامز (Bendelow & Williams, 1995) و نیز کرل (Carel, 2016) است که تجربه بیماری را به عنوان بحرانی عمیق در هویت بدنمندی معرفی می‌کنند. به گفته این محققان، بحران بدنمندی در بیماران روان‌تنی به شکل‌گیری حس فقدان معنا، تردید نسبت به هویت و احساس پوچی منجر می‌شود. همچنین، پژوهش‌های لدر (Leder, 2023) بر پدیده غیبت بدن (The Absent Body) در لحظه رنج و بیماری تأکید دارند و یافته‌های این مطالعه نیز نشان داد که بیماران اغلب بدن خود را «نامرئی»، «نامفهوم» و خارج از کنترل تجربه می‌کنند.

در زمینه فروپاشی تصویر ذهنی از خود و بی‌قدرتی وجودی، بیماران مصاحبه‌شده بارها به احساس درماندگی و ناتوانی در تأثیرگذاری بر بدن خود اشاره کردند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تجربه‌های متوالی شکست در کنترل علائم، افراد را به سمت تسلیم و پذیرش منفعلانه بیماری سوق می‌دهد. این یافته با نتایج جکسون (Jackson, 2002) و ریف و برادبنت (Rief & Broadbent, 2022) همراستاست که ناتوانی در مواجهه فعال با بیماری و تسلیم در برابر وضعیت بدنی را از مهم‌ترین مؤلفه‌های تضعیف هویت معرفی کرده‌اند. در مطالعات اسمیت و آزبورن (Smith & Osborn, 2015) نیز بحران هویت و فروپاشی انسجام ذهنی به عنوان پیامد اختلالات مزمن جسمانی مطرح شده است. در محور دوم، نتایج نشان داد که بسیاری از بیماران در بیان و کلامی‌سازی درد و رنج خود با چالش جدی مواجه‌اند. تجربه فقدان واژه، لکنت، وقفه‌های کلامی و حتی ترجیح به بیان استعاری یا نمادین درد، از یافته‌های مهم این بخش بود. بیماران برای انتقال تجربه منحصر به فرد خود، ناچار به خلق استعاره‌هایی مانند «سنگینی»، «سوزش» یا «یخ‌زدگی بدن» بودند؛ امری که همراستا با یافته‌های اسکری (Scarry, 1985) و لیتل و همکاران (Little et al., 1998) است. این محققان معتقدند زبان رایج روزمره قادر به انتقال پیچیدگی و عمق درد روان‌تنی نیست و بیماران برای بیان درد مجبور به فراتر رفتن از زبان معمول می‌شوند. همچنین، سانسور زبان بدن، اجتناب از نمایش علائم در جمع و پنهان‌کاری درد، پدیده‌ای رایج در این بیماران بود؛ یافته‌ای که در پژوهش فرانک (Frank, 1991) و دل‌وکیو گود و همکاران (DelVecchio Good)

et al., 1994) نیز مورد تأکید قرار گرفته است. آن‌ها معتقدند فرهنگ و زبان خانواده می‌تواند منجر به تقویت سانسور در بیان تجربه‌های زیستی شود و بیماران را به پنهان‌کاری سوق دهد.

نکته مهم دیگر، تلاش برخی بیماران برای بازتعریف زبان و ورود به گفت‌وگوی اصیل با بدن است؛ راهبردی که با تمرین ذهن‌آگاهی و پذیرش تجربه زیسته همراه بود. یافته‌های این بخش با مطالعات کرل (Carel, 2016) و یالوم (Yalom, 2020) مطابقت دارد که نقش ذهن‌آگاهی و مواجهه وجودی با بیماری را در بازیابی معنا و انسجام هویتی بیماران روان‌تنی برجسته می‌کنند.

در محور سوم، یافته‌های پژوهش بیانگر نقش اساسی جامعه و فرهنگ در تقویت یا تضعیف هویت بیماران روان‌تنی است. تجربه برچسب‌زنی، طرد اجتماعی و فشارهای فرهنگی، سبب تقویت حس انزوا، شرم و پنهان‌کاری در بیماران شد. بسیاری از مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند که به دلیل ترس از قضاوت یا رد شدن، ناچار به مخفی کردن علائم یا اجتناب از برقراری روابط نزدیک می‌شوند. این یافته همسو با مطالعات هینشا و استیر (Hinshaw & Stier, 2008) و کوریگان و همکاران (Corrigan et al., 2017) است که نقش برچسب‌زنی اجتماعی و تبعات منفی آن بر هویت و روابط اجتماعی بیماران روانی و روان‌تنی را تأیید می‌کنند. همچنین، پژوهش وایس و همکاران (Weiss et al., 2018) تأکید دارد که پنهان‌کاری و انزوای اجتماعی، پیامد فشارهای فرهنگی و نبود حمایت کافی در جامعه است.

در مقابل، برخی بیماران با اتکا به منابع حمایت اجتماعی از جمله گروه‌های همیار و دوستان خاص، موفق به بازسازی نسبی هویت و بازیابی حس معنا شدند. این یافته با نتایج توییتس (Thoits, 2011) و یالوم (Yalom, 2020) که نقش حمایت اجتماعی و بازتعریف نقش‌های اجتماعی را در ارتقاء سلامت روان و انسجام هویت بیماران مزمن برجسته می‌کنند، مطابقت دارد. حضور در گروه‌های همیار و مشارکت در فعالیت‌های جمعی، به بیماران کمک کرد تا احساس تعلق و مفید بودن را بازسازی کنند و با بازتعریف نقش خود در جامعه، بر بحران هویتی فائق آیند.

به طور کلی، یافته‌های پژوهش حاضر مؤید این نکته است که هویت‌زدایی در بیماران روان‌تنی، فرایندی چندبعدی و پویاست که تحت تأثیر تعاملات پیچیده بدن، زبان و جامعه شکل می‌گیرد. این نتایج اهمیت مداخلات بین‌رشته‌ای با محوریت روان‌شناسی وجودی، روان‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و حمایت‌های اجتماعی را در بهبود کیفیت زندگی و بازسازی هویت این بیماران برجسته می‌سازد. همچنین، توجه به فرهنگ و زمینه اجتماعی در تحلیل تجربه‌های زیسته بیماران، می‌تواند به تدوین رویکردهای درمانی و مداخلات جامعه‌محور مؤثرتر منجر شود.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

References

- Bendelow, G., & Williams, S. (1995). Transcending the dualisms: Towards a sociology of pain. *Sociology of Health & Illness*, 17(2), 139-165.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Burr, V. (2015). *Social Constructionism*. Routledge.
- Carel, H. (2016). *Phenomenology of Illness*. Oxford University Press.
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2017). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70.
- DelVecchio Good, M. J., Good, B. J., Schaffer, C., & Lind, S. E. (1994). American oncology and the discourse on hope. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14(1), 59-79.
- Foucault, M. (1976). *The Birth of the Clinic*. Vintage.
- Frank, A. W. (1991). *At the will of the body: Reflections on illness*. Houghton Mifflin.
- Hinshaw, S. P., & Stier, A. (2008). Stigma as related to mental disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 367-393.
- Jackson, J. E. (2002). After a while no one believes you: Real and unreal pain. In S. J. Good, B. J. Good, M. J. DelVecchio Good, & P. E. Brodwin (Eds.), *Pain as Human Experience* (pp. 138-168). University of California Press.
- Jensen, M., Steimel, S., Kristensen, S. R., & Fink, P. (2023). Identity and somatic symptoms: A qualitative study. *Journal of Psychosomatic Research*, 166, 111233.
- Kirmayer, L. J. (2008). Culture and the metaphoric mediation of pain. *Transcultural Psychiatry*, 45(2), 318-338.
- Kirmayer, L. J., & Furlong, Y. (2022). Culture, context, and the experience of chronic pain. *Pain Reports*, 7(3), e1002.
- Leder, D. (2023). *The Absent Body*. University of Chicago Press.
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., ... & Payne, S. (1998). Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: Observational study. *BMJ*, 314(7098), 468-472.
- Rief, W., & Broadbent, E. (2022). Explaining medically unexplained symptoms—models and mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 89, 102079.
- Salmon, P., Ring, A., Humphris, G. M., Davies, J. C., & Dowrick, C. F. (2021). Primary care consultations about medically unexplained symptoms: how do patients indicate what they want? *Journal of General Internal Medicine*, 28(4), 517-524.
- Scarry, E. (1985). *The Body in Pain: The Making and Unmaking of the World*. Oxford University Press.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2015). Interpretative phenomenological analysis as a useful methodology for research on the lived experience of pain. *British Journal of Pain*, 9(1), 41-42.
- Taylor, G., & Jaspers, J. (2022). Discursive approaches to identity in health and illness. *Health*, 26(3), 267-282.
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145-161.
- Weiss, M. G., Ramakrishna, J., & Somma, D. (2018). Health-related stigma: rethinking concepts and interventions. *Psychology, Health & Medicine*, 11(3), 277-287.
- Yalom, I. D. (2020). *Existential Psychotherapy*. Basic Books