

بررسی ساختار زبانی بیماران افسرده خفیف و مقایسه با افراد بهنجار

Investigating language patterns of mildly depressed patients and comparing it with normal people

Masoohe Ebrahimzade

Master of clinical psychology, Allameh tabataba'i university, Tehran, Iran.

Email: Ebrahimzadepsy@gmail.com

Farideh Hosein Sabet

associate professor, Allameh tabataba'i university, Tehran, Iran.

Hosein Eskandari

Full professor, Allameh tabataba'i university, Tehran, Iran

معصومه ابراهیم زاده*

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

فریده حسین ثابت

دانشیار، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

حسین اسکندری

استاد تمام، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

Abstract

Recent studies have identified distorted language patterns in mildly depressed patients. In the present study, a linguistic approach was used as an additional diagnostic key to understand clinical variability by determining speech patterns related to clinical symptoms in patients with mild depression. Among the students of Allameh Tabataba'i University, 28 participants were selected by purposive sampling. The mildly depressed group using the Beck depression test (Beck, Steer and Brown 1996) and based on the diagnostic criteria of the 10th edition of the International Classification of Diseases (1992) and the normal group according to the absence of mental illness based on the list of symptoms of mental disorders (Drogatis, Limpen) and Covey 1973) were selected. Textual data were collected using McAdams (1995) unstructured interview and analyzed by content analysis method. From the analysis of the

چکیده

مطالعات اخیر الگوهای زبانی تحریف شده را در بیماران افسرده خفیف شناسایی کرده‌اند. در مطالعه حاضر، از رویکرد زبانی به‌عنوان یک کلید تشخیصی اضافی برای درک تنوع بالینی با تعیین الگوهای گفتار مربوط به علائم بالینی در بیماران مبتلا به افسردگی خفیف استفاده شد. از میان دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی ۲۸ مشارکت‌کننده به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. گروه افسرده خفیف با استفاده از تست افسردگی بک (بک، استیر و براون ۱۹۹۶) و بر اساس معیارهای تشخیصی نسخه دهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (۱۹۹۲)^۲ و گروه بهنجار با توجه به عدم وجود بیماری روانی بر اساس سیاهه نشانگان اختلال روانی (دروگاتیس، لیمپن و کاوی^۳ ۱۹۷۳) انتخاب شدند. داده‌های متنی با استفاده از مصاحبه ساختار نیافته مک آدامز^۴ (۱۹۹۵) جمع‌آوری و به روش تحلیل محتوا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. از تحلیل ساختار صرفی داده‌های زبانی بیماران افسرده خفیف، استفاده بیشتر از کلمات هیجانی منفی،

¹ Beck, A. Steer, S. & Brown, A.

² International classification of Diseases

³ Standardization of Symptom Checklist 90 Revised

⁴ Macadamz

morphological structure of the linguistic data of mildly depressed patients, more negative emotional words, less positive emotional words, less lexical richness and more use of past tense verbs were obtained. The research findings indicate that mild depression causes significant changes in the language structure of depressed patients.

Keywords: Depression language, mild depression, depression, language structure.

کاهش کلمات هیجانی مثبت، کاهش غنای واژگانی و استفاده بیشتر از افعال ماضی به دست آمد. یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که افسردگی خفیف تغییرات قابل ملاحظه‌ای در ساختار زبانی بیماران افسرده ایجاد می‌کند.

واژه‌های کلیدی: زبان افسردگی، افسردگی خفیف، افسرده خوبی، ساختار زبان.

نوع مقاله : پژوهشی	دریافت : فروردین ۱۴۰۲	پذیرش: خرداد ۱۴۰۲
--------------------	-----------------------	-------------------

مقدمه

افسردگی خفیف در ۱۵٪ از جمعیت گزارش شده است و نشان‌دهنده رشد مداوم و تدریجی شیوع بیماری در دهه‌های اخیر است. افسردگی خفیف عمدتاً مربوط به تنش‌های عمر است و برخلاف اختلال افسردگی اساسی نسبت به داروی ضد افسردگی واکنش چندانی ندارد و یک وضعیت پزشکی جدی است که باعث ایجاد معلولیت حرفه‌ای و شخصی می‌شود. در واقع، افسردگی خفیف با بیکاری در ۱۶٪ موارد مرتبط است. در مقایسه با افسردگی اساسی، دوره مزمن نشانه‌های افسردگی خفیف در دیستایمی باعث افزایش ریسک خودکشی می‌شود (سمیرنوا و همکاران، ۲۰۱۹، ص. ۴۲۷).

در حال حاضر، رایج‌ترین روش‌های مورداستفاده برای تشخیص افسردگی بر اساس طبقه‌بندی افسردگی بک (BDI)، گزارش خود بیمار، تجربه بالینی پزشک، و یا ترکیبی از آن هستند. با این حال، دقت این تشخیص اغلب تحت تأثیر مهارت پزشک و همکاری بیمار است، که هر دو آن‌ها بسیار ذهنی هستند. افسردگی خفیف توجه کمتری نسبت به افسردگی شدید دریافت می‌کند، با وجود اینکه شیوع بیشتری دارد و اغلب شدت آن در طول زمان رو به افزایش است (ولز و لاوکس، ۲۰۰۰). این فقدان توجه منجر به از دست دادن تشخیص و درمان زودهنگام می‌شود و همچنین به افزایش ریسک مرگ‌ومیر و احتمال اینکه افسردگی خفیف به افسردگی اساسی تبدیل شود، منجر می‌شود (پینکوارت، دوبرستین و لینس، ۲۰۰۶).

آسیب‌شناسی افسردگی خفیف مستلزم تحریف در مؤلفه‌های عاطفی (به‌عنوان مثال خلق‌وخوی غم‌انگیز) و شناختی (به‌عنوان مثال محتوای فکر منفی) است که فقط از طریق زبان بیماران ارائه می‌شود، در حالی که در اشکال شدید افسردگی همچنین همراه با علائم قابل مشاهده از جزء حرکتی (به‌عنوان مثال حرکات بدن آهسته) است. از این رو، کمبود آزمایش‌های عینی برای تشخیص افسردگی خفیف وجود دارد و تشخیص آن می‌تواند شامل عناصر ذهنی باشد (سمیرنوا و همکاران، ۲۰۱۹).^۵ تشخیص افسردگی خفیف کار چندان ساده‌ای نیست چراکه بسیاری از علائم آن می‌تواند شبیه به واکنش‌های احساسی عادی و معمول به نظر برسد. تشخیص افسردگی خفیف (MD) بر اساس ICD-۱۰ به چهار علامت نیاز دارد، در حالی که معیارهای DSM-V مبتنی بر هفت علامت اصلی است و مقیاس درجه‌بندی افسردگی همیلتون^۶ (HDRS) آستانه تشخیص افسردگی خفیف (MD) را برای نمرات مختلف از ۷ تا ۱۷ یا نمرات قطع از ۸ تا ۱۶ و طبق طبقه‌بندی شدت اخیر آن که به‌طور گسترده‌تری توسط پزشکان پذیرفته شده است، ۲۰-۲۳ پیشنهاد کرده است. با این حال، افسردگی ناهمگن است و علائم بالینی بسیار متغیری

⁵ Smirnova, D., & et al.

⁶ Volz, H. Laux, P.

⁷ Pinquart, M. Duberstein, P. Lyness M.

⁸ Smirnova., & et al

⁹ hamilton

را نشان می‌دهد، بنابراین تشخیص آن صرفاً با تعداد علائم قابل انجام نیست، بلکه باید شامل تجزیه و تحلیل دقیق و روابط علی و معلولی آن‌ها باشد. علی‌رغم تدوین معیارهای ذکر شده در بالا، روان‌پزشکی هنوز فاقد آزمایش‌های بالینی عینی از علائم قابل مقایسه با مواردی است که به‌طور معمول در سایر رشته‌های پزشکی مورد استفاده قرار می‌گیرد (سمیرنوا و همکاران، ۲۰۱۸). از آنجایی که یک مصاحبه بالینی ابزار اصلی برای تشخیص افسردگی است، تحقیقات زبانی نشان داده است که تجزیه و تحلیل منظم محتوای زبان به‌طور قابل اعتماد بیماران را به گروه‌های تشخیصی مناسبی طبقه‌بندی می‌کند.

بررسی کلی در این عرصه تحقیقات نشان می‌دهد که افسردگی موجب اختلال در کارکرد زبان می‌شود و یا ناهماهنگی میان تجربیات روانی یا ناتوانی در بیان تجربیات درونی با استفاده از زبان، منجر به افسردگی می‌شود (واکی و همکاران)^{۱۰}. پژوهش‌های کمی در مورد فرایندی که از طریق آن زبان در افسردگی نقش دارد، انجام گرفته است و باید از طریق تحقیقات تجربی مورد بررسی قرار گیرد.

این پژوهش با هدف روشن شدن معیارهای تشخیصی افسردگی خفیف در صدد پاسخگویی به این سوال قرار گرفت که افسردگی خفیف چه تغییری در فرایندهای زبانی بیمار افسرده فارسی زبان ایجاد می‌کند؟

پیشینه پژوهش

ادبیات اخیر زمینه‌ای برای مشاهده و درک فرایند زبانی افراد افسرده، به‌ویژه با توجه به ضمیرها و استفاده از کلمات عاطفی فراهم می‌کند. افسردگی در استفاده از ضمیر شخص اول تأثیر می‌گذارد، در حالی که خلق منفی موقت بر استفاده از ضمیر شخص سوم تأثیر می‌گذارد. (برنارد، بدلی، رودریگز و بروک ۱۱، ۲۰۱۵، ص ۱). در یک تحقیق (ایرلند و نعلبندیان^{۱۱}، ۲۰۱۹) همبستگی بالایی بین افسردگی و زبان خودمحور منفی به دست آمد که این همبستگی در روابط عاشقانه نزدیک بیشتر و در دوستی‌ها به میزان کمتر بود اما در مورد اعضای خانواده این همبستگی مشاهده نشد. در مطالعه سیمونز^{۱۳} (۲۰۱۷) با هدف ارزیابی ارتباط زبان و افسردگی در نوجوانی، روابط بین الگوهای زبان و افسردگی به‌طور هم‌زمان و از لحاظ طولی، با تفاوت‌های قابل توجه همراه بود. در هر دو زمان، ضمیر مفرد اول شخص علائم افسردگی بیشتری را پیش‌بینی می‌کردند. استفاده از ضمیر دوم شخص به‌طور قابل توجهی علائم افسردگی بیشتر را به‌طور هم‌زمان پیش‌بینی کرد. رود و همکاران^{۱۴} (۲۰۰۴) شواهدی را برای این فرضیه یافتند که افراد افسرده از کلمات هیجانی منفی به میزان قابل توجهی بیشتر از افراد غیر افسرده استفاده می‌کنند، این بعداً تا حد زیادی توسط مطالعات دیگر پشتیبانی می‌شود (مولندایک و همکاران^{۱۵}، ۲۰۱۲؛ ستانی و مرنگو^{۱۶}، ۲۰۱۵؛ سوهن^{۱۷}، ۲۰۱۷). کلمات هیجانی مثبت نیز به‌طور کامل بررسی شده‌اند. چندین مطالعه نتایج قابل توجهی را گزارش می‌کند که افراد افسرده کمتر از افراد سالم از کلمات هیجانی مثبت استفاده می‌کنند (بایکی و همکاران^{۱۸}، ۲۰۰۶؛ برنارد و همکاران، ۲۰۱۶؛ جاگر و همکاران، ۲۰۱۴؛ مولندایک و همکاران، ۲۰۱۲؛ رودریگز و همکاران، ۲۰۱۰؛ سوهن، ۲۰۱۷؛ سورنسن^{۱۹}، ۲۰۱۵).

¹⁰ Vaci, N., & et al.

¹¹ Bernard, J., Baddeley, J., Rodriguez, B & Bruke, Z.

¹² Ireland, M & Nalabandian, T.

¹³ Symons, C.

¹⁴ Rude & et al

¹⁵ Molendijk, M., & et al

¹⁶ Settanni, M., & Marengo, D.

¹⁷ Sohn, h.

¹⁸ Baikie, K., Geerligs, L., & Wilhelm, K.

¹⁹ Sorensen, L.

یک تجزیه و تحلیل متنی به دست آمده از داده‌های ۶۴ انجمن سلامت روان آنلاین مختلف با ۶۴۰۰ عضو نشان داده است که استفاده از عبارات مطلق گرایانه که مقادیر و احتمالات مطلق را بیان می‌کنند. مثل "همیشه"، "هیچ چیز" یا "کاملاً" بهتر از ضمائر اول شخص و عبارات هیجانی منفی مشخص کننده افسردگی هستند (الموسوی ۲۰، ۲۰۱۸).

پژوهش‌های داخلی به مطالعه محتوای زبان و به طور خاص به بررسی استعاره‌های بیماران افسرده پرداخته‌اند و پژوهشی در زمینه فرایندهای زبانی بیماران افسرده یافت نشد. حامدی و کاویانی (۱۳۸۳) در یک مطالعه همبستگی منفی بین خلق فرد و محتوای استعاره‌ها را نشان دادند؛ به این معنی که هرچه خلق فرد افسرده‌تر باشد (میزان افسردگی بیشتر باشد) است. نتایج تحقیق اسماعیلی نسب، اسکندری و برجعلی (۱۳۸۴) نشان داد گروه غیر بالینی نسبت به گروه افسرده به طور معنی‌داری از روایت‌های رهایی‌بخش بیشتری استفاده کردند در حالی که محتوای روایت‌های افراد افسرده ناامیدی و تابع جبر زمان بود. همچنین در پژوهش دیگری (اسماعیلی نسب، اسکندری و برجعلی، ۱۳۸۵) افراد افسرده نگرش به خود و نگرش به زندگی منفی‌تری را نسبت به گروه مضطرب نشان دادند.

روش

با توجه به اینکه جستجوهای اولیه پژوهشگر نشان‌دهنده آن بود که در زمینه زبان و افسردگی الگوی تدوین شده مبتنی بر دانش بومی و بافتی و زبان فارسی وجود ندارد و با در نظر گرفتن اینکه الگوی زبانی در خلال گفتار و نوشتار پدیدار می‌شود و بهترین روش اندازه‌گیری آن کدگذاری گفتار بیمار در خلال مصاحبه است؛ از روش آمیخته استفاده شد و داده‌های متنی به روش تحلیل محتوای کمی مورد تحلیل قرار گرفت.

گروه بهنجار با توجه به عدم وجود بیماری روانی بر اساس تست SCL90-R و مصاحبه بالینی انتخاب و گروه بیمار با تشخیص افسردگی خفیف توسط روانشناس بر مبنای وجود ملاک‌های افسردگی خفیف بر اساس ملاک‌های (ICD-10) در مصاحبه بالینی و رد ابتلا به بیماری‌های روانی دیگر و نمره تست افسردگی بک ۱۸ تا ۳۱ گزینش شدند. معیارهایی که در نمونه‌گیری آن‌ها لحاظ شد عبارت‌اند از:

(۱) تحت درمان دارویی یا روان‌درمانی نباشند.

(۲) گروه بیماران افسرده خفیف به اختلال روان‌پزشکی دیگری مبتلا نباشند.

پس از مصاحبه بالینی و انجام آزمون بک برای تشخیص میزان افسردگی گروه بیمار و تست نشانگان اختلالات روانی (SCL90-R) برای اطمینان از سلامت روان گروه کنترل سالم پس از ارائه توضیحاتی در مورد روش کار مصاحبه نیمه ساختار یافته بر اساس مصاحبه داستان زندگی مک‌آدامز انجام شد و گفتار به دست آمده از این مصاحبه به روش تحلیل محتوا مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش به علت بررسی زبان و وابستگی بسیار آن به سن، جنس و تحصیلات، دانشجویان در رده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال و در مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد به عنوان جامعه مورد نظر این پژوهش در نظر گرفته شده‌اند. نمونه پژوهش که تعداد آن‌ها ۱۵ نفر افسرده خفیف (۱۳ زن و ۲ مرد) و ۱۴ نفر سالم (۱۰ زن و ۴ مرد) می‌باشد؛ به روش هدفمند از طریق فراخوانی برای شرکت در پژوهش و در شبکه‌های مجازی گروه‌های دانشجویی دانشگاه علامه طباطبایی و بر اساس ویژگی‌های مورد نظر از قبیل سن، جنس، قومیت، تحصیلات و... به دست آمده است. پس از اعلام آمادگی داوطلبان، پرسشنامه‌های SCL-90-R و افسردگی بک برای آن‌ها ارسال شد. گروه بیمار بر اساس نمره تست افسردگی بک بیشتر از ۱۴ و کمتر از ۲۸ و گروه کنترل با توجه به عدم وجود بیماری روانی بر اساس تست SCL-90-R، نمره کمتر از نقطه برش انتخاب شدند.

پرسشنامه افسردگی بک (بک، استیر و براون^{۲۱}، ۱۹۹۶) یک پرسشنامه خود گزارشی دارای ۲۱ گویه است، که برای سنجش وجود و شدت علائم افسردگی طراحی شده است. هر گویه این پرسشنامه دربردارنده چهار جمله است و نمره‌ای بین صفر تا سه را در مقیاس لیکرت چهار نمره‌ای فراهم می‌کنند که نمره کلی فرد در BDI بین ۰-۶۳ خواهد بود. ثبات درونی نسخه اصلی BDI عالی و ضریب آلفای بین ۰.۷۸ تا ۰.۹۰ گزارش شده است (باریرا، گریسون و جونز، ۱۹۸۸). پایایی باز آزمایی یک‌هفته‌ای BDI-II بالا ($r = .93$) گزارش شده است که نشان‌دهنده این نکته است که این ابزار نسبت به نوسانات روزمره خلق زیاد حساس نیست. در رابطه با میزان توافق با سایر ابزارهای شناخته‌شده در این زمینه، BDI همبستگی مثبت معنی‌داری ($r = .71$) با مقیاس همیلتون برای درجه‌بندی افسردگی دارد (بک، استیر و گاربین^{۲۲}، ۱۹۸۸).

در ایران نیز در پژوهش‌های متعددی از BDI استفاده شده است. رجبی و کسمایی (۱۳۹۱) نسخه فارسی BDI-II را تنظیم و بر روی یک نمونه ۴۶۸ نفری از دانشجویان اجرا کردند که ثبات درونی آن را بالا ($\alpha = .86$) و پایایی آن را رضایت بخش گزارش کردند. در نمونه بالینی نیز مطالعه‌ای توسط دابسون، استفان و محمدخانی (۱۳۸۶) بر روی نمونه ۳۵۴ نفری که تشخیص اختلال افسردگی اساسی را دریافت کرده و در زمان مطالعه دوره بهبودی نسبی را سپری می‌کردند، انجام شده است. نتایج نشان می‌دهد که BDI از پایایی درونی عالی ($\alpha = .91$) و روایی همگرایی بالایی برخوردار است.

پرسشنامه SCL_90_R یکی از پر استفاده‌ترین ابزارهای تشخیص روان‌پزشکی است. این پرسشنامه شامل ۹۰ سؤال برای ارزشیابی نشانه‌های روانی است و به وسیله پاسخگو گزارش می‌شود. با استفاده از این پرسشنامه می‌توان افراد سالم را از بیمار تشخیص داد. این پرسشنامه توسط دراگوتیس و همکارانش در سال ۱۹۷۳ معرفی شد و بر اساس تجربیات بالینی و تجزیه و تحلیل‌های روان‌سنجی، مورد تجدیدنظر قرار گرفت و فرم نهایی آن در سال ۱۹۷۶ تهیه گردید. هر یک از سؤالات پرسشنامه از یک طیف ۵ درجه‌ای میزان ناراحتی که از نمره صفر "هیچ" تا چهار "به شدت" می‌باشد تشکیل شده است. سؤالات پرسشنامه ۹ بعد مختلف شامل شکایات جسمانی، وسواس-اجباری، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی) را در برمی‌گیرد. مدت زمان لازم برای اجرا حدود ۱۲ تا ۱۵ دقیقه بوده ولی افراد جدی ممکن است آن را در ۳۰ دقیقه یا بیشتر تکمیل نمایند. آزمون مذکور حالات فرد را از یک هفته قبل تا زمان حال مورد ارزشیابی قرار می‌دهد. در این آزمون ۷ سؤال وجود دارد که تحت هیچ‌یک از ابعاد نه‌گانه دسته‌بندی نشده‌اند. این سؤالات از نظر بالینی دارای اهمیت بوده و به شاخص‌های کلی آزمون کمک می‌کنند، و تمایل بر این است به‌طور تجمعی استفاده شوند. چنان‌که یک نمره افسردگی بالا همراه با زود بیدار شدن از خواب و بی‌اشتهایی ممکن است در مقایسه با یک نمره مشابه بدون علائم ذکر شده فوق، تعبیر متفاوتی برداشته باشد. این سؤالات به‌عنوان یکی از ابعاد آزمون نمره‌گذاری نمی‌شوند، اما به نمرات ضریب کلی ناراحتی اضافه می‌گردند. دروگاتیس^{۲۳} (۱۹۷۶) اعتبار درونی این پرسش‌نامه را با استفاده از ضریب آلفا رضایت‌بخش گزارش کرده‌اند. بیشترین ضریب همبستگی برای افسردگی ۹۵/۰ و کمترین آن برای روان‌گسسته‌گرایی ۷۷/۰ به‌دست آمده است. در محاسبات اعتبار به شیوه باز آزمایی در مورد ۹۴ بیمار روانی ناهمگون پس از یک هفته از اجرای اول، ضرایب همبستگی بین ۷/۰ تا ۹۰/۰ به دست آمد است. در مورد روایی پرسشنامه، پژوهش‌های مختلف، بیشترین همبستگی را برای بعد افسردگی ۷۳/۰ و کمترین آن را برای بعد ترس‌های مرضی ۳۶/۰ گزارش کرده‌اند (دروگاتیس و کلیری، ۱۹۷۷). به‌علاوه ضرایب همسانی درونی در مورد بیماران سرپایی در دامنه ۷۹/۰ برای افکار پارانوئیدی تا ۹۰/۰ برای افسردگی به دست آمد. افراد با نشانه‌های بالینی، در دامنه ۷۷/۰ برای روان‌گسسته‌گرایی تا ۹۰/۰ برای افسردگی به دست آمد (دروگاتیس و ساویتز، ۱۹۹۹). بوللوکی و هارت (۱۹۷۴).

²¹ Steer, S. & Brown, A.

²² Garbin, J.

²³ Derogatis, L.

در ایران نیز نتایج پژوهش اخوان عبیری و شعیری (۱۳۹۸) مقادیر قابل قبول و معناداری از روایی و اعتبار ابعاد ۹ گانه را در نمونه‌ی غیربالینی نشان داد.

مصاحبه داستان زندگی مک آدامز: مک آدامز^{۲۴} (۱۹۹۵) به منظور دستیابی به تفاوت افراد و درک آن‌ها از زندگی‌شان مصاحبه‌ای تدوین نمود. در این مصاحبه از افراد خواسته شد که نقش داستان‌گویی را بازی کنند که داستان زندگی خویش را می‌گویند. مصاحبه به چند بخش تقسیم می‌شود، بخش‌های مقدماتی در جستجوی فصل‌های کلی زندگی افراد است و سپس به تدریج در بخش‌های بعدی به جزئیات پرداخته می‌شود. بخش‌های مختلف عبارت‌اند از:

فصل‌های زندگی: در این بخش، که بازپاسخ‌ترین بخش مصاحبه است، از فرد خواسته می‌شود که فصل‌های مختلف داستان زندگی‌اش را بدون جزئیات توصیف و آن‌ها را نام‌گذاری کند.

اتفاق‌های مهم: پاره‌ای از رویدادهای مهم زندگی افراد که نقش مهمی در داستان زندگی او داشته‌اند. عبارت‌اند از: تجربه اوج، تجربه افت، تغییرات مهم، اولین خاطره زندگی، خاطره مهم دوران کودکی، خاطره مهم دوران نوجوانی، خاطره مهم دوره بزرگسالی و یک خاطره مهم دیگر که فرد تمایل دارد به آن اشاره کند.

مهم‌ترین چالش زندگی: مسئله‌ای که در دوره‌ای خاص برای فرد به وجود آمده و به نحوی باید آن را حل می‌کرده است. عوامل مؤثر بر داستان زندگی (مثبت و منفی): در این بخش از فرد خواسته می‌شود فرد، گروه یا موسسه‌ای را که بیشترین تأثیر مثبت یا منفی بر زندگی‌اش داشته توصیف کند.

داستان‌های مهم: در این قسمت آزمودنی به توصیف تأثیرگذارترین داستانی که تاکنون دیده، شنیده، یا خوانده است می‌پردازد. آینده پیشنهادی فرد برای داستان زندگی: در این بخش از فرد خواسته می‌شود تا آنچه را که دوست دارد در آینده داستانش اتفاق افتد و نیز آنچه را که دوست ندارد اتفاق بیفتد، بیان کند و در واقع پایانی برای داستان خود پیشنهاد کند. طرز فکر شخصی: این قسمت به نگرش فرد به زندگی از نظر معنوی و تغییراتی که در این نگرش در طول زمان رخ داده است می‌پردازد.

موضوع زندگی: این بخش به محوری‌ترین موضوعی که در سرتاسر داستان زندگی شخص وجود داشته می‌پردازد. موارد باقیمانده: بخش پایانی مصاحبه به مباحثی اختصاص می‌یابد که ممکن است فرد تمایل داشته باشد در مورد داستان زندگی خود بگوید و قبلاً به آن اشاره نکرده است. این مصاحبه توسط اسماعیلی نسب (۱۳۸۳) مورد استفاده قرار گرفته است.

شیوه‌ی اجرای پژوهش

داده‌های پژوهش از طریق پرسشنامه و مصاحبه بالینی از دو گروه شرکت‌کننده (گروه بیمار و گروه سالم) به دست آمد. پژوهشگر از طریق ضبط گفتار شرکت‌کننده در مصاحبه نیمه ساختاریافته داستان زندگی مک آدامز و تبدیل گفتار به متن، داده‌های موردنظر خود را تنظیم و سپس جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، بررسی و پاسخ به سؤال‌های پژوهش نرم‌افزارهای SPSS. 26 و MAXQDA. 2018 استفاده شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

پس از تبدیل مصاحبه‌ها به متن، بخشی از واحدهای گفتار به دست آمده از مصاحبه داستان زندگی مک آدامز به انتخاب پژوهشگر (۵ دقیقه ابتدایی گفتار آزمودنی‌ها) با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA به روش تولید محتوای کمی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. فراوانی کلمات مختلف بر مبنای نقش نحوی، بار هیجانی، معنای ظاهری و برگرفته از پژوهش‌های پیشین شمارش شد.

سپس کلماتی که بیشترین فراوانی را داشتند استخراج شدند. ساختارهای کلامی مورد بررسی ضمیر اول شخص مفرد، ضمیر مبهم، افعال ماضی، افعال مضارع، افعال منفی، کلمات هیجانی مثبت، کلمات هیجانی منفی، آواهای اضافی، کلمات تکرار شده هستند. همچنین مقدار کل کلمات در دو گروه شمارش شد.

برای تشخیص نرمال بودن داده‌های زبانی از آزمون شاپیرو-ویلک (Shapiro-Wilk) استفاده شد که آن را قوی‌تر از کولموگروف-اسمیرنوف می‌دانند و همچنین برای داده‌هایی با حجم کم توصیه می‌شود. با توجه به اینکه مقایسه بین گروه سالم و بیمار انجام می‌گیرد برای بررسی سؤال‌های پژوهش، داده‌های به‌دست‌آمده از متغیرهای زبانی مقدار کلمات، ضمیر اول شخص مفرد، کلمات هیجانی منفی، افعال مضارع، تکرارها (تاتولوژی) و افعال منفی که دارای توزیع نرمال هستند؛ از آزمون پارامتریک تی ستیودنت و برای متغیرهای کلمات مثبت هیجانی، ضمیر مبهم، افعال ماضی و آواهای اضافی که از توزیع نرمال برخوردار نیستند آزمون ناپارامتریک یومن ویتنی به کار گرفته شد. آزمون‌های انجام‌شده در سطح زیر ۰.۰۵ معنی‌دار تلقی گردیده‌است. نویسندگان و پژوهشگران مختلف، مراحل متفاوتی را برای تحلیل محتوا ارائه نموده‌اند. از جمله اشتراک و کوربین (۲۰۰۸)، هومن (۱۳۸۵)، بورگ و گال (۱۳۸۴) و دلاور (۱۳۷۶). در سطح عمقی برای تحلیل داده‌های کدگذاری شده با تلفیق مراحل مطرح‌شده توسط نویسندگان مذکور از یک فرایند ۴ مرحله‌ای شامل مراحل «انتخاب واحد تحلیل»، «مقوله‌بندی»، «شمارش فراوانی هر مقوله» و «تفسیر نتایج» استفاده شد.

یافته‌ها

داده‌های حاصل از آزمودنی‌ها به تعداد ۲۸ نفر که از این تعداد ۱۴ نفر در گروه بیماران افسرده خفیف (شامل ۱۲ زن و ۲ مرد) و تعداد ۱۴ نفر در گروه گواه (شامل ۱۰ زن و ۴ مرد) به شرح زیر است:

جدول ۱. شاخص‌های مرکزی، فراوانی و درصد افراد مورد بررسی به تفکیک جنسیت

انحراف معیار	میانگین	بیشترین	کمترین	درصد	تعداد	گروه‌ها	جنسیت
۳۷۸.۰۲	۱۰.۲۴	۲۸	۲۱	۳۵	۱۰	سالم	زن
۳۶۲.۰۲	۰۸.۲۴	۲۸	۲۰	۴۳	۱۲	افسرده خفیف	
۹۴۴.۰۲	۰۰.۲۷	۳۰	۲۳	۱۴	۴	سالم	مرد
۷۰۷.۰۰	۵۰.۲۴	۲۵	۲۴	۷	۲	افسرده خفیف	

همان‌طور که در جدول ۱ قابل‌مشاهده است، افراد با جنسیت مذکر با فراوانی ۶ نفر (۲۱ درصد)، و افراد با جنسیت مؤنث با فراوانی ۲۳ نفر (۷۸ درصد) نمونه را به خود اختصاص داده‌اند.

با توجه به داده‌های به دست آمده از مشارکت‌کنندگان، در پاسخ به سؤالات پژوهش بر مبنای پیشینه، مبانی نظری و داده‌ها ۱۰ مقوله ساختاری ضمیر اول شخص مفرد، افعال ماضی، افعال مضارع، کلمات هیجانی مثبت، کلمات هیجانی منفی، تکرار، آواهای اضافی، ضمیر مبهم، افعال منفی و میزان کلمات در نظر گرفته شد.

جدول ۲ داده‌های توصیفی مقوله های زبانی

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	
سالم	کل کلمات	۱۴	۲۹.۶۹۷	۹۷۱.۸۴
	ضمیر اول شخص مفرد	۱۴	۰۷.۱۰۱	۳۵۹.۲۷
	کلمات هیجانی مثبت	۱۴	۵۰.۱۵	۵۳۴.۲
	کلمات هیجانی منفی	۱۴	۵۰.۱۱	۶۵۳.۱
	افعال ماضی	۱۴	۹۳.۶۲	۴۲۶.۹
	ضمایر مبهم	۱۴	۵۰.۲۰	۱۴۰.۵
	افعال مضارع	۱۴	۰۷.۴۴	۷۸۳.۱۷
	تکرارها	۱۴	۲۱.۲۶۶	۹۷۴.۴۴
	افعال منفی	۱۴	۷۹.۱۰	۹۹۲.۲
	آوای‌های اضافی	۱۴	۹۳.۲۴	۱۹۸.۳
	کل کلمات	۱۴	۷۹.۶۴۴	۶۹۶.۷۹
	ضمیر اول شخص مفرد	۱۴	۸۶.۹۰	۱۸۵.۱۵
	کلمات هیجانی مثبت	۱۴	۸۶.۹	۶۱۳.۳
	کلمات هیجانی منفی	۱۴	۱۴.۱۷	۹۴۴.۴
افسرده خفیف	افعال ماضی	۱۴	۱۴.۷۶	۷۷۱.۱۷
	ضمایر مبهم	۱۴	۱۴.۲۲	۵۷۳.۶
	افعال مضارع	۱۴	۳۶.۳۴	۸۸۱.۹
	تکرارها	۱۴	۲۹.۲۳۳	۶۲۹.۵۱
	افعال منفی	۱۴	۲۱.۱۵	۴۰۹.۵
	آوای‌های اضافی	۱۴	۰۷.۳۸	۳۶۱.۱۴

مطابق با جدول ۲ داده‌های توصیفی حاوی این اطلاعات هستند که به ترتیب «تکرارها» با میانگین ۲۶۶ (گروه سالم)، ۲۲۳ (گروه افسرده)، «ضمیر اول شخص مفرد» با میانگین ۱۰۱ (گروه سالم) و ۹۱ (گروه افسرده) و «افعال ماضی» با میانگین ۷۵ (گروه افسرده) و ۶۳ (گروه سالم) بیشترین فراوانی را دارند.

داده‌های به‌دست‌آمده از متغیرهای زبانی مقدار کلمات، ضمیر اول شخص مفرد، کلمات هیجانی منفی، افعال مضارع، تکرارها (تاتولوژی) و افعال منفی دارای توزیع نرمال هستند ($p > 0.05$). بنابراین برای این متغیرها از آزمون‌های پارامتریک استفاده شد و برای متغیرهای کلمات مثبت هیجانی، ضمایر مبهم، افعال ماضی و آوای‌های اضافی که از توزیع نرمال برخوردار نیستند ($p < 0.05$). آزمون‌های ناپارامتریک به کار گرفته شد. با توجه به اینکه مقایسه بین گروه سالم و بیمار انجام می‌گیرد برای بررسی سؤال‌های پژوهش از آزمون‌های لوین، تی استیودنت و یومن ویتنی برای تحلیل استفاده شد. آزمون‌های انجام‌شده در سطح زیر ۰.۰۵ معنی‌دار تلقی گردیده‌است.

جدول ۳ آزمون آماری t مستقل بین دو گروه بیمار و سالم

	T	درجه آزادی	معناداری	تفاوت میانگین‌ها
کل کلمات	*۶۸۶.۱	۲۶	۱۰۴.	۵۰۰.۵۲
	۶۸۶.۱	۸۹۴.۲۵	۱۰۴.	۵۰۰.۵۲
ضمیر اول شخص مفرد	*۲۲۱.۱	۲۶	۲۳۳.	۲۱۴.۱۰
	۲۲۱.۱	۳۱۵.۲۰	۲۳۶.	۲۱۴.۱۰
کلمات هیجانی مثبت	*۷۸۴.۴	۲۶	۰۰۰.	۶۴۳.۵
	۷۸۴.۴	۲۹۹.۲۳	۰۰۰.	۶۴۳.۵
کلمات هیجانی منفی	*۰۵۱.۴-	۲۶	۰۰۰.	۶۴۳.۵-
	۰۵۱.۴-	۸۶۹.۱۵	۰۰۱.	۶۴۳.۵-
ضمایر مبهم	*۷۳۷.-	۲۶	۴۶۸.	۶۴۳.۱-
	۷۳۷.-	۵۷۲.۲۴	۴۶۸.	۶۴۳.۱-
افعال ماضی	*۴۵۸.۲-	۲۶	۰۲۱.	۲۱۴.۱۳-
	۴۵۸.۲-	۷۷۷.۱۹	۰۲۳.	۲۱۴.۱۳-
افعال مضارع	*۷۸۷.۱	۲۶	۰۸۶.	۷۱۴.۹
	۷۸۷.۱	۳۲۹.۲۰	۰۸۹.	۷۱۴.۹
تکرارها	*۷۹۹.۱	۲۶	۰۸۴.	۹۲۹.۳۲
	۷۹۹.۱	۵۲۰.۲۵	۰۸۴.	۹۲۹.۳۲
افعال منفی	*۶۸۱.۲-	۲۶	۰۱۳.	۴۲۹.۴-
	۶۸۱.۲-	۲۷۳.۲۰	۰۱۴.	۴۲۹.۴-
آواهای اضافی	*۳۴۳.۳-	۲۶	۰۰۳.	۱۴۳.۱۳-
	۳۴۳.۳-	۲۸۶.۱۴	۰۰۵.	۱۴۳.۱۳-

گروه افسرده با علامت * مشخص شده

همان‌طور که در جدول ۳ قابل مشاهده است تفاوت میانگین‌ها در مقوله‌های کلمات هیجانی مثبت، کلمات هیجانی منفی، افعال ماضی و افعال منفی معنادار است ($p < ۰.۰۵$). میانگین مقوله‌های ظاهری کلمات هیجانی منفی و افعال منفی در گروه افسرده بیشتر و میانگین کلمات هیجانی مثبت در این گروه کمتر است که این نمود سوگیری منفی در گروه افسرده است. همچنین میزان بیشتر میانگین افعال ماضی در این گروه نشان‌دهنده تمرکز برگزیده و شکست‌ها و فقدان‌های گذشته است. بالا بودن میانگین آواهای اضافی در گروه افسرده می‌تواند نمود مشکل در تمرکز و یا به یادآوری باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد اگرچه در مورد افسردگی‌های شدید و حاد گفتار به شدت کاهش می‌یابد اما این کاهش در بیماران افسرده خفیف مشاهده نشد. و از آنجاکه در زمانی یکسان میانگین مقدار کلمات تقریباً برابر است به نظر می‌رسد سرعت گفتار در افسردگی خفیف تغییری را نشان نمی‌دهد اگرچه افزایش آواهای اضافی در گروه افسرده حاکی از تأخیرهایی در کامل کردن جملات است و می‌تواند ناشی از فقر واژگانی، کاهش سرعت بازیابی اطلاعات از حافظه و یا اشکال در تمرکز باشد.

برخلاف پژوهش‌های صورت گرفته پیشین که حاکی از استفاده بیشتر از ضمیر اول شخص مفرد در بیماران افسرده خفیف بود (رود و همکاران، ۲۰۰۴؛ اسمیرنوو و همکاران، ۲۰۱۳؛ ۲۰۱۸؛ زیمرمن و همکاران، ۲۰۱۶؛ جارد و همکاران، ۲۰۱۵؛ ایرلند و نعلبندیان، ۲۰۱۹) در این پژوهش ارتباط معناداری بین افسردگی خفیف و استفاده از ضمیر اول شخص مفرد مشاهده نشد. این موضوع می‌تواند به علت تفاوت‌های فرهنگی و زبانی باشد. هیچ‌یک از تحقیقات انجام شده قبلی در مورد بیماران افسرده خفیف فارسی‌زبان نبوده است و این می‌تواند عامل مهمی در تفاوت الگوهای زبانی یافت شده با الگوهای زبان فارسی در این پژوهش باشد. همچنین کوچک بودن نمونه خود ممکن است در این مسئله تأثیرگذار بوده و نتیجه به دست آمده در مقابل تحقیقات قبلی که با نمونه‌های بزرگ‌تری انجام شده‌اند کمتر قابل اعتماد باشد. عامل دیگر می‌تواند استفاده از داستان زندگی من مک آدامز برای جمع‌آوری داده‌های زبانی باشد که آزمودنی را به جهتی سوق می‌دهد که بر خود و زندگی خود تمرکز کند و در نهایت میزان استفاده از ضمائر اول شخص مفرد بیشتر شود.

در راستای تحقیقات قبلی (رود و همکاران، ۲۰۰۴؛ مولندا یک^{۲۵} و همکاران، ۲۰۱۲؛ ستانی و مرنگو^{۲۶}، ۲۰۱۵؛ سوهن^{۲۷}، ۲۰۱۷؛ سیمونز، ۲۰۱۷؛ ایرلند و نعلبندیان، ۲۰۱۹). مقدار کلمات هیجانی منفی در گفتار گروه افسرده خفیف به‌طور قابل توجهی بیشتر از گروه سالم بود و بیماران افسرده خفیف در گفتار خود بیشتر از کلمات هیجانی منفی استفاده کردند. بیماران افسرده به دلیل سوگیری در بازیابی اطلاعات از حافظه، غالباً برای بیان افکار، نگرش‌ها و احساسات خود از واژه‌های دارای بار منفی استفاده می‌کنند و این در بیماران افسرده خفیف نیز کاملاً مشهود است.

در مقدار کلمات هیجانی مثبت همچون کلمات هیجانی منفی تفاوت چشمگیری بین دو گروه مشاهده شد. بیماران افسرده نسبت به گروه سالم به مقدار بسیار کمتری از کلمات هیجانی مثبت استفاده کردند که این نتیجه همسو با پژوهش‌های قبلی می‌باشد. (بایکی^{۲۸} و همکاران، ۲۰۰۶؛ برنارد و همکاران، ۲۰۱۶؛ جاگر و همکاران، ۲۰۱۴؛ مولندا یک و همکاران، ۲۰۱۲؛ رودریگز و همکاران، ۲۰۱۰؛ سوهن، ۲۰۱۷؛ سورنسن^{۲۹}، ۲۰۱۵). که در این مورد نیز سوگیری در بازیابی اطلاعات از حافظه سبب شده است که بیماران افسرده خفیف کلمات هیجانی مثبت کمتری را در گفتار خود به کار برند و حاکی از این است که بیماران افسرده در جهت خلقشان سوگیری توجه دارند و هر چه افسردگی بیشتر می‌شود سوگیری توجه به سمت اطلاعات منفی بیشتر است.

نتایج حاصل از این پژوهش در راستای پژوهش‌های صورت گرفته پیشین (سمیرنوو و همکاران، ۲۰۱۳؛ ۲۰۱۸؛ بروسر، ۲۰۱۳) حاکی از افزایش تکرارها و کاهش غنای واژگان در بیماران افسرده خفیف است. این مسئله نیز خود می‌تواند ناشی از سوگیری‌های حافظه باشد که موجب از دست دادن بخش وسیعی از واژگان می‌شود که در بردارنده‌ی تجربیات مثبت است. در استفاده از ضمائر مضارع برخلاف تحقیق بروسر و همکاران (۲۰۱۳) تفاوت چشمگیری بین دو گروه مشاهده نشد. اگرچه دو گروه در استفاده از افعال مضارع تفاوت چندانی نداشتند اما همان‌طور که از پژوهش‌های پیشین به دست آمده است (سمیرنوو، ۲۰۱۳؛ ۲۰۱۸؛ بروسر، ۲۰۱۳) استفاده از افعال ماضی در گروه افسرده خفیف تفاوت قابل ملاحظه‌ای با گروه کنترل داشت که این نشان‌دهنده این است که ذهن آن‌ها بیشتر درگیر گذشته است و همچنین حکایت از نشخوارهای فکری در بیماران افسرده دارد. همسو با پژوهش رتنر و همکاران، در این پژوهش در بیماران افسرده خفیف استفاده از افعال منفی به مقدار توجهی بیشتر بود. مطابق با مفهوم درماندگی آموخته شده سلیگمن، افعال منفی بیشتر نشان‌دهنده درماندگی آموخته شده می‌باشد که بیمار به کرات و به مدت طولانی با نتوانستن‌ها، نشدن‌ها، نداشتن‌ها و غیره روبه‌رو بوده و آموخته است که رویدادها از کنترل وی

²⁵ Molendijk, M.

²⁶ Settanni, M., & Marengo, D.

²⁷ Sohn, h.

²⁸ Baikie, K., Geerligs, L., & Wilhelm, K.

²⁹ Sorensen, L.

خارج است. برخلاف پژوهش‌های پیشین (تفاوت چندانی در مقدار استفاده از ضمایر مبهم بین دو گروه مشاهده نشد. دستیابی به نتیجه‌ای متفاوت از کارهای تحقیقاتی انجام شده در کشورهای دیگر امکان دارد به علت نقش پررنگ تفاوت‌های فرهنگی و زبانی باشد که خود می‌تواند منجر به دستیابی به تجربیات متفاوتی در هر زبان شود و گویندگان هر زبان به شیوه ویژه‌ای تجربیات خود را ابراز کنند. همچنین این امکان نیز وجود دارد که به دلیل کوچک بودن نمونه در پژوهش اخیر نتیجه حاصل قابل تعمیم نباشد.

این پژوهش نشان داد که زبان بیماران افسرده خفیف با تفاوت‌های قابل توجهی در مجموعه متغیرهای واژگانی-معنایی و نحوی مشخص می‌شود، همان‌طور که قبلاً در برخی از شاخص‌های زبانی افسردگی نشان داده شده بود همسو با گزارشی از افزایش تکرارهای واژگانی و شکل توصیفی گفتار می‌تواند نشانه‌ای از بازگشت به مراحل پیشین زبانی باشد. همچنین افزایش کلمات هیجانی منفی، کاهش کلمات هیجانی مثبت و افعال منفی بیشتر حاکی از تسلط عاطفی آشکار قطبی شده در بیان عاطفی در افسردگی خفیف می‌باشد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به تشخیص افسردگی افراد گروه نمونه توسط یک تشخیص‌دهنده به جای استفاده از دو تشخیص‌دهنده و محدودیت‌های ناشی از بیماری کووید ۱۹ و انجام مصاحبه‌ها به صورت مجازی اشاره کرد. همچنین این پژوهش تنها در محدوده ساختار صرفی زبان به بررسی الگوهای زبانی بیماران افسرده خفیف پرداخت و بخش وسیعی از اطلاعات در محدوده نحو و معناشناسی مورد غفلت قرار گرفت.

پژوهش‌های بسیاری در مورد افسردگی صورت گرفته‌اند که تنها به نشانگان این اختلال برای شناسایی و طبقه‌بندی آن اکتفا کرده‌اند در این پژوهش از زاویه دیگری به بررسی افسردگی پرداخته شد و الگوهای زبانی بیماران افسرده خفیف را برای دستیابی به یک کلید تشخیصی اضافی مورد بررسی قرار گرفت. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی محققان به جای گفتار آزمودنی‌ها از نوشتار آن‌ها شامل مقاله‌ها، نوشته‌های آن‌ها در فضای مجازی و... استفاده کنند که این امکان بررسی وسیع‌تری را فراهم خواهد کرد. تحقیقات آینده با استفاده از پرسشنامه‌ای که برای تشخیص افسردگی خفیف طراحی شده است، می‌تواند از کاربرد رویکرد معنایی توسعه‌یافته بهره‌مند شود. چنین پرسشنامه‌ای مبتنی بر تجزیه و تحلیل مقوله‌های معنایی و مباحث روان‌شناختی، ضمن بررسی روابط بین عوامل استرس‌زا و آسیب‌پذیری‌های فردی، ارزش‌ها و اولویت‌های زندگی، می‌تواند اهدافی را برای مداخلات درمانی نشان دهد.

از آنجاکه بیماران افسرده خفیف به میزان بیشتری از کلمات هیجانی در گفتار خود استفاده می‌کنند، به نظر می‌رسد این افراد بیشتر سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار^{۳۰} را برای کنار آمدن با موقعیت‌های تنش‌زا به کار می‌برند و کمتر از سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار استفاده می‌کنند. طبق مدل فولکمن و لازاروس^{۳۱} (۱۹۸۴) در فرایند مقابله، مهارت‌های شناختی برای حل مشکل مورد استفاده قرار می‌گیرند. فرد با به کار بستن سبک مقابله کارآمد مسئله‌مدار از مهارت‌های شناختی برای حل مسئله استفاده می‌کند. می‌توان در درمان این گروه از بیماران افسرده از تقویت مهارت‌های شناختی برای به کار بستن سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار استفاده نمود.

افزایش کلمات هیجانی منفی، افعال منفی، تکرارها و آواهای اضافی و همچنین کاهش کلمات هیجانی مثبت که از این پژوهش به دست آمد و در راستای پژوهش‌های قبلی می‌باشد نشان از سوگیری توجهی اولیه هماهنگ با خلق دارد. افراد افسرده تمایل دارند اطلاعات منفی را آسان‌تر از اطلاعات مثبت یا خنثی پردازش یا یادآوری کنند (دالگلیش و مکینتاش^{۳۲}، ۲۰۰۶).

³⁰ Emotional coping strategy

³¹ Folkman and Lazarus

³² Dalgleish & Macintosh

بر اساس نظریه باور^{۳۳} (۱۹۸۷) هر هیجان مانند یک "گره"^{۳۴} در شبکه تداعی^{۳۵} بازنمایی^{۳۶} می‌شود و با بازنمایی‌های دیگر در شبکه ارتباط دارد (مانند رویدادهای حافظه‌ای غم و شادی). فعال شدن گره هیجانی، موجب افزایش دسترسی مواد هماهنگ با خلق و در نتیجه، سوگیری پردازش اطلاعات هماهنگ با خلق می‌شود. اصلاح سوگیری‌های شناختی (CBM^{۳۷}) و توان‌بخشی سوگیری توجه، برای تغییر، بهبود و اصلاح این سوگیری‌های منفی در بیماران افسرده خفیف می‌تواند به کار برده شود. در مجموع، این نتایج امیدوارکننده نشان می‌دهد که "سبک‌هایی که مردم از کلمات استفاده می‌کنند" کمتر از "محتوای آنچه آن‌ها می‌گویند" آشکارکننده علائم آن‌ها نیست. هدف از این پژوهش دستیابی به واژگان و ساختارهایی بود که بیماران افسرده خفیف در گفتار خود به کار می‌برند تا بتوان آن را به‌عنوان یک کلید تشخیصی به کار برد. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد بیماران افسرده بیشتر از روش توصیفی و با ویژگی‌های مختلف مانند تکرار، افزایش استفاده از افعال ماضی و کلمات هیجانی منفی، افعال منفی استفاده کردند. موارد به‌دست آمده در اکثر موارد همسو با پژوهش‌های پیشین می‌باشد. افزایش تکرار واژگانی (توتولوژی) در این پژوهش، افزایش نشخوارهای فکری را نشان می‌دهد که از نشانه‌های بارز افسردگی می‌باشد. افزایش تکرارها خود سبب کاهش غنای واژگانی شده مطابق با مطالعات قبلی در مورد متغیرهای واژگان دستوری، پیش‌بینی می‌شد که بیماران افسرده خفیف استفاده بیش از حد از ضمیر اول شخص / شخصی و سایر انواع نامعین را نشان دهند، در صورتی که تفاوت معناداری در به کار بردن این ضمائر در دو گروه مشاهده نشد. همان‌طور که گفته شد تفاوت‌های جغرافیایی و فرهنگی و زبان متفاوت می‌تواند عامل مهمی در دستیابی به نتیجه‌ای متفاوت باشد. باید دید چه عامل فرهنگی - زبانی می‌تواند تأثیرگذار بوده باشد و ما را به دستیابی به مواردی فراتر از پاسخ سؤالات این پژوهش رهنمون کند. امید است با انجام پژوهش‌های بیشتر در این زمینه به نتایج قابل اطمینان‌تری دست‌یافته و بتوان این داده‌ها را جهت تشخیص این گروه از بیماران بدون حضور فیزیکی در اتاق مصاحبه به کار برد.

انتظار می‌رود که این نتایج توجه بیشتری را به اهمیت تشخیصی ارزیابی زبان در روان‌پزشکی و رشته‌های بالینی جلب کند و نشان دهد که رفتار کلامی یک نشانگر تشخیصی حساس در افسردگی خفیف است. همچنین امید است بالینگران ترغیب شوند تا علاوه بر آنچه بیمار بیان می‌کند نحوه صحبت او را نیز فعلاً موردنظر قرار دهند (وان^{۳۸}، ۲۰۲۱). نتایج کنونی ما را به این ادعا رهنمون می‌کند که مطالعه زبانی می‌تواند رویکردهای بالینی آینده را برای درمان غیر دارویی افسردگی خفیف تغییر دهد. چنین رویکردهای روان‌درمانی نه تنها به محتوای زبان بلکه به اصلاح زبان یا آموزش شناختی سبک و ساختار زبانی نیز می‌پردازد. اگر علائم در واقع به‌طور نسبی توسط ساختار زبان سازمان‌دهی شوند، یک رویکرد درمانی برای عادی‌سازی زبان ممکن است نقش مفیدی در بهبود حالت عاطفی داشته باشد.

³³ Bower

³⁴ node

³⁵ Associative network

³⁶ Representation

³⁷ Cognitive Bias Modification

³⁸ Wam., J.

منابع

- [۱] رجیبی، غلامرضا، و کارجوکسمایی، سونا. (۱۳۹۱). کفایت شاخص های روان سنجی نسخه فارسی پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-II). اندازه گیری تربیتی، ۳(۱۰)، ۱۳۹-۱۵۷. *SID. https://sid.ir/paper/214560/fa*
- [۲] اخوان عبیری، فاطمه، و شعیری، محمدرضا. (۱۳۹۸). رواسازی و اعتباریابی سیاهه نشانه های بیماری (SCL-90-R) و پرسشنامه کوتاه نشانه های بیماری (BSI-53). روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، ۱۷(۲) (پیاپی ۳۳)، ۱۶۹-۱۹۵. *SID. https://sid.ir/paper/208738/fa*
- [۳] ازخوش، م. (۱۳۸۷). کاربرد آزمون های روانی و تشخیص بالینی، تهران، روان، چاپ سوم، ص ۲۲۶ - ۲۲۴.
- [۴] دابسون، کیت استفان، و محمدخانی، پروانه. (۱۳۸۶). مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک - ۲ در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی در دوره بهبودی نسبی. آرشیو توانبخشی (توانبخشی)، ۸(ویژه نامه (مسلسل ۲۹))، ۸۰-۸۶ص. *SID. https://sid.ir/paper/404787/fa*
- [۵] اسماعیلی نسب، مریم؛ اسکندری حسین و برجعلی، احمد. (۱۳۸۵). مقایسه استعاره های بیه کار رفته توسط افراد افسرده و مضطرب کلینیک های شهر تهران با افراد عادی. روانشناسی تربیتی، ۳(۱)، ۶۹-۸۰.
- [۶] اسماعیلی نسب، مریم؛ اسکندری حسین و برجعلی، احمد. (۱۳۸۳). مقایسه روایت های زندگی افراد افسرده و مضطرب با افراد عادی. تازه های علوم شناختی، ۷(۳)، ۵۸-۶۴.
- [۷] اسماعیلی نسب، مریم، اسکندری، حسینف برجعلی، احمد. (۱۳۸۴). مقایسه استعاره های به کار رفته توسط افراد افسرده و مضطرب کلینیک های شهر تهران با افراد عادی در مورد مفاهیم خود و زندگی. روانشناسی تربیتی، ۳(۱)، ۶۹-۸۰.
- [۸] حامدی، ر. کاویانی، حسین. (۱۳۸۲). بررسی ارتباط بین استعاره ها و خلق افسرده. تازه های علوم شناختی، ۶(۱)، ۴۵-۵۰.
- [9] Wen, J. (2021). Detecting Depression from Tweets with Neural Language Processing. *Journal of Physics: Conference Series* 1792. doi:10.1088/1742-6596/1792/1/012058
- [10] Vaci, N., Liu, Q., Kormilitzin A. (2020). Natural language processing for structuring clinical text data on depression using UK-CRISBMJ Ment Health, 23(2), 21-26.
- [11] Nalabandian, T., & Ireland, M. (2019). Depressed individuals use negative self-focused language when recalling recent interactions with close romantic partners but not family or friends. Paper presented at the Proceedings of the Sixth Workshop on Computational Linguistics and Clinical Psychology.
- [12] Smirnova, D., Romanov, D., Sloeva, E., Kuvshinova, N., Cumming, P., & Nosachev, G. (2019). Language in mild depression: How it is spoken, what it is about, and why it is important to listen.
- [13] Smirnova, D., Cumming, P., Sloeva, E., Kuvshinova, N., Romanov, D., & Nosachev, G. (2018). Language patterns discriminate mild depression from normal sadness and euthymic state. *Frontiers in psychiatry*, 9, 105.
- [14] newell, E. E., McCoy, S. K., newman, M. L., Wellman, J. D., & Gardner, S. K. (2018). You sound so down: capturing depressed affect through depressed language. *Journal of Language and Social Psychology*, 37(4), 451-474.
- [15] Al-Mosaiwi, M., & Johnston, T. (2018). Linguistic markers of moderate and absolute Natural language. *Personality and individual difference*, 134, 119-124.
- [16] Rathner, E.-M., Djamali, J., Terhorst, Y., Schuller, B., Cummins, N., Salamon, G., et al. (2017). detection of language markers of depression and narcissism in personal narratives *Future*, 1(2.58)
- [17] Zimmermann, J., Brockmeyer, T., Hunn, M., Schauenburg, H., & Wolf, M. (2017). First-person pronoun use in spoken language as a predictor of future depressive symptoms: Preliminary evidence from a clinical sample of depressed patients. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24 (2), 384-391.
- [18] Symons, Connor W. (2017). Language Patterns as Concurrent and Longitudinal Predictors of Depression in Adolescence.. Undergraduate Honors Theses. William & Mary. Paper 1084.

- [19] Bernard, J. D., Baddeley, J. L., Rodriguez, B. F., & Burke, P. A. (2015). Depression, language, and affect: an examination of the influence of baseline depression and affect induction on language. *Journal of Language and Social Psychology, 35*(3), 317-326.
- [20] Boyd, R. L., & Pennebaker, J. W. (2015). A way with words: Using language for psychological science in the modern era. *Consumer psychology in a social media world, 222-236*.
- [21] Jaeger, J., Lindblom, K. M., Parker-Guilbert, K., & Zoellner, L. A. (2014). Trauma narratives: It's what you say, not how you say it. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 6*(5), 347.
- [22] Smirnova, D. (2013). Language Patterns May Help Diagnose Depression.
- [23] Smirnova, D., Sloeva, E., Kuvshinova, N., Krasnov, A., Romanov, D., & Nosachev, G. (2013). 1419–Language changes as an important psychopathological phenomenon of mild depression. *European Psychiatry, 28*(S1), 1-1.
- [24] Smirnova¹, D., Sloeva, E., Kuvshinova, N., Ustinov, M., Krasnov, A., Romanov¹, D., et al. (2013). Language phenomenon in the diagnostic criteria of mild depression.
- [25] Capececiatro, M. R., Sacchet, M. D., Hitchcock, P. F., Miller, S. M., & Britton, W. B. (2013). Major depression duration reduces appetitive word use: An elaborated verbal recall of emotional photographs. *Journal of psychiatric research, 47*(6), 809-815.
- [26] Talebinezhad, M. R., & Jalilifar, A. R. (2008). The Language of Thought: Myths and Facts. *The International Journal of Humanities, 15*(1), 83-95.
- [27] Chung, C., & Pennebaker, J. W. (2007). The psychological functions of function words. *Social communication, 343-359*.
- [28] Pinquart, M., Duberstein, P. R., & Lyness, J. M. (2006). Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry, 163*(9) 1493-1501.
- [29] Rude, S., Gortner, E.-M., & Pennebaker, J. (2004). Language use of depressed and depression-vulnerable college students. *Cognition & Emotion, 18*(8), 1121-1133.
- [30] Volz, H.-P., & Laux, P. (2000). Potential treatment for subthreshold and mild depression: a comparison of St. John's wort extracts and fluoxetine. *Comprehensive psychiatry, 41*(2), 133-137.
- [31] Steer, R. A., Clark, D. A., Beck, A. T., & Ranieri, W. F. (1999). Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: the BDI-II versus the BDI-IA. *Behaviour research and therapy, 37*(2), 183-190.