

مقایسه برخی از ویژگی‌های گفتاری و زبانی افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا با گروه شاهد

دکتر فیروزه رئیسی^۱

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی،
دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر بهروز محمودی بختیاری

پژوهشکده ایران‌شناسی

معصومه سلمانی

دانشکده توان‌بخشی

هدف: بررسی ویژگی‌های گفتاری افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا از مباحث مهم در حوزه زبان‌شناسی بالینی و گفتار درمانی است که علیرغم سابقه پژوهشی نسبتاً زیاد آن در غرب، در ایران کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است. هدف این پژوهش معرفی ویژگی‌های غالب گفتاری افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا، در مقایسه با افراد سالم به منظور ایجاد زمینه بهتر برای استفاده در امور بالینی می‌باشد. **روش:** در این بررسی مقطعی-تحلیلی، از دو گروه ۲۲ نفره مبتلا به اسکیزوفرنیا (پنج زن و ۱۷ مرد) و سالم (پنج زن و ۱۷ مرد)، با استفاده از بخش گفتار خودبه‌خودی آزمون زبان‌پریشی فارسی نمونه گفتاری گرفته شد و داده‌ها در پنج حوزه زبانی مورد تجزیه و تحلیل زبان‌شناختی قرار گرفتند. سپس داده‌ها با آزمون‌های t مستقل و مان-ویتنی مقایسه شدند. **یافته‌ها:** تحلیل داده‌های پژوهش نشان داد که در هیچ یک از دو گروه تبدیل آوایی نامتعارف و یا نقص فیلترهای نحوی - معنایی وجود ندارد. در گروه مبتلا درصد تکواژهای دستوری کمتر و درصد تکواژ قاموسی بیشتر و تفاوت معنی‌دار بود. تعداد نئولوژیسم و درصد خطا در انسجام و پیوستگی کلام گروه مبتلا بیشتر و دارای تفاوت معنی‌دار بود. **نتیجه‌گیری:** یافته‌ها بیانگر تفاوت اساسی گفتار افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا و افراد سالم در حوزه نئولوژیسم، انسجام و پیوستگی کلام و میزان استفاده از تکواژهای قاموسی و دستوری است.

مقدمه

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۷۹)، اسکیزوفرنیا را یک بیماری روانی معرفی می‌کند که دست کم شش ماه طول می‌کشد و بیمار لااقل یک ماه علائم مرحله فعال بیماری (دو یا چند علامت) از قبیل هذیان، توهم، تکلم آشفته، رفتار آشکارا آشفته یا کاتاتونیک، و علائم منفی را نشان می‌دهد. افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا اغلب آسیب‌های غیر معمول زبانی از خود نشان می‌دهند (کاوینگتون^۲ و

همکاران، ۲۰۰۵)، به طوری که آشفتگی‌های کلامی در تشخیص اسکیزوفرنیا یک علامت اصلی به شمار می‌رود (ملیندر^۳ و بارچ^۴، ۲۰۰۳؛ میلیجسون^۵، کاشر^۶ و الیزور^۷، ۲۰۰۴).

ملیندر و بارچ (۲۰۰۳) حداقل دو نوع آسیب زبانی (البته نه کاملاً مجزا) را در افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا توصیف می‌کند. نوع اول «اختلال تفکر یا شکست برای حفظ یک برنامه گفتمانی» است، که خود به دو زیر شاخه «اختلال تفکر صوری»^۸ و «اختلال تفکر منفی»^۹ تقسیم می‌شود. نوع دوم این آسیب‌ها «اسکیزوفازیا»

2- Covington

4- Barch

6- Kasher

8- formal thought disorder

3 - Melinder

5 - Meilijson

7 - Elizur

9- negative thought disorder

۱ - نشانی تماس: تهران، خیابان کارگر جنوبی، بیمارستان روزبه.

E-mail: Raisi_F@yahoo.com



مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن بدتر از نمونه‌های حاد عمل می‌کنند (همانجا).

چیکا^۱ و لامب^۲ نشان دادند که در ابزار انسجام هیچ تمایزی بین گروه‌های سالم و مبتلا به اسکیزوفرنیا نیست به نقل از آلن و آلن (۱۹۸۵). آلن^۱ و آلن (۱۹۸۵) هم دریافتند که افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا دارای واژه‌های کمتری هستند، در توانایی بازیابی واژگان نقص دارند و خزانه آسب دیده است.

این تحقیقات در سال‌های اخیر افزایش چشمگیری داشته است، در حالی که پژوهش‌های مربوط به این مسأله در ایران محدود، انگشت شمار و در حیطه‌های روان‌شناسی زبان (نقوی و شریفی، ۱۳۸۰)، تحلیل گفتمان (ملکی، ۱۳۶۸)، عوامل مؤثر بر گفتار و زبان افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا (پروا، ۱۳۸۱) و نظایر آنها بوده است. به نظر می‌رسد پژوهش حاضر نخستین پژوهشی باشد که با گرایشی زبان‌شناختی به بررسی گفتار افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا در ایران پرداخته و سعی کرده است تا علاوه بر بررسی تعدادی از ویژگی‌های آسب‌دیده مورد توافق محققان مانند نئولوژیسم، میزان تکواژها، انسجام و پیوستگی، به برخی از مختصات زبانی که احتمالاً در اسکیزوفرنیا آسب دیده است (مثل تبدیل‌های آوایی و فیلترهای نحوی - معنایی) بپردازد.

روش

برای انجام این پژوهش مقطعی - تحلیلی، ۴۴ آزمودنی انتخاب شدند. با اخذ رضایت‌نامه از فرد مبتلا و خانواده‌اش، ۲۲ بیمار (پنج زن و ۱۷ مرد) بستری مبتلا به اسکیزوفرنیا (بر اساس تشخیص پزشک متخصص ثبت شده در پرونده بیمار) از جامعه آماری بیماران بستری در بیمارستان روزبه تهران و ۲۲ نفر نمونه سالم (پنج زن و ۱۷ مرد) از کارکنان مدیریت امور خوابگاه‌ها و دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران در مدت هشت ماه انتخاب شدند. افراد مورد مطالعه در محدوده ۲۰ تا ۵۰ سال، بر اساس عدم سابقه ضربه به سر، تشنج، و اعتیاد و گرفتن الکتروشوک (حداقل

می‌باشد که شامل انواع آسیب‌های شبه دیسفازی نظیر نئولوژیسم، گفتارهای غیرقابل فهم یا «تداعی صوتی»^۱ است. در اختلال تفکر صوری، گفتار فرد مبتلا به اسکیزوفرنیا در قوانین معنایی و نحوی شکل‌دهنده زبان ناهنجاری‌هایی دارد و ارتباطات بین جملات نیز مبهم است. مقوله‌هایی چون تکرارهای نابجا^۲ (تکرارهایی که در هجای اول کلمه و گاهی در کل یک کلمه یا عبارت نیز دیده می‌شود)، تفکر مماسی^۳ (برای پاسخ به یک پرسش به موازات آن پاسخ می‌دهد و هرگز به هدف مدنظر پرسشگر نمی‌رسد)، گم کردن هدف، خطا در ارجاع ضمیر و نئولوژیسم جزو این گروه است. اختلال تفکر منفی با کاهش پیچیدگی‌های نحوی و حجم گفتار مشخص می‌شود. گفتار فرد مبتلا موجز و کوتاه می‌شود به طوری که به نظر می‌رسد خزانه واژگان وی کم است. این بخش از اختلال تفکر با آشفتگی‌هایی در بیان شفاهی، پیچیدگی نحوی، انسداد^۴ یا مکث‌های طبیعی کلام تفاوت دارد (کاوینگتون و همکاران، ۲۰۰۵).

تا کنون پژوهشگران متعددی سعی کرده‌اند جنبه‌های زبانی آسب دیده در افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا را توصیف و آنها را به عنوان شاخص‌هایی با ارزش تمایزگذاری و تشخیصی معرفی کنند. با وجود این، لازم است ذکر شود که پژوهش‌های متعدد انجام شده به همین میزان باعث ایجاد تنوع قابل توجهی در نتایج شده‌اند. با وجود همه این اختلاف نظرها، در بررسی پاره‌ای از اختلالات گفتاری توافقی عمومی نیز به وجود آمده است و آن اینکه زبان افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا با اختلالاتی در انسجام کلام، کاهش پیچیدگی نحوی، کاهش بندهای درونه‌ای و کاهش بیان کلامی همراه است (میلیجسون و همکاران، ۲۰۰۴).

دلیسی^۵ (۲۰۰۱) در یک بررسی مروری بسیاری از کارهای انجام شده در این حیطه را به طور خلاصه و دسته‌بندی شده ذکر کرده است. برای مثال، گوتچاک^۶ و همکاران (۱۹۶۱) با بررسی میزان ازهم‌پاشیدگی گفتار و میزان بیگانگی از اجتماع افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا دریافتند که فقر گفتار در این بیماران یکی از نشانه‌های شدت بیماری است (به نقل از دلیسی، ۲۰۰۱). ویلیامز^۷ و همکاران (۱۹۷۶) با استفاده از آزمون‌های معنی‌شناختی نشان دادند که نمونه‌های مبتلا به اسکیزوفرنیا با افراد سالم متفاوت‌اند و نمونه‌های

1- clang association
3- tangentiality
5- Delisi
7- Williams
9- Lambe

2 - perseveration
4 - blocking
6 - Gottchalk
8- Chaika
10 - Allen



این فرآیندهای خطا ابتدا شمارش، سپس بر تعداد کل تکواژها تقسیم و سپس در عدد ۱۰۰ ضرب می‌شوند.

بر اساس نظر فرامکین^۳ و همکاران (۲۰۰۲)، درصد استفاده از تکواژهای دستوری و قاموسی، یعنی میزان استفاده از کوچکترین واحدهای معنایی یا نقشی زبان؛ برای مثال بن افعال، اسامی خاص و صفات تکواژ قاموسی، قیود و حروف ربط و اضافه، جزء تکواژهای دستوری به حساب می‌آیند. تکواژنگاری واژه‌ای مثل خوردم به شکل زیر می‌شود: خور (تکواژ قاموسی) + د (تکواژ دستوری) + م (تکواژ دستوری) (به نقل از تارتر، ۱۹۹۸).

پس از تکواژنگاری، کل تکواژهای قاموسی و دستوری شمارش، سپس به ترتیب بر کل تکواژهای گفته شده تقسیم و حاصل در عدد ۱۰۰ ضرب می‌شود و بدین ترتیب درصد تکواژ قاموسی و دستوری محاسبه می‌گردد.

نئولوژیسم که تولید واژه‌های جدید است، دارای روش‌های مختلفی از قبیل ترکیب و اشتقاق می‌باشد (آرونوف، ۱۳۸۰). در این مطالعه، تعداد تکواژهای واژه‌های ساخته شده جدید مقایسه شدند. در نمونه‌های آوانگاری شده، کل واژه‌هایی که در زبان رسمی (فارسی) وجود ندارد (مثل واژه نابی سروسامان) مشخص شد، سپس تکواژنگاری آنها صورت گرفت. با شمارش تعداد این تکواژها و تقسیم آن بر تعداد کل تکواژها و در نهایت ضرب در عدد ۱۰۰، درصد تکواژهای واژه‌های جدید محاسبه و بین دو گروه مقایسه گردید.

«انسجام کلامی» با ابزارهای ارجاع، جانشین سازی، حذف واژگانی و حذف به قرینه سنجیده می‌شود (لوت^۴، گانگن‌بال^۵، اشنی‌برگر^۶، پولور^۷ و استاسان^۸، ۲۰۰۲). در این قسمت، کل موارد انحرافی در این مقوله‌ها در کل متن آوانگاری شده مشخص و سپس بر تعداد کل جملات تقسیم و حاصل در عدد ۱۰۰ ضرب می‌شود. به این ترتیب درصد خطا در ویژگی انسجام به دست می‌آید؛ مانند «علی خواندم» که در آن فرد در تطابق فعل و فاعل و جایگزینی شناسه صحیح اشتباه می‌کند.

در شش ماه گذشته، عدم تأکید بر یک زبانی (در هر دو گروه تعداد یک زبانه‌ها با دو زبانه‌ها برابر بوده است) و راست دست بودن انتخاب شدند. داروی انتخابی مبتلایان به اسکیزوفرنیا ریسپریدون و هالوپریدول بود. اگرچه داروهای مصرفی عوارض اکستراپیرامیدال از خود به جای می‌گذارند، لیکن اهداف مورد نظر این پژوهش تحت تأثیر این عوارض نبوده‌اند. بیماران ترجیحاً در مرحله فعال علائم بیماری (اغلب بیماران در هفته دوم و بعضی در هفته سوم بستری بوده‌اند) و مبتلا به نوع پارانوئید - که کمترین آسیب شناختی را از خود نشان می‌دهند - بودند. برای گردآوری داده‌های این پژوهش، ابتدا با افراد مبتلا و گروه شاهد بدون محدودیت زمانی برای پاسخگویی به سؤال‌ها مصاحبه حضوری شد. شرایط مصاحبه برای همه شرکت کنندگان یکسان بود. مفاهیم مورد استفاده در مصاحبه از آزمون زبان پریشی گفتار خودبه‌خودی نیلی‌پور (۱۳۷۶) اقتباس شدند که در آن پس از احوالپرسی، درباره گفتار سریال (مانند توضیح مراحل پخت نان) و تعریف کارت‌های سریال موجود در آزمون زبان پریشی، گفتار خودانگیخته (مانند تعریف یک خاطره خوب و یک خاطره بد)، قصه‌گویی، نظریات فرد پیرامون تحصیل و شغل و تصویرسازی از آینده (مثل اینکه اگر رئیس جمهور شدید چه می‌کنید؟) سؤال شد. تمام سؤال‌ها فقط برای تجزیه و تحلیل کلامی مطرح می‌شدند و به دیدگاه شخص ارتباطی نداشتند. در جریان گردآوری و ضبط داده‌ها سعی شد تا پرسش‌ها یک دست باشند و تا جای ممکن، موارد نامربوط کنار گذاشته شوند. کلیه نمونه‌های گفتاری مرتبط شده با استفاده از الفبای آوانگار بین‌المللی آوانگاری و بر اساس اهداف پژوهش مواد زیر بررسی شدند:

«تبدیل آوایی»، یعنی هر تغییر تولیدی که در خلال تولید گفتار به وقوع می‌پیوندد (حق شناس ۱۳۸۰)، گفتار را کارآمدتر می‌کند. انواع مختلفی از تبدیل‌ها وجود دارند که ملموس‌ترین آنها فرآیند «قلب» است که در آن افراد خوشه‌های همخوانی را تغییر می‌دهند. مثلاً، کودکان انگلیسی زبان کلمه اسپاگتی^۱ را پسگتی^۲ تلفظ می‌کنند. در اینجا تغییرات آوایی ناشی از لهجه و گوش مدنظر نیست، بلکه منظور استفاده از فرآیندهایی است که یا وجود ندارند و یا فرد فرآیندی را به اشتباه در گفتار خود به کار می‌گیرد. تعداد

1- Spaghetti
3- Frankin
5- Guggenbuhl
7- Pulver

2 - Pesghetti
4- Lott
6- Schneeberger
8- Stassan



جنسیت نشان داده شده است. بین دو گروه به لحاظ سنی و میزان تحصیلات تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. میانگین سنی و سنوات تحصیلی در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشتند. در هیچ یک از دو گروه مبتلا به اسکیزوفرنیا و سالم هیچ‌گونه تبدیل آوایی نامتعارف و نقض فیلترهای نحوی - معنایی مشاهده نشد. به لحاظ فقدان محدودیت زمانی در مصاحبه، برای محاسبه متغیرهای هدف این پژوهش از میانگین درصد استفاده شد. میانگین درصد تکواژهای واژه‌های ساخته شده در دو گروه با استفاده از آزمون مان-ویتنی دارای تفاوت معنی‌دار بود. نتایج مقایسه دو گروه در این متغیر، در جدول ۲ آورده شده است.

مقایسه درصد کل تکواژهای استفاده شده بین دو گروه، دارای تفاوت معنی‌دار نبود، اما میانگین درصد تکواژهای قاموسی و دستوری استفاده شده بین دو گروه دارای تفاوت معنی‌دار بود. جدول ۳ نتایج مقایسه میانگین درصد تکواژهای قاموسی و دستوری بین دو گروه را با استفاده از آزمون t مستقل نشان می‌دهند. میانگین درصد خطا، در پنج ابزار ویژگی انسجام کلام بین دو گروه بیانگر تفاوت معنی‌دار بود. از پنج ابزار انسجام کلامی، درصد خطا در مؤلفه‌های حرف ربط، جانشین‌سازی و واژگانی دارای تفاوت معنی‌دار بود و در بقیه، درصد خطا معنی‌دار نبود. جدول ۴ نتایج مقایسه هر یک از این متغیرها را در دو گروه با استفاده از آزمون مان-ویتنی نشان می‌دهد. میانگین درصد خطا در ویژگی پیوستگی در دو گروه نیز با استفاده از آزمون مان-ویتنی دارای تفاوت معنی‌دار بود. جدول ۴ میانگین کل جملات در دو گروه دارای تفاوت معنی‌دار نبود، اما میانگین درصد جملات کامل و ناقص و نیز درصد تصحیح جملات با استفاده از آزمون t مستقل دارای تفاوت معنی‌دار بود (جدول ۵).

«پیوستگی کلام»، به عواملی نامرئی گفته می‌شود که باعث ارتباط منطقی جملات متن با هم می‌گردد. در متن پیوسته، جملات همدیگر را از نظر مفهومی حمایت می‌کنند و در رد، قبول، توضیح و یا امتداد معنایی یکدیگر به کار می‌روند (آرنوف، ۱۳۸۰). هر کجا که متن این ویژگی را از دست بدهد، شمارش، و بر کل جملات گفته شده فرد تقسیم و حاصل در عدد ۱۰۰ ضرب می‌شود و درصد خطا در ویژگی پیوستگی دو گروه به دست می‌آید. مانند عبارت «من داشتم می‌رفتم مدرسه، برادرم چرا رفت؟» که چنانچه طرف گفت‌گو از زمینه بیان ناگهانی این جمله اطلاعی نداشته باشد، بین این دو جمله خطا صورت گرفته است.

«فیلترهای نحوی - معنایی» که به وسیله چامسکی^۱ (۱۹۶۵) معرفی شده‌اند، عبارت‌اند از: «قواعد زیر مقوله‌ای» (مباحث مربوط به انتخاب گروه‌های اسمی وابسته در افعال متعددی و لازم) که بر طبق آن جمله «علی را خوابیدم» غیر دستوری به شمار می‌آید، و «محدودیت‌های گزینشی» (انتخاب معنی‌دار و به جای واژه در جمله) که مطابق این قاعده، جمله «مدادم عطسه کرد»، چون عطسه کردن از ویژگی‌های معنایی مداد نیست، به لحاظ معنایی نادرست است. پس از آن داده‌ها وارد نرم افزار آماری SPSS 11 شدند و به کمک آزمون‌های t مستقل و مان-ویتنی^۲ مقایسه گردیدند.

یافته‌ها

در گروه مبتلا به اسکیزوفرنیا، ۲۲ نفر با دامنه سنی ۲۰ تا ۴۷ سال (۳۲/۸±۸/۰) و در گروه سالم، ۲۲ نفر با دامنه سنی ۲۰ تا ۴۶ سال (۳۰/۸±۶/۹) وجود داشت. سنوات تحصیل در این دو گروه به ترتیب بین ۲ تا ۲۲ سال (۹/۳±۴/۹) و ۳ تا ۱۶ سال (۱۱/۱±۳/۳) بود. در جدول ۱ توزیع فراوانی نمونه‌ها بر حسب دوزبانگی و

جدول ۱- توزیع فراوانی نمونه‌ها بر حسب دوزبانگی و جنسیت

گروه	متغیر		جنسیت		دوزبانگی
	فراوانی	زن	مرد	یک زبانه	
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
مبتلا	۲۲	۵ (۲۲/۷)	۱۷ (۷۷/۲)	۱۱ (۵۰)	۱۱ (۵۰)
سالم	۲۲	۵ (۲۲/۷)	۱۷ (۷۷/۲)	۱۱ (۵۰)	۱۱ (۵۰)
جمع	۴۴	۱۰ (۲۲/۷)	۳۴ (۷۷/۲)	۲۲ (۱۰۰)	۲۲ (۱۰۰)

1- Chomsky

2- Mann-Whitney



جدول ۲- نتایج مقایسه میانگین درصد تکواژهای واژه‌های ساخته شده دو گروه با استفاده از آزمون مان-ویتنی

نتایج آماری گروه‌ها	تعداد	میانگین رتبه‌ها	جمع رتبه‌ها	من ویتنی U	ویلکسون	Z	سطح معنی داری
مبتلا	۲۲	۲۴/۵۰	۵۳۹/۰	۱۹۸/۰	۴۵۱/۰	-۲/۰	۰/۰۳
سالم	۲۲	۳۰/۸	۶/۹				

جدول ۳- نتایج مقایسه میانگین درصد تکواژهای قاموسی و دستوری دو گروه مبتلا به اسکیزوفرنیا (۲۲ نفر) و سالم (۲۲ نفر) با استفاده از آزمون مستقل

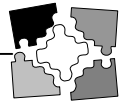
تکواژهای قاموسی	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار میانگین	تفاوت میانگین	تفاوت خطای معیار	فاصله اطمینان ۹۵ درصد		سطح معنی داری
						حد بالا	حد پایین	
مبتلا	٪۴۱/۲	٪۲/۲	۰/۴	۱/۵	۰/۱	۰/۳	۲/۷	۰/۰۱
سالم	٪۳۹/۶	٪۱/۷	۰/۳					
مبتلا	٪۵۸/۷	٪۲/۲	۰/۴	-۱/۵	۰/۱	۰/۶	-۲/۷	-۰/۳
سالم	٪۶۰/۳	٪۱/۷	۰/۳					

جدول ۴- نتایج مقایسه میانگین درصد خطا در ابزار حرف ربط، ابزار جانشینی، ابزار انسجام واژگانی و ویژگی پیوستگی کلام در دو گروه مبتلا به اسکیزوفرنیا (۲۲ نفر) و سالم (۲۲ نفر) با استفاده از آزمون من ویتنی

ابزار حرف ربط	میانگین رتبه‌ها	جمع رتبه‌ها	من ویتنی U	ویلکسون	Z	سطح معنی داری
مبتلا	۲۴/۵	۵۳۹/۰	۱۹۸/۰	۴۵۱/۰	-۲/۰	۰/۰۳
سالم	۲۰/۵	۴۵۱/۰				
مبتلا	۲۶/۷	۵۸۹/۰	۱۴۸/۰	۴۰۱/۰	۰/۱	-۲/۳
سالم	۱۸/۲	۴۰۱/۰				
مبتلا	۲۹/۵	۶۵۰/۵	۸۶/۵	۴۵۱/۰	۰/۰۰۰	-۳/۹
سالم	۱۵/۴	۳۳۹/۵				
مبتلا	۳۰/۷	۶۷۵/۵	۶۱/۵	۳۱۴/۵	۰/۰۰۰	-۴/۷
سالم	۱۴/۳	۳۱۴/۵				

جدول ۵- نتایج مقایسه میانگین درصد جملات کامل و ناقص در دو گروه مبتلا به اسکیزوفرنیا (۲۲ نفر) و سالم (۲۲ نفر) با استفاده از آزمون مستقل

جملات ناقص	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار میانگین	تفاوت میانگین	تفاوت خطای معیار	فاصله اطمینان ۹۵ درصد		سطح معنی داری
						حد بالا	حد پایین	
مبتلا	۸۹/۸	۳/۴	۰/۷	-۴/۴	۰/۰۰۰	۰/۸	-۶/۲	-۲/۶
سالم	۹۴/۳	۲/۳	۰/۴					
مبتلا	۱۰/۱	۳/۴	۰/۷	۴/۴	۰/۰۰۰	۰/۸	۲/۶	۶/۲
سالم	۵/۶	۲/۳	۰/۴					



بحث

در تبدیل‌های آوایی خطا دیده نشد. این یافته با نتایج چیکا (۱۹۷۴)، لکورز^۱ و وانیر کلمنت^۲ (۱۹۷۶) و کاتینگ^۳ (۱۹۸۵) (به نقل از کاوینگتون و همکاران، ۲۰۰۵) و نیز تارتر (۱۹۹۸) همسوست. در فیلترهای نحوی - معنایی خطا مشاهده نشد. این یافته با یافته‌های فرامکین (۱۹۷۵) همسوست (به نقل از تارتر^۴، ۱۹۹۸).

نئولوژیسم در دو گروه دارای تفاوت معنی‌دار بود. با وجودی که ۸۰ درصد افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا واژه جدیدی نساختند، اما با همان ۲۰ درصد، تفاوت بین دو گروه معنی‌دار شد. این یافته با یافته‌های لوت و همکاران (۲۰۰۲) در تناقض است، اما با یافته‌های سایر محققان نظیر مکننا^۵ (۱۹۹۴) و وتر^۶ (۱۹۶۹) همسوست (به نقل از کاوینگتون و همکاران، ۲۰۰۵).

در کل تکواژهای استفاده شده بین دو گروه، تفاوت به لحاظ آماری معنی‌دار نبود. این یافته با نتایج لینسکات^۷ (۲۰۰۵) هماهنگ و با یافته‌های دلیسی (۲۰۰۱) و کاوینگتون و همکاران (۲۰۰۵) در تناقض است (لوت و همکاران، ۲۰۰۲). یافته‌های دلیسی حاکی از آن است که تعداد واژه‌های افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا نسبت به گروه شاهد کمتر است. کاوینگتون هم فقر گفتار را به عنوان علامتی تقریباً شایع معرفی کرده است. تفاوت بین نتایج این پژوهش و یافته‌های دو محقق شاید به دلایل زیر باشد:

۱- حیطه موضوعی مصاحبه: در این مطالعه از ترکیب چند نوع گفتار مثل گفتار توصیفی، سریال و خودبه‌خودی استفاده شد، در حالی که در مطالعه دلیسی (۲۰۰۱) فقط از گفتار توصیفی استفاده شده است. ۲- تفاوت در نوع شاخص محاسبه شده: شاخص محاسبه در این مطالعه تکواژ و در مطالعه دلیسی شمارش واژه‌ها بوده است.

البته معمولاً در برابری تعداد تکواژ بین دو گروه در مطالعات مختلف متغیر زمان در نظر گرفته نمی‌شود، چون اغلب، نمونه گفتار آزاد و به صورت مصاحبه گرفته می‌شود. در این مطالعه، اگر چه متغیر زمان مثل بقیه مطالعات محاسبه نشد، اما به نظر می‌رسد افراد مبتلا برای پاسخگویی به زمان بیشتری، حدود دو تا سه برابر افراد عادی نیاز دارند. لذا اگر به لحاظ مدت زمان، گفت و گو

محدود شود (مثلاً میزان تکواژها در ۱۰ دقیقه گفت و گو)، شاید بتوان گفت که نتایج دلیسی و کاوینگتون تأیید می‌شود. حتی به نظر می‌رسد تعداد تکواژها با توجه به موضوع گفت و گو تغییر می‌کند. در مطالعه لینسکات (۲۰۰۵) از دو آزمون استفاده شد و نتیجه، حاصل شمارش تعداد کل واژه‌های دو آزمون بود. با این کلی‌نگری، نتایج تعداد کل واژه‌ها در دو گروه دارای تفاوت معنی‌دار نبود، اما وقتی واژه‌های دو گروه با توجه به نوع آزمون شمارش و مقایسه شدند، تفاوت معنی‌دار شد. نتایج نشان داد که افراد مبتلا نسبت به افراد سالم به طور معنی‌دار، از درصد تکواژهای قاموسی بیشتری استفاده می‌کنند.

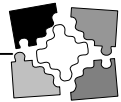
پژوهشگران بررسی حاضر، در مرور مطالعات گذشته برای تأیید یا رد این یافته، پژوهشی مرتبط نیافته‌اند، اما شاید تفاوت بین دو گروه را بتوان با تعداد بیشتر تصحیح در جملات و جملات ناقص در گفتار افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا توجیه کرد. وجود جملات ناقص با فاعل و یا فاعل و مفعول و یا حتی گاهی جمله‌ای به لحاظ معنایی کامل، ولی به لحاظ نحوی نادرست و نیمه تمام گذاشتن یک جمله طولانی و نیز تصحیح مداوم جملات و شروع مجدد باعث می‌شود تا تکواژهای قاموسی گروه مبتلا بیشتر باشد. اگر چه به نظر می‌رسد افراد مبتلا در قیاس با افراد سالم برای پیدا کردن واژه، از میان‌اندازهایی^۸ چون «پارو، به قول معروف، دیگه، خوب و چیز» خیلی بیشتر استفاده می‌کنند، اما در بررسی تکواژ قاموسی «چیز» این فرض تأیید نشد.

درصد استفاده از تکواژهای دستوری در افراد مبتلا به صورت معنی‌داری کمتر از گروه افراد سالم می‌باشد. محققان در مروری بر مطالعات گذشته، به پژوهشی همسو یا متناقض با این یافته برخورد نکرده‌اند. علت این تفاوت را شاید بتوان در میزان جملات کامل و ناقص و نیز خطا در ویژگی انسجام و پیوستگی دو گروه جست‌وجو کرد. استفاده کمتر و یا نادرست از حروف ربط نیز تأییدی بر این مطلب است.

در ویژگی انسجام کلام هر دو گروه خطا وجود دارد، ولی

1- Lecours
3- Cutting
5- McKenna
7- LinScott

2- Vanierclement
4- Tatter
6- Vetter
8- interjection



نامرتبط و با ویژگی اطلاع رسانی کمتر می‌باشد. با توجه به فقدان آسیب در لایه‌های سطحی زبان (مانند تبدیل‌های آوایی) و لایه‌های عمیق زبان (مانند فیلترهای نحوی - معنایی)، می‌توان این احتمال که آشفتگی‌های زبانی در افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا یک سندرم مستقل زبانی را تشکیل می‌دهند، رد کرد. به نظر می‌رسد افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا در پاسخگویی به سؤال‌ها دیدگاهی عینی اتخاذ می‌کنند و با توجه به آسیب‌هایی که در حافظه عملکردی و حافظه کوتاه مدت از خود نشان می‌دهند، توانایی آن‌ها در به هم پیوستن جملات و در کل یک مکالمه آسیب می‌بیند. تغییرات ناشی از خلق نیز می‌تواند بر ویژگی‌های کلامی آنها اثر بگذارد و به گفتار آنها شکلی زیاده‌گو (در علایم مثبت) و یا کوتاه و موجز (در علایم منفی) بدهد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به نبود زبانی مشترک در تعریف واژه‌ها، به ویژه در مقوله کلام، بین سه گروه روانپزشکان، زبانشناسان و آسیب‌شناسان گفتار و زبان، کمبود فضا در بیمارستان برای انجام مصاحبه، فقدان سابقه مطالعاتی کافی در ایران و عدم همکاری برخی از بیماران برای مصاحبه اشاره کرد.

لذا، پیشنهاد می‌شود برای هماهنگی بیشتر اصطلاحات رایج و یافته‌ها در گروه‌ها برای این گروه افراد مبتلا و سایر گروه‌های تشخیصی حیطه روان‌پزشکی، مطالعات مشابه بین رشته‌ای تکرار و نتایج آن با یافته‌های حیطه بیماران زبان‌پزشکی مقایسه گردد و برای سهولت کار پژوهش و دستیابی به اطلاعات دقیق‌تر، فضا و یا زمانی اختصاصی در بیمارستان در نظر گرفته شود.

سپاسگزاری

در پایان از راهنمایی سرکار خانم دکتر جلالی، مشاور محترم آمار، جناب آقای شاهدهاگی، عضو هیأت علمی دانشکده توانبخشی و کلیه عزیزان شرکت کننده در این پژوهش قدردانی می‌شود.

درصد خطای افراد مبتلا بیشتر و به لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد. یافته‌های هاروی^۱ و برالت^۲ (۱۹۸۶) تأییدی بر این مطلب است. یافته این پژوهش با یافته‌های لوت و همکاران (۲۰۰۲) متناقض بود که شاید علت آن تفاوت تعداد و نوع گروه‌های شرکت کننده (در مطالعه لوت سه گروه و در این مطالعه دو گروه شرکت داشتند) و همچنین تجزیه پنج ابزار انسجام به اجزای ظریف‌تر در مطالعه لوت و همکاران (۲۰۰۲) باشد.

یافته‌های راجستر^۳ و مارتین^۴ (۱۹۷۹)، گلدشتاین^۵ (۱۹۸۵) و هافمن و همکاران (۱۹۸۵) (به نقل از کاوینگتون و همکاران، ۲۰۰۵) و دلوسی (۲۰۰۱)، نیز تفاوت معنی‌دار در ویژگی‌های انسجام دو گروه را تأیید می‌کنند. اغلب این محققان این مشکل را به علایم تفکر مثبت و برخی نیز به علایم تفکر منفی نسبت می‌دهند، به نحوی که کاوینگتون و همکاران (۲۰۰۵) معتقدند که با مصرف کلوزاپین این مشکل برطرف می‌شود. اگرچه در این مطالعه بیشترین اختلال در انسجام واژگانی، جانیشینی و حروف ربط مشاهده شد (هاروی و برالت بیشترین اختلال را در ابزار ارجاع مشاهده کردند)، بیشتر به نظر می‌رسد که افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا در پایش آنچه بیان می‌کنند، مشکل دارند.

گفتار افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا اغلب تحت عنوان گفتاری ناپیوسته توصیف می‌شود. یافته این تحقیق مؤید همین مطلب است. افراد مبتلا در ویژگی پیوستگی دارای خطای بیشتری هستند و درصد خطایشان در قیاس با افراد سالم، از لحاظ آماری دارای تفاوت معنی‌دار است این یافته با یافته‌های هافمن و همکاران (به نقل از کاوینگتون و همکاران ۲۰۰۵)، بارچ^۶ و برنباوم^۷ (۱۹۹۷)، آلن و آلن (۱۹۸۵)، موریس^۸ و اینگرام^۹ (۱۹۸۲) و راتر^{۱۰} (۱۹۸۵) هماهنگ است. این محققان بین این نتایج و علایم مثبت، شدت علایم اختلال تفکر مثبت و منفی و ساختار سؤال‌های پرسیده شده، ارتباط پیدا کردند. در این مطالعه به نظر می‌رسید خطای بیشتر در پیوستگی ناشی از علایمی چون توهم و اختلال در فرآیند و فرم تفکر بیمار باشد. تلفیق هذیان و توهم با گفتار معمول، باعث نقض پیوستگی کلام با توجه به تعریف علمی آن می‌شود.

با توجه به نتایج به دست آمده از این مطالعه، گفتار افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا در مقایسه با گفتار افراد سالم گفتاری ناپیوسته،

1- Harvey

3 - Rochester

5 - Goldstian

7 - Berenbaum

9 - Ingram

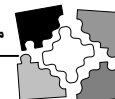
2 - Brault

4 - Martin

6 - Barch

8 - Morice

10 - Rutter



منابع

- آرونوف (۱۳۸۰). *درآمدی بر زبان‌شناسی معاصر* (ترجمه ع. درزی). تهران: انتشارات سمت.
- انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۳۷۹). *راهنمای تشخیصی و آماری* (ترجمه: م. ر. نائینیان، م. ا. مداحی، ع. ع. اللهیاری، و ا. بیابانگرد). تهران: انتشارات دانشگاه شاهد.
- پروا، ف. (۱۳۸۱). بررسی مقایسه‌ای زبان بر اساس آزمون زبان پریشی فارسی بین دو زیر گروه پارانوئید و غیرپارانوئید بیماران اسکیزوفرن مزمن مرکز روانپزشکی رازی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- حق‌شناس، ع. م. (۱۳۸۰). *آواشناسی (فونتیک)*. تهران: انتشارات نقش جهان.
- نقوی، ح.، و شریفی، و.، کرمی‌نوری، ر. (۱۳۸۱). اختلال در شبکه معنایی بیماران اسکیزوفرنیک: آماده‌سازی معنایی با ارائه همزمان دو آماده‌ساز. اندیشه و رفتار، ۸ (۳)، ۴۳-۵۶.
- ملکی، ی. (۱۳۶۸). بررسی گفتار بیماران اسکیزوفرنیک. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- نلی‌پور، ر. (۱۳۷۶). *آزمون زبان پریشی فارسی*. تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی ایران.

Allen, H.A., & Allen, D.S. (1985). Positive symptoms and the organization within and between ideas in schizophrenic speech. *Psychology Medicine*, 15, 71-80.

Barch, D.M., & Berenbaum, H. (1997). The effect of language production manipulations on negative thought disorder and discourse coherence disturbances in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 71, 115-127.

Chomsky, N. (1965). *Aspects of the theory of syntax*. Cambridge: MIT Press.

Covington, A.T.C., He, C., Brown, C., Naci, L., McClain, T.J., Fjordback, B.S., Semple, J., & Brown, J. (2005). Schizophrenia and structure of language: The linguist's view. *Schizophrenia Research*, 77, 85-98.

Delisi, E.L. (2001). Speech disorder in schizophrenia: Review of the literature and exploration of its relation to the uniquely human capacity for language. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 481-496.

Harvey, P.D., & Brault, J. (1986). Speech performance in mania and schizophrenia: the association of positive and negative thought disorders and reference failures. *Journal of Communication Disorder*, 19, 161-173.

LinScott, R.J. (2005). Thought disorder, pragmatic language impairment, and generalized cognitive decline in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 75, 225-232.

Lott, P.R., Guggenbuhl, S., Schneeberger, A., Pulver, A.E., & Stassan, H.H. (2002). Linguistic analysis of the speech output of schizophrenic, bipolar, and depressive patients. *Psychopathology*, 35, 220-227.

Meilijson, R.S., Kasher, & Elizur, A.J. (2004). Language performance in chronic schizophrenia: A pragmatic approach. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 47, 695-713.

Melinder, R.D.M., & Barch, M.D. (2003). The influence of a working memory load manipulation on language production in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 29, 473-484.

Morice, R.D., & Ingram, J.C. (1982). Language analysis in schizophrenia: Diagnostic implications. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*, 16, 11-21.

Rutter, D.R. (1985). Language in schizophrenia: The structure of monologues and conversation. *British Journal of Psychiatry*, 146, 399-404.

Tartter, C.V. (1998). *Language processing in atypical population*. Newbury Park, Calif., Sage.