

## تأثیر روش تلفیقی شناختی - گفتاری در درمان افراد مبتلا به لکنت

مرتضی فرازی<sup>۱</sup>، لعیلا غلامی تهرانی<sup>۲</sup>، آناهیتا خدابخشی کولایی<sup>۳</sup>،  
هاشم شمشادی<sup>۴</sup> و مهدی رهگذر<sup>۵</sup>

لکنت، یکی از بیماریهای بحث برانگیز و یک اختلال گفتاری چند وجهی روانی حرکتی است که در جریان طبیعی گفتار فرد روی می دهد. اثربخشی روشهای درمان لکنت در دوران بزرگسالی بر مبنای ثبات لکنت، نگرش منفی فرد، انگیزه و اشتیاق آن متفاوت است. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی روش تلفیقی شناختی - گفتاری در درمان افراد لکنتی بزرگسال فارسی زبان بود. بدین منظور طی یک پژوهش نیمه تجربی، ۳۸ نفر بزرگسال مبتلا به لکنت در دامنه ی سنی ۳۰-۱۸ سال به صورت نمونه ی در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه کاربندی شدند. مداخلات درمانی آزمودنی های گروه کنترل از سوی شش نفر آسیب شناس گفتار و زبان با تجربه، به تعداد ۱۶ جلسه ی انفرادی در طول ۴ ماه انجام گرفت. آزمودنی ها قبل و بعد از مداخله، از نظر شدت لکنت و ویژگیهای آشکار لکنت، نیمرخ شناختی لکنت و ویژگیهای درونی لکنت مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان داد که بین روانی گفتار، روانی خواندن شفاهی و نیمرخ شناختی در دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. با استناد به یافته های تحقیق، نتایج این مطالعه با نتایج مطالعات مشابه همسو و منطبق بود و نیز روش تلفیقی شناختی - گفتاری در درمان لکنت بزرگسال اثر بخش تر بوده و استفاده از آن به همه گفتار درمانگران توصیه می شود.

**واژه های کلیدی:** لکنت، AWS، روش تلفیقی، بازسازی شناختی - گفتاری

### مقدمه

زبان از عملکردهای شناختی سطح عالی مغز محسوب می شود و گفتار نمود و تجلی عینی و قابل شنیدن زبان است. گفتار و زبان هر یک ممکن است جداگانه یا با هم به دلایل مختلف دچار آسیب هایی به درجات گوناگون شوند و مسیر ارتباطی اصلی انسان را مختل نمایند. یکی از شایعترین این

۱. دپارتمان گفتار درمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. (نویسنده ی مسوول) m.farazi@uswr.ac.ir

۲. دپارتمان گفتار درمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۳. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴. دپارتمان گفتار درمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۵. دپارتمان آمار زیستی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

اختلالات، لکنت است. در قلمرو لکنت، اختلاف نظرهای جدی در زمینه تعریف، علت شناسی ارزیابی و درمان آن وجود دارد. ایوراخ، ابرین، هاریسون، منزیز و همکاران (۲۰۰۹) لکنت را به عنوان یک اختلال ارتباطی با دامنه ای از مشکلات روانشناختی می دانند که بر اعتماد به نفس اجتماعی قابلیت کاری، تفکر و ارتباطات بین فردی تأثیر می گذارد. برخی معتقدند لکنت یک اختلال چند وجهی و بسیار پیچیده روانی حرکتی است که در جریان طبیعی گفتار فرد روی می دهد طوریکه هم کنترل حرکتی و هم عملکرد زبانی را درگیر می کند و به نوعی تغییرات رفتاری، عاطفی و نگرشی نیز به همراه دارد (وارد، ۲۰۰۶). لکنت در دوران کودکی به علل گوناگون روی می دهد و طیف وسیعی از آن، از دوره ی کودکی تا بزرگسالی ادامه یافته و به عنوان یک اختلال مزمن و پایدار روانی گفتار و با تنوعی از رفتار های وابسته مطرح است (کوتبای، موسا، ال سدی و نابی، ۲۰۰۳). تقریباً ۵۰ درصد افراد لکنتی بزرگسال از اختلال بهداشت روانی از جمله اختلال اضطراب اجتماعی رنج می برند (آن اسلو و پکمن، ۲۰۰۴؛ کریگ، هانکوک و تران، ۲۰۰۹).

بلومگرین، روی، کالیستر و مریل (۲۰۰۵) رویکردهای اساسی درمان لکنت را تحت عنوان شکل دهی روانی گفتار یا اصلاح روانی و اصلاح لکنت شرح داده اند. بازسازی شناختی، نیز رویکرد دیگری است که به طور مستقل و گاهی به همراه دو رویکرد قبلی استفاده می شود. رویکرد شکل دهی روانی گفتار، بر اساس شرطی سازی فعال برای رفع یا کاهش ویژگی های (علایم) قابل مشاهده لکنت، بدون توجه به ویژگی های درونی آن به کار می رود. رویکرد اصلاح لکنت، سعی بر کاهش ویژگی های قابل مشاهده لکنت با ایجاد لکنت روانتر و راحت تر (بدون اجتناب) دارد (منینگ، ۲۰۱۰) و رویکرد بازسازی شناختی بر تغییر واکنش های نگرشی، احساسی و شناختی فرد نسبت به لکنت تا تأثیر عوارض و تبعات لکنت فرد متمرکز می شود (منزیز، آن اسلو و پکمن، ۲۰۱۱). مدل دوعاملی وبستر (۱۹۹۷) لکنت را ناشی از ضعف در ناحیه حرکتی مکمل (SMA) نیمکره چپ برای کنترل گفتار و توالی حرکات و مداخله و فعالیت های عصبی نیمکره راست از جمله ترس، اضطراب، اجتناب، هیجانات منفی و غیره می داند. طبق این دیدگاه درمان موفق لکنت منوط به در نظر گرفتن هر دو عامل است (وارد، ۲۰۰۶). برخی از درمانگران معتقدند علاوه بر درمان گفتاری نیاز مبرم به شناخت درمانی نیز داریم (آن اسلو، اس تی کلر، پکمن، منزیز و همکاران، ۲۰۰۹). به بیان دیگر بجای تمرکز بر یک روش یا یک رویکرد، از روشهای متعدد و رویکرد یکپارچه و تلفیقی استفاده کنند. برای درمان لکنت در دوران بزرگسالی باید در برنامه ی درمانی ثبات لکنت، نگرش منفی فرد، انگیزه و اشتیاق آن، شدت

لکنت، جنبه های پنهان لکنت، اضطراب اجتماعی، اجتناب، نگرش شناختی فرد، تفاوت شخصیتی تجربیات فردی، سابقه درمانی، انگیزش فرد مد نظر قرار گیرد (گیتار و مک کالی، ۲۰۱۰). به تعبیر بریتنفلت و لورنز (۱۹۹۰)، برنامه درمانی موفقیت آمیز هدایت لکنت (SSMP) علاوه بر تأثیر بر درمان انفرادی، اهمیت گروه درمانی را نیز دو چندان کرده است. لنگوین، کولی، تشیما، هگلر و همکاران (۲۰۱۰) نشان دادند که یک درمان ترکیبی پایداری مناسبی را نشان می دهد. وندی جی هواینک، ماریلین لنگوین و همکاران (۲۰۰۶) نشان دادند که هیچگونه ارتباطی بین شدت لکنت و شدت شناخت و هیجانات منفی فرد وجود ندارد، گروهی که لکنت شدید داشتند، نه تنها پیشرفت زیادی در زمینه کاهش لکنت نشان دادند، بلکه بیشترین امکان برگشت لکنت را نیز داشتند و تفاوت های هیجانی / شناختی بین گروهی که هیجانات خفیف و گروهی که هیجانات شدید داشتند وجود ندارد. گیتار و مک کالی (۲۰۱۰) ترکیب شکل دهی روانی گفتار با رویکرد درمان شناختی رفتاری در نوجوانان و بزرگسالان لکنتی ۷۰ تا ۸۰ درصد موثر دانسته اند.

به نظر می رسد که اجرای مطالعه رویکرد درمان تلفیقی بر لکنت بزرگسالان هم به لحاظ هزینه درمانی، زمان و میزان بهبودی، هدفمندی درمان، توالی روشهای درمانی منسجم، تاکید بر نوآوری درمان مبتنی بر تفاوت فرهنگی - اجتماعی، تجربه درمان گروهی، انتقال تجارب بیماران به یکدیگر و سایر محدودیتها، می تواند اهمیت زیادی داشته باشد. هدف این مطالعه بررسی اثربخشی روش تلفیقی شناختی - گفتاری در درمان بزرگسالان مبتلا به لکنت بود.

## روش

این پژوهش یک مطالعه ی نیمه تجربی برای تعیین اثر روش تلفیقی شناختی - گفتاری در درمان افراد لکنتی بزرگسال فارسی زبان بود. برای انجام این پژوهش، از بین مراجعان لکنتی ۳۰-۱۸ ساله ی مراکز گفتار درمانی و مراکز مشاوره ی روان شناختی و توانبخشی شهر تهران، ۳۸ نفر (هر گروه ۱۹ نفر شامل ۱۵ مرد و ۴ زن) دارای لکنت متوسط تا خیلی شدید در دامنه ی سنی ۳۰-۱۸ ساله با میانگین سنی ۲۴ سال، به صورت نمونه ی دردسترس انتخاب شدند. تمام آزمودنی ها فارسی زبان، دارای لکنت رشدی<sup>۱</sup>، با مشکلات نگرشی و شناختی و حداقل تحصیلات سوم راهنمایی بوده و هیچگونه نقص فیزیکی، حرکتی و عصب شناختی نداشتند.

آزمودنی ها قبل و بعد از مداخله با آزمون های تعیین شدت لکنت<sup>۱</sup> (SSI-3) و نیمرخ نگرشی و شناختی لکنت<sup>۲</sup> (WASSP) مورد آزمون قرار گرفتند.

آزمون تعیین شدت لکنت (SSI-3) که از سوی رایلی (۱۹۷۴) معرفی و تجدید نظر شده (۲۰۰۹) دارای سه شاخصه اصلی تعیین بسامد لکنت، دیرش لکنت و رفتارهای فیزیکی همراه لکنت است و ویژگیهای قابل مشاهده لکنت را با استفاده از یک نمونه گفتار محاوره ای و متن خواندن شفاهی ارزیابی می کند. طوریکه بر این امتیازات سه شاخه فوق، شدت لکنت فرد را در پنج سطح از خفیف تا خیلی شدید تعیین می کند. اعتبار محتوایی و صوری نسخه فارسی متن خواندن این آزمون با مشارکت ۲۸ نفر درمانگر و اساتید اهل فن بررسی و شاخص اعتبار محتوایی ۰/۱۰۰ بدست آمد. پایایی این آزمون با مشارکت ۲۴ فرد دارای لکنت بزرگسال (۳۰-۱۸) سال با روش باز آزمایی ۰/۹۰ بدست آمد. آزمون نیمرخ نگرشی و شناختی لکنت (WASSP) که از سوی رایت و آیره (۲۰۰۰) معرفی و (۲۰۰۹) تجدیدنظر شده، دارای ۲۴ جمله بعلاوه ۲ جمله اختیاری است و درک گوینده از خود را با مقیاس لیکرت می سنجد. این آزمون ویژگیهای درونی لکنت را در پنج خرده مقیاس نظیر رفتارهای لکنت افکار درباره لکنت، احساس درباره لکنت، اجتناب ناشی از لکنت و تبعات منفی لکنت را ارزیابی می کند. اعتبار محتوایی صوری نسخه فارسی این آزمون با مشارکت ۲۸ نفر درمانگر و اساتید اهل فن بررسی و شاخص اعتبار محتوایی ۰/۹۸ بدست آمد. پایایی این آزمون با مشارکت ۲۴ فرد دارای لکنت بزرگسال (۳۰-۱۸) سال با روش باز آزمایی ۰/۹۷-۰/۸۷ بدست آمد. ویژگی های درونی لکنت نظیر جنبه های شناختی، احساسی و نگرشی از طریق آزمون آیره و رایت سنجیده می شود.

### شیوه ی اجرا

برنامه درمانی تلفیقی برای گروه آزمایش طی ۱۶ جلسه (۱۲ جلسه ی انفرادی، ۳ جلسه ی گروهی ۶ تا ۸ نفره و ۱ جلسه ارزیابی پایانی) انجام شد. هر جلسه انفرادی هفته ای دو بار و به مدت ۶۰-۴۵ دقیقه و جلسات گروهی دو هفته یک بار و به مدت ۱۲۰-۹۰ دقیقه برگزار شد. روش های زیر به منظور کاهش سرعت گفتار و تغییر الگوی لکنت استفاده شد: روش گفتار کشیده<sup>۳</sup>، روش شروع آسان<sup>۴</sup> همراه با

1. Stuttering severity instrument (SSI-3)
2. Wright & Ayre stuttering self – rating profile (WASSP)
3. prolonged speech (PS)
4. Gentle onset or Easy onset (EO)

روش تماس نرم اندامها<sup>۱</sup> و روش مکث - صحبت<sup>۲</sup> و روشهای رویکرد بازسازی شناختی مورد استفاده قرار گرفت. مدت اجرای مداخلات درمانی برای آزمودنی های گروه آزمایش بر حسب تعداد جلسات درمان انفرادی و گروهی هشت ماه طول کشید که به طور متوسط برای هر بیمار چهار ماه و نیم زمان برد. و مداخلات درمانی آزمودنی های گروه کنترل از سوی شش نفر آسیب شناس گفتار و زبان با تجربه به تعداد ۱۶ جلسه انفرادی با روش های سنتی (معمولا رویکرد شکل دهی روانی گفتار) برای هر آزمودنی در بازه زمانی چهار ماه و نیم انجام گرفته است. اجرای پژوهش یک سال و هشت ماه به طول انجامید.

برای تحلیل داده ها از آزمون تی مستقل و تحلیل چند متغیره استفاده شد و داده ها با استفاده از ویرایش هفدهم نرم افزار SPSS تحلیل شد.

### یافته ها

در جدول ۱، مولفه های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱. مولفه های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش

پس		پیش			
کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش		
M± sd	M± sd	M± sd	M± sd		
۲/۰۱±۵/۴۷	۱/۷۶±۴/۱۱	۰/۵۱±۶/۵	۱/۵۲±۷/۵	فراوانی لکنت	۱ ۲ ۳
۳/۰۷±۹/۱۶	۳/۰۷±۶/۳۲	۳/۶±۱۰/۳۲	۳/۲۸±۱۱/۲۶	دیرش لکنت	
۲/۰۱±۱۳/۷۹	۲/۰۹±۹/۷۹	۱/۹۶±۱۵/۸۹	۱/۹±۱۵/۳۵	رفتارهای فیزیکی	
۰/۵۱±۵/۵۰	۱/۹۲±۴/۳۷	۱/۸۸±۶/۱۱	۱/۶±۷/۱۱	فراوانی لکنت	۱ ۲ ۳
۳/۰۷±۹/۱۶	۲/۴۹±۵/۳۷	۳/۳۹±۱۰	۲/۷۲±۱۰/۰۵	دیرش لکنت	
۲/۰۱±۱۳/۷۹	۲/۰۹±۹/۷۹	۱/۹۶±۱۵/۸۹	۱/۹۵±۱۵/۳۷	رفتارهای فیزیکی	
۳/۷۳±۳/۷۴	۷/۳±۲/۸۹	۱/۲۰±۵	۹/۷±۴/۹۵	فراوانی رویداد علامت لکنت	۱ ۲ ۳
۱/۴۸±۳/۲۶	۹/۳±۲/۱۱	۱/۵۳±۴/۶۳	۱/۳۲±۳/۷۴	تقلای جسمی در حین لکنت	
۱/۱۶±۳/۳۷	۷/۴±۲/۳۲	۱/۰۳±۴/۲۱	۱/۳۵±۳/۹۵	مدت گیر، تکرار، کشیده گویی	
۱/۰۷±۳/۴۲	۹/۰±۲/۴۲	۱/۱۵±۴/۱۱	۱/۳۷±۴/۶۸	لکنت غیر قابل کنترل (تکرار و...)	۱ ۲ ۳
۱/۳۲±۱	۴/۲۶±۳	۹/۶±۵/۴۲	۱/۰۱±۵/۳۵	گفتار سریع/ باعجله و فوری	
۱/۲۶±۳/۴۷	۱/۱۳±۲/۲۱	۱/۳۱±۴/۲۱	۱/۶۷±۳/۸۴	حرکات اضافی در صورت/ بدن	
۱/۴۵±۳/۳۲	۱/۲۵±۲/۱۶	۱/۳۲±۴/۱۱	۱/۹۱±۴/۲۶	میزان کلی سفتی بدن	۱ ۲ ۳
۰/۵۱±۱/۵۰	۱/۳۷±۲/۷۹	۱/۳۱±۴/۲۱	۱/۵۴±۴/۵۳	عدم تماس چشمی هنگام حرف	

1. Light contact consonant(LCC)

2. Pause – and – Talk or Time –out( PT -OT)

لکنت	احساس درباره لکنت	اجتناب از گفتار ناشی از لکنت	تبعات لکنت	تبعات لکنت	تبعات لکنت
۱/۱۷±۵/۵۳	۱/۵۸±۵/۲۱	۲/۰۹±۳/۴۷	۱/۷۴±۳/۶۸	۱/۷۰±۵	۱/۵۱±۴/۷۹
افکار منفی قبل از حرف زدن	احساس سرخوردگی	اجتناب از پذیرش مشکل خود	تبعات منفی در منزل	تبعات منفی در جامعه	تبعات منفی در محیط کار
۱/۳۶±۵/۳۵	۱/۶۶±۴/۴۲	۱/۸۵±۴/۳۲	۱/۷۴±۵/۴۲	۱/۷۰±۵	۱/۵۵±۵/۳۲
افکار منفی در حین حرف زدن	احساس نگرانی	اجتناب از گفتاری/ اجتماعی	تبعات منفی در محیط آموزشی	تبعات منفی در محیط کار	
۱/۳۴±۳/۳۷	۱/۶۳±۴/۴۷	۱/۸۵±۴/۳۲	۱/۷۴±۳/۶۸	۱/۷۰±۵	۱/۵۱±۴/۷۹
افکار منفی بعد از حرف زدن	احساس ترس	اجتناب از گفتاری/ اجتماعی	تبعات منفی در منزل	تبعات منفی در جامعه	تبعات منفی در محیط کار
۱/۳۵±۳/۷۹	۱/۶۳±۴/۴۷	۱/۸۵±۴/۳۲	۱/۷۴±۳/۶۸	۱/۷۰±۵	۱/۵۱±۴/۷۹
احساس سرخوردگی	احساس نگرانی	اجتناب از گفتاری/ اجتماعی	تبعات منفی در منزل	تبعات منفی در جامعه	تبعات منفی در محیط کار
۱/۵۶±۴	۱/۶۳±۴/۴۷	۱/۸۵±۴/۳۲	۱/۷۴±۳/۶۸	۱/۷۰±۵	۱/۵۱±۴/۷۹
احساس نگرانی	احساس ترس	اجتناب از گفتاری/ اجتماعی	تبعات منفی در منزل	تبعات منفی در جامعه	تبعات منفی در محیط کار
۱/۶۷±۳/۵۳	۱/۶۳±۴/۴۷	۱/۸۵±۴/۳۲	۱/۷۴±۳/۶۸	۱/۷۰±۵	۱/۵۱±۴/۷۹
احساس ترس	احساس نگرانی	اجتناب از گفتاری/ اجتماعی	تبعات منفی در منزل	تبعات منفی در جامعه	تبعات منفی در محیط کار
۱/۵۳±۳/۵۸	۱/۶۳±۴/۴۷	۱/۸۵±۴/۳۲	۱/۷۴±۳/۶۸	۱/۷۰±۵	۱/۵۱±۴/۷۹
احساس عصبانیت	احساس نگرانی	اجتناب از گفتاری/ اجتماعی	تبعات منفی در منزل	تبعات منفی در جامعه	تبعات منفی در محیط کار
۱/۸۴±۳/۷۹	۱/۶۳±۴/۴۷	۱/۸۵±۴/۳۲	۱/۷۴±۳/۶۸	۱/۷۰±۵	۱/۵۱±۴/۷۹
احساس ناامیدی	احساس نگرانی	اجتناب از گفتاری/ اجتماعی	تبعات منفی در منزل	تبعات منفی در جامعه	تبعات منفی در محیط کار
۱/۳۴±۳/۲۶	۱/۶۳±۴/۴۷	۱/۸۵±۴/۳۲	۱/۷۴±۳/۶۸	۱/۷۰±۵	۱/۵۱±۴/۷۹
اجتناب از کلمات	احساس نگرانی	اجتناب از گفتاری/ اجتماعی	تبعات منفی در منزل	تبعات منفی در جامعه	تبعات منفی در محیط کار
۱/۷۹±۳/۸۹	۱/۶۳±۴/۴۷	۱/۸۵±۴/۳۲	۱/۷۴±۳/۶۸	۱/۷۰±۵	۱/۵۱±۴/۷۹
اجتناب از گفتاری/ اجتماعی	احساس نگرانی	اجتناب از گفتاری/ اجتماعی	تبعات منفی در منزل	تبعات منفی در جامعه	تبعات منفی در محیط کار
۱/۵۱±۳/۳۷	۱/۶۳±۴/۴۷	۱/۸۵±۴/۳۲	۱/۷۴±۳/۶۸	۱/۷۰±۵	۱/۵۱±۴/۷۹
اجتناب از صحبت درباره لکنت	احساس نگرانی	اجتناب از گفتاری/ اجتماعی	تبعات منفی در منزل	تبعات منفی در جامعه	تبعات منفی در محیط کار
۱/۴۲±۲/۱۶	۱/۶۳±۴/۴۷	۱/۸۵±۴/۳۲	۱/۷۴±۳/۶۸	۱/۷۰±۵	۱/۵۱±۴/۷۹
اجتناب از پذیرش مشکل خود	احساس نگرانی	اجتناب از گفتاری/ اجتماعی	تبعات منفی در منزل	تبعات منفی در جامعه	تبعات منفی در محیط کار
۱/۹۱±۲/۲۱	۱/۶۳±۴/۴۷	۱/۸۵±۴/۳۲	۱/۷۴±۳/۶۸	۱/۷۰±۵	۱/۵۱±۴/۷۹
تبعات منفی در منزل	احساس نگرانی	اجتناب از گفتاری/ اجتماعی	تبعات منفی در منزل	تبعات منفی در جامعه	تبعات منفی در محیط کار
۱/۴۸±۳/۷۴	۱/۶۳±۴/۴۷	۱/۸۵±۴/۳۲	۱/۷۴±۳/۶۸	۱/۷۰±۵	۱/۵۱±۴/۷۹
تبعات منفی در جامعه	احساس نگرانی	اجتناب از گفتاری/ اجتماعی	تبعات منفی در منزل	تبعات منفی در جامعه	تبعات منفی در محیط کار
۱/۵۳±۴/۱۶	۱/۶۳±۴/۴۷	۱/۸۵±۴/۳۲	۱/۷۴±۳/۶۸	۱/۷۰±۵	۱/۵۱±۴/۷۹
تبعات منفی در محیط آموزشی	احساس نگرانی	اجتناب از گفتاری/ اجتماعی	تبعات منفی در منزل	تبعات منفی در جامعه	تبعات منفی در محیط کار
۱/۳۰±۳/۵۸	۱/۶۳±۴/۴۷	۱/۸۵±۴/۳۲	۱/۷۴±۳/۶۸	۱/۷۰±۵	۱/۵۱±۴/۷۹
تبعات منفی در محیط کار	احساس نگرانی	اجتناب از گفتاری/ اجتماعی	تبعات منفی در منزل	تبعات منفی در جامعه	تبعات منفی در محیط کار

مقایسه ی همزمان (تحلیل چند متغیره) بردار میانگین مولفه های شدت لکنت در گفتار محاوره ای و خواندن شفاهی، آماره ی اثر پیلائی حاکی از تفاوت معنی دار در میانگین مولفه های شدت لکنت در گفتار محاوره ای و خواندن شفاهی در دو گروه آزمایش و کنترل است (جدول ۲).

جدول ۲. مقایسه ی همزمان (تحلیل چند متغیره) میانگین مولفه های شدت لکنت در گفتار محاوره ای و خواندن شفاهی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مولفه ها	SS	F	p
شدت لکنت در گفتار محاوره ای	فراوانی لکنت	۳۰/۴۲	۲۰/۳۲	۰/۰۰۱
	دیرش لکنت	۱۳۶/۴۲	۳۱/۱۸	۰/۰۰۱
	رفتار فیزیکی	۱۱۴/۶۳	۱۱۹/۸۹	۰/۰۰۱
شدت لکنت در خواندن شفاهی	فراوانی لکنت	۷۹/۶۰	۶۹/۴۵	۰/۰۰۱
	دیرش لکنت	۲۲۲/۷۳	۱۰۴/۶۳	۰/۰۰۱
	رفتار فیزیکی	۱۱۴/۶۳	۱۱۹/۸۹	۰/۰۰۱

\*همه ی درجات آزادی برابر بوده اند.

همچنین، مقایسه ی همزمان (تحلیل چند متغیره) بردار میانگین مولفه های خرده مقیاسها در نیمرخ شناختی، آماره اثر پیلائی حاکی از تفاوت معنی دار در میانگین مولفه های نیمرخ شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل است (جدول ۳).

جدول ۳. مقایسه ی همزمان میانگین مولفه های رفتار های لکنت، افکار درباره ی لکنت، احساس درباره ی لکنت، اجتناب ناشی از لکنت و تبعات منفی لکنت در نیمرخ شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مولفه ها	SS	F	Sig.
رفتارهای لکنت	فروانی رویداد علایم لکنت	۵/۹۲	۸/۰۰	۰/۰۰۸
	تقلای جسمی در حین لکنت	۴/۶۳	۷/۱۲	۰/۰۰۴
	مدت زمان گیر، تکرار، کشیده گویی	۵/۹۲	۸/۵۴	۰/۰۰۶
	لکنت غیر قابل کنترل (گیر، تکرار و...)	۲۳/۶۸	۲۳/۸۲	۰/۰۰۱
	گفتار سریع / باعجله و فوری	۱۳/۹۲	۱۲/۲۳	۰/۰۰۱
	حرکات اضافی در صورت / بدن	۷/۶۰	۸/۵۲	۰/۰۰۶
	میزان کلی سفتی بدن	۱۶/۴۴	۱۶/۰۲	۰/۰۰۱
	عدم تماس چشمی هنگام حرف زدن	۱۰/۵۲	۹/۳۰	۰/۰۰۴
افکار درباره ی لکنت	افکار منفی قبل از حرف زدن	۱۲/۷۳	۱۱/۸۰	۰/۰۰۲
	افکار منفی در حین حرف زدن	۲۳/۶۸	۱۷/۱۹	۰/۰۰۱
	افکار منفی بعد از حرف زدن	۲۲/۱۳	۱۹/۱۶	۰/۰۰۱
احساس درباره ی لکنت	احساس سرخوردگی	۲۲/۱۳	۲۰/۵۶	۰/۰۰۱
	احساس نگرانی	۳۰/۴۲	۵۱	۰/۰۰۱
	احساس ترس	۲۲/۱۳	۱۹/۵۵	۰/۰۰۱
	احساس عصبانیت	۱۲/۷۳	۱۰/۲۴	۰/۰۰۳
	احساس ناامیدی	۱۳/۹۲	۹/۳۵	۰/۰۰۴
اجتناب ناشی از لکنت	اجتناب از کلمات	۲۰/۶۳	۲۲/۶۸	۰/۰۰۱
	اجتناب از موقعیت گفتاری / اجتماعی	۱۶/۴۴	۱۱/۵۲	۰/۰۰۲
	اجتناب از صحبت درباره ی لکنت	۱۳/۹۲	۸/۴۲	۰/۰۰۶
	اجتناب از پذیرش مشکل خود	۹/۵۰	۷/۰۹	۰/۰۱۱
تبعات منفی لکنت	تبعات منفی در منزل	۲/۶۳	۱/۰۹	۰/۰۰۳
	تبعات منفی در جامعه	۱۲/۷۳	۱۲/۷۰	۰/۰۰۱
	تبعات منفی در محیط آموزشی	۹/۵۰	۱۲/۶۴	۰/۰۰۱
	تبعات منفی در محیط کار	۹/۵۰	۷/۹۴	۰/۰۰۸

\*همه ی درجات آزادی برابر ۱ بوده اند.

بر اساس تحلیل آماری از سه بخش روانی گفتار، روانی خواندن و نیمرخ شناختی، مشخص شد که بین میانگین روانی گفتار با رویکرد تلفیقی و رویکرد شکل دهی روانی گفتار در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی دار وجود دارد ( $p < 0/001$ ) و نیز بین میانگین روانی خواندن شفاهی با رویکرد تلفیقی و رویکرد شکل دهی روانی گفتار در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی دار وجود دارد ( $p < 0/001$ ). در بخش نیمرخ شناختی (WASSP) نیز برای هر پنج خرده مقیاس معین شد که بین

میانگین رفتارهای لکنت، افکار درباره ی لکنت، احساس درباره ی لکنت، اجتناب ناشی از لکنت و تبعات منفی لکنت با رویکرد تلفیقی و رویکرد شکل دهی روانی گفتار در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی دار وجود دارد. بنابراین با استناد به نتایج هر سه بخش تحقیق، می توان مدعی شد که روش تلفیقی شناختی - گفتاری در درمان افراد لکنتی بزرگسال بسیار مناسب و اثر بخش بوده است و استفاده از آن به همه ی گفتار درمانگران و روان شناسان توصیه می شود.

### بحث و نتیجه گیری

در درمان لکنت بزرگسال آسیب شناسان گفتار و زبان غالباً از رویکرد شکل دهی روانی گفتار استفاده می کنند و در بیشتر مواقع با بازگشت لکنت مواجه می شوند. این معضل همواره دغدغه فکری بسیاری از گفتار درمانگران از جمله ما (پژوهشگران این تحقیق) بود، چرا که جای خالی یک رویکرد جامع و تلفیقی مرکب از رویکرد درمان شناختی - رفتاری و رویکرد های سنتی در مجامع علمی و مراکز بالینی احساس می شد. در این پژوهش، رویکردهای مختلف درمان لکنت شامل رویکرد شکل دهی روانی گفتار، رویکرد درمان شناختی - رفتاری و رویکرد تلفیقی و درمان جامع لکنت مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس گزارش اینگهام و جانیس (۲۰۰۳) انتقال مهارتهای نظام مند روانی گفتار در طول جلسات درمانی مفید بوده، اما حفظ و تداوم روانی ایجاد شده برای بلند مدت به سبب قطع شدن محرک (الگوی گفتاری ارائه شده) به ندرت امکان پذیر است. در این زمینه، مطالعه حاضر مدعی است که حفظ و تداوم روانی ایجاد شده و تغییرات نگرشی و شناختی ایجاد شده برای افراد لکنتی بزرگسال منوط بر استفاده از روش تلفیقی شناختی - گفتاری است.

مطالعه منریز و همکاران (۲۰۱۱) پیرامون CBT بر ۳۰ بیمار لکنتی بزرگسال، گزارش شده که مطابق معیارهای تشخیصی DSM-IV قریب بر ۶۰ درصد آنها دچار اختلال اضطراب اجتماعی بودند. مطالعه حاضر بر اساس نتایج دریافتی (قبل از مداخله و بعد از مداخله) از چهار خرده مقیاس نیمرخ شناختی WASSP رایت و آیره (WASSP) که متغیرهای احساسی و شناختی فرد را می سنجد، با ادعای منریز همسو بوده و لحاظ کردن متغیرهای شناختی را سر لوحه درمان لکنت بزرگسال می داند. مطالعه طولی آینده نگر تشیما و همکاران (۲۰۱۰) در راستای اثربخشی برنامه جامع لکنت (CSP) و با هدف بررسی تداوم و ثبات نتایج درمان مدعی است که اکثریت شرکت کنندگان کاهش بالینی لکنت را به طور معنی دار در طول ۵ سال پیگیری حفظ کرده بودند.



نتایج تحقیق با یافته های مطالعه لنگوین و همکاران (۲۰۱۰) در زمینه کاهش همه جانبه لکنت در افراد بزرگسال همسو بوده و اثربخشی رویکرد تلفیقی را در گرو برنامه درمانی مداوم، تایید می کند. مطالعه ی ایوراخ، هاریسون و همکاران (۲۰۰۹) در مورد اثربخشی رویکرد شناختی بر درمان لکنت بیانگر تأثیر قاطع CBT بر کیفیت زندگی افراد لکنتی بزرگسال در زمینه کاهش خود - ارزشیابی منفی کاهش افکار منفی، کاهش ترس، اجتناب و اضطراب در موقعیت های گفتاری بعلاوه کاهش لکنت فرد در راستای بازسازی گفتاری بود. نتایج تحقیق حاضر بخصوص در بعد نیمرخ شناختی علاوه بر همسو و هماهنگ بودن با گزارش مطالعه ی ایوراخ و همکاران (۲۰۰۹) تغییر و کاهش عناصر شناختی از قبیل افکار منفی، ترس، حساسیت، اجتناب، اضطراب و غیره را مهم تلقی می کند.

ماکسویل (۱۹۹۸) ادغام رویکرد CBT با رویکرد شکل دهی روانی گفتار (باز سازی گفتار) را برای افراد لکنتی بزرگسال بسیار مناسب گزارش داد. نتیجه این مطالعه با نتایج مطالعات ماکسویل (۱۹۹۸) هم از لحاظ روانی گفتار ایجاد شده و هم از نظر تغییرات نگرشی و شناختی بوجود آمده هماهنگ، منطبق و همسو می باشد. کریک و همکاران (۲۰۰۹)، ماکسویل (۱۹۹۸) و بریتنفلت و لورنز (۱۹۹۰) با ذکر رضایت بخش بودن رویکرد شناختی تلفیقی در چند دهه اخیر برای درمان افراد لکنتی بزرگسال (AWS) اهمیت گروه درمانی را نیز مهم برشمردند. مطالعه حاضر علاوه بر همسو بودن با این مطالعات استفاده از روش تلفیقی شناختی - گفتاری را امری ضروری و اهمیت گروه درمانی را چندان بیان می کند. همچنین یافته های مطالعه حاضر بخصوص در بعد عناصر هیجانی و شناختی با گزارش مطالعه وندی جی هواینک و همکاران (۲۰۰۶) در مورد برنامه تلفیقی لکنت همسو و منطبق می باشد. بنابراین نگاه همه جانبه به لکنت با استعانت به مطالعات مشابه مطرح شده مهم و ضروری است. بهرحال، موفقیت درمان هر فرد منطبق بر نیمرخ بالینی بیمار، انگیزه قوی جهت پیگیری پایدار، کسب شناخت و نگرش مثبت، تعدیل سلسله مراتب ترس و اجتناب از کلمات و موقعیت ها و روش های درمانی مناسبی است که از سوی درمانگر مجرب استفاده می شود. در کل، این پژوهش دستاورد تأثیر روش تلفیقی شناختی - گفتاری در زمینه های روانی گفتار، روانی خواندن به علاوه تغییرات نگرشی و شناختی در همه خرده مقیاس های آزمون نیمرخ شناختی رایت و آیره (WASSP) را به همراه داشت. تغییرات و پیشرفت ایجاد شده در سه سطح روانی گفتار، روانی خواندن و نیمرخ شناختی آزمودنی های گروه آزمایش مبین این ادعاست.

این مقاله بر گرفته از رساله ی دکتری نویسنده ی اول است. از تمام گفتار درمانگران، روانشناسان و اساتید محترم که در این پژوهش به نحوی همکاری داشتند و از تمام آزمودنی های این پژوهش قدردانی و سپاسگزاری می شود.

#### Referenc

- Blomgren, M., Roy, Callister, T., & Merrill, R.M. (2005). Intensive stuttering modification therapy: A multidimensional assessment of treatment outcomes. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 48(3), 509-523.
- Breitenfeldt, D.H., & Lorenz, D.R. (1990). *Successful stuttering management program(SSMP) for adolescent and adult stutterers*. ASHA, 84-88
- Craig, A., Hancock, K., Tran, Y., Craig, M., & Peters, K. (2009). Epidemiology of stuttering in the community across the entire lifespan. *s*, 45, 1097-1105
- Guitar, B., & McCauley, R. (2010). *Treatment of Stuttering Established and Emerging Interventions*. Wolters Kluwer, 188-214.
- Ingham, J.C., & Janis, H.. (2003). Evidence- based treatment of stuttering: Definition and application. *Journal of Fluency Disorders*, 28,197-207
- Iverach, L., O'Brion, S., Harrison, E., Menzies, R.G., Packman, A., Onslow, M., & et al. (2009). Prevalence of anxiety disorders among adults seeking speech therapy for stuttering. *Journal of Anxiety Disorders*. 23,928-934
- Kotby, M.N., Moussa, A., EL-Sady, S.R., & Nabieh, A. A. (2003). A comparative study between certain behavioral methods in treatment of stuttering. *International Congress Series*, 1240,1243-1249
- Langevin, M., Kully, D., Teshima, S., Hagler, P., & Narasimha Prasad, N. G. (2010). Five-year longitudinal treatment outcomes of the ISTAR Comprehensive Stuttering Program. *Journal of Fluency Disorders*, 35, 123-140.
- Manning, W.H. (2010). *Clinical decision making in fluency disorders* (3rd ed.).Clifton Park, NY: Delmar Cengage Learning
- Maxwell, D. (1998). Cognitive and behavioral self-control strategies: Applications for the clinical management of adult stutterers. *Journal of Fluency Disorders*, 7, 403-432
- Menzies, R.G., Onslow, M., Packman, A. (2011). *Cognitive behavior therapy for adults & children who stutter: A workshop for speech pathologists*. The University of Sydney
- Onslow, M., Packman, A., Thomson, R., Block, S. St Clare, T., & Menzies, R. G. (2009). Unhelpful thoughts and beliefs linked to social anxiety in stuttering: Development of a measure. *International Journal of Language & Communication Disorders*,29, 1-14.
- Riley, G.D. (2009). A stuttering severity instrument for children and adults. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 37,314-322.
- Ward, D. (2006). *Stuttering and Cluttering*. New York: psychology press.
- Webster, R. L. (1975). *The precision fluency shaping program: Speech reconstruction for stutterers*. Roanoke, VA: Communications Development Corporation.
- Wendy, J., Marilyn, L., Deborah, K., Kees, G., Herman, F.M., & Peters, H. (2006). The relationship between pretreatment clinical profile and treatment outcome in an integrated stuttering program (ISP). *Journal of Fluency Disorders*, 35, 1-49.
- Wright, L., & Ayre, A. (2009). WASSP: An international review of its clinical application. *International Journal of Speech-Language Pathology*. 11(1):83-90.

Journal of  
Thought & Behavior in Clinical Psychology  
Vol. 9 (No. 30), pp. 37-46, 2014

## The effect of a combination of cognitive therapy and speech in stutterers

**Farazi, Morteza**

University of Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

**Gholami Tehrani, Laya**

University of Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

**Khoda Bakhshiy Kolae, Anahita**

Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

**Shemshadi, Hashem**

University of Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

**Rahgozar, Mahdi**

University of Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Received: Sep 12, 2013

Accepted: March 08, 2013

Stuttering is one of the most controversial illnesses and a multifaceted psychomotor speech disorder which happens in the normal flow of speech. Effectiveness of stuttering therapy in adulthood varies based on the basis of stability, a negative attitude, motivation and enthusiasm. The aim of this study was to determine the efficacy of syncretistic method of cognitive- speech in adult stutterers who speak Persian language. So, during a quasi-experimental study, 38 adults with stuttering in the age range of 18-38 were selected through available samples and were randomly assigned to experimental and control groups. Treatment intervention for subjective groups was conducted through six experienced speech- and language pathologist, which lasted 16 individual sessions during 4 months. Subjects were tested before and after the intervention in terms of intensity of stuttering, obvious stuttering characteristics, cognitive profile Stuttering and internal Stuttering properties. The results indicated that there is a significant difference between the fluency of speech, oral reading fluency and cognitive profiles in the two groups. According to research findings, the results of this study were consistent and in line with the results of other studies and the integrated method of the cognitive-speech were more effective in the treatment of adult stuttering. Using this method is recommended to all speech therapists.

**Keywords:** stuttering, AWS, Integrated method, syncretistic method, reconstruction of cognitive-speech.

*Electronic mail may be sent to: m.farazi@uswr.ac.ir*