

تجزیه و تحلیل کلام بیماران اسکیزوفرنیک از جنبه اصل همیاری گرایس

*معصومه سلمانی^۱، بهروز محمودی بختیاری^۲، فیروزه رئیسی^۳

چکیده

هدف: هدف این پژوهش بررسی یکی از حیطه‌های تجزیه و تحلیل کلام بیماران اسکیزوفرنیک یعنی اصل همیاری می‌باشد.

روش بررسی: در این پژوهش مقایسه‌ای که از نوع مورد-شاهدی است، با نمونه‌گیری ساده و در دسترس، دو گروه ۲۲ نفره از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و افراد سالم (با تعداد ۱۷ مرد و ۵ زن) انتخاب و مصاحبه‌ای با استفاده از بخش گفتار خودبه‌خودی آزمون زبان پریشی فارسی با آنها صورت گرفت. پاسخ هر سؤال با توجه به این که فرد کدام قاعده همیاری (کیفیت، کمیت، شیوه و رابطه) را بیشتر نقض کرده است، ارزیابی و به عنوان خطا در آن پاسخ در نظر گرفته شد. با درصد گیری خطاها، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تحلیل واریانس، تی مستقل، کروسکال والیس و من ویتنی انجام شد.

یافته‌ها: بین دو گروه در رعایت کلی اصول همیاری گرایس ($P < 0/001$) و اصلهای کمیت ($P < 0/001$)، رابطه ($P < 0/001$) و شیوه ($P = 0/02$) اختلاف معنی داری وجود داشت، ولی در اصل کیفیت دو گروه تفاوت معنی داری نداشتند ($P = 0/07$). عدم رعایت کلی اصول گرایس در بیماران با مدت ابتلا به بیماری، تحصیلات، سن و جنس آنها ارتباط آماری معنی دار نداشت ($P > 0/05$). نتیجه گیری: بیماران اسکیزوفرنیک اصل همیاری گرایس را رعایت نمی‌کنند و به علت نقض این اصل در گفتگوهای دو طرفه دچار عدم انسجام می‌باشند.

کلید واژه‌ها: اسکیزوفرنیا / اصول گرایس / اصل همیاری / تحلیل گفتمان

۱- کارشناس ارشد گفتار درمانی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان
۲- دکترای زبانشناسی، استادیار دانشگاه تهران
۳- متخصص اعصاب و روان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

تاریخ دریافت مقاله: ۸۶/۱۱/۲۸
تاریخ پذیرش مقاله: ۸۷/۴/۱۵

* آدرس نویسنده مسئول:

سمنان، کیلومتر ۵ جاده دامغان، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، دانشکده توانبخشی، گروه گفتاردرمانی
تلفن: ۰۲۳۱-۳۳۵۴۱۸۰

*E-mail: salmani_masoomeh@yahoo.com



عدم انسجام و پیوستگی در گفتار بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در کشورمان بیشتر نشان داده شده است (۱).

یک فرضیه اساسی در تبادلات مکالمه‌ای این است که متکلمان، در واقع با یکدیگر همیاری می‌کنند. گرایس^۱ (۱۹۷۵) اولین کسی است که این اصل را همراه با چهار قاعده کلی دیگر که انتظار می‌رود در مشارکت مکالمه‌ای رعایت شوند، مطرح کرد. اصل همیاری به این صورت تعریف می‌شود: «در مکالمه، در هر مرحله‌ای که باشد، چنان شرکت کنید که هدف مورد توافق تأمین شود یا با سیر تبادل کلامی شما همسو باشد». چهار قاعده کمیت، کیفیت، رابطه و شیوه در این اصل مطرح می‌شوند که قطعاً رعایت آنها در ارائه دادن گفتگویی دوفره در افراد عادی مدنظر قرار می‌گیرد.

اصول گرایس بیش از هر حیطه دیگری از کاربرد زبان، شامل تفکر آگاهانه فرازبانی و به ویژه «تئوری ذهن^۲» می‌باشد، که محققین معتقدند عمیقاً در اسکیزوفرنیا تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۸). با تحقیقات بیشتر در این حیطه شاید بتوان آزمون‌های دقیق تری را برای ارزیابی آسیب شناختی در افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا طراحی کرد.

بر اساس آنچه بیان شد عجیب نیست اگر اصول گرایس در تعامل گفتاری افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا به صورت هنجار عمل نکنند. در این حیطه تحقیقات متعددی انجام شده است که همگی مبنی بر عدم رعایت اصول گرایس در گفتار بیماران اسکیزوفرنیک بوده و نشان داده‌اند که سخنان این بیماران در گفتگوی دو نفره غیر همیارانه، بی‌هدف و بی‌ربط و پاسخ‌هایشان خارج از موضوع سئوالات می‌باشد (۲، ۸، ۹). در این مقاله برای روشن شدن هر چه بیشتر آسیب‌های زبانی و یا موارد زیربنایی زبان، کارکرد اصل همیاری در افراد فارسی زبان مبتلا به اسکیزوفرنیا مورد بررسی قرار گرفته است. حوزه‌ای که تقریباً در ایران هیچ مطالعه جدی در مورد مسائل بالینی آن وجود ندارد. هدف از این پژوهش نیز آن است تا وجود یا عدم تفاوت این اصل در افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا در مقایسه با افراد سالم به لحاظ کمی و کیفی به منظور استفاده در اهداف تشخیصی و نیز شناسایی سطح آسیب زبانی مشخص گردد. لازم به ذکر است که به دلیل کمبود متون معتبر و تخصصی در این حیطه، به خصوص تحقیقاتی دقیقاً در زمینه بررسی اصول گرایس در افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا، در قسمت بحث بیشتر اتکا بر مطالعات کاربردشناسی و گفتمانی زبان و مثال‌های عینی از مصاحبه‌های انجام شده در این مطالعه خواهد بود.

گفتگوهای روزمره اغلب شامل عباراتی هستند که گهگاه حاوی معانی دور از ذهن یا اشتباهات کلامی می‌باشند. اما این خطاها به حدی نیست که قصد گوینده و شنونده را از گفتگو آسیب بزند. گوینده و شنونده از قوانین یکسانی برای گفتگو استفاده می‌کنند. توانایی برقراری ارتباط، تعامل گفتاری و درک مقاصد گفتگوی دو طرفه در الگویی قانونمند، «توانایی کاربرد زبان» نامیده می‌شود که در افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا، همچنانکه در گفتار انفرادی نیز دچار عدم انسجام هستند، آسیب دیده است (۲، ۱).

در مطالعه زبان، اغلب جالبترین سئوالات درباره شیوه کاربرد زبان مطرح می‌شوند، نه در مورد این که اجزای آن چیست. مثلاً سئوال‌هایی از قبیل این که کاربران یک زبان چگونه گفته‌های یکدیگر را تعبیر می‌کنند؟ چگونه متون خوانداری یا شنیداری را درک می‌کنند؟ به چه صورت مطالب درهم و برهم را از مطالب مرتبط تشخیص می‌دهند؟ و چگونه با تسلط در فعالیت پیچیده به نام مکالمه شرکت می‌کنند؟ مطالعه چگونگی عملکرد این فعالیت‌ها در گرایشی از زبان‌شناسی با عنوان تجزیه و تحلیل کلام صورت می‌گیرد که در آن ساز و کارهای ویژه‌ای برای بررسی واحدهای بزرگتر از جمله (یعنی گفتمان) وجود دارد. مباحثی از جمله انسجام، پیوستگی، تعبیر، تحلیل مکالمه و اصل همیاری در همین رویکرد مطرح و بررسی می‌شوند.

در بحث مربوط به گفتار و زبان افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا محققین متعدد سعی کرده‌اند تا جنبه‌های مختل زبانی را در اسکیزوفرنیا مشخص و توصیف کنند (۴، ۳). برخی مطالعات پیشنهاد کرده‌اند که اختلالات زبانی آنها مربوط به عوامل غیرزبانی نظیر ناهنجاری‌های تفکر یا نقائص در پردازش اطلاعات هستند (۶، ۵). با همه این موارد بر روی برخی اختلالات زبانی چون کاهش پیچیدگی نحوی، اختلالات انسجام، کاهش جملات درونه‌ای و کاهش برون‌ده کلامی توافقی عمومی حاصل شده است. علیرغم این توافق، برخی از محققین معتقدند که آسیب زبانی اولیه در اسکیزوفرنیا در حیطه عملکرد کاربردشناسی زبان است. در واقع اولین توصیف بلولر از افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا، آسیب در این حیطه را نشان می‌داد. او این چنین بیان کرد که ممکن است حجم زیادی از گفتار وجود داشته باشد، اما برای انتقال ایده یا برقراری ارتباط با محیط پیرامون جهت‌گیری نمی‌شود. بلولر اضافه می‌کند که در این بیماران افکار به گفتار تبدیل می‌شوند، اما بدون ارزش ارتباطی با محیط و چنین استدلال کرد که برجستگی شکست‌های گفتمانی در گفتار افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا نشان می‌دهد که تجزیه و تحلیل رسمی گفتمان لازم است (۷).

1- Grice
2- Theory of mind



روش بررسی

این پژوهش تحلیلی و مقطعی، از نوع مقایسه‌ای و به صورت مورد-شاهدی می‌باشد. گروه مورد شامل ۲۲ فرد مبتلا به اسکیزوفرنیا، در فاصله زمانی ۸ ماه به صورت ساده و در دسترس از بیماران بستری در بیمارستان روزبه تهران انتخاب شدند. تشخیص این دسته از بیماران توسط متخصصین روانپزشک و بر اساس پرونده آنها محقق شد. از این تعداد ۵ نفر زن و ۱۷ نفر مرد بودند که با اخذ رضایت‌نامه از خانواده و خود فرد مبتلا، مصاحبه با تک تک بیماران انجام شد. ۲۲ فرد سالم (۵ زن و ۱۷ مرد) نیز به همین طریق و با رعایت همتاسازی، از پرسنل مدیریت امور خوابگاه‌ها و دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران به عنوان گروه شاهد انتخاب شدند.

معیارهای ورود افراد به مطالعه در هر دو گروه شامل محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، راست دست بودن و عدم سابقه ضربه به سر، تشنج و اعتیاد بود. در افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا چند معیار دیگر نیز لحاظ شد، از جمله این که در شش ماه گذشته تحت درمان با الکتروشوک قرار نگرفته باشند، داروی مصرفی آنها ریسپریدون و هالوپریدول باشد (اگرچه این داروها دارای عوارض خارج‌هرمی هستند، لیکن این عوارض کاملاً متمایز از عوارض خارج‌هرمی در سیستم گفتاری بوده و تأثیری بر ساختارهای مرتبط با گفتار نداشته، لذا متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش تحت تأثیر قرار نمی‌گیرند. سایر دسته‌های دارویی، عوارض جانبی کاملاً تعریف شده‌ای بر مکانیسم گفتار دارند، بنابراین تأکید بر این داروها فقط به دلیل اثرات شناخته شده بوده است) و افراد مبتلا ترجیحاً در مرحله فعال بیماری باشند (به دو دلیل: اولاً اگر در وضعیت تحت حاد یا طول کشیده قرار بگیرند، الگوهای گفتاری متفاوتی را نشان می‌دهند و ثانیاً یکی از اهداف کاربردی این پژوهش یافتن ویژگی‌های آسیب دیده ثابت برای استفاده در تشخیص افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا می‌باشد. به همین دلیل وضعیت حاد‌بترین حالت ممکن برای انجام این مطالعه بود. با این توضیح اغلب بیماران در هفته دوم و بعضی در هفته سوم بستری مصاحبه شدند). از زیرگروه‌های اسکیزوفرنیا نوع پارانوئید به دلیل داشتن کمترین آسیب شناختی انتخاب شد (۱۰). همچنین نمونه‌ها طوری انتخاب شدند که در هر دو گروه تعداد یک زبانه‌ها و دوزبانه‌ها یکسان باشد. برای گردآوری نمونه‌های گفتاری مطالعه و با توجه به اهمیت نحوه پاسخگویی و همچنین نوع پاسخ ارائه شده، مصاحبه حضوری و فرد به فرد، بدون محدودیت زمانی با افراد هر دو گروه صورت گرفت. شرایط مصاحبه به لحاظ زمانی و مکانی، وضعیت نشستن، نوع سوالات و ترتیب پرسیدن سوالات برای همه افراد شرکت‌کننده

یکسان در نظر گرفته شد. پرسش‌ها شامل بخش گفتار آزاد (یا خود به خودی) بر اساس آزمون زبان پریشی فارسی نیلی پور (۱۳۷۲) و نیز چند سؤال کلی دیگر بود (۱۱). این سوالات در حوزه مفاهیم زیر مطرح شدند:

احوالپرسی، سن، شغل و میزان تحصیلات خود فرد، تعداد، میزان تحصیلات و شغل خواهر و برادر (در صورت تأهل همسر و فرزندان)، وضعیت خانوادگی (به لحاظ مالی)، گفتار سریال (مانند توضیح مراحل پخت نان)، تعریف کارت‌های سریال موجود در آزمون زبان پریشی، گفتار خودانگیخته (مانند تعریف دو خاطره هم خوب و هم بد)، انتخاب شغل مجدد و تصویر سازی از آینده «مثلاً این که اگر رئیس جمهور شدید چه می‌کنید؟».

در کلیه نمونه‌های گفتاری ضبط شده، با توجه به این که در پاسخ به هر پرسش کدام یک از اصول گرایس با وضوح بیشتری نقض می‌شد، خطا محسوب شده و برای یک سؤال دو خطا منظور نمی‌شد. بر اساس اهداف پژوهش موارد زیر بررسی شدند:

کمیت: در این مشارکت تا آنجا که ممکن است با اطلاعات کافی حضور داشته باشید، نه بیشتر و نه کمتر از حد لازم (۱۲). در این مورد چنان که پاسخگویی به سؤال با توضیحات اضافه و نابجا همراه شوند، یا مقدار توضیحات به حدی کم باشد که پاسخ مورد نظر سؤال داده نشود، به عنوان یک خطا در کمیت در نظر گرفته می‌شد. تعداد خطای کمیت در کل سوالات شمارش و بر تعداد کل سوالات تقسیم و در عدد صد ضرب می‌شود. درصد خطای به دست آمده در این قاعده در هر دو گروه محاسبه و با هم مقایسه می‌شود.

کیفیت: آنچه را معتقدید اشتباه است یا مدرک کافی برای اثبات آن ندارید مطرح نکنید (۱۲). قطعاً پاسخ‌هایی که به صورت بدیهی با واقعیات موجود همخوانی ندارند، یا ساخته و پرداخته تخیل و ذهنیات فرد (در افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا هذیان و توهم) می‌باشند، نقض این قانون به حساب می‌آیند. روند محاسبه و مقایسه آن مثل اصل اول انجام می‌شود.

رابطه: مشارکت شما کاملاً در ارتباط با موضوع مربوطه باشد (۱۲). دادن پاسخ‌هایی بی‌ربط یا خارج از موضوع، نقض این قانون به حساب می‌آیند. روند محاسبه و مقایسه آن مثل اصل اول انجام می‌شود. **شیوه:** مشارکت شما واضح، مختصر و منظم باشد (۱۲). به شوخی یا مسخره گرفتن سوالات، عدم در نظر گرفتن حق دیگران برای سخن گفتن و یا دادن پاسخ‌هایی برای رهایی از شرایط موجود هم نقض این قانون به حساب می‌آیند. روند محاسبه و مقایسه آن مثل اصل اول انجام می‌شود.



تفاوت بین مردان سالم و مردان بیمار با استفاده از آزمون من ویتنی، در رعایت کلی اصول گرایس ($P < 0/001$)، اصل رابطه ($P < 0/004$) و اصل کمیت ($P < 0/001$) معنی دار بود و اصول شیوه ($P = 0/06$) و کیفیت ($P = 0/2$) تفاوت معنی دار نداشتند.

تفاوت بین زنان سالم و زنان بیمار با استفاده از آزمون من ویتنی در رعایت کلی اصول ($P = 0/01$)، اصل رابطه ($P = 0/01$) و اصل کمیت ($P = 0/01$) معنی دار بود و اصول شیوه ($P = 1/0$) و کیفیت ($P = 1/0$) تفاوت معنی دار نداشتند.

در گروه بیمار بین گروههای مختلف تحصیلی با توجه به رتبه تحصیلات (دسته بندی با توجه به سنوات تحصیل انجام شد) در کل اصول ($P = 0/3$) و اصول کمیت ($P = 0/2$)، کیفیت ($P = 0/5$)، رابطه ($P = 0/2$) و شیوه ($P = 0/4$) و نیز گروههای مختلف سنی (دسته بندی بر اساس سال انجام شد) در کل اصول ($P = 0/2$) و اصول کمیت ($P = 0/3$)، کیفیت ($P = 0/5$)، رابطه ($P = 0/3$) و شیوه ($P = 0/2$) تفاوت آماری معنی دار مشاهده نشد.

به غیر از اصل رابطه که با توجه به سالهای ابتلا به بیماری در آزمون کروسکال والیس در گروههای مختلف بیماران دارای تفاوت معنی دار می باشد ($P = 0/01$)، رعایت سایر اصول (کمیت $P = 0/4$ ، کیفیت $P = 0/6$ و شیوه $P = 0/2$) و نیز کل اصول گرایس ($P = 0/1$) تفاوت معنی دار آماری در گروههای مختلف بیماران اسکیزوفرنیا نشان نمی دهد.

بررسی درون گروهی در هریک از گروههای سالم و بیمار بر اساس متغیر تأهل نشان داد که در هیچ یک از اصول و حتی کلیت اصول گرایس تفاوت معنی داری بین افراد متأهل و مجرد وجود ندارد ($P > 0/05$).

رعایت کلی اصول گرایس در گروه بیمار بین بیماران دوزبانه و یک زبانه فاقد اختلاف معنی دار بود ($P = 0/4$)، اگرچه افراد دوزبانه در مقایسه با افراد یک زبانه مرتکب خطای بیشتری می شوند. در گروه سالم نیز این ارتباط معنی دار نشد. در هر دو گروه اصول به تفکیک بین افراد دوزبانه و یک زبانه دارای تفاوت معنی داری نشد ($P > 0/05$).

بحث

ظهور دانش کاربردشناسی به عنوان انشعابی از زبان شناسی در سالهای اخیر به مطالعات بالینی حوزه زبان نیز نفوذ کرده است. در کاربردشناسی تلاش می شود که محتوای زبان در بافت تولیدی آن بررسی شود و برخلاف معنی شناسی که به معنای واحدهای زبانی در خارج از بافت می پردازد، کاربردشناسی معنای مورد نظر گوینده را مورد

داده های حاصل با استفاده از آزمونهای پارامتری و ناپارامتری تحلیل واریانس، تی مستقل، من ویتنی و کروسکال والیس مقایسه شدند. در این بررسی اصول گرایس بر مبنای عوامل زمینه ای چون جنس، سن، تحصیلات و طول مدت بیماری نیز مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها

مقایسه دو گروه از لحاظ متغیرهای زمینه ای همچون سن ($P = 0/3$)، تحصیلات ($P = 0/1$) و جنسیت ($P = 1/0$) اختلاف معنی داری را نشان نداد.

بین دو گروه به لحاظ رعایت کلی اصول گرایس اختلاف معنی دار وجود داشت (جدول ۱).

جدول ۱- مقایسه میانگین درصد خطا در رعایت کلی و هریک از قواعد اصول گرایس بین دو گروه مبتلا به اسکیزوفرنیا و سالم					
متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار احتمال
درصد خطا در کل اصول گرایس	مبتلا	۲۲	۳۸/۰	۱۶/۹	$< 0/001$
	سالم	۲۲	۱۰/۷	۱۰/۶	
درصد خطا در اصل کمیت	مبتلا	۲۲	۱۴/۸	۱۰/۱	$< 0/001$
	سالم	۲۲	۳/۱	۶/۳	
درصد خطا در اصل کیفیت	مبتلا	۲۲	۱/۹	۴/۵	۰/۰۷
	سالم	۲۲	۰/۲	۱/۰	
درصد خطا در اصل رابطه	مبتلا	۲۲	۱۹/۲	۹/۶	$< 0/001$
	سالم	۲۲	۷/۱	۶/۸	
درصد خطا در اصل شیوه	مبتلا	۲۲	۱/۹	۳/۱	۰/۰۲
	سالم	۲۲	۰/۱	۰/۹	

همچنین در بررسی اصلهای کمیت، رابطه و شیوه بین دو گروه تفاوت آماری معنی دار وجود داشت. ولی اصل کیفیت بین دو گروه دارای تفاوت معنی دار نیست (جدول ۱).

بررسی رعایت کلی اصول گرایس در گروه بیماران بین زنان و مردان مبتلا به اسکیزوفرنیا حاکی از عدم اختلاف معنی دار در آزمون من ویتنی بین آنها بود ($P = 0/91$). بررسی تفکیکی قواعد بین زنان و مردان بیمار با استفاده از همین آزمون نشان داد که فقط اصل رابطه بین دو گروه زن و مرد بیمار به لحاظ آماری معنی دار بود ($P = 0/006$) و سایر قواعد بین زنان و مردان بیمار اختلاف معنی داری ندارد (کمیت $P = 0/1$ ، کیفیت $P = 0/3$ و شیوه $P = 0/1$)، آنچنانکه در گروه سالم هم هیچ یک از قواعد اصول گرایس و رعایت کلی آن بین دو جنس دارای تفاوت آماری معنی دار نبود (کمیت $P = 0/2$ ، کیفیت $P = 0/9$ ، رابطه $P = 0/4$ ، شیوه $P = 0/9$ و کل اصول $P = 0/1$).



بررسی قرار می‌دهد. بررسی اصول همیاری گرایس که به شکل گیری مکالمه موفق می‌پردازد، در حوزه همین دانش مطرح می‌شود و نقض قوانین آن اطلاعات جالبی را در مورد گویندگان مختلف زبان ارائه می‌کند. این بررسی نشان داد گروه مبتلا به اسکیزوفرنیا با خطای قابل توجهی در مقایسه با گروه سالم (به ترتیب ۳۸٪ در برابر ۱۰/۷٪) اصول گرایس را در مکالمه نقض می‌کنند. این یافته با نتایج فریث (۱۹۹۲) به نقل از کاوینگتون همسواست (۸). این محقق با توجه به یافته‌های مطالعه‌اش نتیجه گرفت که نقض در برنامه ریزی بایستی در جنبه‌های بیانی زبان به جای جنبه‌های دریافتی آن اثر کند، لذا اختلالات زبانی در اسکیزوفرنیا در سطح استفاده از زبان به جای توانش زبان اتفاق می‌افتد. از آنجا که رعایت اصول گرایس عمدتاً در زبان بیانی مد نظر می‌باشد، به نظر می‌رسد نتایج این محقق با نتایج این مطالعه همسواست. دکر و کران (۱۹۸۷) به نقل از کاوینگتون، مشاهده کردند که سخنگویان اسکیزوفرنیک اصول گرایس را در گفتارشان حین گفتگو دنبال نمی‌کنند و پاسخ‌هایشان به سئوالات خارج از موضوع (نقض اصل رابطه)، بی‌هدف و چرت و پرت (نقض اصل کیفیت) و غیرهمیارانه (نقض کلی اصول گرایس) است (۸). این نتایج را کرکران و فریث (۱۹۹۶) و تنی و همکاران (۲۰۰۲) نیز تأیید می‌کنند. با نگاهی به نتایج این مطالعه مشخص می‌شود که نتایج این پژوهش با یافته‌های این محققین همسواست (۱۳، ۹).

میلیجیسون و همکاران (۲۰۰۴) در مطالعه‌ای دیگر با مقایسه توانایی‌های کاربردشناسی زبان (شامل رعایت نوبت در گفتگو، عملکرد گفتاری و ...) بین گروه‌های مبتلا به اسکیزوفرنیا، افسردگی، اضطراب و آسیب نیمکره راست نشان دادند که افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا درجه بالایی از عدم تناسب در حوزه کاربردشناسی در مقایسه با سایرین نشان می‌دهند و این تفاوت به قدری زیاد است که می‌توان براساس این توانایی‌های نامتناسب، بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا را به سه گروه آسیب حداقل، آسیب واژگانی و آسیب تعاملی تقسیم بندی کرد (۴).

گریفین و همکاران (۱۹۹۴) (به نقل از میلیجیسون، ۲۰۰۴)، در مطالعه‌ای به منظور تجزیه و تحلیل گفتمان، ۳۵ فرد مبتلا به اسکیزوفرنیا را بررسی کردند. نتایج مبین توانایی‌های ضعیف استفاده زبانی در همه حیطه‌های زبرنجیری و انتقال پیغام بویژه در ارتباط محتوایی و معنی دار بود. این یافته‌ها را بسیاری دیگر از محققین مثل دان و همکاران (۱۹۹۸)، آندریاسن و گرو (۱۹۸۶)، مک‌گراف (۱۹۹۱) و فریث و آلن (۱۹۸۸) (به نقل از میلیجیسون، ۲۰۰۴) نیز گزارش می‌کنند (۱۶-۱۴، ۴). لذا به نظر می‌رسد اصول همیاری گرایس

به عنوان بخشی از گفتمان و کاربردشناسی زبان از آسیب‌های بوجود آمده مستثنی نباشند و بتوان نتایج کار این محققین را با احتیاط با نتایج این مطالعه همسو دانست.

اگرچه در این مطالعه گروه سالم هم تا حدودی نقض اصول گرایس را نشان دادند، لیکن چگونگی نقض این اصول در گروه شاهد با گروه مورد کاملاً متفاوت است. این امر به ترتیب با مثال‌هایی که از مصاحبه این افراد به دست آمده است در هر یک از اصول به صورت جداگانه شرح داده می‌شود.

نقض اصل کمیت بین دو گروه دارای تفاوت معنی دار بود. میانگین درصد خطا در گروه مبتلا ۱۴/۸٪ و در گروه سالم ۳/۱٪ به دست آمد. در گروه مبتلا بخشی از اضافه‌گویی‌ها به توهم و هذیان بیمار و بخشی نیز به خاطر تکرار مداوم کلمات و جملات برمی‌گردد، در حالی که در گروه سالم اضافه‌گویی‌ها برای تفهیم هر چه بیشتر مطلب به شونده و یا پر کردن فضاهای خالی گفته‌ها استفاده می‌شدند. مثال زیر از گفتگوی نویسنده مسئول با دو فرد مبتلا A و سالم B در پاسخ به پرسش «تعریف پخت نان» عیناً نقل می‌شود:

فرد A مبتلا به اسکیزوفرنیا: "نون که خوب مسلمه از آرد درست می‌شه # آرد # آرد # آرد چیز # آرد # حضرت آدم درست کرد # کاهاش در اومد # بعد آردو آسیاب کردن # آسیاب کردن خمیر درست کردن # بعد که خمیر درست کردن # این کلوچه شد # کلوچه‌ای که الان ما می‌بینیم # پف کرد روی سنگ # آهن گذاشته بود روش # خمیر گذاشت روش باد کرد باد کرد باد کرد # شد خمیر # الانم بعضی موقعا # این خمیری قلمبه‌ای است # فتیر بهش می‌گن # اول اولش اختراع دست آدم بود # چون آهن گذاشت زیر آتیش # بعد رو آتیش انسانش درست کرد # از اون موقع بود # البته # قبل از آدم استفاده می‌کردن ولی اونو به صورت # جنگلبان استفاده می‌کردن # قبل از این که حضرت آدم و حوا اصلاً وجود داشته باشه دو هزار و پونصد سال # زندگی می‌کردن # که قبل از حوا آدمو حوا اصلاً به وجود بیاد # ولی زندگی‌شون در چیز دیگه بود # زندگی‌شون # مثلاً وحشی‌وار بود واقعاً # وحشی‌وار بود # یعنی و الان سریال نگاه می‌کنید شما # حیات وحشو نگاه می‌کنید # اینجوری بود."

فرد B سالم: " # خوب از اول اول که خوب شما باید به قول معروف اون گندم را داشته باشی # خوب زمین رو به قول معروف داشته باشی # بعد مرحله مثلاً شخمشه # بعد به قول معروف اون مرحله آبیاریش # دون پاشیشو بعد درو کردنش # بعد از درو کردن آسیاب کردن # آسیاب کردن # به قول معروف آرد شدن و خمیر # و بعد نون به عمل میاد دیگه."



مورد و ۷/۱ برای گروه شاهد دارای تفاوت معنی دار گردید. در این اصل هم مثل دو اصل قبلی خطاها به لحاظ کیفی نیز با هم متفاوت هستند. به دو مثال زیر که از مصاحبه به ترتیب فرد بیمار H و فرد سالم K در پاسخ به سؤال بدترین خاطره نقل می‌شود توجه کنید:

فرد H مبتلا به اسکیزوفرنیا: "# بدترین خاطره من # ندارم."
فرد K سالم: "# نمی‌تونم بگم # نمی‌تونم چون خصوصیه."
عدم رعایت اصل شیوه با میانگین ۱/۹ برای گروه مبتلا و ۰/۱ برای گروه سالم دارای تفاوت معنی دار گردید. در این اصل هم مثل سایر اصول خطاها به لحاظ کیفی متفاوت بودند.

در مطالعه‌ای چیکا (۱۹۹۰) (به نقل از کاونینگتون) استدلال می‌کند که اختلال زبانی اسکیزوفرنیا اساساً ناشی از فقدان کنترل ارادی روی فرایند تولید گفتار است (۸). نتایجی را که کاونینگتون (۲۰۰۵) از سایر محققین بیان می‌کند نیز مؤید همین مطلب است. چیکا در ادامه می‌افزاید که فقدان کنترل با دامنه گسترده‌ای از پدیده‌های مشاهده شده درهم تلفیق شده است. بسته به این که کدام بخش تولید زبان از کنترل خارج شده است، این فقدان کنترل عمدتاً سازماندهی گفتمان و تا حدودی بازیابی واژگانی، تلفظ و نحو را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۸). با پذیرفتن این دیدگاه، وجود خطاهای متعدد در اصول گرایس و تفاوت آنها به لحاظ کیفی قابل توجیه خواهد بود.

نتیجه‌گیری

بیماران اسکیزوفرنیک اصل همیاری گرایس را رعایت نمی‌کنند و به علت نقض این اصل در گفتگوهای دو طرفه دچار عدم انسجام می‌باشند. وجود این اختلال به علاوه عدم انسجام در گفتار انفرادی، موجب آسیب‌های بارز گفتاری در این بیماران و ناشی از آسیب‌های شناختی است. وجود تحقیقات متعدد مبنی بر تأثیر علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنیا بر گفتار و زبان افراد مبتلا به این بیماری، تفاوت کیفی خطاها را در قیاس با افراد سالم تا حدی توجیه می‌کند. با توجه به این مسئله، تحقیقات بیشتر در این زمینه می‌تواند در ساختن آزمونهای دقیق‌تر برای ارزیابی آسیب‌های شناختی در افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا مفید باشد.

منابع:

- 1- Raeisi F, Bakhtiari B M, Salmani M. [A Comparative study of the speech and linguistic characteristic of schizophrenic patients (Persian)]. *New Findings of Cognitive Sciences* 2004; 6(1&2): 37-45
- 2- Linscott J. R. Thought disorder pragmatic language impairment, and generalized cognitive decline in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2004; 9: 225-232.

مقایسه این دو گفته نشان می‌دهد که در گفتار فرد مبتلا به اسکیزوفرنیا از به میان اندازها استفاده نشده است و مرتباً برای حفظ همراهی شنونده از تکرار کلمات و جملات بهره برده است، در حالی که در گفتار فرد طبیعی تعداد این به میان اندازها چشمگیر است و در عوض تکرار کمتری مشاهده می‌شود. ویژگی دیگر در گفتار فرد مبتلا به اسکیزوفرنیا که توجه شنونده را به خودش جلب می‌کند، نبود سرانجام در تعریف پخت نان است که به تدریج از محور اصلی دور شده و به مطالب دیگری می‌پردازد (فرآیندی که در روانپزشکی با عنوان "از خط خارج شدن" یا "Derailment" از آن یاد می‌شود)، و نیز وجود اشتباهاتی چون به کار بردن واژه «آرد» به جای «گندم» و خطاهای نحوی و معنایی که در طول مصاحبه متعدد اتفاق می‌افتد.

با داشتن نگاهی دقیق به این گفته‌ها مشخص می‌شود که احتمال اشتباه گرفتن افراد مبتلا به آفازی ورنیکه با افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا بعید می‌باشد، چون در افراد مبتلا به آفازی ورنیکه اصلاً درک سئوالی وجود ندارد تا بتوان راجع به صحت پاسخ نظر داد، در حالیکه در افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا درک سئوال اتفاق می‌افتد، لیکن در طول گفتگو فرد از محور موضوع دور می‌شود. طبق نظر لین اسکات (۲۰۰۴) این پدیده‌ها در این بیماران ناشی از اختلال تفکر نیست، بلکه ناشی از افت توانایی‌های شناختی می‌باشد (۲).

کم گویی یا گزیده گویی در افراد سالم کاملاً طبیعی جلوه می‌کند، ابتدا و انتهای کلام مشخص است، جملات درونمایه قوی دارند، واژه‌ها درست و به جا انتخاب می‌شوند و فرد با تکیه بر دانش قبلی شنونده و حذف جملات اضافی، با چند جمله منظور خود را به شنونده انتقال می‌دهد. اما در افراد مبتلا، به صورت گفتاری تلگرافی و یا گفتاری پراز مکث‌های نابه جا و طولانی و بدون آغاز و سرانجام، با جمله‌هایی ناقص یا با غلطهای فراوان به لحاظ معنایی و یا دستوری دیده می‌شود. برای روشن شدن مطلب به مثال زیر از دو نمونه مبتلای D و فرد سالم E توجه کنید:

فرد D مبتلا به اسکیزوفرنیا: "نون آرد هست و # آب و همین خمیر."
فرد E سالم: "# نون از اول اول # از اول که # گندم بوده و # بعد آرد شده # اومده خمیر شده # بعدم شده نون # مام رفتیم خریدیم و خوردیم."

درصد خطا در اصل کیفیت بین دو گروه با میانگین ۱/۹ برای گروه مبتلا به اسکیزوفرنیا و ۰/۲ برای گروه سالم دارای تفاوت معنی دار نشد. تفاوت در عدم رعایت این اصل اگر چه به حد معنی دار نرسید، اما به لحاظ کیفی خطاهای دو گروه متفاوت بود.

درصد خطا در اصل رابطه با میانگین درصد خطای ۱۹/۲ برای گروه



- 3- Maher B. A. The Language of Schizophrenia: A review. British journal of Psychiatry 1972; 120: 3-17
- 4- Meilijson RS, Kasher A, Elizur A. J. Language performance in chronic schizophrenia: A pragmatic spproach. Journal of Speech , Language and Hearing Research 2004; 47: 695- 713.
- 5- Brown R. Schizophrenia, language and reality. American Psychologist 1973; 28: 395-403. [Abstract]
- 6- Fromkin V. A. A linguist looks at 'schizophrenia language'. Brain and Language 1973; 2: 498-503.
- 7- Pavy H. Verbal behavior in schizophrenia: A review of recent studies. Psychological Bulletin 1968; 70: 164-178.
- 8- Covington A M, He C, Brown C, Naci L, McClain TJ, Fjordbak B, et al. Schizophrenia and structure of language: The Linguist's View. Schizophrenia Research 2005; 77: 85-98.
- 9- Tenyi T, Herold R, Szili IM, Trixler M. Schizophrenia show a failure in decoding of violations of conversational implicatures. Psychopathology 2002; 35: 25-27.
- 10- Sadock B. Sadock V, Cancro R, Sussman N, Ahmad S. Kaplan & Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins.
- 11- Nilipoor R. [Persian Aphasia Test (Persian)]. Iran University of Medical Sciences Press. 1997.
- 12- Youl J. Introduction to Language: A Linguistic Surevey. Heydari N. (Persian Translateor) fourth edition. Tehran. SAMT; 2000, PP: 155-168.
- 13- Corcoran R, Frith C. D. Conversational conduct and the symptoms of schizophrenia. Neuropsychiatry 1996; 1: 305-318.
- 14- Done D J, Leinonen E, Crow T J, Sacker A. Linguistic performance in children who develop schizophrenia in adult life: evidence for normal syntactic ability. British Journal of Psychiatry 1998; 172: 130-135. [Abstract]
- 15- Andreasen N C, Grove W. M. Thought, language and communication in schizophrenia: Diagnosis and Prognosis. Schizophrenia Bulletin 1986; 12 (3): 348-359. [Abstract]
- 16- McGrath J. Ordering thoughts on thought disorder. British Journal of Psychiatry 1991; 8: 307-316. [Abstract]