

The comparison of processes in the discourse of schizophrenic patients and healthy people based on Halliday's Systemic Functional Grammar

Sedigheh Khademi*

Ph.D. Student in Linguistics, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Fereshteh Momeni

Assistant Professor, Department of Persian Language and Literature, Islamic Azad University, Chalous Branch, Mazandaran, Iran.

Abstract

Incoherent speech is considered one of the main characteristics of schizophrenic patients. In this research, 11 schizophrenic patients and 11 healthy individuals were compared using the experiential metafunction in Halliday's Systemic Functional Grammar. Transitivity is a very important concept in the experiential metafunction, which is examined with the processes in the discourse, i.e. material, mental, relational, behavioral, verbal, existential. To collect data, we used The Persian Aphasia Battery, Western Aphasia Battery, Boston Diagnostic Aphasia Examination, the story "Frog, where are you?" and questions such as "Tell one of your good and bad memory, Talk about Nowruz, etc." SPSS software was used for data analysis. The results showed that in the discourse of schizophrenic patients and healthy people, the material, relational, mental, verbal, existential and behavioral processes had the highest frequency, respectively. Also, there were significant differences between the discourses of both groups in terms of the application of the six processes. Based on gender

* Corresponding Author: sedi.khademi@yahoo.com

How to Cite: Khademi, S., & Momeni, F. (2023). The comparison of processes in the discourse of schizophrenic patients and healthy people based on Halliday's Systemic Functional Grammar. *Language Science*, ...(), ...

variable, only the use of relational process was different between men and women. Based on education variable, only the use of verbal and relational processes was different. According to the findings of this research, the discourse of schizophrenic patients is different from the discourse of healthy people in terms of the situational context and cultural context. Schizophrenic patients usually create the connection of participants/process/circumstantial adjuncts in a very special way, which shows that the reality is perceived or constructed in an unconventional way.

Keywords: Schizophrenia, Experiential Metafunction, Halliday's Systemic Functional Grammar, Transitivity, Process, Discourse



مقایسه فرایندها در گفتمان بیماران اسکیزوفرنی و افراد سالم براساس دستور نقشگرای نظام بنیاد هلیدی

صدیقه خادمی *  دانشجوی دکتری زبان شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

فرشته مؤمنی  استادیار گروه زبان و ادبیات فارسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس، مازندران، ایران

چکیده

نقص در تولید متون و سخنانی که برای شنونده منسجم به نظر برسد به عنوان یکی از ویژگی های اصلی بیماران اسکیزوفرنی در نظر گرفته شده است. در این پژوهش، گفتمان گفتاری ۱۱ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی و ۱۱ فرد سالم با توجه به فرانش تجربی در دستور نقشگرای نظام بنیاد هلیدی با هم مقایسه شد. گذرایی مفهومی بسیار مهم در فرانش تجربی است که با فرایندهای موجود در گفتمان یعنی مادی، ذهنی، رابطه ای، رفتاری، بیانی، وجودی قابل بررسی است. برای گردآوری داده ها و بررسی فرایندها از آزمون زبان پریشی فارسی، آزمون زبان پریشی وسترن، آزمون تشخیصی زبان پریشی بوستون، داستان Frog, where are you? و همچنین سؤالاتی نظیر «یکی از خاطرات خوب و بد خود را تعریف کنید، درباره عید نوروز صحبت کنید و غیره» استفاده شد. سپس، داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید. نتایج نشان دادند که در گفتمان بیماران اسکیزوفرنی و افراد سالم فرایند مادی، رابطه ای، ذهنی، بیانی، وجودی و رفتاری به ترتیب بیشترین فراوانی را داشتند. همچنین، میان گفتمان هر دو گروه از نظر کاربرد شش فرایند تفاوت معنادار وجود داشت. در مورد متغیر جنسیت فقط کاربرد فرایند رابطه ای میان زنان و مردان متفاوت بود. در مورد متغیر میزان تحصیلات کاربرد دو فرایند بیانی و رابطه ای در سطوح مختلف تحصیلی متفاوت بود. بنابر یافته های این پژوهش، گفتمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی از نظر بافت موقعیتی و بافت فرهنگی با گفتمان افراد سالم تفاوت دارد و در گفتمان آنها معمولاً رابطه مشارک/فرایند/عنصر حاشیه ای به شیوه بسیار خاصی ایجاد می شود که نشان می دهد واقعیت به شیوه ای نامتعارف درک یا ساخته می شود.

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری رشته زبان شناسی همگانی دانشگاه علامه طباطبائی است.

* نویسنده مسئول sedi.khademi@yahoo.com

۴ | علم زبان | سال ؟ | شماره ؟ | فصل سال ؟

کلیدواژه‌ها: اسکیزوفرنی، فرانش تجربی، دستور نقش‌گرای نظام‌بنیاد هلیدی، گذرایی، فرایند،
گفتمان

۱. مقدمه

زبان، ابزاری طبیعی برای تنظیم تفکر و ارتباط میان انسان‌ها است. انسان‌ها اندیشه و شناخت خود را به وسیلهٔ زبان سازمان‌دهی کرده و آراء خود را از طریق آن به دیگران انتقال می‌دهند. این ابزار طبیعی عموماً به صورت گفتار نمود می‌یابد، اما انتقال معنا هم از طریق گفتار و هم از طریق نوشتار صورت می‌گیرد. با این همه، بهره‌گیری درست از این ابزار و برقراری ارتباط زبانی و تولید و درک طبیعی گفتار، فرایندهایی بسیار پیچیده و مستلزم کارکرد کاملاً طبیعی مغز هستند، زیرا بروز هر نوع ضایعه‌ای در نواحی مختلف مغز می‌تواند به بروز اختلالات گوناگون در عملکردهای زبانی بیانجامد. اختلال زبان به اختلال در درک و یا کاربرد نظام نوشتاری، گفتاری و یا دیگر نشانه‌های زبان اطلاق می‌گردد که شامل اختلال در صورت زبان (آواشناسی، صرف و نحو)، محتوای زبان (معناشناسی) و یا کاربرد و عملکرد زبان در ارتباطات (کاربردشناسی) می‌باشد (Fogle, 2008: 142). گاهی به سبب اشکال در کار مغز، رفتار انسان غیرعادی می‌شود که به این حالت بیماری روانی^۱ می‌گویند. یکی از بیماری‌های روانی که فرد علاوه بر ناهنجاری‌های رفتاری دچار اختلالات زبانی نیز می‌شود، بیماری اسکیزوفرنی^۲ است. در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳، اسکیزوفرنی به عنوان یک اختلال با علائم فعالی تعریف شده است که حداقل یک ماه طول می‌کشد و شامل هذیان، توهم، گفتار آشفته، رفتار آشفته و عجیب، فقدان گفتار و فعالیت یا احساسات سازمان‌یافته^۴ هستند (DeLisi, 2011: 2). اسکیزوفرنی معمولاً قبل از ۲۵ سالگی شروع می‌شود، به طوری که نشانه‌های آن اغلب از دوران نوجوانی یا اوایل بزرگسالی بروز کرده و تا آخر عمر پایدار باقی می‌ماند. اگرچه علائم این اختلال در تمام ابعاد جسمی، روانی و رفتاری بیمار نمود می‌یابد، ولی مهم‌ترین علائم توهم‌ها و هذیان‌ها هستند. اسکیزوفرنی با علائمی که محدودهٔ وسیعی از حوزه‌های عملکردی مانند احساسات، تفکر، زبان، تحرک، اختیار و ادراک را تحت تأثیر قرار می‌دهند، همراه است. نقایص شناختی نیز علائم شایع در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی هستند. طیف وسیع نقایص شناختی به تدریج پس از شروع بیماری پدیدار می‌شوند و به یکپارچگی عملکردی بیماران آسیب می‌زنند. ناتوانی زبان یکی از بارزترین نقایص شناختی در بیماران اسکیزوفرنی است (Kim et al., 2015). افراد مبتلا به

1. mental illness

2. schizophrenia

3. Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)

4. organized

اسکیزوفرنی در استفاده مؤثر از زبان و نیز در به کارگیری سایر ابزارهای ارتباطی برای دستیابی به عملکرد موفق در محیط‌های اجتماعی و شغلی دچار مشکل هستند (Niznikiewicz, 2013).

مطالعه زبان در بیماران اسکیزوفرنی سابقه‌ای طولانی دارد که به اولین توصیفات پدیدارشناختی این اختلال برمی گردد. این گزارش‌های اولیه در سال‌های اخیر با پیشرفت‌های تجربی، نظری و روش شناختی در زمینه‌های روان‌شناسی زبان^۱ و علوم اعصاب شناختی غنی شده‌اند. اختلال زبانی که در اسکیزوفرنی دیده می‌شود، مستقیماً به تعامل پویای ظرفیت‌های زبانی، شناختی و عصبی اشاره دارد که امکان تبادل نمادین ایده‌ها را در یک بافت اجتماعی فراهم می‌کند (Titone, 2010). مطالعات متعددی نمونه‌های گفتاری بیماران اسکیزوفرنی را بررسی کرده و ناهنجاری‌هایی در سطوح مختلف پردازش زبان گزارش کرده‌اند (Stephane et al., 2007). توانایی ارتباطی-کاربردشناختی^۲، یعنی توانایی استفاده از زبان و ابزارهای بیانی غیرکلامی^۳ مانند ژست‌ها، حالات چهره و انتقال معنا در بافت، در اسکیزوفرنی مختل می‌شود. به رغم توانایی نحوی تقریباً دست‌نخورده، بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در استفاده از عملکردهای پیچیده‌تر زبان، یعنی سطح کاربردشناختی، مشکلاتی نشان می‌دهند (Gabbatore et al., 2017). تولید گفتمان در بیماران اسکیزوفرنی به طور قابل توجهی با تولید طبیعی گفتمان در افراد سالم متفاوت است (Docherty et al., 2000). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد مبتلا به اسکیزوفرنی مشکلاتی در ساختار گفتمان خود نشان می‌دهند، الگوهای انسجام ضعیف‌تری دارند، از پیوندهای گفتمانی کمتری استفاده می‌کنند و از ارجاعات مبهم و نامشخص استفاده می‌کنند (Baltaxe & Simmons, 1995). افراد مبتلا به اسکیزوفرنی در مقایسه با افراد سالم در سازمان‌دهی گفتمان مشکل دارند و نقایصی در توانایی استنتاج با استفاده از بافت موجود نشان می‌دهند (Boudewyn et al., 2017). با توجه به این گزارش‌ها، بررسی اختلالات زبان، به ویژه گفتمان، در بیماری اسکیزوفرنی حائز اهمیت است.

تحلیل گفتمان را می‌توان با استفاده از روش‌های صورت‌نگار، نقش‌گرا و حتی شناختی بررسی کرد و از مدل‌های مختلف ارائه‌شده از سوی زبان‌شناسان و محققان مختلف در این

-
1. Psycholinguistics
 2. communicative-pragmatic ability
 3. nonverbal expressive means

حوزه‌ها بهره گرفت. مطابق با دیدگاه نقشگرایی، باور بر این است که اصلی‌ترین وظیفه زبان ایجاد ارتباط است و بر حضور نقش ارتباطی، کاربردشناختی و کلامی/گفتمانی به عنوان بخش لاینفک دانش زبانی و در نتیجه رد تفکر استقلال و خودمختاری زبان تأکید می‌شود (دبیرمقدم، ۱۳۸۷). زبان‌شناسی نقشگرایی نظام‌بنیاد یکی از رویکردهای زبان‌شناختی رایج است، زیرا هم دقت نظری و هم نظام‌مندی روش شناختی را برای برخورد با جنبه‌های کلان و خرد زبان در بافت اجتماعی فراهم می‌کند. بر پایه این دیدگاه، تحلیلگران بر این موضوع تمرکز می‌کنند که چگونه متون در بافت معنا پیدا می‌کنند. نقشگرایی هلیدی^۱، که به دستور نظام‌بنیاد معروف است، «به وجود نظام صوری زبان قائل است و آن را تابع و وابسته به نقش ارتباطی و کاربرد زبان می‌پندارد و به ارائه تبیین‌های نقشی برای نظام صوری زبان تأکید دارد» (دبیرمقدم، ۱۳۸۷: ۴۳). هلیدی زبان را نظامی نشانه‌شناختی می‌داند، اما نه در قالب نظامی از نشانه‌ها، بلکه به عنوان منبعی نظام‌مند برای معنا. در این دستور، تأکید بر نظام است و نه ساختار. هلیدی، مفهوم نظام را در مفهوم نظام و فرایند به کار می‌برد و بر این باور است که زبان هم شامل ظرفیت معنادهی است و هم عامل و ابزاری برای معناسازی است (راسخ‌مهند، ۱۳۹۳). در دستور نقشگرایی نظام‌بنیاد، نظام‌های تودرتو مفروض هستند و جمله واحدی نحوی-نقشی و عضوی از متن^۲ است. واژه متن و گفتمان در دستور نقشگرایی نظام‌بنیاد مترادف یکدیگر هستند و متن هم گفتار است و هم نوشتار. در این دستور، همه چیز با بافت شروع می‌شود. هلیدی از بافت موقعیتی سخن می‌گوید و این که سه چیز بافت موقعیتی را می‌سازند: موضوع سخن، عاملان سخن، شیوه بیان سخن. سه مؤلفه بافت موقعیتی، معنا را می‌سازند و هر سه در معنا بازنمایی دارند و مابه‌ازایی در معناسازی دارند که به آنها فرانقش^۳ گفته می‌شود. فرانقش یک لایه معنایی است و شامل فرانقش تجربی^۴، بینافردی^۵ و متنی^۶ است. فرانقش تجربی یعنی مفهومی ساختن یا تبدیل به مفهوم کردن یک تجربه یا موضوع سخن. در فرانقش تجربی، سه عنصر اصلی داریم: مشارک^۷، عنصر حاشیه‌ای^۸ و

-
1. mental illness
 2. text
 3. metafunction
 4. experiential
 5. interpersonal
 6. textual
 7. participant
 8. circumstance

فرایند^۱. مفهوم بسیار مهم در فرانش تجربی، گذرایی^۲ است. گذرایی یک بند در پاسخ به سه پرسش تعیین می‌شود: ۱. نوع فرایند به کاررفته در بند چیست؟؛ ۲. برای آن فرایند چه مشارک یا مشارکانی دخیل هستند؟؛ ۳. آیا افزوده حاشیه‌ای در آن بند به کار رفته است یا خیر؟ شش فرایند مطرح در دستور نقش‌گرای نظام‌بنیاد و مبحث گذرایی بنابر هلیدی و متیسن^۳ (۲۰۱۴) به شرح زیر هستند:

۱. فرایند مادی^۴: هرگاه یک فرایند مادی در بند داشته باشیم حتماً یک کنشگر^۵ به عنوان مشارک داریم که یا عیان است یا مستتر و نهان. فرایند مادی با افعال کنشی مانند *دویدن*، *بالا رفتن* و غیره بیان می‌شود. این فرایندها با توجه به ماهیت معناشناختی خود می‌توانند چهار نوع مشارک داشته باشند: کنشگر، هدف^۶، دامنه^۷، بهره‌ور^۸. مثال: علی گلدان را شکست. (پویا ← کنشگر / سینی را ← هدف / شکست ← فرایند مادی).

۲. فرایند ذهنی^۹: در این فرایند حتماً دو نوع مشارک داریم. فرایند ذهنی با افعال مرتبط با احساسات و تفکر بیان می‌شود، یعنی افعالی چون *تفرد داشتن*، *دوست داشتن*، *دانستن*، *فکر کردن* و غیره. مشارکان در این فرایند عبارتند از ۱. حسگر^{۱۰} (یا تجربه‌گر^{۱۱}) که جاندار است و غالباً انسان و ۲. پدیده^{۱۲} (یا تجربه‌پذیر^{۱۳}). مثال: دانشجویان درس را نفهمیدند. (دانش‌آموزان ← حسگر / مطالب را ← پدیده / نفهمیدند ← فرایند ذهنی).

۳. فرایند رابطه‌ای^{۱۴}: بین دو چیز رابطه برقرار می‌کند. فرایند رابطه‌ای به دو دسته تقسیم می‌شود: (۱) شاخصی^{۱۵} و (۲) شناسایی^{۱۶}. فرایند رابطه‌ای با افعال ربطی^{۱۷} بیان می‌شود. فعل‌های

-
1. process
 2. transitivity
 3. Halliday, M. A. K. & Matthiessen, C. M. I. M.
 4. material process
 5. actor
 6. goal
 7. range
 8. beneficiary
 9. mental process
 10. sensor
 11. experiencer
 12. phenomenon
 13. experienced
 14. relational process
 15. attributive
 16. identifying
 17. linking verbs or copula

موجود در این دسته عبارتند از: «بودن»، «هستن»، «گشتن»، «گردیدن»، «تشکیل شدن از» و غیره. در بند دارای فرایند رابطه‌ای دو مشارک وجود دارد که به وسیله این فرایند به هم مرتبط می‌شوند و مؤلفه‌های آن با توجه به نوع بند عبارتند از: ۱) شاخص^۱ و حامل^۲ در بندهای رابطه‌ای شاخصی و ۲) شناخته^۳ و شناسا^۴ در بندهای رابطه‌ای شناسایی. مثال: پویا باهوش است. (پویا ← حامل / باهوش ← شاخص / است ← فرایند رابطه‌ای) و نتیجه تلاش پیروزی است. (نتیجه تلاش ← شناخته / پیروزی ← شناسا / است ← فرایند رابطه‌ای).

۴. فرایند کلامی (بیانی)^۵: هر فرایندی و هر محمولی را که از آن معنای گفتن، اظهارداشتن، بیان کردن، نجواکردن و پیچ‌پیچ کردن برآید، فرایند کلامی یا بیانی گویند. این فرایندها دسته بزرگی از افعال را شامل می‌شوند، مانند گزارش دادن، پرسیدن، توضیح دادن، گفتن، اشاره کردن و دلالت کردن. مشارکی که فعلیتی را انجام می‌دهد به طور طبیعی یک جاندار است، اما در حالت استعاره می‌تواند شامل فاعل غیرجاندار نیز باشد. هلیدی این مشارک را گوینده^۶ می‌نامد. برخلاف فرایندهای پیشین، دو مشارک مفعولی نیز وجود دارد: ۱. آنچه گفته می‌شود و ۲. کسی که به وی چیزی گفته می‌شود. مثال: مربی درس را برای دانشجویان بیان کرد. (استاد ← گوینده / درس را ← گفته / برای دانشجویان ← گیرنده / بیان کرد ← فرایند بیانی)

۵. فرایند رفتاری^۷: منظور رفتارهای نهادینه شده است، مانند گریستن، خندیدن، اخم کردن و زل زدن که همه افراد یک مفهوم از آنها برداشت می‌کنند. مشارک در اینجا رفتارگر^۸ نام دارد. مثال: با شنیدن این خبر همه خانواده خندیدند. (با شنیدن این خبر ← عنصر حاشیه‌ای / همه خانواده ← رفتارگر / خندیدند ← فرایند رفتاری)

۶. فرایند وجودی^۹: در انگلیسی به صورت *there is* و در فارسی به صورت «هست» و گاه «است» می‌آید. «هست» و «است» در توزیع تکمیلی هستند. پیش نمونه «است» رابطه‌ای است و پیش نمونه «هست» وجودی است. همانند افعال رفتاری، یک مشارک در فرایند

-
1. attribute
 2. carrier
 3. identified
 4. identifier
 5. verbal process
 6. sayer
 7. behavioral process
 8. behavior
 9. existential process

وجودی وجود دارد. تنها عنصر مهم چیز یا فرد است که به آن موجود^۱ گویند. مثال: انسان‌های هوشمندی در این شهر بودند. (انسان‌های هوشمندی ← موجود/ در این شهر ← عنصر موقعیتی / بودند ← فرایند وجودی)

رویکردهای نقشگرا در ارزیابی و مداخلهٔ زبانی برای کودکان و بزرگسالان مبتلا به اختلالات ارتباطی بیش از پیش مهم تلقی می‌شوند. دستور زبان نقشگرای نظام‌بنیاد را می‌توان در تجزیه و تحلیل گفتگو استفاده کرد. این دستور امکان بررسی استفادهٔ سخنگو از زبان و مطابقت آن با انتظارات شنونده را فراهم می‌کند. چارچوب ارائه‌شده توسط دستور نظام‌بنیاد نشان می‌دهد که اگر عملکردهای گفتاری و پیوندهای انسجام به‌ندرت یا به روشی نامشخص و پیش‌بینی‌نشده استفاده شوند، می‌توانند منجر به نقص ارتباطی^۲ شوند (Abu-Akel, 1997). هلیدی در کتاب *مقدمه‌ای بر دستور نقشگرا*^۳ فهرست جامعی از کاربردهای احتمالی نظریهٔ نقشگرای نظام‌بنیاد را ارائه می‌دهد که تعدادی از آنها کاربرد مستقیمی در تحقیق و درمان اختلالات گفتار و زبان دارند؛ برای مثال، او بیان می‌دارد که زبان‌شناسی نقشگرای نظام‌بنیاد می‌تواند به ما کمک کند تا ارتباط بین زبان و مغز را درک کرده و به تشخیص و درمان آسیب‌شناسی زبانی ناشی از آسیب‌های مغزی کمک کنیم. در طول ده سال گذشته، این چارچوب مورد توجه محققان و پزشکانی قرار گرفته است که با افراد مبتلا به اختلالات ارتباطی و به‌ویژه بزرگسالان دچار آسیب مغزی کار می‌کنند. با اتخاذ رویکرد نقشگرای نظام‌بنیاد به این سؤالات پاسخ می‌دهیم که یک فرد چگونه از زبان استفاده می‌کند، زبان او چگونه برای این استفاده‌ها از زبان ساختار یافته و بافت چگونه در تعیین هر استفاده و انتخاب زبانی نقش اساسی دارد (Mortensen, 2000).

بنابراین، با در نظر گرفتن اهمیت و کارایی این نظریه در تبیین اختلالات زبانی، هدف پژوهش حاضر نیز آن است که با تحلیل جنبه‌های مختلف مهارت گفتمانی بیماران اسکیزوفرنی فارسی‌زبان بر مبنای دستور نقشگرای نظام‌بنیاد و مقایسه عملکرد آنان با عملکرد افراد سالم به یافته‌های علمی درخور ارائه‌ای دست یابد. از این رو، پژوهش حاضر با این پرسش اصلی انجام شد که «چه تفاوتی میان گفتمان بیماران اسکیزوفرنی و گروه کنترل سالم از نظر کاربرد نقش‌های متعلق به فرانقش تجربی وجود دارد؟» و این فرضیه مطرح شد که

1. existent

2. communicative failure

3. Introduction to Functional Grammar

«میان گفتمان بیماران اسکیزوفرنی و گروه کنترل سالم از نظر کاربرد نقش‌های متعلق به فرانش تجربه تفاوت وجود دارد».

۲. پیشینه پژوهش

پژوهش‌هایی که در حوزه تحلیل گفتمان بیماران اسکیزوفرنی انجام شده‌اند، از رویکردهای مختلفی در این راستا استفاده کرده‌اند. در اینجا به آن دسته از مطالعات انجام‌شده درباره گفتمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی می‌پردازیم که از دستور نقش‌گرایی نظام‌بنیاد هیلیدی برای تحلیل‌های خود استفاده کرده‌اند. ابو-آکل^۱ (1997) به ارزیابی نقایص ارتباطی^۲ در عملکرد زبانی دو بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی هبه‌فرنیکی عربی‌زبان و مقایسه گفتار آنها با ۹ فرد سالم پرداخت. هر دو بیمار در دو مصاحبه بالینی با فاصله ۴ هفته شرکت کردند. مصاحبه‌ها در مورد موضوعات مدرسه، خانواده، سرگرمی‌ها، تعطیلات و بیمارستان بودند. تجزیه و تحلیل داده‌ها براساس نقش‌های گفتاری^۳ (درخواست اطلاعات و تبادل کالا و خدمات) و کاربرد ابزارهای انسجام انجام شد. نتایج نشان دادند که اشکالاتی در انسجام گفتار بیماران وجود دارد و ابزارهای انسجام و نقش‌های گفتاری می‌توانند سازوکارهای زیربنایی نقایص در تعاملات اجتماعی دوسویه را تبیین کنند. مارتینز^۴ (2006) برخی از ویژگی‌های گفتمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی را در بافت مصاحبه‌های روان‌پزشکی و از منظر زبان‌شناسی نقش‌گرایی نظام‌بنیاد تحلیل کرد. اهداف تحقیق عبارت بودند از: تجزیه و تحلیل الگوهای گذرایی گفتمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، نحوه بازنمایی جهان و ساخت واقعیت از طریق گفتمان، و بررسی چگونگی ارتباط گفتمان بیماران با بافت فرهنگی و موقعیتی. پیکره پژوهش شامل ۱۲ مشاوره روان‌پزشکی با ۱۲ بیمار بود. بنابر یافته‌ها، گفتمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی از نظر بافت موقعیتی و بافت فرهنگی با گفتمان افراد سالم تفاوت داشت. مارتینز^۵ (2008) به بررسی الگوهای بازنمایی واقعیت^۶ در گفتمان بیماران اسکیزوفرنی و نحوه صحبت کردن افراد مبتلا به اسکیزوفرنی درباره خود و نیز بازنمایی رویدادهای پیرامون

-
1. Abu-Akel, A.
 2. communicative deficits
 3. speech functions
 4. Martins, I. D. S.
 5. Martins, I. D. S.
 6. representation of reality

پرداخت. ۱۲ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی در این پژوهش شرکت داشتند. در این پژوهش، از میان ۵۱۷۱ فعل به عنوان فرایند، ۴۰.۹٪ مادی، ۲۷.۵٪ رابطه‌ای، ۱۲.۳٪ ذهنی، ۹٪ بیانی، ۶.۵٪ رفتاری و ۳.۸٪ وجودی بودند. به گفته محقق، با توجه به تجزیه و تحلیل گذرایی می‌توان دریافت که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی چگونه در این جهان عمل می‌کنند، نگرش آنها در مورد خودشان و دیگران و آنچه در موردش صحبت می‌کنند چیست. کوهن^۱ (2011) نظام‌های معنایی بینافردی در گفتمان بیماران اسکیزوفرنی را بررسی کرد. ۴ بیمار اسکیزوفرنی و ۴ بیمار با دیگر اختلالات روانی در این پژوهش شرکت داشتند. نتایج نشان دادند که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی اغلب اطلاعات متناقضی ارائه می‌کردند. آنها در تولید گفتمان پیوسته و روان ناتوان بودند. مهمترین نتیجه این پژوهش آن بود که نظام‌های گفتمان بینافردی می‌توانند در ارائه نمایه‌ای از میزان شدت اختلالات عاطفی و اجتماعی و گفتار ناپیوسته به کار روند. پراتیوی و رهمه^۲ (2013) نظام گذرایی^۳ در گفتگوهای فرد مبتلا به اسکیزوفرنی پارانوئید (جان‌نش)^۴ در فیلم «ذهن زیبا»^۵ را بررسی کردند. این پژوهش با استفاده از دستور نقش‌گرای نظام‌بنیاد برای بررسی فرایندها در گفتار بیمار اسکیزوفرنی انجام شد. بنابر نتایج، میزان وقوع فرایند مادی ۴۴.۶۷٪، ذهنی ۱۸.۸۳٪، رابطه‌ای ۲۸.۰۳٪، رفتاری ۱۷.۱٪، بیانی ۴.۵۳٪ و وجودی ۲.۷۷٪ بود. فرایند مادی فراوانی بیشتری داشت، چون در بیشتر فعالیت‌های جان‌نش به کار رفته بود. همچنین، این فرایند با علائم بیماری، توهم و هذیان مرتبط بود. باداش^۶ (2021) با هدف بررسی ساختار آغازگری و ابزارهای انسجام در چارچوب زبان‌شناسی نقش‌گرای نظام‌بنیاد، مصاحبه‌های ۳ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی با یک روان‌پزشک را ضبط و بررسی نمود. تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که آزمودنی‌های مبتلا به اسکیزوفرنی از ارجاعات نامشخص استفاده می‌کردند که مستقیماً به معیار تشخیصی گفتار آشفته مربوط است.

تا آنجا که نگارندگان اطلاع دارند در ایران پژوهشی که گفتمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی را با استفاده از رویکرد هلیدی بررسی کرده باشند، موجود نیست. اما پژوهش‌های دیگری در رابطه با گفتمان این بیماران با استفاده از چارچوب‌های دیگر انجام

-
1. Cohen, I.
 2. Pratiwi, S. & Rahmah, R.
 3. transitivity system
 4. John Nash
 5. A Beautiful Mind
 6. Badash, M.

شده است. برای مثال، غفاری‌نژاد (۱۳۷۸)، پروا (۱۳۸۱)، پروا، مزینانی و عشایری (۱۳۸۳)، رئیسی، محمودی بختیاری و سلمانی (۱۳۸۳)، سلمانی، محمودی بختیاری و رئیسی (۱۳۸۷الف)، سلمانی، محمودی بختیاری و رئیسی (۱۳۸۷ب)، شجاعی (۱۳۸۹)، اجدادی (۱۳۹۱)، مؤمنی و رقیب‌دوست (۱۳۹۲)، بهرام‌پور (۱۳۹۶)، طلایی‌زاده، پناغی و حسینی (۱۳۹۶) گفتار بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی را بررسی کرده‌اند.

از آنجا که اختلالات زبان از اصلی‌ترین ویژگی‌های بیماری اسکیزوفرنی به شمار می‌روند، نیاز به پژوهش در زمینه‌های مختلف زبان این بیماران مانند واژگان، نحو، معناشناسی و گفتمان احساس می‌شود. افزون بر آن، بررسی اختلالات زبانی می‌تواند راهی برای درک هرچه بهتر ماهیت و کارکرد زبان طبیعی و نقاط مرتبط با آن در مغز و نیز شناخت و تفسیر توانش زبانی باشد. همچنین، از آنجا که با بررسی چگونگی عملکرد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی می‌توان اختلالات موجود در زبان آنان را در مقایسه با افراد سالم دریافت، نتایج این پژوهش می‌تواند مورد استفاده متخصصان حوزه‌های مختلف مانند روان‌شناسان، زبان‌شناسان و عصب‌شناسان نیز قرار گیرد.

۳. روش

پژوهش حاضر از نوع کمی و تجربی بود و بررسی داده‌ها به روش تحلیلی-توصیفی صورت گرفت. داده‌ها از طریق اجرای مصاحبه با آزمودنی‌های بیمار و استخراج گفتار آنان گردآوری شد. بیماری اسکیزوفرنی متغیر مستقل و کیفی بود. متغیرهای وابسته نیز عبارت بودند از: نحوه عملکرد آزمودنی‌ها برحسب درصد نمره‌های آنان براساس مصاحبه‌های گردآوری شده با توجه به فرائض تجربی در دستور نقش‌گرایی نظام‌بنیاد هیلیدی، سن، جنس، میزان تحصیلات. بیماران اسکیزوفرنی از بیمارستان‌های ابن‌سینا، استاد محرری و حافظ در شیراز انتخاب شدند. لازم به ذکر است که انتخاب بیماران بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR برای اسکیزوفرنی نوع مثبت و تأیید روانپزشک صورت گرفت. نمونه‌های مورد مطالعه با شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و آزمودنی‌ها پس از اعلام رضایت آگاهانه خود یا خانواده‌شان وارد پژوهش شدند. در این پژوهش ۱۱ فرد مبتلا به اسکیزوفرنی (۸ مرد و ۳ زن) در دامنه سنی بین ۲۴ تا ۶۰ سال شرکت کردند که میانگین سنی آنها ۴۰.۱۸ و میانگین سال‌های تحصیلی آنها ۱۱.۲۷ بود. همچنین، ۱۱ فرد سالم (۸ مرد و ۳ زن) به عنوان

گروه کنترل شرکت داشتند که با روش نمونه‌گیری در دسترس و از جامعه بزرگسال ساکن در شهر شیراز انتخاب شدند. دامنه سنی آزمودنی‌های سالم بین ۲۱ تا ۶۰ سال و میانگین سنی سال‌های تحصیلی آنها به ترتیب ۴۰.۲۷ و ۱۱.۵۴ بود. معیارهای ورود به پژوهش به شرح زیر بود: بیماران اسکیزوفرنی نوع مثبت و افراد سالم فاقد هرگونه سابقه بیماری روانی؛ عدم سابقه بیماری‌های مغزی مانند تشنج و عقب‌ماندگی ذهنی؛ عدم سابقه ضربه به سر و تشنج؛ عدم سابقه سوء مصرف مواد مخدر و یا وابستگی به الکل؛ نگرفتن الکتروشوک به مدت ۶ ماه؛ فقدان نقایص عضوی و بیماری‌هایی که بر داده‌های این پژوهش تأثیرگذار باشند، مانند بیماری‌های شنوایی و بینایی؛ فارسی‌زبان بودن؛ راست‌دست بودن. معیارهای خروج از پژوهش نیز گرفتن الکتروشوک حین پژوهش، عدم همکاری آزمودنی و مرخص شدن بیمار بودند. برای گردآوری داده‌های پژوهش هم از گفتگوی آزاد و خودانگیخته و هم توصیف تصویر و داستان‌گویی استفاده شد. بدین منظور، از بخش گفتار توصیفی و فی‌البداهه آزمون زبان‌پرسی فارسی (نیلی‌پور، ۱۳۹۰)، بخش تصویر آزمون زبان‌پرسی وسترن^۱ (Kertesz, 2007) با عنوان Picnic، بخش تصویر آزمون تشخیصی زبان‌پرسی بوستون^۲ (Frog, Goodglass, Kaplan & Barresi, 2001) با عنوان Cookie Theft، داستان where are you? اثر مرسر میر^۳ (1980) استفاده شد. همچنین، برای گفتار آزاد از آزمودنی‌ها سؤالاتی مانند «یکی از خاطرات خوب و بد خود را تعریف کنید، یک روز خود را از صبح تا شب توصیف کنید، مراحل پخت یکی از غذاهایی که دوست دارید را بگویید، اگر رئیس جمهور بودید چه کار می‌کردید، یکی از سفرهایتان را تعریف کنید، خانه و محل زندگی خود را توصیف کنید، درباره عید نوروز صحبت کنید، چه آرزوهایی دارید، نظرتان در مورد زندگی چیست؟» پرسیده شد. مصاحبه‌ها به صورت حضوری و بدون محدودیت زمانی برای پاسخگویی در بازه زمانی فروردین ۱۴۰۱ تا مرداد ۱۴۰۱ با گروه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و گروه کنترل سالم انجام شد و شرایط مصاحبه برای هر گروه یکسان بود. با توجه به اینکه محدودیت زمانی برای پاسخگویی به سؤالات در نظر گرفته نشده بود، هر جلسه مصاحبه بین حدود ۲۵ تا ۴۵ دقیقه متغیر بود. پس از گردآوری داده‌ها، مصاحبه‌ها آوانویسی شدند. سپس، گفتگوها به بندها تقسیم شدند و هر بند شماره‌گذاری گردید. در

1. Western Aphasia Battery (WAB)
 2. Boston Diagnostic Aphasia Examination
 3. Mercer Mayer

نهایت، بر پایه رویکرد دستور نقشگرای نظام‌بنیاد، تحلیل نمونه‌های گفتار بیماران اسکیزوفرنی و افراد سالم براساس فرانشس تجربی انجام شد. ابتدا تمامی فرایندها در داده‌های گردآوری شده برای هر آزمودنی مشخص گردید. سپس، نوع و تعداد هر فرایند به تفکیک مادی، ذهنی، رابطه‌ای، بیانی، رفتاری و وجودی تعیین شد. درصد فراوانی رخداد هر فرایند با فرمول زیر برگرفته از پراتیوی و رهمه (2013) محاسبه شد که در آن P نشان‌دهنده فرایند، F نشان‌دهنده فراوانی و N نشان‌دهنده تعداد کل فرایندها است:

$$P = \frac{F}{N} \times 100$$

داده‌های گردآوری شده به دو صورت آمار توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفتند. برای آمار توصیفی، میانگین هر فرایند برای هر مصاحبه به‌طور مجزا محاسبه شد. سپس، میانگین حاصل از هر فرایند در گفتگوی بیماران با افراد سالم مقایسه شد. برای محاسبات آمار استنباطی داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آماری من-ویتی-یو و آنالیز واریانس دوطرفه تجزیه و تحلیل شدند.

۴. یافته‌ها

در این بخش با توجه به داده‌های حاصل از آزمون‌های آماری به مقایسه عملکرد بیماران اسکیزوفرنی و افراد سالم بر پایه فرانشس تجربی از دستور نقشگرای نظام‌بنیاد می‌پردازیم. با توجه به پرسش اصلی پژوهش و فرضیه مطرح شده نتایج زیر به دست آمد:

جدول ۱. فراوانی فرایندهای موجود در گفتار بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و گروه کنترل سالم

نوع فرایند	گروه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی		گروه کنترل سالم	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مادی	۶۳۳۷	۳۹/۳۱	۳۸۴۸	۴۶/۰۶۷
رابطه‌ای	۳۹۹۸	۲۴/۸	۲۱۷۴	۲۶/۰۲
ذهنی	۲۴۸۱	۱۵/۳۹	۱۰۱۷	۱۲/۱۷۵
بیانی	۱۹۹۸	۱۲/۳۹	۶۵۴	۷/۸۲۹
وجودی	۱۲۴۰	۷/۶۹	۶۳۴	۷/۵۹
رفتاری	۶۵	۰/۴۰۳	۲۶	۰/۳۱۱
مجموع	۱۶۱۱۸	۱۰۰	۸۳۵۳	۱۰۰

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود تعداد فرایندهای به‌دست آمده از گفتار بیماران اسکیزوفرنی ۱۶۱۱۸ و افراد سالم ۸۳۵۳ بود. در افراد سالم و بیمار ترتیب تعداد فرایندها مشابه بود؛ فرایند مادی، رابطه‌ای، ذهنی، بیانی، وجودی و رفتاری به ترتیب بیشترین فراوانی را داشتند. نتایج بررسی معناداری کاربرد فرایندها در دو گروه به شرح زیر بود:

جدول ۲. مقایسه فرایندها در گفتار بیماران اسکیزوفرنی و افراد سالم

معیار (فرایند)	گروه	تعداد	میانگین رتبه	مجموع رتبه‌ها	Mann-whitney U	مقدار احتمال
مادی	سالم	۱۱	۷/۵	۸۳	۱۷	۰/۰۰۳
	بیمار	۱۱	۱۵/۴۵	۱۷۰		
ذهنی	سالم	۱۱	۶/۹۱	۷۶	۱۰	۰/۰۰
	بیمار	۱۱	۱۶/۰۹	۱۷۷		
رابطه‌ای	سالم	۱۱	۸/۳۶	۹۲	۲۶	۰/۰۲۳
	بیمار	۱۱	۱۴/۶۴	۱۶۱		
بیانی	سالم	۱۱	۷/۸۶	۸۶/۵۰	۲۰	۰/۰۰۷
	بیمار	۱۱	۱۵/۱۴	۱۶۶/۵۰		
رفتاری	سالم	۱۱	۸/۱۸	۹۰	۲۴	۰/۰۱۶
	بیمار	۱۱	۱۴/۸۲	۱۶۳		
وجودی	سالم	۱۱	۷/۶۴	۸۴	۱۸	۰/۰۰۴
	بیمار	۱۱	۱۵/۳۶	۱۶۹		

از جدول ۲ چنین استنباط می‌شود که میان گفتار هر دو گروه از نظر فرایندهای مادی، ذهنی، رابطه‌ای، بیانی، رفتاری و وجودی تفاوت معنادار وجود دارد. برای سنجش تأثیر متغیر جنسیت، سن و میزان تحصیلات در کاربرد هریک از فرایندهای متعلق به فرایند تجربی در میان افراد سالم و بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی از آزمون آنالیز واریانس دوطرفه استفاده شد. بر اساس نتایج ثبت شده در جدول ۳ در همه فرایندها میان بیماران و افراد سالم از نظر کاربرد فرایندها تفاوت معنادار وجود داشت. در مورد متغیر جنسیت فقط در فرایند رابطه‌ای، کاربرد

این فرایند میان زنان و مردان متفاوت بود. در مورد اثر متقابل دو عامل بیمار بودن و جنسیت در هیچ یک از فرایندها تفاوت معنادار وجود نداشت.

جدول ۳. نتایج آزمون آنالیز واریانس دوطرفه برای فرایندهای فرانش تجزیه بر اساس متغیر جنسیت

فرایند	منبع تغییرات	درجه آزادی	مقدار F	مقدار احتمال
مادی	عامل بیمار بودن	۱	۰/۶۹۵	۰/۰۰۹
	عامل جنسیت	۱	۰/۲۸۳	۰/۶۰۱
	اثر متقابل	۱	۰/۰۰	۰/۹۸۹
ذهنی	عامل بیمار بودن	۱	۱۳/۵۴۴	۰/۰۰۲
	عامل جنسیت	۱	۰/۸۰۴	۰/۳۸۲
	اثر متقابل	۱	۰/۰۰۷	۰/۹۳۲
رابطه‌ای	عامل بیمار بودن	۱	۸/۳۵۸	۰/۰۱۰
	عامل جنسیت	۱	۵/۳۵۲	۰/۰۳۳
	اثر متقابل	۱	۰/۵۹۷	۰/۴۵۰
بیانی	عامل بیمار بودن	۱	۱۱/۶۵۱	۰/۰۰۳
	عامل جنسیت	۱	۰/۰۰۵	۰/۹۴۶
	اثر متقابل	۱	۰/۰۴۰	۰/۸۴۳
رفتاری	عامل بیمار بودن	۱	۶/۳۸۵	۰/۰۲۱
	عامل جنسیت	۱	۰/۵۹۳	۰/۴۵۱
	اثر متقابل	۱	۰/۲۵۰	۰/۶۲۳
وجودی	عامل بیمار بودن	۱	۶/۱۷۹	۰/۰۲۳
	عامل جنسیت	۱	۳/۳۸۱	۰/۰۸۳
	اثر متقابل	۱	۲/۰۲۸	۰/۱۷۲

برای متغیر سن چهار گروه سنی ۲۰-۳۰ سال، ۳۱-۴۰ سال، ۴۱-۵۰ سال و ۵۱-۶۰ سال لحاظ شد. بر اساس جدول ۴ در همه فرایندها میان بیماران و افراد سالم از نظر کاربرد فرایندها تفاوت معنادار وجود داشت. در مورد متغیر سن در هیچ یک از فرایندها در گروه‌های سنی مختلف از نظر میزان کاربرد فرایندها تفاوت معنادار وجود نداشت. از نظر اثر متقابل دو عامل

بیمار بودن و سن، میان بیماران اسکیزوفرنی و افراد سالم در گروه‌های سنی مختلف از نظر کاربرد فرایندهای متعلق به فرانقش تجربی تفاوت معنادار وجود نداشت.

جدول ۴. نتایج آزمون آنالیز واریانس دوطرفه برای فرایندهای فرانقش تجربی بر اساس متغیر سن

فرایند	منبع تغییرات	درجه آزادی	مقدار F	مقدار احتمال
مادی	عامل بیمار بودن	۱	۸/۵۱۱	۰/۰۱۱
	عامل سن	۳	۰/۴۱۸	۰/۷۴۳
	اثر متقابل	۳	۰/۳۶۷	۰/۷۷۸
ذهنی	عامل بیمار بودن	۱	۱۱/۹۲۲	۰/۰۰۴
	عامل سن	۳	۰/۱۸۵	۰/۹۰۵
	اثر متقابل	۳	۰/۰۹۴	۰/۹۶۲
رابطه‌ای	عامل بیمار بودن	۱	۸/۱۱۴	۰/۰۱۳
	عامل سن	۳	۰/۱۶۵	۰/۹۱۸
	اثر متقابل	۳	۰/۲۲۸	۰/۸۷۵
بیانی	عامل بیمار بودن	۱	۱۰/۹۲۲	۰/۰۰۵
	عامل سن	۳	۰/۲۵۱	۰/۸۶۰
	اثر متقابل	۳	۰/۰۹۱	۰/۹۶۴
رفتاری	عامل بیمار بودن	۱	۳/۹۰۶	۰/۰۲۰
	عامل سن	۳	۰/۰۵۳	۰/۹۸۳
	اثر متقابل	۳	۰/۸۷۶	۰/۴۷۷
وجودی	عامل بیمار بودن	۱	۸/۱۳۶	۰/۰۱۳
	عامل سن	۳	۰/۴۸۳	۰/۶۹۹
	اثر متقابل	۳	۰/۴۰۸	۰/۷۵۰

در مورد تأثیر متغیر تحصیلات و بر اساس جدول ۵، در همه فرایندها میان بیماران و افراد سالم از نظر کاربرد فرایندها تفاوت معنادار وجود داشت. همچنین، فقط در دو فرایند بیانی و رابطه‌ای، کاربرد این دو فرایند در سطوح مختلف تحصیلی متفاوت بود. در مورد اثر متقابل دو عامل بیمار بودن و سطح تحصیلات در هیچ یک از فرایندها تفاوت معنادار مشاهده نشد.

جدول ۵. نتایج آزمون آنالیز واریانس دوطرفه برای فرایندهای فرانش تجزیه بر اساس متغیر تحصیلات

فرایند	منبع تغییرات	درجه آزادی	مقدار F	مقدار احتمال
مادی	عامل بیمار بودن	۲	۱۴/۹۱۱	۰/۰۰۱
	عامل تحصیلات	۱	۲/۵۱۱	۰/۱۱۲
	اثر متقابل	۱	۰/۷۷۵	۰/۴۷۷
ذهنی	عامل بیمار بودن	۲	۲۲/۶۹۵	۰/۰۰
	عامل تحصیلات	۱	۲/۹۳۶	۰/۰۸۲
	اثر متقابل	۱	۰/۹۵۸	۰/۴۰۵
رابطه‌ای	عامل بیمار بودن	۲	۱۶/۵۶۵	۰/۰۰۱
	عامل تحصیلات	۱	۴/۵۸۹	۰/۰۲۷
	اثر متقابل	۱	۱/۵۰۲	۰/۲۵۲
بیانی	عامل بیمار بودن	۲	۲۷/۲۴۴	۰/۰۰
	عامل تحصیلات	۱	۵/۱۱۵	۰/۰۱۹
	اثر متقابل	۱	۲/۲۶۴	۰/۱۳۶
رفتاری	عامل بیمار بودن	۲	۷/۶۴۸	۰/۰۱۴
	عامل تحصیلات	۱	۰/۵۸۳	۰/۵۷۰
	اثر متقابل	۱	۱/۶۲۴	۰/۲۲۸
وجودی	عامل بیمار بودن	۲	۱۵/۱۹۰	۰/۰۰۱
	عامل تحصیلات	۱	۲/۲۳۵	۰/۱۳۹
	اثر متقابل	۱	۲/۱۱۸	۰/۱۵۳

۵. بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش ۱۱ فرد مبتلا به اسکیزوفرنی و ۱۱ فرد سالم به‌عنوان گروه کنترل شرکت داشتند. داده‌های حاصل از این پژوهش با استفاده از دستور نقش‌گرای نظام‌بنیاد هلیدی و براساس کاربرد فرایندهای فرانش تجزیه میان بیماران اسکیزوفرنی و افراد سالم مقایسه گردید. نتایج نشان دادند که با توجه به اینکه تمامی سؤالات در بین دو گروه یکسان بود، اما حجم گفتار به‌دست آمده از بیماران بسیار بیشتر از افراد سالم بود که این امر از تعداد فرایندها مشخص شد (افراد سالم: ۸۳۵۳ و افراد بیمار: ۱۶۱۱۸). دلیل این امر این بود که بیماران در

پاسخ‌دهی به سؤالاتی که از آنها پرسیده می‌شد تکرار بیشتری داشتند و با شرح و بسط بیشتری به سؤالات پاسخ می‌دادند و حتی در بعضی موارد صحبت آنها به موضوعاتی خارج از سؤالاتی که پرسیده می‌شد سوق می‌یافت و عملاً تغییرات در موضوع گفتگوی آنها مشاهده می‌شد. با توجه به اینکه در گفتگوها برای آزمودنی‌ها هیچ محدودیتی در نظر گرفته نشده بود، طبیعی است که با توجه به نوع پاسخگویی بیماران حجم داده‌ها بیشتر از افراد سالم باشد؛ چون افراد سالم تنها با توجه به سؤال مطرح‌شده پاسخ می‌دادند و اگر هم سؤالات دیگری پیرامون سؤال اصلی از آنها پرسیده می‌شد فقط در همان مورد صحبت می‌کردند. می‌توان گفت که تغییر موضوع از مشخصه‌های گفتار در بیماران اسکیزوفرنی است. با توجه به داده‌ها، ترتیب فراوانی ۶ فرایند فرانش تجربی در گفتار بیماران و افراد سالم مشابه بود و هم در بیماران و هم افراد سالم فرایند مادی بیشترین تعداد و فرایند رفتاری کمترین تعداد را داشت. اما در فراوانی کاربرد فرایندها تفاوت معنادار میان بیماران اسکیزوفرنی و افراد سالم مشاهده شد. فراوانی فرایندها در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی به قرار زیر بود: مادی (۳۹/۳۱)، رابطه‌ای (۲۴/۸)، ذهنی (۱۵/۳۹)، بیانی (۱۲/۳۹)، وجودی (۷/۶۹) و رفتاری (۰/۴۰۳). فراوانی فرایندها در افراد سالم به شرح زیر بود: مادی (۴۶/۰۶۷)، رابطه‌ای (۲۶/۰۲)، ذهنی (۱۲/۱۷۵)، بیانی (۷/۸۲۹)، وجودی (۷/۵۹) و رفتاری (۰/۳۱۱). همراستا با پژوهش پراتیوی و رهمه (۲۰۱۳)، ترتیب فرایندها در بیماران به ترتیب مادی، رابطه‌ای، ذهنی، بیانی، وجودی و رفتاری بود. اما نتایج یافته‌های ما با مطالعه مارتینز (۲۰۰۸) متفاوت بود که در آن ترتیب فراوانی فرایندها عبارت بود از: مادی، رابطه‌ای، ذهنی، بیانی، رفتاری و وجودی. همچنین، همراستا با پژوهش مارتینز (۲۰۰۶) زمانی که بیماران گفتار را از سر می‌گرفتند، موضوع مورد بحث نیز تغییر می‌کرد. درواقع، گفتمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی از نظر بافت موقعیتی و بافت فرهنگی با گفتمان افراد سالم تفاوت دارد و به سبب وجود توهم‌ها و هذیان‌ها در گفتمان آنان هر چیزی اتفاق می‌افتد. به نظر مارتینز (۲۰۰۶)، عدم تطابق میان واقعیت و بافت موقعیت و بافت فرهنگی در بیماران اسکیزوفرنی مشاهده می‌شود که این امر در پژوهش حاضر مشاهده شد. برای مثال، زمانی که بیمار تصور می‌کرد تحت شنود است یا زمانی که بیمار معتقد بود خداوند با او صحبت می‌کند و خداوند برای ازدواج با امام زمان از او خواستگاری کرده است.

همراستا با پژوهش مارتینز (2008) تخصیص مشخصه‌های منفی به خود، موجودیت‌ها، مکان‌ها، اشیاء و افراد، رخداد‌های منفی و مواردی از فرافکنی یک هویت توانمند که از نشانه‌های هذیان است، در داده‌ها مشاهده شد. (برای مثال، بیمار بر این باور بود که ذوالقرنین است و از طرف خدا مأمور شده است تا اقدامات خاصی انجام دهد.) بیماران اغلب دیدگاهی منفی از جهان را ارائه می‌دادند. در جهان بیماران، دیگران اساساً رعب‌انگیز و آزاردهنده بودند و بیماران اقدامات سایرین را ضد خود تلقی می‌کردند. بیماران اسکیزوفرنی خود را به شیوه‌ای منفی بیان می‌کردند و صفات منفی را به کار می‌بردند. آنها خود را شکننده، آسیب‌پذیر و وابسته به دیگران می‌دیدند و نداشتن استقلال مشخصه‌ای آشکار در گفتارشان بود. مشکلات بیماران از جمله عدم استقلال، ناتوانی در تصمیم‌گیری، تصویر منفی، دشواری یا ناتوانی در انجام فعالیت‌های اجتماعی، نگرش منفعل، وضعیت غیرفعال در مواجهه با شرایط زندگی، مشکل در مسئولیت‌پذیری و انجام فعالیت‌های روزمره و اجتماعی، بی‌حرکی و وضعیت منفعل در زندگی، مشکل در دستیابی به اهداف اجتماعی، ضعف ناشی از بیماری روانی و دید منفی به زندگی و وضعیت نامطلوب سلامتی ناشی از بیماری به‌وضوح در گفته‌های بیماران اسکیزوفرنی پژوهش حاضر مشاهده شد. بیماران اغلب تصویری آسیب‌پذیر در گفتمان خود ارائه می‌دادند و خود را تحت اراده‌ی دیگران یا نیروهای ماورایی می‌دانستند. آنها بر این باور بودند که همه‌چیز از بیرون توسط دیگران تحمیل می‌شود. همراستا با پژوهش مارتینز (2006، 2008) و با توجه به تجزیه و تحلیل گذرایی می‌توان دریافت که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی چگونه در این جهان عمل می‌کنند، نگرش آنها در مورد خودشان و دیگران و آنچه در موردش صحبت می‌کنند چیست، چگونه رفتار می‌کنند و چه احساسی دارند.

بنابر داده‌های این پژوهش می‌توان به این نتیجه رسید که رویکرد دستور نقش‌گرای نظام‌بنیاد برای بررسی زبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و همچنین افراد سالم بسیار خوب عمل می‌کند. بنابراین، گفته‌ی مورتسن (2000) نیز تأیید می‌شود که مدل چندلایه‌ی این دستور چندین دیدگاه را ارائه می‌کند که با توجه به آنها می‌توانیم منابع زبانی^۱ گویندگان و نویسندگان دچار اختلال را بررسی و توصیف کرده و تفسیری چندوجهی از ویژگی‌های مختلف زبان مختل را ارائه نماییم. رویکرد نقش‌گرا روش‌شناسی نسبتاً متفاوتی را اتخاذ می‌کند و عمدتاً بر تجزیه و تحلیل توانایی بیماران برای انتقال اطلاعات مرتبط تمرکز دارد.

1. language resources

به این ترتیب، به شدت بر بعد کلان پردازش زبان متمرکز است (Andreetta & Marini, 2014). نظریه زبان‌شناسی نقش‌گرای نظام‌بنیاد با تمرکز معنایی و دستوری یکپارچه بر زبان، روشی متفاوت را در نگاه به زبان و به‌ویژه اختلال گفتار و زبان ارائه می‌دهد (Klibi & Ben Rejeb, 2016) و در این پژوهش نیز به‌عنوان چارچوب نظری برای تجزیه و تحلیل مهارت گفتمانی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی این امر به‌خوبی اثبات شد. پیشنهاد می‌شود تا یافته‌های دیگری از بیماران اسکیزوفرنی نیز با این رویکرد مورد بررسی قرار گیرد.

تعارض منافع

تعارض منافع ندارم.

سپاسگزاری

از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بیمارستان‌های ابن‌سینا، حافظ و استاد محمدری شیراز و تمامی افرادی که در این پژوهش ما را یاری دادند، سپاسگزاریم.

ORCID

Mohammad Dabirmoghaddam		https://orcid.org/0000-0001-9028-7524
Sedigheh Khademi		https://orcid.org/0009-0008-7366-5763
Shahla Raghیب دوست		https://orcid.org/0000-0002-9708-9472
Fereshteh Momeni		https://orcid.org/0000-0001-5679-7184

منابع

اجدادی، سیما. (۱۳۹۱). تجزیه و تحلیل عوامل انسجام متنی در گفتار بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در مقایسه با افراد سالم. پایان‌نامه کارشناسی ارشد زبان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات فارس.

- بهرام‌پور، محمد. (۱۳۹۶). مقایسه روانی کلام، توانایی نامیدن و گفتار خودکار بین سه گروه اسکیزوفرنی با نشانه‌های مثبت، اسکیزوفرنی با نشانه‌های منفی و افراد سالم. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی تهران.
- پروا، فرزاد. (۱۳۸۱). بررسی مقایسه‌ای اختلالات زبان بر اساس آزمون زبان‌پریشی فارسی در بین دو زیرگروه پارانوئید و غیرپارانوئید بیماران اسکیزوفرن مزمن مرکز روان‌پزشکی رازی در سال ۱۳۸۰. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- پروا، فرزاد، مزینانی، ربابه، عشایری، حسن، و جوادی خمایی، پاشا. (۱۳۸۳). مقایسه اختلالات زبان در بیماران اسکیزوفرنیای پارانوئید و غیرپارانوئید. توانبخشی، ۵ (۳)، ۳۷-۲۵.
- دبیرمقدم، محمد. (۱۳۸۷). زبان‌شناسی نظری: پیدایش و تکوین دستور زایشی. ویراست دوم. تهران: انتشارات سمت.
- راسخ‌مهند، محمد. (۱۳۹۳). فرهنگ توصیفی مکاتب زبان‌شناسی. چاپ اول، تهران: علمی.
- رئیس، فیروزه، محمودی بختیاری، بهروز. و سلمانی، معصومه. (۱۳۸۳). مقایسه برخی از ویژگی‌های گفتاری و زبانی افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا با گروه شاهد. تازه‌های علوم شناختی، ۶ (۱ و ۲)، ۳۷-۴۴.
- سلمانی، معصومه، محمودی بختیاری، بهروز. و رئیس، فیروزه. (۱۳۸۷ الف). روانی کلام در افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا: یک بررسی مقایسه‌ای. تازه‌های علوم شناختی، ۱۰ (۱)، ۲۰-۱۱.
- سلمانی، معصومه، محمودی بختیاری، بهروز. و رئیس، فیروزه. (۱۳۸۷ ب). تجزیه و تحلیل کلام بیمار اسکیزوفرنیک از جنبه‌ی اصل همیاری گرایس. توانبخشی، ۹ (۲)، ۲۸-۳۴.
- شجاعی، محبوبه. (۱۳۸۹). بررسی انسجام گفتار در بیماران اسکیزوفرنی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد زبان‌شناسی همگانی، دانشگاه علامه طباطبائی تهران.
- طلایی‌زاده، سیاوش، پناغی، لیلا. و حسینی، سید محمد مهدی. (۱۳۹۶). بررسی روایت خود در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بر اساس نظریه تحلیل ساختاری ژنت. روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۲۳ (۳)، ۳۳۶-۳۴۷.
- غفاری‌نژاد، ع. (۱۳۷۷). گزارش اختلال گفتار وسیع در یک بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیای پارانوئید. مجله دانشکده علوم پزشکی کرمان، ۶ (۴)، ۲۳۵-۲۴۰.
- مؤمنی، فرشته. و رقیب دوست، شهلا. (۱۳۹۲). رابطه بی‌انسجامی گفتار اسکیزوفرنیک با نوع توهم و هذیان. دوفصلنامه علمی پژوهشی زبان پژوهی دانشگاه الزهراء، ۸ (۴)، ۲۰۵-۲۲۷.
- نیلی‌پور، رضا. (۱۳۹۰). آزمون زبان‌پریشی فارسی. تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

- Abu-Akel, A. (1997). A study of cohesive patterns and dynamic choices utilized by two schizophrenic patients in dialog, pre- and post-medication. *Language & Speech*, 40(4), 24-351.
- Andreetta, S. & Marini, A. (2014). Narrative assessment in patients with communicative disorders. *Travaux Neuchâtelois De Linguistique*, 60, 69-84.
- Badash, M. (2021). Topic shifts in spontaneous interaction of speakers with schizophrenia: cohesion and thematic structures. *Text & Talk*, 41(2), 141-163.
- Baltaxe C. A. & Simmons J. Q. (1995). Speech and language disorders in children and adolescents with schizophrenia. *Schizophr Bull.*, 21(4), 677-92.
- Boudewyn, M. A., Carter, C. S., Long, D. L., Traxler, M. J., Lesh, T. A., Mangun, G. R. & Swaab, T. Y. (2017). Language context processing deficits in schizophrenia: the role of attentional engagement. *Neuropsychologia*, 96, 262-273.
- Cohen, I. (2011). *The Expression of Schizophrenia Through Interpersonal Systems at The Level of Discourse Semantics*. Department of English. Ph.D. Thesis, The Senate of Bar-Ilan University Ramat-Gan, Israel.
- Delisi, L. E. (2011). *100 Questions & Answers About Schizophrenia: Painful Minds*, Second Edition. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, Llc.
- Docherty N. M., Hall M. J., Gordinier S. W. & Cutting L. P. (2000). Conceptual sequencing and disordered speech in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 26(3), 723-35.
- Fogle, P. T. (2008). *Foundation of Communication Science & Disorders*. U.S.A: Thomson, Delmar Learning.
- Gabbatore I., Bosco F. M., Geda E., Gastaldo L., Duca S., Costa T., Bara B. G., Sacco K. (2017). Cognitive pragmatic rehabilitation program in schizophrenia: a single case fMRI study. *Neural Plast*, 2017:1612078, doi: 10.1155/2017/1612078.
- Goodglass, H., Kaplan, E. & Barresi, B. (2001). *The Boston Diagnostic Aphasia Examination*. Philadelphia: Pa Lippincott.
- Halliday, M. A. K. & Matthiessen, C. (2014). *Halliday's Introduction to Functional Grammar*. 4th Ed, USA: Routledge.
- Kertesz, A. (2007). *Western Aphasia Battery-Revised*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Kim S. J, Shim J. C., Kong B. G., Kang J. W., Moon J. J., Jeon D. W., Jung S. S., Seo B. J., & Jung D. U. (2015). The relationship between language ability and cognitive function in patients with schizophrenia. *Clin Psychopharmacol Neurosci*, 13(3), 288-95.
- Klibi A. & Ben Rejeb, R. (2016). On the contribution of systemic functional linguistic theory (sfl) to the study of the neurological condition aphasia. *International Journal of Humanities and Cultural Studies*. 2(4), 722-736.

- Martins, I. D. S. (2006). A (des) construção da realidade: análise da transitividade no discurso de pacientes esquizofrênicos. 33rd International Systemic Functional Congress.
- Martins, I. D. S. (2008). *Construção E Representação De Realidades No Discurso De Falantes Com Esquizofrenia : Uma Abordagem Sistêmico-Functional*. Doctorado Em Lingüística Aplicada E Estudos Da Linguagem, São Paulo.
- Mercer. M. (1980). *Frog, Where Are You?*. U.S.: Turtleback Publishing.
- Mortensen, L. (2000). Systemic-functional perspectives on acquired language disorder: a strength versus deficit approach. *Revista Canaria De Estudios Ingleses*, 40, 2000, 209-225
- Niznikiewicz, M. A., Kubicki, M., Mulert C. & Condray R. (2013). Schizophrenia as a disorder of communication. *Schizophrenia Research & Treatment*, 952034, 4 Pages. [Http://Dx.Doi.Org/10.1155/2013/952034](http://Dx.Doi.Org/10.1155/2013/952034).
- Pratiwi, S. & Rahmah R. (2013). Process of a schizophrenic's dialogues in a beautiful mind movie. *Linguistica*. 12 (1), 1-8.
- Stephane, M., Pellizzer, G., Fletcher, C. R. & Mcclannahan, K. (2007). Empirical evaluation of language disorder in schizophrenia. *J Psychiatry Neurosci*, 32(4), 250-258.
- Titone D. (2010). Language, communication, & schizophrenia. *Journal of Neurolinguistics*, 23 (2010), 173-175.