

دوفصلنامه علمی - پژوهشی زبان پژوهی دانشگاه الزهرا

سال چهارم، شماره ۸، بهار و تابستان ۱۳۹۲

رابطه بی‌انسجامی گفتار اسکیزوفرنیک با نوع توهم و هذیان

فرشته مؤمنی^۱

شهلا رقیب دوست^۲

تاریخ دریافت: ۸۹/۷/۱

تاریخ تصویب: ۸۹/۱۱/۱۷

چکیده

مهم‌ترین اختلال گفتار بیماران اسکیزوفرنیک با نشانگان مثبت، بی‌انسجامی است که در گفتار این بیماران، طیفی گسترده دارد و به عواملی گوناگون، مانند توهم و هذیان بستگی دارد. در این پژوهش، برای یافتن ارتباط میان بی‌انسجامی گفتار با هذیان و توهم، گفتار آزاد هجده بیمار اسکیزوفرنیک دارای این نشانگان را بررسی کرده‌ایم؛ انواع توهم کلامی و هذیان را شناسایی کرده و رابطه متقابل دو نوع متمایز از توهم کلامی را با دو نوع متمایز از هذیان مطالعه کرده و ضریب توافقی آن‌ها را به دست آورده‌ایم؛ سپس رابطه بی‌انسجامی با این هذیان‌ها را بررسی و محاسبه کرده‌ایم. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند که بی‌انسجامی در گفتار برخی از این بیماران، پایاست؛ در حالی که در گفتار برخی دیگر، به‌میزانی چشم‌گیر کاهش می‌یابد. وضعیت و میزان این بی‌انسجامی، با دو نوع هذیان ارتباط دارد که می‌توان آن‌ها را هذیان‌های ثابت

۱. دانشجوی دکتری زبان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران f_momeni211@yahoo.com

۲. استادیار دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده ادبیات و زبان‌های خارجی neishabour@hotmail.com

و متغیر نامید. هر یک از این هذیان‌ها نیز با دو نوع توهم ارتباط دارند که بر حسب ویژگی‌هایشان، در زمان و هم‌زمان نامیده شده‌اند.

واژه‌های کلیدی: اسکیزوفرنی^۱، توهم کلامی^۲، هذیان^۳، بی‌انسجامی^۴، اختلال ارتباط^۵، هم‌زمان^۶، در زمان^۷.

۱. مقدمه

بیماری اسکیزوفرنی پیش از هر چیز، از بروز اختلال در گفتار بیماران اسکیزوفرنیک مشخص می‌شود. اختلال‌های گفتاری این بیماران، بسیار متنوع است و به عواملی در تقسیم‌بندی‌های نشانه‌شناختی بیماری بستگی دارد؛ مثلاً در اسکیزوفرنی حاد و مزمن، وجود علائم مثبت یا منفی، اختلال‌هایی گوناگون را در گفتار بیمار ایجاد می‌کند. در این مقاله، اختلال‌های گفتاری مربوط به نشانگان مثبت را بررسی کرده‌ایم.

اصلی‌ترین نشانه‌های مثبت در بیماران اسکیزوفرنیک، وجود توهم و هذیان است که ممکن است با گونه‌ها یا درجه‌هایی از اختلال فکر، همراه باشد. بلولر^۸ (۱۹۱۱/۱۹۵۰) توهم را عبارت از «درک بدون محرک از دنیای خارج» دانسته است. تفاوت توهم و ادراک، این است که توهم از درون برمی‌خیزد؛ هر چند شخص طوری واکنش نشان می‌دهد که گویی ادراک واقعی است و از بیرون سرچشمه گرفته است. توهم‌های اصلی، با حواس آدمی ارتباط دارند، به انواع دیداری^۹، شنیداری^{۱۰}، چشایی^{۱۱}، بویایی^{۱۲}

1. Schizophrenia
2. Verbal Hallucination
3. Delusion
4. Incoherency
5. Communication Disorder
6. Synchronic
7. Diachronic
8. E. Bleuler
9. Visual
10. Auditory
11. Gustatory

بویایی^۱ و بساوشی^۲ تقسیم می‌شوند و هریک به تنهایی یا با یکدیگر، زیرگونه‌هایی را تشکیل می‌دهند. گذشته از این پنج حس، حواس عاطفی نیز ممکن است دچار توهم شوند. به این حالت، توهم عاطفی^۳ می‌گویند که ممکن است محتواهایی گوناگون همچون عظمت‌طلبی، خودکم‌بینی، احساس گناه یا بیماری یا بیچارگی و... داشته باشد. در این مقاله، توهم شنیداری به سبب توجه به نوع کلامی آن، توهم کلامی نامیده می‌شود و بیشترین توهم‌های حسی بیماران اسکیزوفرنیک را تشکیل می‌دهد. در این حالت، ممکن است بیمار با صدایی که می‌شنود، ارتباطی یک‌سویه یا دوسویه داشته باشد. در ارتباط یک‌سویه، گفته صدا خبری را بیان می‌کند یا فرمانی می‌دهد. این فرمان معمولاً از نوع خطرناک و مخرب است؛ مانند فرمان به خودکشی، فرار، شکستن، تخریب، کتک‌زدن یا حتی کشتن. در ارتباط دوسویه، بیمار و صدا به صورت آشکارا یا بی‌صدا با یکدیگر گفتگو می‌کنند.

نشانه دیگر، هذیان است که مراد از آن، بیان اندیشه‌ها و باورهای خاص است که اساسی در واقعیت ندارند؛ ولی فرد بر واقعی بودن آن‌ها اصرار می‌ورزد. هذیان‌ها براساس محتوایشان، به انواعی گوناگون دسته‌بندی می‌شوند؛ مانند هذیان‌های خودبزرگ‌بینی^۴، می‌نیون^۵، نیست‌گرایی^۶ و...

نشانه دیگر، اختلال فکر است که با اختلال زبان و گفتار ارتباط دارد. دست کم دو نوع اختلال زبانی در حوزه اختلال فکر در بیماران اسکیزوفرنیک شناسایی شده است: یکی اسکیزوفازی^۷ و دیگری اختلال صوری فکر (FTD)^۸. اسکیزوفازی که در بیماران بدون نشانگان منفی، معمول نیست، در واقع، عبارت است از زبان‌پریشی^۹ در اسکیزوفرنی؛ اگرچه، زبان‌پریشی و اسکیزوفازی چندین وجه افتراق دارند که لکور و ونیه-کلمان^{۱۱} (۱۹۷۶)، به نقل از کاوینگتون و دیگران^{۱۱} (۲۰۰۵) برای آن دست کم

-
1. Olfactory
 2. Tactile/ Haptic
 3. Affective
 4. Grandiose
 5. Mignon
 6. Nihilistic
 7. Schizophasia
 8. Formal Thought Disorder
 13. Aphasia
 10. A. R. Lecours & M. Vanier-Clément
 11. M. A. Covington and Others

دو ویژگی متفاوت را بیان کرده‌اند: یکی اینکه نشانگان اسکیزوفازی به صورت دوره‌ای، در شماری اندک از بیماران اسکیزوفرنیک مشاهده شده‌است؛ در حالی که زبان‌پریشی در اثر سکتی یا خون‌ریزی مغزی رخ می‌دهد و در بیشتر موارد تظاهر دائمی دارد؛ دوم اینکه بیماران زبان‌پریش، تفکری بهنجار دارند؛ ولی آن را به دشواری بیان می‌کنند؛ در حالی که بیماران اسکیزوفرنیک، تفکر غیر معمول یا طرح‌های گفتمانی نابسامان^۱ دارند و در مقایسه با بیماران زبان‌پریش، به راحتی آن را بیان می‌کنند. به هر حال، تفاوت اختلال اسکیزوفازی با اختلال گفتار بیماران اسکیزوفرنیک، آن است که اسکیزوفازی در سطوح مختلف زبانی رخ می‌دهد و در تولید (رمزگذاری) یا درک (رمزگشایی) و کاربرد لایه‌های زبان (واجی، ساخت‌وازی، نحوی و معنایی) ایجاد می‌شود؛ ولی گفتار اسکیزوفرنی مثبت، اختلالی فرازبانی و کاربردشناختی است و بر اثر آن، فقط گاهی تولید گفتمان بیمار و در نتیجه، ارتباط دوسویه میان بیمار به‌عنوان گوینده با شنونده مختل می‌شود؛ بنابراین، اسکیزوفازی عبارت از اختلال زبانی است؛ حال آنکه اختلال صوری فکر - که به آن خواهیم پرداخت - اختلالی گفتمانی است.

بسیاری از نابهنجاری‌های زبانی در اسکیزوفرنی را اختلال صوری فکر^۲ (FTD) معرفی می‌کنند؛ زیرا اختلال در صورت^۳ فکر (گفتار) پیش می‌آید؛ نه محتوای آن (کاوینگتون و دیگران، ۲۰۰۵). به نظر مک‌کنا^۴ (۱۹۹۴)، شماری از نابهنجاری‌های کاملاً نامشابه را در اختلال صوری فکر می‌توان یافت که مهم‌ترین آن‌ها به هم خوردن توالی منطقی افکار است؛ همچنین گاهی معنی کلمات منفرد و عبارت‌ها نامفهوم می‌شود و گاه نیز اشکال در سطح گفتمان دیده می‌شود؛ به این ترتیب، اختلال صوری فکر، اختلالی گفتاری است؛ نه زبانی؛ هرچند درباره رابطه میان نقص فرایند معناشناختی و اختلال فکر، اتفاق نظر کلی وجود دارد (لوی و دیگران^۵، ۲۰۰۹)؛ بدان معنا که در میان لایه‌های درون زبان، فقط لایه لایه معنایی در این اختلال درگیر است. به نظر لوی و دیگران، نابهنجاری‌های معنایی، ویژگی کلیدی انحراف‌های کلامی است؛ چنان که زبان - که خود، معنایی دارد - در کاربرد فرد ویژه^۶، از سوی گوینده

1. Disorganized Discourse Plans
2. Formal Thought Disorder
3. Form
4. Content
5. P. J. McKenna
6. D. L. Levy and Others
7. Idiosyncratic

در معنایی دیگر یا تنها در معنای موردنظر خود گوینده به کار می‌رود و در نتیجه این اختلال معنایی، معنای گفته برای شنونده، نامفهوم و موجب گیج‌شدن او می‌شود؛ بنابراین، یکی از تظاهرات اختلال صوری فکر، بروز بی‌انسجامی در گفتار است. به نظر روچستر و مارتین^۱ (۱۹۷۹)، میان اختلال فکر و بی‌انسجامی گفتار، چرخه‌ای برقرار است؛ زیرا «اختلال فکر هنگامی هست که گفتار نامنسجم می‌شود و گفتار هنگامی نامنسجم می‌شود که اختلال فکر هست» (روچستر و مارتین، ۱۹۷۹: ۶)؛ بدین ترتیب، اختلال فکر، اختلال گفتاری را در پی دارد و اختلال گفتار نیز در گفتمان، به نوبه خود، موجب اختلال ارتباط^۲ می‌شود. پژوهشگران درباره اختلال ارتباط در این بیماران، به صورتی گسترده مطالعه کرده‌اند و از میان آن‌ها می‌توان روچستر و مارتین (۱۹۷۹)، داجتری و دیگران^۳ (۱۹۹۶) و مک‌کنا و او^۴ (۲۰۰۵) را نام نام برد.

بلولر (۱۹۵۰/۱۹۱۱) یکی از ویژگی‌های اصلی اسکیزوفرنی را اختلال تداعی^۵ دانسته است که براساس آن، تداعی‌ها توالی خود را از دست می‌دهند و افکار، غیرمنطقی و معمولاً عجیب و غریب می‌شوند؛ اما این تداعی‌ها بی‌معنی نمی‌شوند. ویژگی اختلال در تداعی، به صورت طیفی گسترده در میان بیماران اسکیزوفرنیک مزمن با علائم منفی گرفته تا بیماران با علائم مثبت و در عین حال خفیف دیده می‌شود. گروهی از پژوهشگران، علت‌هایی را برای این اختلال‌ها برشمرده‌اند؛ همچون از دست دادن کنترل ارادی^۶ (اشنایدر^۷، ۱۹۵۹؛ چپمن^۸، ۱۹۶۶؛ ملور^۹، ۱۹۷۰ و چایکا، ۱۹۹۰)؛ اشکال در سطح در سطح معنایی (چپمن و دیگران^{۱۰}، ۱۹۶۴؛ چپمن و چپمن^{۱۱}، ۱۹۷۳؛ کلمر^{۱۲}، ۱۹۸۰؛ رودریگز-فرا^{۱۳}، ۲۰۰۱ و او و دیگران^۱، ۲۰۰۲)؛ نقض اصول گفتمان از جمله اصول گرایس (۱۹۷۵)، (تنی^۲ و

1. S. Rochester & J. R. Martin
2. Communication Disorder
3. N. M. Docherty and Others
4. P. J. McKenna & T. Oh
5. Association Disorder
6. Loss of Voluntary Control
7. K. Schneider
8. J. Chapman
9. C. S. Mellor
10. L. J. Chapman & J. P. Chapman
11. L. J. Chapman and Others
12. E. J. Clemmer
13. S. Rodriguez-Ferrera

همکاران، ۲۰۰۲؛ لینزکات^۳، ۲۰۰۴؛ سلمانی و دیگران^۴، ۱۳۸۷؛ کورکوران و فریث^۵، ۱۹۹۶ و کاوینگتون و دیگران^۶، ۲۰۰۵؛ افت توانایی‌های شناختی (مک‌گراث^۷، ۱۹۹۱؛ پاشو^۸، ۱۹۹۶ و لینزکات، ۲۰۰۴)، مانند فقر توانایی برنامه‌ریزی (کاستلو و وارینگتون^۹، ۱۹۸۹؛ فریث^{۱۰}، ۱۹۹۲؛ موریس و دیگران^{۱۱}، ۱۹۹۵ و برنام و دیگران^{۱۲}، ۲۰۰۸) و نقص در حافظه فعال نزدیک^{۱۳} (بارچ و برنام^{۱۴}، ۱۹۹۴؛ داجتری و دیگران، ۱۹۹۶ و ملیندر و بارچ^{۱۵}، ۲۰۰۳). هریک از این گزارش‌ها نیز استدلال‌های مربوط را دارند. در الگوی شناختی فریث (۱۹۹۲)، به نقل از پاشو (۱۹۹۶)، یک فرضیه این است که این بیماران، آغازگر یا فاعل^{۱۶} فعالیت‌های خود نیستند و این مسئله، به پدیده آسیب‌شناختی «سندرم تأثیر»^{۱۷} می‌انجامد. فریث این اشکال را ناشی از نقص فرایند نظارت بر کارکرد^{۱۸} دانسته است که از طریق آن، افراد یک‌باره، از کنش جاری و نیز ابتکار حرکتی خود آگاه می‌شوند و می‌توانند بر آن نظارت کنند و جریان آن را تنظیم کنند. هدف از نظارت، تشخیص روی‌دادهایی است که فرد به‌طور ذهنی، آن‌ها را براساس روی‌دادهای عالم واقع می‌سازد. فریث (۱۹۹۵) نقص در این توانایی را در بیماران اسکیزوفرنیک نوع مثبت اعلام کرده است. کیف و دیگران^{۱۹} (۱۹۹۹) نیز معتقدند بیماران اسکیزوفرنیک به اسناد دادن خود ساخته‌هایشان^{۲۰} به یک منشأ بیرونی گرایش دارند و به همین سبب، در

1. T. M. Oh
2. T. Tényi and Others
3. J. R. Linscott
4. M. Salmani and Others
5. R. Corcoran and C. D. Frith
6. A. M. Cavington and Others
7. J. McGrath
8. B. Pachoud
9. A. Costello & E. K. Warrington
10. C. D. Frith
11. R. G. Morris and Others
12. H. Berenbaum and Others
13. Near Active Memory
14. D. M. Barch & H. Berenbaum
15. M. R. D. Melinder & D. M. Barch
16. Subject
17. Influence Syndrom
18. Monitoring of the Action
19. R. S. Keefe and Others
20. Self-Produced

نظارت بر منشأ، دچار نقص هستند؛ به این ترتیب، زیربنای اشکال‌های گفتاری در بیماران اسکیزوفرنیک، نقص در نظریه ذهن^۱ است (فریث^۲، ۲۰۰۴؛ برون^۳، ۲۰۰۵؛ کاوینگتون و دیگران، ۲۰۰۵؛ ابو-اکل^۴، ۱۹۹۹ و برایت و دیگران^۵، ۲۰۰۸).

هدف از این پژوهش، بررسی روابط تقابلی میان توهم‌های کلامی هم‌زمان و در زمان با هذیان‌های ثابت و متغیر و همچنین رابطه انسجام کلام با هذیان‌های ثابت و متغیر در بیماران اسکیزوفرنیک با علائم مثبت است. این موضوع ممکن است به تحلیل بهتر گفتار این بیماران برای یافتن برخی علت‌های احتمالی بی‌انسجامی گفتار آنان کمک کند. درباره این موضوع، تنها پژوهش‌هایی اندک در ایران انجام شده است. از نظر بنتال و دیگران^۶ (۱۹۹۱)، بریون و دیگران^۷ (۲۰۰۲ و ۲۰۰۵) و برونلین و دیگران^۸ (۲۰۰۸) - که درباره توهم بیماران اسکیزوفرنیک تحقیق کرده‌اند - میان توهم‌های کلامی و هذیان‌ها، هم‌بستگی‌ای ویژه وجود دارد؛ اگرچه کوستافردا و دیگران^۹ (۲۰۰۸) هیچ‌گونه شاهدهی پیدا نکرده‌اند که نشان دهد بیماران دارای توهم کلامی، به بیمارانی که هذیان در آن‌ها غالب است، ارتباطی ندارند.

۲. بی‌انسجامی، متداول‌ترین اختلال گفتار اسکیزوفرنیک

منظور از تحلیل گفتار بیماران اسکیزوفرنیک در این مقاله، گفته^{۱۰}‌های آنان است؛ زیرا گفتار این بیماران، بر مبنای نظام زبانی، سالم است. به‌باور کوزولین^{۱۱} (۱۹۹۹)، گفته به‌عنوان واحد گفتار، جهت آن را به‌سوی شخص دیگر نشان می‌دهد. ویژگی‌های بیان‌شده از سوی باختین^{۱۲} (۱۹۸۱) به نقل از

1. Theory of Mind
2. C. D. Frith
3. M. Brune
4. A. Abu-Akel
5. A. Bright-Paul and Others
6. R. P. Bentall and Others
7. G. Brébion and Others
8. J. Brunelin and Others
9. S. G. Costafreda and Others
10. Uttrance
11. A. Kozulin
12. M. M. Bakhtin

ایرواین^۱، (۲۰۱۰)، یعنی مخاطب‌سویی^۲ و پاسخ‌مندی^۳ گفته نیز گویای آن است که گفته - که در روابط روابط میان گوینده با مخاطب(ها) و در وضعیت گفتار شکل می‌گیرد - واحد معناست؛ بدین ترتیب، گفتار به‌عنوان شکلی از بازنمونی زبان در قالب آواها، در نظام زبان تحلیل می‌شود؛ در حالی که گفته، در وضعیت گفتار و برای مخاطب شکل می‌گیرد و معنی را باید در آن جست. این موضوع در سطح کاربردشناسی مطرح می‌شود که در بیماران اسکیزوفرنیک، بیش از سطوح دیگر، دچار اختلال است. در این حوزه، دو موضوع مهم، یعنی پیوستگی^۴ و انسجام^۵ بررسی می‌شود که در تحلیل گفتار، به‌صورت مشخص، عبارت از شیوه‌ای است که در آن، جمله‌ها در پیوند با یکدیگر، متنی معنی‌دار^۶ را شکل می‌دهند تا به اصطلاح هلیدی^۷ (۱۹۷۸)، متنیت^۸ کلام ساخته شود. پیوستگی عبارت از گره‌هایی سطحی در ساختار کلام است که واحدهای کلام را به یکدیگر پیوند می‌دهند. این گره‌ها بسیار متنوع‌اند و از جمله آن‌ها می‌توان ضمیرها و اساساً هم‌مرجعی^۹، حروف ربط، واژه‌های هم‌معنی^{۱۰}، حذف^{۱۱} و جانشین‌سازی^{۱۲} را نام برد (هلیدی و حسن^{۱۳}، ۱۹۷۶). از سوی دیگر، انسجام، به پیوند منطقی قضایا با حفظ توالی آن‌ها مربوط است. توالی جمله‌ها ممکن است دارای پیوستگی، ولی بدون انسجام باشد. بی‌انسجامی قضایای متوالی، پیوند منطقی دو قضیه را - که مبتنی بر قراردادی ارتباطی است و رعایت آن در اصول مشارکت یا همیاری^{۱۴}، از سوی گرایس^{۱۵} (۱۹۷۵) مطرح شده است - سلب می‌کند

-
1. M. Irvine
 2. Adressivity
 3. Answerability
 4. Cohesion
 5. Coherence
 6. Discourse Analysis
 7. Meaningful
 8. M. A. K. Halliday
 9. Textuality
 10. Co-Referency
 11. Synonyms
 12. Ellipsis
 13. Substitution
 14. M. A. K. Halliday & R. Hassan
 15. Cooperative Principles
 16. H. P. Grice

(فینچ^۱، ۲۰۰۰: ۲۱۱ و ۲۱۲). در بسیاری از موارد، ناپیوستگی کلام، موجب بی‌انسجامی آن می‌شود و به همین سبب، در مطالعات گفتار این بیماران، بی‌انسجامی، ناپیوستگی را نیز دربر می‌گیرد. اساسی‌ترین اختلال در گفتار اسکیزوفرنیک مثبت، بی‌انسجامی است.

به نظر ژیون^۲ (۱۹۹۵)، انسجام متن، فرایند سه‌گانه پیچیده و چندلایه است که لایه‌های آن، در برابر یکدیگر قرار می‌گیرند. نگاه دوسویه این دانشمند به موضوع انسجام در متن و ذهن، این پرسش را مطرح می‌کند که آیا همواره انسجام یا بی‌انسجامی موضوع، در متن و ذهن، بر هم منطبق است. انسجام، هم در تولید و هم در درک گفتمان جای دارد و فرایندی مشترک و حاصل کوشش دو ذهن فرستنده و گیرنده برای دستیابی هم‌زمان به چند هدف است؛ البته ممکن است برخی از این هدف‌ها در تعارض با یکدیگر باشند و همکاری‌گوینده و شنونده برای حل این تعارض و دستیابی به چشم‌انداز هدف‌هایشان، از نوع نسبی باشد. از سوی دیگر، روی‌کرد ژیون، این فکر را تقویت می‌کند که ممکن است فرد در ذهن خود، انسجام کلامی داشته باشد؛ ولی به‌علت‌هایی (یعنی هر مسئله‌ای که از تمرکز یا نظارت بر گفتار بکاهد)، کلام منسجم تولید نکند.

۳. پرسش‌ها و فرضیه‌ها

پرسش‌های زیر، موضوع پژوهش را تعیین می‌کنند:

- آیا میان هذیان و توهم در بیماران اسکیزوفرنیک، رابطه‌ای وجود دارد و در صورت وجود داشتن، این رابطه از چه نوعی است؟
 - آیا بی‌انسجامی در گفتار بیماران اسکیزوفرنیک، با هذیان و توهم در این بیماران ارتباطی دارد و در صورت مثبت بودن پاسخ، این ارتباط از چه نوعی است؟
 - آیا بی‌انسجامی در گفتار همه این بیماران، به یک اندازه و یکسان است؟
- در پاسخ به این پرسش‌ها، فرضیه‌های زیر مطرح می‌شوند:

1. G. Finch
2. T. Givón
3. Meta-Phenomenon

- میان هذیان و توهم در بیماران اسکیزوفرنیک، رابطه وجود دارد و این رابطه می‌تواند با نوع یا انواعی از توهم و هذیان، مرتبط باشد؛
- بی‌انسجامی گفتار بیماران اسکیزوفرنیک نه تنها باید در ارتباط با هذیان و توهم در این بیماران باشد؛ بلکه به نوع هذیان و توهم نیز بستگی دارد؛
- بی‌انسجامی در گفتار برخی از این بیماران، شدیدتر است.

۴. روش‌شناسی

آزمودنی‌های این پژوهش، هجده نفر (نه زن و نه مرد) از بیماران اسکیزوفرنیک براساس معیار DSM-IV-TR با نشانگان مثبت و در وضعیت حاد هستند که بین هجده تا ۵۶ ساله‌اند. میزان تحصیلات این بیماران - که همگی فارسی‌زبان‌اند - از صفر تا لیسانس است و سطح خانوادگی و اجتماعی متوسط به پایین دارند. هیچ‌یک از این بیماران، سابقه ضربه خوردن به سر، تشنج و اعتیاد ندارند. جدول ۱ بیانگر وضع عمومی آزمودنی‌هاست.

جدول ۱. ویژگی‌های آزمودنی‌ها

۹	مرد	جنس
۹	زن	
۵	۱۸ - ۲۸ سال	گروه سنی
۶	۲۹ - ۳۹ سال	
۴	۴۰ - ۵۰ سال	
۳	۵۱ - ۵۶ سال	
۱۲	مجرد	وضعیت تأهل
۳	متأهل	
۳	جداشده	
۵	بالتر از دیپلم	تحصیلات
۴	دیپلم	
۷	راه‌نمایی تا دبیرستان	
۱	ابتدایی	
۱	بی‌سواد	

برای یافتن رابطه احتمالی میان بی‌انسجامی کلام این بیماران با هذیان و توهم در گفتار آزاد خودانگیخته، هریک از بیماران بدون محدودیت موضوع و فارغ از هرگونه آزمون برنامه‌ریزی شده، دو بار در روزهای مختلف و بین ساعت‌های ۸ تا دوازده، بدون محدود کردن زمان گفتگو، به صورت فردبه‌فرد مورد مصاحبه آزاد قرار گرفتند. از مشارکان، دو پرسش مشخص و مشابه پرسیدیم تا میان چگونگی پاسخ‌دهی، مقایسه صورت گیرد. بقیه پرسش‌ها متنوع بودند و به وضع و موقعیت گفتمان با پیروی از جریان گفتمان بستگی داشت. پس از گردآوری اطلاعات، جدولی شامل مجموعه‌ای از اختلال‌های گفتار و وضعیت هذیان و توهم در بیماران ترسیم کردیم و متغیرهای آن با ویژگی داشتن یا نداشتن، نسبت به یکدیگر مقایسه و محاسبه شد؛ سپس رابطه متقابل میان توهم‌های کلامی هم‌زمان و در زمان را با هذیان‌های ثابت و متغیر بررسی کردیم و ضریب توافقی^۱ آن را به دست آوردیم؛ آن‌گاه رابطه میان بی‌انسجامی گفتار آنان را با این هذیان‌ها تحلیل کردیم. بی‌انسجامی گفتار این بیماران براساس ویژگی‌های انسجام، همچون کاربرد ضمیرهای بی‌مرجع، اسم‌های معرفه بدون پیشینه، حذف نهاد و رابط‌هایی مانند حروف ربط و عناصر انسجام‌دهنده مشخص شده است.

محاسبه‌ها و استنباط آماری را با استفاده از روش جدول‌های متقاطع (آزمون کای دو) پی‌رسون انجام داده‌ایم. همه اطلاعات نمونه‌ای را با استفاده از خروجی نرم‌افزار SPSS به دست آورده و روابط و میزان هم‌بستگی اقلام موردنظر را براساس آن تفسیر کرده‌ایم.

۵. تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این بخش، انواع روابط میان دو نوع هذیان ثابت و متغیر را با دو نوع توهم هم‌زمان و در زمان بررسی می‌کنیم. جدول ۲ تعداد بیماران دارا (مثبت) و فاقد (منفی) متغیرهای توهم‌های هم‌زمان و در زمان و نیز هذیان‌های متغیر و ثابت را با توجه به رابطه تقابلی میان دو نوع توهم با دو نوع هذیان موردنظر نشان می‌دهد. آمار روابط متقابل بین متغیرهای موردنظر را بدین صورت می‌توان توصیف کرد:

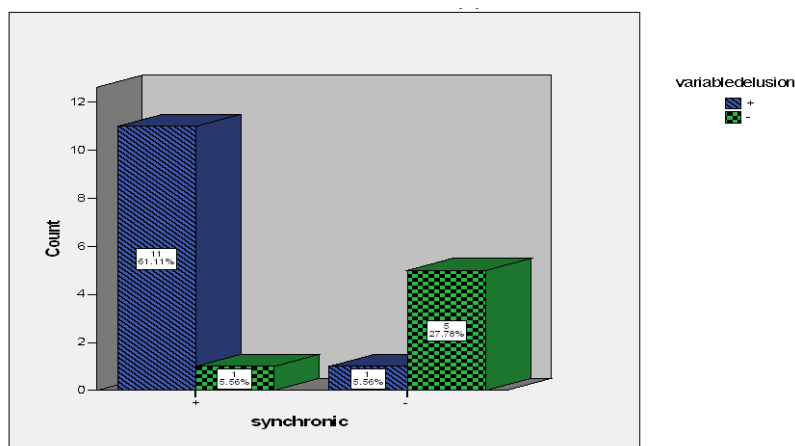
1. Contingency Co-Efficient

جدول ۲. دسته‌بندی بیماران اسکیزوفرنیک مثبت بر پایه داشتن یا نداشتن ویژگی‌های توهم و هذیان

(n=۱۸)

	هذیان متغیر		هذیان ثابت	
	+	-	+	-
توهم شنیداری هم‌زمان	+	۱۱	۱	۸
	-	۱	۵	۵
توهم شنیداری در زمان	+	۴	۴	۸
	-	۸	۲	۵

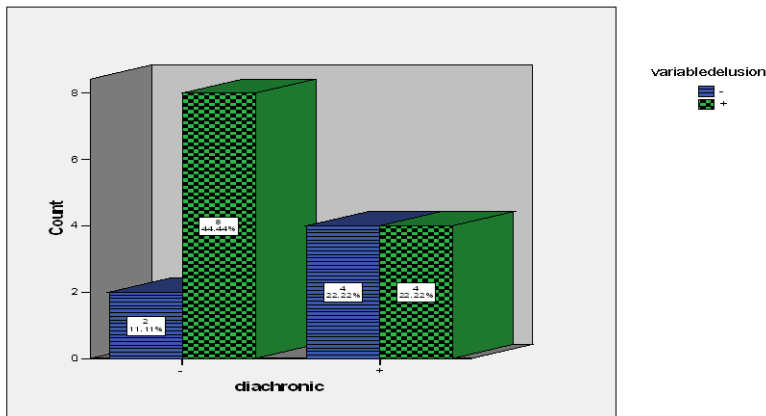
در شکل ۱، درصد بیماران دارای وضعیت مربوط به متغیرهای هذیان متغیر و توهم هم‌زمان مشخص شده است: ستون اول با نشانه مثبت در زیر محور افقی، نمایانگر درصد بیمارانی است که توهم هم‌زمان و هذیان ثابت دارند (۶۱/۱۱ درصد) و بیشترین درصد بیماران را تشکیل می‌دهند؛ ستون دوم با نشانه مثبت در زیر محور افقی، نشان‌دهنده بیمارانی است که توهم هم‌زمان دارند؛ ولی هذیان متغیر ندارند (۵/۵۶ درصد)؛ ستون سوم با نشانه منفی در زیر محور افقی، نشان‌دهنده بیمارانی است که توهم هم‌زمان ندارند؛ ولی هذیان متغیر دارند (۵/۵۶ درصد)؛ ستون آخر بیانگر درصد بیمارانی است که نه توهم هم‌زمان دارند و نه هذیان متغیر (۲۷/۷۸ درصد).



شکل ۱. رابطه میان توهم هم‌زمان و هذیان متغیر در بیماران اسکیزوفرنیک مثبت (n=۱۸)

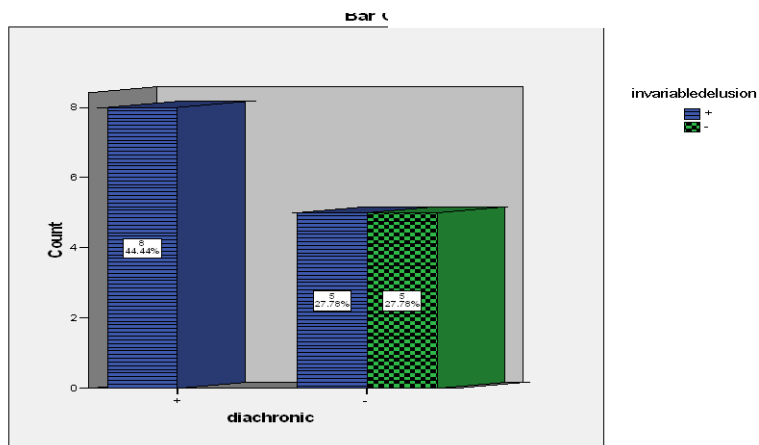
بررسی آمار رابطه بین دو متغیر توهم هم‌زمان با هذیان متغیر نشان می‌دهد که با توجه به بالا بودن مقدار این آمار به میزان ۱۰/۱۲۵ و پایین بودن p ($۰/۰۵ < ۰/۰۰۱ =$)، بین توهم هم‌زمان با هذیان متغیر، رابطه متقابل وجود دارد؛ همچنین مقدار سطح معناداری آمار آزمون، برابر با ۰/۰۰۴ است که کمتر از سطح استاندارد معناداری (۰/۰۵) است؛ به علاوه، میزان ضریب توافقی شش درصد و ضریب هم‌بستگی ۷۵ درصد، بیانگر رابطه قوی میان این دو متغیر است.

شکل ۲ درصد بیماران اسکیزوفرنیک با وضعیت مربوط به متغیرهای درزمان و هذیان متغیر را نشان می‌دهد. در این شکل، هریک از بیماران دارای توهم هم‌زمان با یا بدون هذیان متغیر، ۲۲/۲۲ درصد کل افراد را تشکیل می‌دهند؛ در حالی که افراد بدون توهم درزمان و هذیان متغیر، تنها یازده درصد را شامل می‌شوند. درصد افرادی که هذیان متغیر دارند؛ ولی توهم هم‌زمان ندارند، ۴۴/۴۴ درصد است و این مسئله، رابطه استوار میان این دو متغیر را نشان می‌دهد.



شکل ۲. رابطه میان توهم در زمانی و هذیان متغیر در بیماران اسکیزوفرنیک مثبت (n=۱۸)

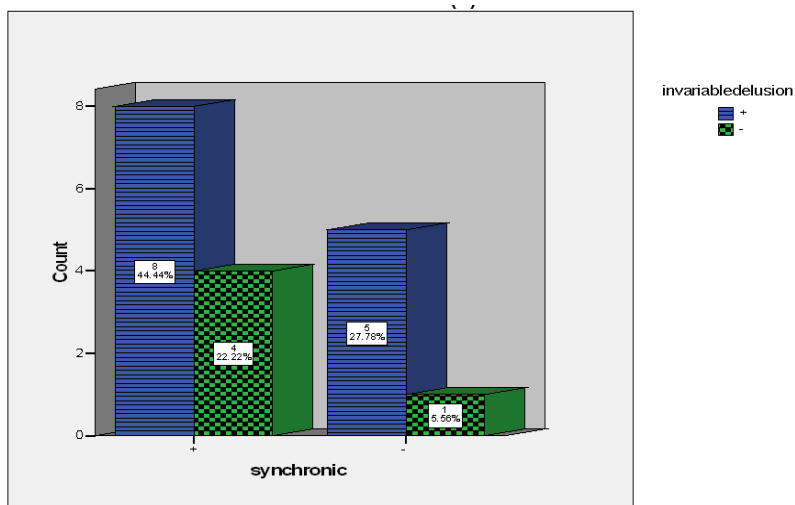
در بررسی رابطه متقابل بین توهم در زمان و هذیان متغیر، کم بودن مقدار کای دو (۱/۸) و زیاد بودن $p(0.05 > 0.18) =$ نشان دهنده رابطه متقابل بسیار ضعیف بین دو متغیر توهم در زمان با هذیان متغیر است. میزان شدت هم‌بستگی (ضریب توافقی ۰/۳۰۲) و ضریب هم‌بستگی (حدود ۰/۳۱) بیانگر هم‌بستگی بسیار ضعیف میان متغیرهای توهم کلامی در زمان و هذیان متغیر است. شکل ۳ نمایانگر رابطه میان دو متغیر توهم در زمان و هذیان ثابت است و درصد این روابط را در میان بیماران بررسی شده نشان می‌دهد.



شکل ۳. رابطه میان توهم در زمان و هذیان ثابت در بیماران اسکیزوفرنیک مثبت (n=۱۸)

زیادبودن مقدار کای دو (۵/۵۳۸) و کمبودن p ($0/019 < 0/05$)، بیانگر معناداری رابطه متقابل بین دو متغیر توهم درزمان و هذیان ثابت است؛ همچنین ضریب توافقی حدود ۴۸ درصد و ضریب همبستگی ۵۵ درصد، میزان نسبتاً زیاد این رابطه را نشان می‌دهد. همچنان که در شکل ۳ می‌بینیم، هیچ‌یک از افرادی که هذیان ثابت ندارند، توهم درزمان هم ندارند؛ درمقابل، افرادی که هر دو این متغیرها را دارند، ۴۴/۴۴ درصد از کل افراد را تشکیل می‌دهند.

در شکل ۴، وضعیت و درصد مربوط به متغیرهای توهم همزمان و هذیان ثابت در بیماران موردنظر مشخص شده است.



شکل ۴. رابطه میان توهم همزمان و هذیان ثابت در بیماران اسکیزوفرنیک مثبت (n=۱۸)

کمبودن مقدار کای دو (۰/۵۵۴) و زیادبودن p ($0/457 > 0/05$) نشان‌دهنده رابطه متقابل بسیار ضعیف بین دو متغیر توهم همزمان و هذیان ثابت است؛ همچنین میزان همبستگی میان متغیرهای توهم همزمان و هذیان ثابت، قوی است و ضریب توافقی (۰/۱۷) و ضریب همبستگی (-۰/۱۷۵)، میزان بالای این رابطه را نشان می‌دهد.

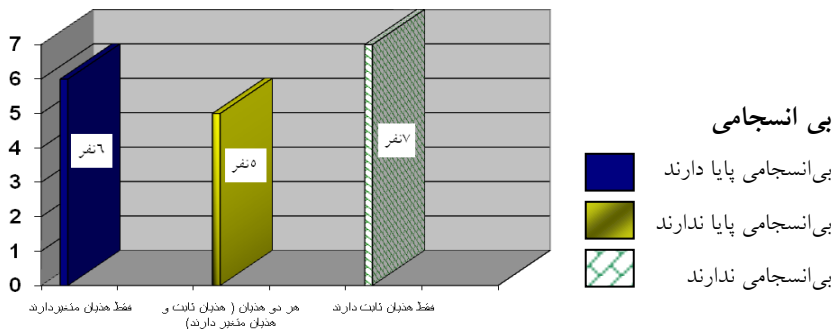
۶. رابطه میان بی‌انسجامی گفتار با هذیان متغیر

تاکنون، انواع روابط میان دو نوع هذیان ثابت و متغیر را با دو نوع توهم هم‌زمان و در زمان بررسی کردیم. اینک، رابطه میان متغیر بی‌انسجامی را - که به سبب پایایی در برخی بیماران می‌توان آن را بی‌انسجامی پایا نامید - با انواع هذیان‌ها تحلیل می‌کنیم.

داده‌ها نشان می‌دهند که بی‌انسجامی پایا در بیماران دارای هذیان متغیر، بسیار بیشتر است. وضعیت بیماران با توجه به بودن یا نبودن بی‌انسجامی پایا در گفتارشان در تقابل با هذیان‌های ثابت و متغیر، بدین شرح است:

از میان هجده بیمار مورد بررسی، هفت نفر (۳۸/۹ درصد) هذیان ثابت دارند و در گفتار هیچ‌یک از آنان، بی‌انسجامی پایا دیده نمی‌شود. در مجموع، یازده نفر (۶۱/۱۱ درصد) هذیان‌های متغیر می‌گویند. از این تعداد، شش نفر (۵۴/۵ درصد) فقط هذیان متغیر و پنج نفر (۴۵/۴ درصد) هر دو نوع هذیان (متغیر و ثابت) را دارند. بی‌انسجامی در گفتار این یازده نفر، پایاست و در پنج نفر باقی‌مانده که هر دو نوع هذیان را دارند، بی‌انسجامی، وضعیتی ثابت ندارد.

شکل ۵ وضعیت روابط تقابلی میان بی‌انسجامی پایا در گفتار این بیماران را با انواع هذیانی که می‌گویند، نشان می‌دهد. بیمارانی که هذیان متغیر دارند - اعم از آنکه هذیان ثابت هم داشته یا نداشته باشند - ۶۱ درصد از کل افراد را در مقابل بقیه که فقط هذیان ثابت دارند، تشکیل می‌دهند و این خود بیانگر ارتباط میان بی‌انسجامی پایا با هذیان متغیر و در نتیجه با توهم هم‌زمان است.



شکل ۵. رابطه میان بی‌انسجامی پایا در گفتار و انواع هذیان در بیماران اسکیزوفرنیک مثبت (n=۱۸)

۷. بحث

بی‌انسجامی یکی از آشکارترین نشانه‌های کلام بیماران اسکیزوفرنیک است؛ اما میزان و ماهیت آن در همه این بیماران، یکسان نیست؛ گرچه برحسب شاخص‌هایی می‌توان آن را دسته‌بندی کرد. بی‌انسجامی در بیماران اسکیزوفرنیک با نشانگان مثبت، حاصل اختلال صوری فکر است، جنبهٔ زبانی محض ندارد و با یکی دیگر از مشخصه‌های بیماری اسکیزوفرنی، یعنی هذیان‌گویی مرتبط است. هذیان‌ها را به دو دسته می‌توان تقسیم کرد: یکی هذیان‌هایی که موضوع آن‌ها ثابت است (هذیان ثابت) و دیگری هذیان‌هایی که موضوع‌های مختلف دارند و هر لحظه تغییر می‌کنند (هذیان متغیر). در هذیان ثابت، یک یا چند باور مشخص و یگانه همواره بیان می‌شوند و بیمار مثلاً همیشه فکر می‌کند به او به‌عنوان یک قدیس یا برگزیدهٔ مذهبی وحی می‌شود؛ علاوه‌بر آن، ممکن است هذیان بزرگ‌منشی یا هذیان گزند و آسیب را هم داشته باشد؛ ولی حتی اگر این هذیان‌ها موضوع‌هایی گوناگون داشته باشند، همواره محور موضوعشان مبتنی بر باوری ثابت است. در هذیان متغیر، بیمار هنگام گفتگو با داستان‌سازی‌های خودانگیخته^۱، بارها جریان و روی‌دادهای موضوع کلام را تغییر می‌دهد و اگر به ادامهٔ یک موضوع وادار شود، مکالمه را رها می‌کند. بررسی کلام بیماران مورد مطالعه نشان می‌دهد که این هذیان‌های ثابت و متغیر، با دو نوع توهم ارتباط دارد که بیشتر از نوع کلامی‌اند. در یک نوع از این توهم‌ها، بیمار (معمولاً هنگام تنهایی) دچار توهم (معمولاً از نوع کلامی) می‌شود و براساس آن، همواره هذیان می‌گوید (توهم درزمانی). در نوع دیگر، بیمار همواره و در هر وضعیتی، ممکن است دچار توهم شود و در این صورت، هنگام گفتگو نیز ممکن است دچار توهم (از نوع هم‌زمان) شود. ممکن است در یک بیمار، هر دو نوع این هذیان‌ها دیده شود.

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند که بین دو متغیر توهم درزمان و هذیان متغیر، رابطه‌ای معنادار وجود ندارد ($p > 0/05$)؛ همچنین رابطهٔ بین دو متغیر توهم هم‌زمان و هذیان ثابت، معنادار نیست ($p > 0/05$). از سوی دیگر، بین دو متغیر توهم هم‌زمان با هذیان متغیر، رابطهٔ تقابلی معناداری وجود دارد ($p < 0/05$) و ضریب هم‌بستگی ۷۵ درصد میان آن‌ها، رابطه‌ای قوی را میان دو متغیر یادشده نشان می‌دهد؛ همچنین بین دو متغیر توهم درزمان و هذیان ثابت نیز رابطهٔ تقابلی معنادار ($p < 0/05$) با ضریب

هم‌بستگی ۵۵ درصد دیده می‌شود. بیشتر بیماران دارای توهم هم‌زمان، هذیان‌های متغیر دارند و در نتیجه، بی‌انسجامی در کلامشان پایاست؛ در مقابل، کلام بیمارانی که توهم در زمان دارند، هم نسبت به گروه دیگر، از آغاز، بسیار منسجم‌تر است و هم بی‌انسجامی موجود در کلامشان به تدریج کاهش می‌یابد؛ بنابراین، بی‌انسجامی کلام بیمارانی که هذیان متغیر دارند، بسیار بیشتر از بیمارانی است که هذیان ثابت دارند؛ به این ترتیب، یافته‌های این تحقیق با نتایج یافته‌های بتال و دیگران (۱۹۹۱)، بریون و دیگران (۲۰۰۲ و ۲۰۰۵) و برونلین و دیگران (۲۰۰۸) همسو است.

شایان ذکر است که نقش مخاطب در قابلیت درک کلام بیمار، بسیار مؤثر است؛ ولی تأثیر این نقش درباره بیمارانی محسوس است که هذیان ثابت دارند و مخاطب، مجالی برای آشنایی با ذهنیات بیمار می‌یابد؛ زیرا سوگیری سخنان بیمار قابل پیش‌بینی است. اگر بیمار در ذهن خود، انسجام کلام داشته باشد؛ ولی پیوستگی در گفته‌هایش نباشد؛ مثلاً نهاد/ مبتدا را به دلیل آگاهی خود از آن، به عنوان اطلاع کهنه حذف کند و جمله‌های گزاره‌ای بسازد، مخاطبی که به سبب ناآشنایی با مکونات ذهنی بیمار، در آغاز گفتگو نتوانسته است با او ارتباط کلامی‌ای موفق برقرار کند، کم‌کم قادر خواهد شد به همان انسجام کلامی موجود در در ذهن بیمار دست یابد. از جمله عواملی که به کاهش بی‌انسجامی کمک می‌کند، کشف حشوانگاشته‌هایی است که بیمار در کلام خود، آن‌ها را حذف می‌کند؛ مانند نهاد جمله و یا مرجع ضمیرها.

۸. نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن است که بی‌انسجامی در کلام بیماران اسکیزوفرنیک مثبت، با نوع هذیان ثابت و/ یا متغیر این بیماران ارتباط دارد. این دو نوع هذیان نیز با توهم‌های بیمار مرتبط است و در کلام بیمارانی که توهم در زمان دارند، بی‌انسجامی‌ای کمتر و به تدریج کاهنده دیده می‌شود؛ در حالی که در کلام بیمارانی که دچار توهم هم‌زمان هستند، بی‌انسجامی، بیشتر و پایاست؛ همچنین اگر بیمار هر دو نوع هذیان را داشته باشد، بی‌انسجامی پایا در گفتار او همچنان دیده می‌شود؛ با این تفاوت که بازگشت به موضوع گفتمان نیز در کلام این بیماران وجود دارد. از سوی دیگر، نبودن رابطه معنادار میان توهم در زمان با هذیان متغیر - که بیانگر ارتباط میان این توهم با انسجام کلام است - و در مقابل،

ارتباط قوی توهم هم‌زمان با هذیان متغیر - که بسیار هم‌بسته با بی‌انسجامی پایاست - گویای ارتباط توهم هم‌زمان با بی‌انسجامی است.

نتایج این بررسی از یک سو می‌تواند برای دست‌یابی به برخی علت‌های سازمان‌نیافته برای بی‌انسجامی گفتار اسکیزوفرنیک مثبت، مفید باشد و از سوی دیگر، زمینه را برای تحلیل بهتر کلام این بیماران فراهم می‌کند.

منابع

- سلمانی، معصومه، بهروز محمودی بختیاری و فیروزه رئیسی (۱۳۸۷). «تجزیه و تحلیل کلام بیماران اسکیزوفرنیک از جنبه‌ی اصل همیاری گرایس». *فصلنامه علمی - پژوهشی توان‌بخشی*. دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی. دوره ۹. ش ۲. صص ۲۸ تا ۳۴.

- Abu-Akel, A. (1999). "Impaired Theory of Mind in Schizophrenia". In *Pragmat. Cogn.* N. 7. PP. 247-282.

- Bakhtin, M. M. (1981). *The Dialogic Imagination*. Translated by C. Emerson and M. Holquist. Austin: University of Texas Press.

- Barch, D. M. & H. Berenbaum (1994). "The Relationship Between Information Processing and Language Production". In *Journal of Abnormal Psychology*. N. 105. PP. 81-88.

- Bentall, R., P. Baker and G. A. Havers S. (1991). "Reality Monitoring and Psychotic Hallucinations". In *British Journal of Clinical Psychology*. N. 30. PP. 213-222.

- Berenbaum, H. and Others (2008). "Cognitive Correlates of Schizophrenia Signs and Symptoms: I. Verbal Communication Disturbances". In *Psychiatry Res.* N. 159 (1-2). PP. 147-156.

- Bleuler, E. (1911/1950). In: *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. New York: International Universities Press.

- Brébion, G. and Others (2002). "Source Monitoring Impairments in Schizophrenia: Characterisation and Associations with Positive and Negative Symptomatology". *Psychiatry Research*. N. 112. PP. 27-39.
- Brébion, G. and Others (2005). "Hallucinations, Negative Symptoms, and Response Bias in a Verbal Recognition Task in Schizophrenia". In *Neuropsychology*. N. 19. PP. 612-617.
- Bright-Paul, A., C. Jarrold & D. B. Wright (2008). "Theory-of-Mind Development Influences Suggestibility and Source Monitoring". In *Developmental Psychology*. N. 44 (4). PP. 1055-1068.
- Brune, M. (2005). "Theory of Mind in Schizophrenia: A Review of the Literature". In *Schizophrenia Bulletin*. N. 31 (1). PP. 21-42.
- Brunelin, J. and Others (2008). "Selective Source Monitoring Impairment in Patients with Schizophrenia Compared to Healthy and Major Depressive Disorder Subjects". In *European Review of Applied Psychology*. N. 58 (2). PP. 105-110.
- Chaika; E. (1990). *Understanding Psychotic Speech: Beyond Freud and Chomsky*. Charles C. Thomas (Springfield. Ill. U. S. A).
- Chapman, J. (1966). "The Early Symptoms of Schizophrenia". In *Br. J. Psychiatry*. N. 112. PP. 225-251.
- Chapman, L. J. & J. P. Chapman (1973). *Disordered Thought in Schizophrenia*. New York: Apple-Century-Crofts.
- Chapman, L. J., J. P. Chapman & G. A. Miller (1964). "A Theory Verbal Behavior in Schizophrenia". In B. A. Maher (Ed.). *Progress in Experimental Personality Research*. Vol. 1. PP. 49-77. New York: Academic Press.
- Clemmer, E. J. (1980). "Psycholinguistics Aspects of Pauses and Temporal Patterns in Schizophrenic Speech". In *Journal of Psycholinguist Res*. N. 9. PP. 161-185.
- Corcoran, R. & C. D. Frith (1996). "Conversational Conduct and the Symptoms of Schizophrenia". In *Neuropsychiatry*. N. 1. PP. 305-318.

- Costafreda, S. G. and Others (2008). "Affective Modulation of External Misattribution Bias in Source Monitoring in Schizophrenia". In *Psychological Med.* N. 38. PP. 821-824.
- Costello, A. & E. K. Warrington (1989). "Dynamic Aphasia: The Selective Impairment of Verbal Planning". In *Cortex.* N. 25. PP. 103-114.
- Covington, M. A. and Others (2005). "Schizophrenia and the Structure of Language: The Linguist View". In *Schizophrenia Research.* N. 77. PP. 85-98.
- Dochetry, N. M., M. DeRosa & N. C. Andreasen (1996). "Communication Disturbances in Schizophrenia and Mania". In *Archives of General Psychiatry.* N. 53. PP. 358-364.
- Finch, G. (2000). *Linguistic Terms and Concepts.* McMillan Press.
- Frith, C. D. (1992). *The Neuropsychology of Schizophrenia.* Erlbaum: Hove.
- ----- (1995). *Functional Imaging and Cognitive Abnormalities.* Lancet. PP. 615-620.
- ----- (2004). "Schizophrenia and Theory of mind". In *Psychological Medicine.* N. 34 (3). PP. 385-389.
- Givón, T. (1995). "Coherence in Text V.S. Coherence in Mind". In *Coherence in Spontaneous Text.* Edited by M. A. Gernsbacher & T. Givón. John Benjamins. PP. 59-115.
- Grice, H. P. (1975). "Logic and Conversation". In P. Cole and J. Morgan (Eds.). *Syntax and Semantics, Speech Acts.* Vol. 3. Academic Press. New York. PP. 41-58.
- Halliday, M. A. K. (1978). *Languageas Social Semiotic.* London: Edward Arnold.
- Halliday, M. A. K. and R. Hasan (1976). *Cohision in English.* London: Longman.
- Irvine, M. (2010). *Main Theories of Mikhail Bakhtin: Dialogism, Polyphny and Open Meaning.* <irvinem@georgetown.edu>.

- Keefe, R. S. and Others (1999). "Source Monitoring Deficits in Patients with Schizophrenia: A Multinomial Modeling Analysis". In *Psychological Medicine*. N. 29. PP. 903-914.
- Kozulin, A. (1986). *Thought and Language, Lev Vygotsky*. Cambridge, M. A.: MIT Press.
- Lecours, A. R. and M. Vanier-Clément (1976). "Schizophrenia and Jargon Aphasia". In *Brain and Language*. N. 3. PP. 516-565.
- Levy, D. L. and Others (2009). "The Genetic Basis of Thought Disorder and Language and Communication Disturbances in Schizophrenia". In *Journal of Neurolinguistics*. Doi. 10. 1016/J. Jneuroling. PP. 1-17.
- Linscott, J. R. (2004). "Thought Disorder Pragmatic Language Impairment, and Generalized Cognitive Decline in Schizophrenia". In *Schizophrenia Research*. N. 9. PP. 225-232.
- McGrath, J. (1991). "Ordering Thoughts on Thought Disorder". In *British Journal of Psychiatry*. N. 158. PP. 307-316.
- McKenna, P. J. (1994). *Schizophrenia and Related Syndromes*. Oxford: Oxford University Press.
- McKenna, P. J. & T. Oh (2005). *Schizophrenic Speech Making Sense of Bathroofs and Ponds that Fall in Doorways*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Melinder, M. R. D. & D. M. Barch (2003). "The Influence of a Working Memory Load Manipulation on Language Production in Schizophrenia". In *Schizophrenia Bull*. N. 29. PP. 473-485.
- Mellor, C. S. (1970). "First Rank Symptoms of Schizophrenia". In *British Journal of Psychiatry*. N. 117. PP. 15-23.
- Morris, R. G. and Others (1995). "Problem Solving in Schizophrenia: A Specific Deficit in Planning Ability". In *Schizophrenia Research*. N. 14. PP. 235-246.

- Oh, T. M., R. A. McCarthy & P. J. McKenna (2002). "Is There a Schizophasia? A Study Applying the Single Case Approach to Formal Thought Disorder in Schizophrenia". In *Neurocase*. N. 8. PP. 233-244.
- Pachoud, B. (1996). *Schizophasie et Disfonctionements Dognitifs*. Université de Picardie. PP. 240- 250.
- Rochester, S. & J. R. Martin (1979). *Crazy Talk: A Study of the Discourse of Schizophrenic Speakers*. Plenum: New York.
- Rodriguez-Ferrera, S., R. A. McCarthy & P. J. McKenna (2001). "Language in Schizophrenia and it's Relationship to Formal Thought Disorder". In *Psychology Med*. N. 31. PP. 197-205.
- Schneider, K. (1959). *Clinical Psychopathology*. Grune & Stratton. New York: M. W. Hamilton (Trans.).
- Tényi, T., R. Szili & M. Trixler (2002). "Schizophrenics Show a Failure in the Decoding of Violations of Conversational Implicature". In *Psychopathology*. N. 35. PP. 25-27.