

الگوی اختلالات زبانی در بیماران آسیب دیده مغزی: شواهدی از بیماران دوزبانه کردی-فارسی

مریم تفرجی یگانه^{*1}

1) گروه زبان انگلیسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ایلام

تاریخ پذیرش: 91/12/21

تاریخ دریافت: 90/9/14

چکیده

مقدمه: اختلالات زبانی اعم از تولیدی و درکی در وجوه متفاوت زبان، در بیماران آسیب دیده مغزی به چشم می‌خورد. بررسی و تحلیل این نوع اختلالات می‌تواند در درمان بهتر و سریع‌تر این بیماران مؤثر واقع شود. این مطالعه با هدف بررسی و تعیین نوع آفازی در بیماران دوزبانه کردی-فارسی آسیب دیده مغزی (CVA) و بررسی الگوی بازگشت زبانی در دو زبان صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه به منظور بررسی و تعیین نوع اختلالات زبانی در بیماران آفازی دوزبانه کردی-فارسی، آزمون زبان پریشی افراد دوزبانه (BAT) که در دو گونه فارسی و کردی تنظیم شده است، مورد استفاده واقع شده است. آزمودنی‌های این پژوهش شامل سه بیمار آفازی دوزبانه کردی-فارسی می‌باشند که کردی زبان اول و فارسی زبان دوم آن‌ها بوده است که به علت (CVA) و آسیب در نیمکره چپ مغز مدتی در بیمارستان بستری بوده‌اند. در این پژوهش از سه نفر فرد سالم و طبیعی که سابقه هیچ گونه اختلال روانی و یا آسیب مغزی نیز نداشته‌اند، به عنوان گروه کنترل استفاده شده و نتایج و داده‌های حاصل از عملکرد این دو گروه مورد بررسی مطالعه و ارزیابی قرار گرفتند.

یافته‌های پژوهش: بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش بیماران بیشترین اختلال زبانی را در حوزه تولید زبانی و تکرار داشتند. تولید این بیماران تلگرافی، شامل کلمات محتوایی بود و تکواژهای نقشی در گفتار آن‌ها اغلب محذوف بود، توانایی تکرار هم در این بیماران بسیار ضعیف بود، در حدی که قادر به تکرار هیچ جمله‌ای نبودند، برعکس قابلیت درک زبانی در آن‌ها بسیار خوب و بالاتر از حد متوسط بود. نیمرخ زبانی این بیماران در هر دو زبان کردی و فارسی تقریباً یکسان بوده و الگوی اختلالات و بازگشت زبانی در هر دو زبان تفاوت چندانی با هم نداشته‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری: نوع اختلال آفازی در بیماران دوزبانه کردی-فارسی که در نیمکره چپ دچار آسیب بودند بر اساس داده‌های حاصل از آزمون زبان پریشی افراد دوزبانه در هر دو زبان بروکا تشخیص داده شد و الگوی بازگشت زبانی نیز منطبق بر الگوی موازی بوده است.

واژه‌های کلیدی: اختلالات زبانی، بیماران آفازی، الگوی بازگشت موازی، آزمون بت (BAT)

* نویسنده مسئول: گروه زبان انگلیسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ایلام

[Email:](#)

مقدمه

در طول تاریخ همواره تلاش‌های بسیاری برای درک ارتباط بین زبان و ذهن و شناسایی ماهیت آن‌ها انجام گرفته است. هم‌چنین روش‌های استفاده از انگاره‌ها و روش‌های زبان‌شناختی، روان‌شناختی و عصب‌شناختی، به ویژه در نیم قرن اخیر، سبب گردیده است تا دیدگاه‌ها و یافته‌های جدید در مورد پردازش طبیعی و نیز اختلالات زبانی به دست آید، که جزئیات بیشتری در مورد ویژگی‌های زبان و ذهن در اختیار ما قرار می‌دهد. در این راستا مطالعاتی که افراد زبان‌پریش (آفازی) امکان دستیابی به اطلاعات بیشتر در زمینه سازمان‌یابی کالبدشناختی مغز را برای ما فراهم می‌آورد. این مطالعات ابزار مفیدی برای محک نظریه‌های زبان‌شناختی متفاوت در مورد کارکرد زبان می‌باشند که همسو با پژوهش‌های عصب‌شناسان زبان در مورد چگونگی بازنمایی و پردازش زبان در ذهن و نیز چگونگی اضمحلال آن در اثر ضایعات مغزی صورت گرفته - اند.

دو زبانی‌گی نیز از مسائل بسیار پیچیده است که همواره مورد توجه و بررسی زبان‌شناسان و متخصصین امر آموزش زبان بوده است. چگونگی فراگیری و سازماندهی اطلاعات خاص هر زبان در ذهن و نحوه بازنمایی و دسترسی به این اطلاعات از جمله مسائل حائز اهمیت و در خور مطالعه و بررسی می‌باشند

و به همین جهت نظریه پردازان‌های متفاوتی در این راستا صورت گرفته است.

دو زبانی‌گی به معنی دانستن و به کار بستن دو زبان متفاوت است، به طوری که فرد بتواند از هر زبان بر حسب مورد برای نیازهای ارتباطی خود استفاده کند. شرایط دو زبانه شدن ممکن است به طور هم‌زمان و به شیوه زبان مادری باشد و یا یکی از زبان‌ها به صورت «زبان دوم» و یا «زبان خارجی» فرا گرفته شده باشد. واینریش (1953) معتقد است که یک فرد دو زبانه قادر است که بر اساس تغییر در موقعیت همواره از یک زبان به زبان دیگر تغییر کند و در شرایطی که وضعیت یکنواخت باشد هرگز چنین اتفاقی نخواهد افتاد.

رویکردهای متفاوتی نسبت به پدیده دوزبانی‌گی وجود دارد. ولی آن‌چه که بیشتر نظریه پردازان در مورد آن اتفاق نظر دارند، ماهیت میان رشته‌ای پدیده دوزبانی‌گی است. مک‌کی (1963) معتقد است که به علت ماهیت میان رشته‌ای پدیده دوزبانی‌گی و ارتباط آن با حوزه‌های متفاوت از جمله جامعه‌شناسی و روان‌شناسی و... هرگز قادر نخواهیم بود که دوزبانی‌گی را به تنهایی در حوزه زبان‌شناسی تجزیه و تحلیل کنیم.

از یک دیدگاه دوزبانی‌گی به نوع فردی و اجتماعی تقسیم می‌شود، ولی بهتر است که در نظر داشته باشیم که هرگز نمی‌توان

یک زبان پیشرفت می‌کند، اطلاعات زبان دیگر تضعیف شده و از بین می‌رود.

4- ترتیبی: در این حالت تا یکی از زبان‌ها کاملاً

بهبود نیابد، زبان دیگر بی‌تغییر باقی می‌ماند.

5- انتخابی: در این مدل نیز بیمار هرگز در یک یا دو تا از زبان‌ها بهبود نمی‌یابد.

6- آمیخته: در این حالت دو یا چند زبان به صورت ترکیبی به کار می‌روند.

البته باید توجه داشت که بسیاری از رفتارهای افراد دوزبانه مانند میزان تسلط و روانی کلام مسئله ای ثابت و غیرقابل تغییر نیست، و با گذشت زمان و بر اساس تجربیات متفاوت فرد دو زبانه دست خوش تغییرات زیادی می‌شود. تجربه نشان داده است افرادی که در ابتدا دو سیستم زبانی متفاوت برای هر کدام از زبان‌ها در ذهن خود داشته‌اند بعدها تمایل به ترکیب کردن این دو سیستم را داشته‌اند و بالعکس.

دیالر (1970) معتقد است که تمایز بین این دو نوع دوزبانگی مرکب و همپایه تنها یک تقسیم بندی فرضی و ذهنی است و شاید هرگز تجربیات عملی ما این نوع مرزبندی را تأیید نکند.

کارهای زیادی در خصوص چگونگی فرآیند تولید و درک در دوزبانه‌ها صورت گرفته است. از جمله می‌توان به آلبرت و ابلر (1978) اشاره کرد که در تحقیقی نشان دادند

یک خط مرز کاملاً دقیق بین انواع دوزبانگی بکشیم.

و این‌رایش (1968) دوزبانگی را این‌گونه تعریف می‌کند: «تمرین و یا مهارت کاربرد دو زبان به صورت هم‌زمان، دوزبانگی نام دارد و شخصی را که چنین توانایی دارد دوزبانه گفته می‌شود».

تعریف دیگر از دوزبانگی توسط بلومفیلد (1933) ارائه شده است. وی معتقد است که اگر شخصی بتواند زبان دیگر را مانند زبان آموزان بومی زبان و هیچ اختلالی در زبان مادریش هم ایجاد نشود، فرد دوزبانه گفته می‌شود.

الگوی بازگشت زبانی برای هر یک از زبان‌ها در افراد دوزبانه متفاوت است، بدین معنا که الزاماً نوع آسیب و الگوی بازگشت زبانی در دو زبان مثل هم نیست و ممکن است هر یک از زبان‌ها تابع الگوی خاص خود باشد. اما به طور کلی، پردی (1977) به شش مدل بازگشت زبانی اشاره کرده است که در زیر به آن‌ها اشاره می‌کنیم:

1- متفاوت: در این مدل هرکدام از زبان‌ها مستقل از یکدیگر دچار اختلال می‌شوند و ممکن است که در یک زمان و یا در زمان‌های متفاوتی بازگشت پیدا کنند.

2- موازی: در این مدل زبان‌ها دچار اختلالات مشابه می‌شوند و با آهنگ یکسانی بازگشت می‌یابند.

3- متضاد: در این حالت هرچه اطلاعات

های مختلف زبانی مانند گفتار و ادراک دچار یک سلسله ناهنجاری های ساختاری و مفهومی می شود. بر اساس محل و یا عمق ضایعه بیمار زبان پریش ممکن است قادر به تکلم باشد ولی توانایی نوشتار را از دست بدهد و یا بالعکس و یا ممکن است هر نوع دیگر از اختلالات زبانی و درکی را از خود بروز دهد. این بیماران ممکن است توانایی آواز خواندن داشته باشند، در حالی که قادر به تکلم نباشند. زبان پریشی ممکن است با اختلالاتی نظیر نارساگویی ماهیچه ای و یا کنش پریشی همراه باشد. البته لازم به ذکر است که میزان آسیب پذیری مهارت های زبانی یک پدیده نسبی است و لذا انواع زبان پریشی هم دارای خصوصیت نسبی بودن است و هرگز نباید به عنوان یک پدیده مطلق تلقی شود. این مسئله در دهه های اخیر توجه بسیاری از پژوهشگران در حیطه های علوم عصبی، شناختی و روانی از جمله عصب شناسان و روان شناسان زبان را به خود جلب کرده است و از این طریق، نحوه ارتباط میان زبان و مغز بسیار مورد توجه و کنکاش علمی قرار گرفته است. زبان پریشی به طور کلی بر اساس چهار ملاک و یا شاخص گفتار شفاهی، درک شفاهی، توانائی تکرار و توانائی نامیدن، پنج دسته است:

1- زبان پریشی بیانی: که در واقع همان زبان پریشی بروکا است که در آن گفتار ناروان،

فرآیند تولید و درک در افراد دوزبانه تا حدود زیادی مستقل از همدیگر است. اگر چه آن ها بر اساس مطالعه و بررسی افراد دوزبانه و زبان - پریش توانستند یکسان بودن فرآیند درک را نشان دهند، اما دلایل کافی جهت اثبات همانندی فرآیند تولید به دست نیاوردند.

زبان پریشی نوعی اختلال در نظم و جریان طبیعی زبان است که آثار آن در وجوه ادراکی و بیانی زبان و به صورت نابسامانی های در مهارت های چهارگانه گفتن، شنیدن، خواندن و نوشتن ظاهر می شود. این بیماری نوعی اختلال کلی و یا جزئی است که در کاربردهای عادی و روزمره زبانی به وجود می آید. به طور کلی می توان گفت زبان پریشی در نتیجه آسیب دیدن مناطقی از مغز انسان که در فرآیندهای زبانی عهده دار نقشی هستند ظاهر می شود. از این رو، در انسان هایی که مهارت های زبانی آن ها در اثر آسیب و یا ضایعه مغزی دچار قطع و یا اختلال می شود، زبان پریشی به عنوان نوعی عارضه زبانی اکتسابی رخ می دهد و جنبه ارثی یا مادرزادی ندارد. این بیماران پیش از بروز ضایعه از حیث توانایی های زبانی افراد سالمی بوده اند، اما در نتیجه نوعی ضایعه مغزی عارضی هوشیاری و نظارت آنان بر رفتار زبانی به دلایل آسیب شناختی کاهش یافته و سست می شود و توانمندی آن ها در جنبه -

عفونت، سگته مغزی، خونریزی مغزی و وجود تومور مغزی، اختلال در این نواحی زبانی به وجود می - آید. بیماری زبان پریشی در صورت وجود تومورهای مغزی به کندی پیشرفت می کند، ولی در صورت وجود بیماری های عصبی پیشرفته از جمله آلزایمر و پارکینسون به شدت پیشرفت می کند. این بیماری ممکن است در اثر خونریزی های ناگهانی ناشی از پاره شدن رگ ها در مغز ایجاد شود. بیماری های عصب شناختی مزمن از قبیل صرع و یا میگرن ممکن است با درجات بسیار خفیفی از زبان پریشی همراه باشند. زبان پریشی هم چنین ممکن است که از جمله عوارض جانبی استفاده از داروهای افیونی برای علاج بیماری های مزمن باشد.

برای زبان پریشی بر اساس معیارها و ملاک های متفاوت انواع گوناگونی ذکر شده است. به طور کلی می توان به سه دسته از این تقسیم بندی ها اشاره کرد. در دسته بندی اول دو نوع زبان پریشی معرفی می شود، زبان پریشی اولیه و زبان پریشی ثانویه.

زبان پریشی اولیه: در زبان پریشی اولیه اختلالاتی در مسیر فرآیندهای پردازش زبانی به وجود می آید.

زبان پریشی ثانویه: در اثر مشکلات دیگر از قبیل اختلال حافظه، اختلال در توجه و تمرکز و یا اختلالات ادراکی به وجود می آید.

با توجه به عمق و محل ضایعه انواع مختلفی از

درک نسبتاً خوب و تکرار ضعیف است.

2- زبان پریشی درکی: یکی از انواع این نوع زبان پریشی همان زبان - پریشی ورنیکه است که گفتار روان، درک ضیف و تکرار ضعیف از علائم شاخص آن است.

3- زبان پریشی انتقالی: در این نوع اختلال، گفتار روان، درک نسبتاً خوب است، اما در تکرار اشکال شدید وجود دارد.

4- زبان پریشی نامیدن: اختلالی است که در آن گفتار روان، درک خوب و تکرار خوب است، اما در توانایی نامیدن اشکال زیادی به چشم می خورد.

5- زبان پریشی فراگیر: در این نوع اختلال، گفتار بسیار ناروان است و ناتوانی شدید در درک و فرآیند تکرار به چشم می خورد.

زبان پریشی اغلب به علت وجود ضایعه در نواحی مرتبط زبانی در منطقه قشری لوب گیجگاهی و آهیانه ای، منطقه بروکا، ورنیکه و یا در مسیر ارتباطات عصبی بین آن ها به وجود می آید، این مناطق در اکثر موارد در نیمکره چپ واقع هستند و در اکثر بیماران در نواحی که به توانایی تولید و درک مربوط می شود، وجود دارد. اما در تعداد کمی از افراد توانایی زبانی در نیمکره راست قرار دارد. در هر کدام از این موارد به دلایلی از قبیل وارد آمدن ضربه، وجود

برونداد زبانی و حرکتی خوبی ندارند، لذا از این بیماری به عنوان زبان - پریشی حرکتی نیز نام برده می‌شود. این بیماران در نامیدن تصاویر بیشتر از عبارات «نمی‌دانم» استفاده می‌کنند. بسته به عمق ضایعه نشانه های این بیماری می‌تواند از ضعیف ترین حالت (که در آن نارساگویی عضوی قشری) که در این حالت بیمار مشکل ادراکی و فهم ندارد و می‌تواند از طریق نوشتار ارتباط برقرار کند، تا شدیدترین حالت آن که توانایی صحبت کردن و تولید زبانی به کلی از بین می‌رود بروز کند. مشکل عمده بیماران بروکا اختلال دستور پریشی است، بدین صورت که شروع به صحبت کردن برایشان مشکل است، گفتار آن‌ها ناروان، با زحمت و مکث زیاد همراه است.

معمولاً توانایی نوشتار نیز دچار اختلال می‌شود و الگوی آهنگ گفتار نیز مختل می‌شود. در واقع توالی زبانی آن‌ها محدود می‌شود به کلمات بریده بریده و جملاتی با ساختار بسیار ضعیف که در آن‌ها واژه های نقشی و تکواژهای مقید وجود ندارد. ولی توانایی ادراکی آن‌ها بی - نقص باقی مانده است. و تعدادی از این بیماران که بعد از مدتی بهبود پیدا کرده اند، اظهار می - دارند که در طول زمان بیماری خودشان متوجه بودند که می‌خواهند چه بگویند، اما قادر به بیان درست آن نبودند.

زبان پریشی وجود دارد. از جمله مهم ترین انواع زبان پریشی می‌توان به زبان پریشی ورنیکه، زبان پریشی بروکا، زبان پریشی کلی، زبان پریشی انتقالی، زبان پریشی اسمی، زبان پریشی ترانس کرتیکال حسی، زبان پریشی ترانس کرتیکال حرکتی، زبان پریشی ترانس کرتیکال ترکیبی، ترانس کرتیکال زیرقشری اشاره کرد.

زبان پریشی بروکا یکی از اختلالات زبانی می‌باشد، که برای اولین بار در سال 1861 توسط پل بروکا، عصب شناس فرانسوی، معرفی شد. از نظر وقوع رخداد مانند زبان پریشی کلی است، اما از لحاظ شدت در سطح پایین تری قرار دارد (نیلی‌پور، 1372).

زبان پریشی بیانی که در اصطلاح روان شناسی-عصب شناختی به آن زبان پریشی بروکا و در روان شناسی-عصب شناختی به آن دستور پریشی گفته می - شود، به علت وجود ضایعه در قسمت پیشین مغز در ناحیه بروکا در نیمکره چپ به وجود می‌آید (در واقع ناحیه شماره 44 و 45 بوردمن). در این بیماری، فرد توانایی تولید زبانی خود را چه به صورت گفتاری و چه نوشتاری از دست می - دهد. اما باید توجه داشت که این بیماری با نارساگویی عضوی که در آن بیمار قادر به حرکت دادن ماهیچه های زبان و دهان خود نیست تفاوت دارد. بیماران که اختلال بروکا دارند اغلب قادر به درک مفهوم گفتار هستند، اما

عنوان گروه کنترل اجرا گردیده است.

آزمون بت یک آزمون زبانی جامع می باشد که به منظور ارزیابی عملکرد زبانی افراد آسیب دیده آفازی دوزبانه توسط مایکل پردی در سال 1987 میلادی طراحی و تدوین شده است. در این آزمون توانایی های زبانی هر فرد در هر یک از زبان ها به صورت مجزا و هم زمان مورد بررسی قرار می گیرد. این آزمون از زیر بخش های متفاوتی شامل، مرتب کردن، شنیداری، گفتاری، خواندن و نوشتن است، که دو مورد اخیر فقط در مورد افراد باسواد به اجرا در می آید. این آزمون زبانی چندبخشی سطوح مختلف زبانی از جمله (واج شناسی، ساختواژی، نحوی، واژگانی و معنایی) را مورد بررسی قرار می دهد. به منظور آزمون افراد آفازی دوزبانه نیاز به کتاب محرک و آزمون های زبانی مربوط به هر یک از زبان ها وجود دارد. البته آزمون بت می تواند به منظور ارزیابی توانایی زبانی افراد یک زبانه نیز به کار گرفته شود. تاکنون 106 گونه از آزمون بت برای دوزبانه ها طراحی شده است. که از آن جمله می توان به گونه فارسی و کردی آن اشاره کرد که به صورت برخط (آنلاین) در اختیار کاربران قرار دارد و قابل ذخیره کردن می باشد. داده های حاصل از عملکرد بیماران به صورت جداول و نمودارهایی نشان داده شده اند.

عوامل مختلفی باعث بروز این عارضه می شوند که از آن جمله می توان به وارد آمدن ضربه به سر، سکتة مغزی، وجود تومورهای مغزی، خونریزی مغزی و... اشاره کرد که البته سکتة های مغزی از شایع ترین علل ایجاد این عارضه می باشند.

مواد و روش ها

این پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی و مورد-شاهد می باشد. روش نمونه گیری هم به صورت انتخابی بوده است. آزمودنی ها از میان بیمارانی که به بیمارستان های شهید مصطفی خمینی و بیمارستان امام خمینی شهر ایلام مراجعه کرده بودند انتخاب شدند. گروه کنترل نیز شامل افرادی است که طبیعی و سالم هستند و سابقه ابتلا به بیماری های روانی و یا آسیب مغزی نداشته اند. جامعه آماری و تعداد آزمودنی - های این تحقیق مشتمل بر سه زن می باشد که مشخصات و ویژگی های خاص هر کدام از آن ها که از طریق مصاحبه و تکمیل پرسش نامه به دست آمده است. متغیرهای مستقل در این بررسی شامل سن، جنس، میزان تحصیلات، وجود ضایعه، جایگاه ضایعه، دست برتری و طبقه اجتماعی می باشد و متغیر وابسته هم شامل نمره کسب شده توسط بیمار درگونه کردی و فارسی آزمون بت می باشد. در این مطالعه بخش های مختلف آزمون بت، بر روی بیماران آسیب دیده نیمکره چپ و افراد طبیعی به

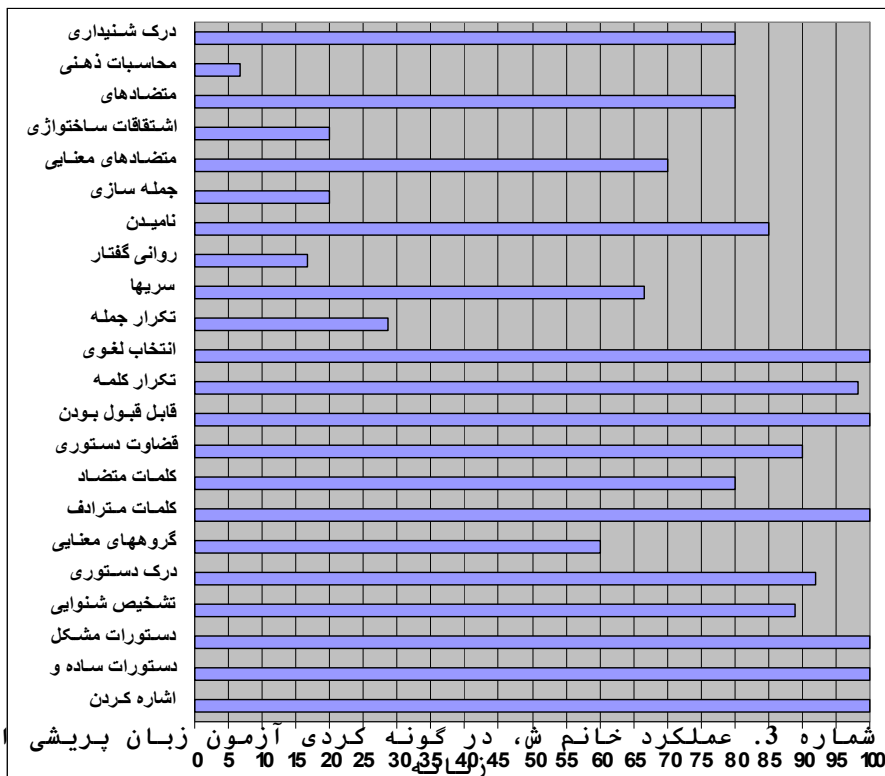
یافته های پژوهش

در این مطالعه خلاصه - ای از عملکرد هر یک از آزمودنی ها به ترتیب نشان داده می شود. بر اساس داده های حاصل از عملکرد بیماران در هر کدام از زیر بخش های مربوط به آزمون دوزبانگی برای زبان های کردی و فارسی یک نیمرخ زبانی تهیه و در زیر ارائه گردیده است. از مشاهده و بررسی داده های پیداست که عملکرد بیمار در قسمت های مربوط به اشاره کردن، دستورات ساده و نیمه مشکل، دستورات مشکل، تشخیص شنوایی گفتار، درک دستوری، گروه های معنایی، کلمات مترادف، کلمات متضاد، قضاوت دستوری، قابل قبول بودن معنایی، تکرار کلمه و انتخاب لغوی، تکرار جمله و انتخاب لغوی، سریها، روایی گفتار، نامیدن جمله سازی، متضادهای معنایی، اشتقاقیات ساختواری، متضادهای ساختواری، درک شنیداری درک شنیداری محاسبات ذهنی متضادهای ساختواری اشتقاقیات ساختواری

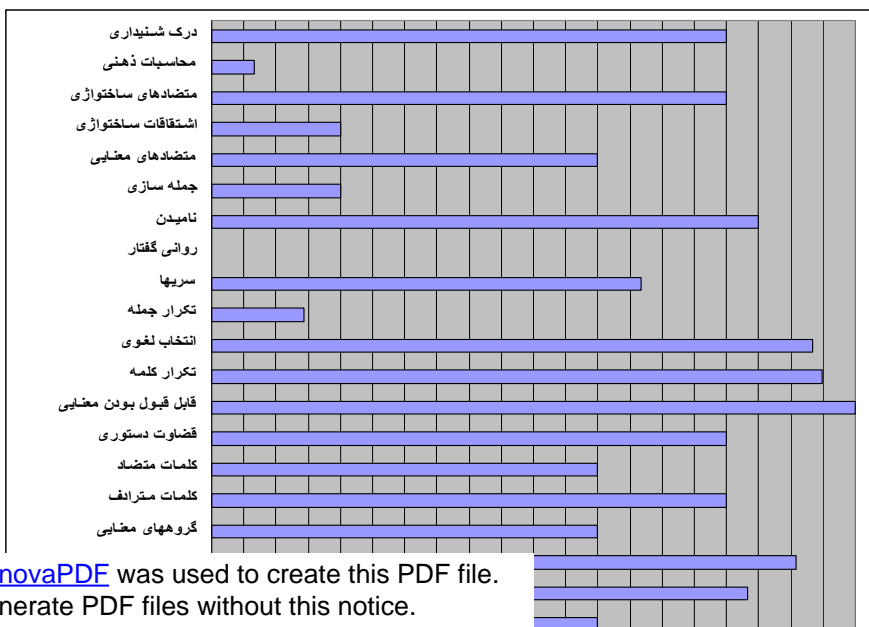
موارد 100 درصد درست عمل کرده است. اما آزمودنی - های این پژوهش در بخش های تکرار جمله، روانی گفتار، جمله سازی، اشتقاقیات ساختواری و محاسبات ذهنی عملکردی پایین تر از حد متوسط داشته اند، تا حدی که در بخش جمله سازی، در مواردی حتی قادر به ساختن یک جمله صحیح به لحاظ معنایی و دستوری نبوده اند، که این خود بیانگر این موضوع است که بیماران در قسمت های درکی آزمون از قبیل درک شنیداری، درک دستوری و درک معنایی عملکرد خوب و رضایت بخشی داشته اند، اما در قسمت های مربوط به تکرار واحدهای بزرگ تر از کلمه، و در بخش تولیدی از قبیل روانی گفتار، جمله سازی و محاسبات ذهنی بسیار ضعیف عمل کرده اند. نمودار مربوط به نحوه عملکرد بیمار در آزمون زبان - پریشی دوزبانه ها در زیر رسم شده است.



نمودار شماره 2. عملکرد خانم م، در گونه فارسی آزمون زبان پریشی افراد دو زبانه



نمودار شماره 3. عملکرد خانم ش، در گونه کردی آزمون زبان پریشی افراد دو



نمودار شماره 4. عملکرد خانم ش، در گونه فارسی آزمون زبان پریشی افراد دو زبانه



نمودار شماره 5. عملکرد خانم ف، در گونه کردی آزمون زبان پریشی افراد دو زبانه



نمودار شماره 6. عملکرد خانم ف در گونه فارسی آزمون زبان پریشی افراد دو زبانه

درک زبانی عملکرد نسبتاً خوب و بالاتر از حد متوسط داشته اند، اما در تولید زبانی با مشکلات جدی روبرو بوده اند، از جمله این که این بیماران قادر به تولید جملات نبوده اند و تولید آن ها پر از مکث و با تقلای زیاد و بریده بریده بوده است. مقولات نقشی در تولید آن ها محذوف بودند و بیشتر از کلمات محتوایی استفاده کرده اند. تولید آن ها با انواع مختلف پارافازی همراه بوده است، که این ویژگی ها از ویژگی های خاص آفازی بروکا می باشد. علاوه بر این از آن جا که نوع اختلال و الگوی بازگشت زبانی در هر دو زبان کردی و فارسی در این بیماران یکسان بوده است، لذا بر اساس تقسیم بندی پردی (1987) می توان گفت که الگوی بازگشت زبانی در این بیماران از نوع الگوی موازی (parallel) می باشد. که یافته های این تحقیق با یافته های مطالعات مربوط به مالی و میرا (2004)،

بررسی و مقایسه نیم رخ های زبانی مربوط به هر یک از بیماران به روشنی نشان می دهد، زبان پریشی بیماران از نوع بروکا می باشد و هم چنین عملکرد زبانی و الگوی اختلالات بیماران در زبان های کردی و فارسی تفاوت چندانی نشان نمی دهند و مواردی را که در آن ها بیماران عملکرد خوب و در حد متوسط داشته اند، در دو زبان یکسان و نقاط ضعف و مواردی که عملکرد بیماران در آن ها پایین تر از حد متوسط بوده است نیز یکسان می باشند. بنا بر این الگوی بازگشت زبانی در دو زبان کردی و فارسی کاملاً شبیه هم بوده است.

بحث و نتیجه گیری

بر اساس داده های حاصل از پژوهش، نوع زبان پریشی و یا به عبارتی اختلال آفازی در آزمودنی های تحقیق که افراد دو زبانه کردی-فارسی می باشند، از نوع بروکا تشخیص داده شده است، زیرا این بیماران در

کرد. وینسو، ویش، سیویان و مارتسیس (1977) الگوی بازگشت زبانی را در بیماران آفازی چند زبانه روسی-رومانیایی-آلمانی-یونانی مورد بررسی قرار دادند، نتایج نشان دادند که عملکرد زبانی بیماران در هر چهار زبان کاملاً یکسان بوده است، تفاوت چندانی بین نوع و میزان اختلالات زبانی آن‌ها وجود نداشته، در حدی که وقتی بیماران تحت آموزش‌های گفتار درمانی برای زبان رومانیایی قرار گرفتند، عملکرد زبانی آن‌ها در هر چهار زبان به یک میزان بهبود پیدا کرد، که این هم شاهدی است بر این که الگوی اختلالات و بازگشت زبانی در این بیماران از نوع موازی بوده است. لازم به ذکر است که شاید علت موازی بودن الگوی بازگشت زبانی در بیماران زبان پریش را بتوان به علت یکسانی ویژگی‌های دستوری زبان‌های فارسی و کردی دانست، زیرا این زبان‌ها با هم قرابت خانوادگی دارند و ویژگی‌های صرفی و نحوی آن‌ها بسیار شبیه به هم است. و یا از یک لحاظ دیگر شاید بتوان چنین گفت که مکانیسم‌های روان‌شناختی و عصب‌شناختی زیرین در این بیماران برای هر دو زبان یکسان است و مناطق فعال مغزی برای پردازش دو زبان یکسان می‌باشد. البته لازم به ذکر است که اثبات صحت چنین ادعاهایی نیازمند تحقیقات وسیع‌تر و دقیق‌تر در حوزه عصب-

برتیر، استارکستین، لیلیک و لیگواردا (1990) و نیلی پور و عشایری (1989) مغایرت دارد، زیرا بر اساس یافته‌های آن‌ها الگوی بازگشت زبانی در بیماران از نوع ناموازی و یا (non-parallel) تشخیص داده شده بود. مالی و میرا (2004)، به بررسی الگوی بازگشت زبانی در بیماران دوزبانه روسی-عبری پرداختند، که یافته‌های پژوهش آن‌ها الگوی ناموازی را مورد تأیید قرار داد. نیلی پور و عشایری (1989) مطالعه‌ای بر روی الگوی بازگشت زبانی در بیماران سه زبانه فارسی-آلمانی-انگلیسی انجام دادند، که یافته‌های پژوهش آن‌ها بیانگر این مسئله بود که دو زبان فارسی و آلمانی الگوی بازگشت متضاد (antagonistic) و زبان انگلیسی هم ترتیبی (successive) را نشان دادند. اما از سویی دیگر نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های تحقیقات فریدمن (1975)، وینسو، ویش، سیویان و مارتسیس (1977) هم خوانی دارد. فریدمن (1975) به بررسی الگوی بازگشت زبانی بین 40 نفر بیمار آفازی دو زبانه پرداخت که زبان اول آن‌ها یکی از زبان‌های اروپایی و زبان دوم آن‌ها عبری بود، الگوی بازگشت زبانی آن‌ها از الگوی موازی تبعیت کرد یعنی نوع اختلال و روند بهبودی در هر دو زبان یکسان بود و از الگوی یکسانی تبعیت می-

می باشد.

شناسی و روان شناسی زبان

References

- 1-Bloomfield L. Language. New York: Holt; 1933.
- 2-Dilier KC. Compound, coordinate and bilingualism: A conceptual artifact. Word 1981;26:254-61.
- 3-Mackey WF. The description of bilingualism. In: Reading in the sociology of language. Fishman J, editor. The Hague: Mouton; 1968.P.554-84.
- 4-Nilipour R, Raghbdost, SH. [Manifestation of Aphasia in Persian]. Language 2001;5:81-6.(Persian)
- 5-Nilipour R. [Linguistic and pathology of language]. Hermes Publication; 2002.(Persian)
- 6-Nilipour R. [Persian aphasia test]. Iranian Publication; 1994.
- 7-Olber L, Albert M. A monitor system for bilingual language processing. In: Aspect of Bilingualism. Paradis M, editor. Colombia; 1978.
- 8-Paradis M. Bilingualism and aphasia. In: Studies in neurolinguistics. Whitaker H, Whitaker HA, editors. New York: Academic Press; 1977.
- 9-Paradis M. The assessment of bilingual aphaia. Montreal: LEA; 1987.
- 10-Weinreich U. Research problem in bilingualism with special reference to Switzerland. PhD dissertation: Colombia University; 1953.

◆ The Pattern of Language Deficit in Aphasic Patients who Suffer from CVA: Evidences of Kurdish-Persian Bilinguals

Tafaroji Yeganeh M¹*

(Received: 5 Dec. 2011)

Accepted: 11 Mar. 2013)

Abstract

Introduction: Production and comprehension disorders, in various aspects of language, are common conditions that have been observed among the patient who suffered from CVA. Analysis of these impairments would be effective in their rapid and better treatment. The aim of this study was to determine the type of aphasia and recovery pattern of Kurdish- Persian bilingual aphasic patients.

Materials & methods: In this study, Kurdish and Persian versions of bilingual aphasic test (BAT) have been used in order to investigate the type of aphasia and language impairment in three Kurdish- Persian bilingual aphasic patients. They were in hospital because of CVA and damage in left hemisphere. Three other persons without any brain damage or psychological problems were randomly chosen as control group. Their language performance were compared and analyzed in a systematic way.

Findings: Data indicated that the aphasic patients have more difficulty and impairment in language production and repetition rather than comprehension; their speech

were characterized by a difficulty with function words and inflectional morphemes, their language production were so simplified, paraphasic and telegraphic which contained the lexical words and almost always omitted functional words. Their repetition ability was so weak that they were not able to repeat no sentence correctly. On the other hand, their speech comprehensions were good and satisfactory. Their language profile for Persian and Kurdish were alike, and language deficit and recovery pattern of these two languages showed no significant differences and somehow they were the same.

Discussion & conclusion: The results showed that the type of aphasia of these three bilingual aphasic patients whose left hemisphere were damaged is Broca area, in both Kurdish and Persian and the recovery pattern was accord to a parallel model.

Keywords: language deficits, aphasic patients, parallel recovery model, bilingual aphasic test

1. Dept of English Language, Faculty of Literature and Humanities, University of Ilam, Iran
*(corresponding author)

Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences