

Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Integrated Cognitive-Speech Approach in Emotional Regulation, and Distress Tolerance of Individuals Suffering from Stuttering

Kazem Farzinfar¹ , Hamid Nejat^{2,*} , Mohsen Doustkam³, Hassan Tuzandeh Jani³

¹ PhD Student, Department of Psychology, Neyshabour Branch, Islamic Azad University, Neyshabour, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabour Branch, Islamic Azad University, Neyshabour, Iran

⁴ Associate Professor, Department of Psychology, Neyshabour Branch, Islamic Azad University, Neyshabour, Iran

* **Corresponding Author:** Hami Nejat, Department of Psychology, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran.
Email: Hnejat54@yahoo.com

Abstract

Received: 03.10.2020

Accepted: 28.01.2021

How to Cite this Article:

Farzinfar K, Nejat H, Doustkam M, Tuzandeh Jani H. Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Integrated Cognitive-Speech Approach in Emotional Regulation, and Distress Tolerance of Individuals Suffering from Stuttering. *Avicenna J Clin Med.* 2021; 27(4): 239-252. DOI: 10.29252/ajcm.27.4.239

Background and Objective: Numerous approaches, including schema therapy, and an integrated cognitive-speech approach, have been suggested to reduce emotions and increase distress tolerance in people with stuttering. The present study aimed to make a comparison between the effectiveness of schema therapy and integrated cognitive-speech approach in emotional regulation and distress tolerance of individuals suffering from stuttering.

Materials and Methods: This quasi-experimental study was conducted based on a pre-test, post-test design, and a follow-up test with a control group. The statistical population included all individuals aged 18-30 who suffered from stuttering in Sabzevar city. The sample consisted of 30 people who were selected via convenience sampling and were randomly assigned to two experimental groups and one control group (n=10 in each group). The experimental schema therapy group underwent treatment in 12 90-minute sessions, the integrated cognitive-speech approach group received 12 60-minute sessions of treatment, and the control group received no treatments. The instruments of the research were Gross and John (2003) Emotional Regulation Questionnaire, and Simons and Gaher (2005) Distress Tolerance Questionnaire. These instruments were conducted on three groups in all phases of pre-testing and post-testing and follow-up. The one-way repeated measures ANOVA and Tukey post hoc test were used to analyze the data.

Results: As evidenced by the obtained results, the schema therapy and integrated cognitive-speech approach had a significant effect on emotional regulation and distress tolerance of individuals suffering from stuttering ($P < 0.05$).

Conclusion: The results of the present study indicated that none of the treatments outperformed the other ones; nonetheless, the integrated cognitive-speech approach was more effective in distress tolerance index.

Keywords: Distress Tolerance, Emotional Regulation, Integrated Cognitive-speech Approach, Schema Therapy, Stuttering

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و رویکرد تلفیقی شناختی-گفتاری بر تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی افراد مبتلا به لکنت

کاظم فرزین فرا^۱ ID، حمید نجات^۲ ID*، محسن دوستکام^۳، حسن تونزنده جانی^۴

^۱ دانشجوی دوره دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

^۲ استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران

^۳ استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

^۴ دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

* نویسنده مسئول: حمید نجات، گروه روان‌شناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران. ایمیل: Hnejat54@yahoo.com

چکیده

سابقه و هدف: به منظور کاهش هیجانات و افزایش تحمل پریشانی در افراد مبتلا به لکنت، رویکردهای متعددی پیشنهاد شده است که از جمله آن‌ها می‌توان به طرحواره درمانی و رویکرد تلفیقی شناختی-گفتاری اشاره کرد. هدف از این مطالعه مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و رویکرد تلفیقی شناختی-گفتاری بر تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی افراد مبتلا به لکنت بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر پژوهشی نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و آزمون پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمام افراد مبتلا به لکنت با محدوده سنی ۱۸ تا ۳۰ سال در شهر سبزوار بود. نمونه آماری شامل ۳۰ نفر از افراد مبتلا به لکنت بودند که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۰ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش طرحواره درمانی در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و گروه آزمایش تلفیقی شناختی-گفتاری در ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت درمان قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکرد. ابزارهای مطالعه پرسش‌نامه تنظیم هیجانی گراس و جان (۲۰۰۳) و پرسش‌نامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) بودند که در هر سه گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اجرا شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد دو طرحواره درمانی و رویکرد تلفیقی شناختی-گفتاری بر تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی افراد مبتلا به لکنت تأثیر معنی‌داری دارد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از این بود که هیچ‌یک از درمان‌ها نسبت به دیگری برتری نداشت و تنها رویکرد تلفیقی شناختی-گفتاری در شاخص تحمل پریشانی مؤثرتر بود.

واژگان کلیدی: تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی، رویکرد تلفیقی شناختی-گفتاری، طرحواره درمانی، لکنت

مقدمه

چشم و تغییرات قلبی-عروقی همراه است [۲]. تحقیقات نوروفیزیولوژیکی در زمینه لکنت، به اهمیت آمادگی حرکتی با ارتقای بدعملکردی در انتقال برنامه‌ای حسی-حرکتی در قشر حرکتی به ویژه در نیمکره چپ تأکید کردند [۳]. در پژوهش آبیار و همکاران [۴] نشان داده شد بین تحمل پریشانی و لکنت رابطه وجود دارد؛ لذا از جمله متغیرهای مرتبط با لکنت، تحمل پریشانی است.

تحمل پریشانی از سازه‌های معمول برای پژوهش در زمینه

لکنت نوعی اختلال روانی گفتار رشدی-عصبی است که علائم آن با قفل و تکرار سیلاب‌ها و صدا و کشیدگویی صداها مشخص می‌شود. شروع لکنت اغلب بین سنین ۳ تا ۶ سال رخ می‌دهد و شیوع آن بیشتر از ۵ درصد در کودکان و ۰/۷۲ درصد در بزرگسالان و به‌طور معمول در مردان دیده می‌شود [۱]. مشکلات گفتاری در این افراد اغلب با چشمک‌زدن سریع، لرزش لب‌ها یا فک، تیک‌های صورت، تکان‌های سر، گره‌کردن مشت‌ها، سرخ‌شدن صورت، رنگ‌پریدگی، عرق‌کردن، حرکات

بی‌ثباتی هیجانی و مشکل در تنظیم هیجان در افراد دارای لکنت دیده می‌شود. این افراد همیشه در بحران به سر می‌برند و در کنترل فشارهای وارد شده، ناتوانی در کنترل احساسات و رشدنیافتگی و نداشتن آمادگی برای مقابله با مشکلات احساس ضعف می‌کنند. افراد مبتلا به لکنت اضطراب دارند. همچنین حالت‌های عاطفی منفی در آن‌ها دیده می‌شود و به دلیل مشکلات زیادی که در زندگی با آن مواجه هستند، در تنظیم هیجانات مشکل دارند. هرچه هیجان‌ها کیفیت بیشتری داشته باشد، این هیجان‌های باکیفیت باعث کاهش خشم و عاطفه منفی و افسردگی در فرد می‌شود [۱۶]. نصری و همکاران [۱۷] در پژوهشی نشان دادند رویکرد تلفیقی شناختی-گفتاری بر بیماران بیش‌فعال مؤثر واقع شده است.

برای کاهش هیجانات و افزایش تحمل پریشانی در افراد مبتلا به لکنت رویکردهای متعددی پیشنهاد شده است که از جمله آن‌ها می‌توان به طرحواره درمانی و رویکرد تلفیقی شناختی-گفتاری اشاره کرد [۱۸]. بازسازی شناختی رویکرد دیگری است که برخی اوقات، نگاه متفاوتی به ویژگی‌های قابل مشاهده و غیر قابل مشاهده لکنت دارد. رویکرد شکل‌دهی روانی گفتار بر اساس شرطی‌سازی فعال برای رفع یا کاهش علائم قابل مشاهده لکنت، بدون توجه به ویژگی‌های درونی آن به کار می‌رود. همچنین رویکرد اصلاح لکنت سعی دارد ویژگی‌های قابل مشاهده لکنت را با ایجاد لکنت روان‌تر و راحت‌تر (بدون اجتناب) کاهش دهد. این رویکرد در زمینه تغییر واکنش‌های نگرشی و شناختی فرد نسبت به لکنت مرتباً انجام می‌شود تا تأثیری را که ویژگی‌های درونی لکنت بر فرد می‌گذارد، به حداقل برساند. درنهایت، رویکرد بازسازی شناختی صرفاً بر تغییر واکنش‌های نگرشی، احساسی و شناختی فرد نسبت به لکنت متمرکز می‌شود تا تأثیر عوارض و تبعات لکنت بر فرد را تقلیل دهد [۱۹]. صفری هفشجانی و خرم‌شاهی در پژوهشی با عنوان «درمان‌های مؤثر (رویکرد تلفیقی شناختی-گفتاری) بر لکنت» نشان دادند این درمان بر بهبود لکنت مؤثر است [۲۰].

با توجه به اهمیت مؤلفه‌های تحمل پریشانی و هیجانات در افراد مبتلا به لکنت و با توجه به اینکه آسیب‌های روان‌شناختی ناشی از این اختلال به‌صورت مزمن بروز می‌کند، لزوم مداخله‌های روان‌شناختی مطرح می‌شود. یکی از مداخلات رایج در زمینه اختلالات روان‌شناختی و همچنین آسیب‌های خانوادگی، رویکرد طرحواره درمانی است [۲۱]. طرحواره درمانی با تأکید بر تغییر طرحواره‌های ناسازگار شکل‌گرفته در دوران کودکی، سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تبیین نحوه اثرگذاری آن‌ها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان و ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری و همچنین با تأکید بر جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد فرصتی را برای بهبود طرحواره‌های ناکارآمد اولیه مرتبط با اضطراب و

بی‌نظمی عاطفی است. به توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی، تحمل پریشانی می‌گویند [۵]. درحقیقت، تحمل پریشانی جزء متغیرهای تفاوت‌های فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره می‌کند [۶]. تحمل پریشانی ساختار مهمی در رشد بینشی جدید درباره شروع و ابقای آسیب‌های روانی و همچنین پیشگیری و درمان است. کاهش سطح تحمل پریشانی ممکن است با پاسخ‌های سازش‌نیافته نسبت به تنش همراه باشد؛ مثل منتظر فرصت بودن برای فرار از عاطفه منفی یا اجتناب از آن [۷].

با توجه به اینکه تأثیر تنیدگی بر سازه‌های روانی به سطح پریشانی فرد بستگی دارد، هرچه فرد به جای به‌کارگیری روش‌های ناکارآمد، از اصول، باورها و ارزش‌هایی استفاده کند که به آن‌ها اعتقاد دارد، قادر خواهد شد سطح پریشانی خود را افزایش دهد [۸]. افراد مبتلا به لکنت توانایی تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی را ندارند. درحقیقت، ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی را ندارند. با توجه به اینکه تأثیر تنیدگی بر سازه‌های روانی به سطح پریشانی فرد بستگی دارد، هرچه فرد به جای به‌کارگیری روش‌های ناکارآمد، از اصول، باورها و ارزش‌هایی استفاده کند که به آن‌ها اعتقاد دارد، قادر خواهد شد سطح پریشانی خود را افزایش دهد [۵]. نتایج حاصل از پژوهش Ntouro و همکاران [۹] حاکی از آن بود که کودکان دارای لکنت زبان، واکنش‌های عاطفی منفی بیشتری نسبت به کودکان بدون لکنت زبان از خود نشان می‌دهند.

تنظیم هیجانی به‌عنوان فرایند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر در بروز و شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرایندهای اجتماعی، روانی و فیزیکی در به‌انجام‌رساندن اهداف فرد تعریف می‌شود [۱۰]. آموزش تنظیم هیجان موجب موفقیت و شادمانی می‌شود و ارزیابی مجدد هیجان راهی برای کاهش تأثیرات هیجان منفی به‌شمار می‌آید [۸]. استفاده از استراتژی‌های مربوط به تنظیم هیجان منجر به افزایش هیجانات مثبت، کاهش هیجانات منفی و درنتیجه افزایش سطح سلامت روان افراد می‌شود [۱۱].

وجود نقص در تنظیم هیجانی بین‌فردی با اختلالات روان‌پزشکی شدید ارتباط دارد. درک چگونگی تجربه بیماران و عدم موفقیت در تنظیم هیجانات اهمیت فراوانی دارد. مغز هیجانات را به سوی گرایش‌های فعال سازگار تنظیم می‌کند. هیجانات شدید به‌صورت قله‌ای بالا می‌روند و سپس هم‌سطح می‌شوند و یک‌باره گرایش فعال سازگار هیجانی بیان می‌شود [۱۲]. توانایی تنظیم هیجانات برای عملکرد روان‌شناسی سلامت ضروری است و نکته‌ای کلیدی در روان‌درمانی محسوب می‌شود. طرز عمل به‌طور فعالانه با هیجان تجربی همراه است که اهمیت اصلی در روان‌درمانی را نشان می‌دهد. مدل‌های درمانی متنوع با گرایش‌های نظری مختلف، اصول و تکنیک‌های فعال را در بدتنظیمی هیجانی به هم پیوند می‌دهد [۱۳-۱۵].

لکنت فراهم می‌آورد [۲۲].

Young و همکاران طرحواره درمانی را برای درمان بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی مزمن و اختلالات شخصیتی تدوین کردند. منطبق بر دیدگاه طرحواره درمانی، افراد با مجموعه‌ای از شرایط از جمله تجارب ناسازگار اولیه و خلق و خوی هیجانی خاص، گروهی از طرحواره‌های ناسازگاری را تشکیل می‌دهند که در رفتارها و واکنش‌های بعدی‌شان نسبت به محیط مؤثر است [۲۳]. مظفری در پژوهشی نشان داد طرحواره درمانی در کاهش لکنت مؤثر است [۲۱].

طرحواره‌ها را می‌توان ساختارهایی برای بازیابی مفاهیم کلی ذخیره‌شده در حافظه یا مجموعه سازمان‌یافته‌ای از اطلاعات، باورها و فرض‌ها دانست. محتوای هر طرحواره از طریق تجربه‌های زندگی فردی ساخته و پرداخته می‌شود، سامان می‌یابد و در ادراک و ارزیابی اطلاعات جدید استفاده می‌شود [۲۴]. طرحواره‌ها از طریق طرز برخورد و نگرش شخص نسبت به خویش، جهان و آینده تعیین می‌شوند. اگر این طرحواره‌ها طبیعی و مثبت باشند، گرایش فرد نسبت به همه چیز مثبت، امیدوارانه و موفقیت‌آمیز خواهد بود، وگرنه چنین فردی خود را ناتوان، بی‌کفایت و بی‌ارزش خواهد پنداشت و احساس خواهد کرد که در برخورد با مشکلات موانع نفوذناپذیری بر سر راه او قرار دارد و هر کاری بکند، با شکست و ناکامی روبه‌رو خواهد شد [۲۵]. درمان‌هایی که طرحواره‌های ناسازگار را هدف قرار دهند، زمینه را برای کاهش ارتباطات فردی و بین‌فردی آماده می‌کنند. پژوهش‌ها نشان داده است طرحواره درمانی هم می‌تواند با هدف قراردادن طرحواره‌های ناکارآمد، زمینه را برای رشد و تعامل اجتماعی بهتر فراهم کند [۲۶].

اثربخشی هر دو درمان‌های طرحواره درمانی و رویکرد تلفیقی شناختی-گفتاری به صورت جداگانه روی سایر متغیرهای افراد مبتلا به لکنت بررسی شده است؛ اما با بررسی پیشینه درمان‌های فوق در داخل کشور، پژوهشی درخصوص مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و رویکرد تلفیقی شناختی-گفتاری بر تنظیم هیجانی و تحمل‌پذیری افراد مبتلا به لکنت دیده نشد. به همین منظور این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و رویکرد تلفیقی شناختی-گفتاری بر تنظیم هیجانی و تحمل‌پذیری افراد مبتلا به لکنت انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری است. متغیرهای مستقل، طرحواره درمانی و رویکرد تلفیقی شناختی-گفتاری است که در دو گروه آزمایش اعمال شد و تأثیر آن بر نمرات پس‌آزمون در بیماران هر دو گروه آزمایش بررسی و با گروه کنترل مقایسه شد. در جلسات آخر نیز پیگیری دو ماهه آزمون‌ها انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل بزرگسالان مبتلا به لکنت در سن ۱۸ تا ۳۰ سال و با جنسیت

زن و مرد بودند که در سه ماهه سوم سال ۱۳۹۸ به کلینیک‌های گفتاردرمانی سبزواری مراجعه کرده بودند. از بین جامعه آماری ۳۰ نفر به عنوان نمونه آماری به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی جایگزین در سه گروه طرحواره درمانی (۱۰ نفر)، رویکرد تلفیقی شناختی-گفتاری (۱۰ نفر) و گروه کنترل (۱۰ نفر) گمارده شدند.

ملاک‌های تعیین حجم نمونه شامل توان آزمون برابر ۰/۵، احتمال خطای نوع اول برابر ۰/۰۵، میزان خطای نسبی کوهنز (Cohensd) برابر ۰/۸ بود. مطابق این فرمول، حجم هر گروه ۱۳ نفر با در نظر گرفتن ۳ نفر برای ریزش در نظر گرفته شد و در نهایت برای هر گروه ۱۰ نفر انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، ابتلا به لکنت حداقل در سطح خفیف (با اجرای آزمون تعیین شدت لکنت)، داشتن تحصیلات حداقل سیکل، دامنه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال، استفاده نکردن از سایر درمان‌های روان‌شناختی و داروهای روان‌گردان هم‌زمان با اجرای مداخله بود. ملاک‌های خروج نیز شامل سوءمصرف مواد، مصرف داروهای روان‌گردان، رضایت‌نداشتن برای شرکت در مطالعه، غیبت بیشتر از دو جلسه، ابتلا به اختلالات بالینی و شخصیتی تأییدشده توسط روان‌پزشک و بروز حوادث پیش‌بینی‌نشده بود.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های آماری و پاسخگویی به سؤالات پژوهش از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ در دو سطح آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد.

محتوای ۱۲ جلسه طرحواره درمانی به طور خلاصه

جلسه اول: خوشامدگویی و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، ایجاد انگیزه برای درمان، مروری بر ساختار جلسات، قوانین و مقررات مربوط به گروه درمانی، مرور اهداف و منطق کلی درمان، اجرای پیش‌آزمون.

جلسه دوم: تعریف طرحواره درمانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ویژگی‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها.

جلسه سوم: معرفی حوزه‌های طرحواره و طرحواره‌های ناسازگار اولیه، شرح مختصر بیولوژی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، توضیح عملکردهای طرحواره، شرح مختصر تداوم و بهبود طرحواره.

جلسه چهارم: معرفی سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار که موجب تداوم طرحواره‌ها می‌شوند به همراه مثال‌هایی از زندگی روزمره، تعریف مفهوم ذهنیت‌های طرحواره‌ای، ایجاد آمادگی در بین افراد دارای لکنت برای سنجش و تغییر طرحواره‌ها.

(جملات کوتاه) و گفتار محاوره‌ای با تأکید بر استفاده از گفتار کشیده اغراق‌آمیز بر اساس مراحل اولیه برنامه کمپردان.

جلسه چهارم: اجرای روش‌های درمانی PS, EO, TO و LCC (Light Contact Consonant) حین خواندن متون و گفتار محاوره‌ای پرسش و پاسخ با تأکید بر مراحل پایانی برنامه کمپردان.

جلسه پنجم: تکرار برنامه درمانی جلسه چهارم و اعمال عناصر اولیه روش MIDVAS (Motivation, Identification, Desensitization Variation, Approximation, Stabilization) و رایپر (ایجاد انگیزش، شناسایی مشکل و حساسیت‌زدایی منظم) در گفتار محاوره‌ای و خواندن متون مختلف.

جلسه ششم: انجام برنامه درمانی جلسه پنجم به همراه سه عنصر پایانی روش MIDVAS و رایپر (تغییر و اصلاح الگوی لکنت و تثبیت) در پرسش و پاسخ انتقادی با تأکید بر برقراری تماس چشمی هنگام گفت‌وگو، انجام لکنت ارادی با آموزش خودکنترلی بر اصلاح لکنت.

جلسه هفتم: انجام برنامه درمانی بازسازی روانی گفتار به همراه روش‌های رویکرد بازسازی شناختی شامل: REBT (Rational Emotive Behavioral Therapy), PCT (Personal Construct Therapy), CAN (Constructive Approach Narrative), POWER (Permission, Ownership, Well-being, Esteem of onself, Resilience, Responsibility) مبتنی بر راهکارهای توانمندساختن فرد در شناسایی افکار و باورهای غیرمنطقی خود.

جلسه هشتم: اجرای روش تلفیقی شناختی-گفتاری در موقعیت‌های گفتاری-اجتماعی گوناگون، حساسیت‌زدایی منظم و تصویرسازی ذهنی به صورت هم‌زمان و تمرین گفت‌وگوی تلفنی با افراد آشنا و تمرینات مبتنی بر کاهش اضطراب اجتماعی و اجتناب.

جلسه نهم: اجرای روش تلفیقی شناختی-گفتاری در گفتار خودانگیخته با پرسش‌وپاسخ انتقادی و آموزش توجه، همدلی، مواجهه‌سازی و مهارت‌های اجتماعی جرئت‌ورزی، خودیاری و گفت‌وگوهای تلفنی با افراد آشنا و غریبه.

جلسه دهم: اجرای روش تلفیقی شناختی-گفتاری در فضای خارج از کلینیک (فروشگاه‌ها و اماکن عمومی) به اتفاق درمانگر از طریق حساسیت‌زدایی منظم و تصویرسازی ذهنی به صورت هم‌زمان و توصیف محدودیت‌های قابل پیش‌بینی در جریان گفت‌وگو و خواندن شفاهی.

جلسه یازدهم: گروه‌درمانی ۴ تا ۷ نفره با اجرای روش تلفیقی بر اساس آموزش برنامه‌های خودکنترلی بر اصلاح لکنت در گفتار محاوره‌ای، گفتار خودانگیخته و خودیاری در روابط بین‌فردی.

جلسه دوازدهم: اجرای جلسه یازدهم مبنی بر راهکارهای تقویت گفتار طبیعی کنترل‌شده با نظارت شناختی، ارائه لکنت راحت و بدون اجتناب، ارزیابی پایان دوره مداخله با انجام آزمون‌ها

جلسه پنجم: آموزش طرحواره‌های شرطی و غیرشرطی، تصویرسازی هیجانی خلق‌و‌خوی هیجانی و ارائه بازخورد برای شناسایی بیشتر طرحواره، ایجاد آمادگی برای تغییر.

جلسه ششم: آزمون اعتبار طرحواره‌ها توسط افراد دارای لکنت، به چالش گرفتن طرحواره (قداست‌زدایی)، تکنیک پیوستارنگری، نامه معرفی خود.

جلسه هفتم: بررسی شواهد تأییدکننده و ردکننده طرحواره، به چالش گرفتن شواهد تأییدکننده طرحواره توسط مادران، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای افراد دارای لکنت.

جلسه هشتم: برقراری گفت‌وگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره توسط مادران، تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی به کمک افراد دارای لکنت، آموزش تکمیل فرم ثبت طرحواره توسط افراد دارای لکنت.

جلسه نهم: ارائه منطق استفاده از این تکنیک‌ها در درمان، انجام گفت‌وگوهای خیالی، بازوالدینی در حین کار با تصاویر ذهنی، نوشتن نامه به والدین، گفت‌وگوی خیالی با والدین.

جلسه دهم: معرفی مجدد سبک‌های مقابله‌ای به عنوان آماج مهم تغییر، آمادگی برای انجام الگوشکنی رفتار، تعیین رفتارهای خاص به عنوان آماج احتمالی تغییر، اولویت‌بندی رفتارها برای الگوشکنی.

جلسه یازدهم: فهرست کردن مصادیق پاسخ‌های مقابله‌ای مراجع، تأیید ناهمخوانی خواسته‌های مراجع با رفتارهایش (رفتار متناقض)، آموزش متناسب با خواسته‌های مراجع به عنوان شیوه صحیح رسیدن به خواسته‌هایش.

جلسه دوازدهم: افزایش انگیزه برای تغییر، آموزش تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش، آموزش غلبه بر موانع تغییر رفتار و ایجاد تغییرات مهم در زندگی، شناسایی لکنتی‌هایی که به مداخله فردی نیاز دارند و برنامه‌ریزی جلسه مشاوره انفرادی با آن‌ها، غلبه بر موانع تغییر رفتار، اجرای پس‌آزمون.

محتوای ۱۲ جلسه رویکرد تلفیقی شناختی-گفتاری به‌طور خلاصه

جلسه اول: مصاحبه و اجرای آزمون تعیین شدت لکنت در گفتار محاوره‌ای خواندن شفاهی به همراه ضبط آن، تعیین لکنت پایه و شدت لکنت در گفتار محاوره‌ای و خواندن شفاهی، ثبت الگوی رفتارهای فیزیکی همراه لکنت آزمودنی، اجرای پیش‌آزمون.

جلسه دوم: اجرای روش‌های درمانی شکل‌دهی روانی گفتار (PS: Prolonged Speech, EO: Easy Onset) همراه با خودآگاهی از عملکرد دستگاه گفتار و سازوکار تنفس در گفتار شفاهی و خواندن کلمات و عبارات ساده.

جلسه سوم: اجرای روش‌های درمانی PS, EO, TO (Time-Out) حین خواندن متون فارسی و گفتار شفاهی

در گفتار محاوره‌ای و خواندن شفاهی به صورت جلسات فردی و شرح پیشرفت و تغییرات انجام شده به آزمودنی و ذکر سایر توصیه‌های درمانی، اجرای پس‌آزمون.

ابزارهای استفاده شده برای جمع‌آوری داده‌ها

۱. آزمون سنجش شدت لکنت (SSI-3: Stuttering Severity Instrument-3): این آزمون که Riley آن را ساخته، استاندارد و معتبر است و برای سنجش ویژگی‌های قابل مشاهده لکنت استفاده می‌شود. این آزمون بسامد لکنت، دیرش لکنت و رفتارهای فیزیکی همراه لکنت را محاسبه و در نهایت شدت لکنت را تعیین می‌کند [۲۷]. امتیازات این سه مؤلفه با هم جمع می‌شوند و شدت لکنت فرد در پنج درجه خیلی خفیف (۱۷-۱۰)، خفیف (۲۴-۱۸)، متوسط (۳۱-۲۵) و شدید (۳۶-۳۲) نمره‌گذاری می‌شود. در این آزمون از یک نمونه گفتار محاوره‌ای و خواندن شفاهی حداقل ۲۰۰ کلمه‌ای استفاده می‌شود. بیمار با صدای بلند متن را می‌خواند یا راجع به یک موضوع داستانی یا روایتی یا در مورد شغل، مسافرت، مدرسه و غیره صحبت می‌کند. پایایی آزمون سنجش شدت لکنت مربوط به خواندن متن ۲۰۰ کلمه‌ای طی دو مرتبه در بازه زمانی ۱۰ روزه روی ۲۴ فرد بزرگسال دارای لکنت (۲۰ مرد و ۴ زن) در دسترس (دامنه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال) به صورت انفرادی انجام شد. بر این اساس پایایی خواندن متن در آزمون سنجش شدت لکنت ۰/۹۸ و روایی آزمون مطابق شاخص لاوشه (lawshe) ۰/۹۰ تعیین شد [۲۸].

۲. پرسش‌نامه تنظیم هیجان: Gross و همکاران این پرسش‌نامه را ساخته‌اند. این پرسش‌نامه شامل دو خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد ۶ گویه و سرکوبی با ۴ گویه است. شرکت‌کنندگان در با مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از به شدت مخالفم (با نمره ۱) تا به شدت موافقم (با نمره ۷) پاسخ می‌دهند. روایی همگرایی این پرسش‌نامه با بررسی ارتباط آن با چهار سازه موفقیت تنظیم هیجانی ادراک شده، سبک مقابله‌ای، مدیریت خلق و مورد اعتماد بودن بررسی شده است. همچنین روایی واگرایی آن با بررسی ارتباط آن با ابعاد پنج عامل بزرگ شخصیت (روان رنجورخویی، برون گرایی، گشودگی به تجربه، توافق پذیری، وظیفه شناسی)، کنترل تکانه، توانایی شناختی، مطلوبیت اجتماعی بررسی شده است. پایایی درونی این مقیاس ۰/۷۳ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۶۹ است که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول آن است [۲۹]. سلیمانی و حبیبی [۳۰] در پژوهش خود ضریب آلفای کرباخ را برای خرده‌مقیاس‌های ارزیابی مجدد شناختی ۰/۷۱ و بازداری هیجانی ۰/۸۲ گزارش کردند.

۳. پرسش‌نامه تحمل پریشانی: این مقیاس نوعی شاخص خودسنجی است که Simons و همکاران آن را طراحی کرده‌اند و ۱۵ گویه و ۴ خرده‌مقیاس تحمل (تحمل پریشانی هیجانی)، جذب (جذب شدن با هیجانات منفی)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی) و تنظیم (تنظیم کوشش‌ها برای تسکین پریشانی) دارد.

این پرسش‌نامه با مقیاس پنج درجه‌ای (۱: کاملاً موافقم؛ ۲: اندکی موافقم؛ ۳: نه موافقم و نه مخالف؛ ۴: اندکی مخالفم و ۵: کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری می‌شود. Simons و همکاران ضرایب آلفا را برای این مقیاس به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش کردند. آن‌ها گزارش کرده‌اند این پرسش‌نامه روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی دارد [۵]. در ایران اندامی خشک [۳۱] آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۸۶ درصد به دست آورد. همچنین جشن‌پور [۳۲] آلفای کرونباخ آن را ۸۵ درصد گزارش کرده است.

یافته‌ها

نتایج نشان می‌دهد ۱۸ نفر (۶۰ درصد) از آزمودنی‌ها زن بودند که بیشترین افراد را به خود اختصاص داده است. به ترتیب ۶ نفر در گروه کنترل، ۵ نفر در گروه آزمایش یک و ۷ نفر در گروه آزمایش دو زن بودند. ۱۲ نفر (۴۰ درصد) از آزمودنی‌ها مدرک لیسانس داشتند که بیشترین افراد را به خود اختصاص داده است و به ترتیب ۴ نفر در گروه کنترل، ۵ نفر در گروه آزمایش یک و ۳ نفر در گروه آزمایش دو بودند. میانگین سن افراد مبتلا به لکنت شرکت‌کننده در این مطالعه حدود ۲۴ سال بود که به تصادف بین سه گروه قرار داده شدند. میزان میانگین شدت لکنت برای هر سه گروه شرکت‌کننده بیشتر از نمره برش پرسش‌نامه شدت لکنت بود و تمامی افراد حداقل لکنت خفیف داشتند. انتخاب نمونه با توجه به اینکه نمره کمترین مقدار اضطراب برای هر سه گروه بیش از ۱۸ بود، به درستی انجام شده است.

یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهد نمرات مربوط به شاخص تنظیم هیجان در مرحله پیش‌آزمون تقریباً نزدیک به هم بوده، ولی طرحواره درمانی باعث شده است گروه آزمایش یک که در مرحله پیش‌آزمون میانگین تنظیم هیجان ۴۸/۹ داشت، در مرحله پس‌آزمون میانگین ۵۸/۲۰ را به دست آورد. درحقیقت طرحواره درمانی میزان تنظیم هیجان را حدود ۱۰ نمره افزایش داده است. این موضوع در حالی رخ داده است که میانگین تنظیم هیجان در گروه کنترل هیچ‌گونه تغییری نداشته است. در گروه آزمایش دو نیز میانگین از ۴۸/۹ در مرحله پیش‌آزمون به ۵۵/۶۰ در مرحله پس‌آزمون رسیده است. میزان تحمل آشفتگی هیجانی در هر دو گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون حدود ۴۵/۵ است، ولی در مراحل پس‌آزمون تغییرات در گروه کنترل بسیار اندک است. جدول ۲ نشان می‌دهد با توجه به معنی‌دار بودن اثر مرحله، بین میانگین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات متغیرهای تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، بین نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در این گروه‌ها تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($P < 0.05$). همچنین معنادار بودن تعامل میان مراحل با گروه آزمایشی در متغیرهای مذکور حاکی از آن است که در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، میانگین گروه آزمایش به طور

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای تنظیم هیجان و تحمل آشفتگی هیجانی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ارزیابی	کنترل	۳۲/۷	۶/۲۱	۳۲/۸	۵/۴۳	۳۲/۷	۵/۳۷
	آزمایش ۱	۳۲/۱	۳/۱۴	۳۷	۲/۹۸	۳۳/۹	۳/۳۴
	آزمایش ۲	۳۲/۵	۳/۷۷	۳۴/۹	۳/۶۰	۳۳/۱	۴/۰۱
سرکوبی	کنترل	۱۵/۸	۶/۵۲	۱۵/۷۰	۴/۰۵	۱۵/۵۰	۳/۹۷
	آزمایش ۱	۱۶/۸	۴/۱۰	۲۱/۲۰	۴/۶۶	۱۹/۲۰	۴/۶۶
	آزمایش ۲	۱۶/۴	۳/۲۷	۲۰/۷۰	۳/۷۱	۱۸	۲/۴۹
تنظیم هیجان	کنترل	۴۸/۵	۹/۷۶	۴۸/۵۰	۵/۶۴	۴۸/۲	۵/۵۳
	آزمایش ۱	۴۸/۹	۴/۸۸	۵۸/۲۰	۵/۰۲	۵۳/۱	۵/۰۶
	آزمایش ۲	۴۸/۹	۵/۸۲	۵۵/۶	۵/۹۶	۵۱/۱	۵/۱۵
تحمل پریشانی هیجانی	کنترل	۱۱/۲۰	۲/۲۵	۱۰/۷۰	۲/۰۵	۱۰/۷۰	۱/۸۸
	آزمایش ۱	۱۰/۵۰	۲/۵۹	۱۱/۹۰	۲/۱۸	۱۱/۹۰	۲/۱۸
	آزمایش ۲	۱۰/۷۰	۲/۱۶	۱۱/۷۰	۲/۱۶	۱۱/۷۰	۲/۱۶
جذب‌شدن با هیجانات منفی	کنترل	۶/۳۰	۱/۲۵	۶/۴۰	۱/۵۰	۶/۵۰	۱/۵۸
	آزمایش ۱	۶/۴۰	۰/۸۴	۱۰	۰/۸۱	۱۰/۱	۰/۷۳
	آزمایش ۲	۶/۴۰	۱/۵۰	۷/۹	۱/۵۲	۸/۱	۱/۵۲
برآورد ذهنی پریشانی	کنترل	۱۹	۵/۹۴	۱۸/۹۰	۳/۷۲	۱۹	۳/۸۰
	آزمایش ۱	۱۹/۸	۳/۷۰	۲۰/۷	۴/۲۱	۲۰/۷	۴/۲۱
	آزمایش ۲	۱۸/۲۰	۴/۸۰	۲۱/۴	۴/۰۶	۲۱/۸	۳/۹۹
تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی	کنترل	۸/۳	۲/۴۹	۷/۹	۲/۲۵	۸	۲/۲۶
	آزمایش ۱	۹/۹	۲/۰۷	۱۱/۵	۲/۵۰	۱۱/۵	۲/۵۰
	آزمایش ۲	۹/۷	۳/۰۲	۱۲	۲/۶۶	۱۲/۱	۲/۵۱
تحمل آشفتگی هیجانی	کنترل	۴۴/۸	۷/۸۴	۴۳/۹	۴/۵۰	۴۴/۲	۴/۴۶
	آزمایش ۱	۴۶/۶	۴/۷۸	۵۴/۱	۶/۵۰	۵۴/۲	۶/۳۷
	آزمایش ۲	۴۵	۶/۶۶	۵۳	۶/۴۶	۵۴/۷	۶/۰۳

معنی‌داری متفاوت از گروه کنترل است. جدول ۳ نشان می‌دهد در گروه آزمایش یک که تحت کنترل اختلاف بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هیچ‌یک از متغیرهای تحقیق معنادار نیست. بر اساس اطلاعات جدول ۳

جدول ۲: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی در گروه‌های آزمایش یک و کنترل

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجزوراتا طرحواره درمانی
تنظیم هیجان	مرحله*گروه	۱۱۳/۷۳	۲	۵۶/۸۶	۴/۶۷	۰/۰۱۶	۰/۲۰۶
	خطا	۴۳۸/۴۰	۳۶	۱۲/۱۷			
	گروه	۱۸۰/۲۶	۱	۱۸۰/۲۶	۷/۴۰۱	۰/۰۱۴	۰/۲۹۱
	خطا	۴۳۸/۴۰	۱۸	۸۰/۶۲			
	مرحله	۱۴۳/۴۳	۲	۷۱/۷۱	۷/۱۶۶	۰/۰۰۲	۰/۲۸۵
	مرحله*گروه	۱۳۷/۶۳	۲	۶۸/۸۱	۶/۸۷	۰/۰۰۳	۰/۲۷۶
تحمل پریشانی	خطا	۳۶۰/۳۶	۳۶	۱۰۰/۰۰۷			
	گروه	۴۸۱/۶۶	۱	۴۸۱/۶۶	۵/۰۰۱	۰/۰۳۸	۰/۲۱۷
	خطا	۱۷۳۳/۷۳	۱۸	۹۶/۳۱			
	مرحله	۱۱۲/۵۳	۲	۵۶/۲۶	۴/۸۴۹	۰/۰۱۴	۰/۲۱۲
	مرحله*گروه	۱۷۷/۷۳	۲	۸۸/۸۶	۷/۶۵۸	۰/۰۰۲	۰/۲۹۸
	خطا	۴۱۷/۷۳	۳۶	۱۱/۶۰۴			
	گروه	۸۸۱/۶۶	۱	۸۸۱/۶۶	۱۰/۹۳۵	۰/۰۰۴	۰/۳۷۸
	خطا	۱۴۵۱/۲۶	۱۸	۸۰/۶۲			

*: $P < 0.05$

جدول ۳: نتایج آزمون مقایسه زوجی برای مقایسه میانگین متغیرها در طرحواره درمانی با گروه کنترل

متغیر	گروه	مراحل	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
تنظیم هیجان	آزمایش	پیش آزمون	---	۹/۳۰**	۲/۲۰*
		پس آزمون	-۹/۳۰**	---	۰/۲۰
	کنترل	پیش آزمون	---	۰	-۰/۳۰
		پس آزمون	۰	---	-۰/۳۰
تحمل پریشانی	آزمایش	پیش آزمون	---	۶/۵۰**	۶/۶۰**
		پس آزمون	-۶/۵۰**	---	۰/۱۰
	کنترل	پیش آزمون	---	-۰/۹۰	-۰/۶۰
		پس آزمون	۰/۹۰	---	۰/۳۰

※: $P < 0.05$, ※※: $P < 0.01$

پیگیری در این گروه‌ها تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($P < 0.05$). همچنین معنادار بودن تعامل میان مراحل با گروه آزمایشی در متغیرهای مذکور حاکی از آن است که در مراحل پس آزمون و پیگیری، میانگین گروه آزمایش به‌طور معنی‌داری متفاوت از گروه کنترل است.

جدول ۵ نشان می‌دهد در گروه آزمایش دو که تحت رویکرد تلفیقی شناختی-گفتاری قرار گرفته‌اند، اختلاف بین نمرات

بین نمرات پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش یک نیز اختلاف معناداری وجود ندارد.

جدول ۴ نشان می‌دهد معنی‌دار بودن اثر مرحله حاکی از آن است که بین میانگین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمرات متغیرهای تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی در گروه آزمایش (۲) دو و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، بین نمره‌های مراحل پیش آزمون، پس آزمون و

جدول ۴: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیرهای تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی در گروه آزمایش دو و کنترل

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذوراتا رویکرد تلفیقی
تنظیم هیجان	مرحله	۷۵/۲۳	۲	۳۷/۶۱	۵/۱۵	۰/۰۱۱	۰/۲۲۳
	مرحله*گروه	۶۶/۶۳	۲	۳۳/۳۱	۴/۵۶	۰/۰۱۷	۰/۲۰۲
	خطا	۲۶۲/۸۰	۳۶	۷/۳۰			
	گروه	۲۵۶/۲۶	۱	۲۵۶/۲۶	۲/۲۸۱	۰/۰۴۸	۰/۱۱۲
تحمل پریشانی	خطا	۲۰۲۲	۱۸				
	مرحله	۱۷۸/۰۳	۲	۸۹/۰۱	۸/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۳۱۳
	مرحله*گروه	۲۵۱/۴۳	۲	۱۲۵/۷۱	۱۱/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۹۱
	خطا	۳۹۱/۲۰	۳۶	۱۰/۸۶			
گروه	گروه	۷۲۱/۰۶	۱	۷۲۱/۰۶	۷/۹۶۸	۰/۰۱۱	۰/۳۰۷
	خطا	۱۶۲۹	۱۸				

※: $P < 0.05$

جدول ۵: نتایج آزمون مقایسه زوجی برای مقایسه میانگین متغیرها در رویکرد تلفیقی با گروه کنترل

متغیر	گروه	مراحل	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
تنظیم هیجان	آزمایش	پیش آزمون	---	۶/۷**	۰/۲
		پس آزمون	-۶/۷**	---	-۴/۵
	کنترل	پیش آزمون	---	۰	-۰/۳۰
		پس آزمون	۰	---	-۰/۳۰
تحمل پریشانی	آزمایش	پیش آزمون	---	۷**	۸/۷**
		پس آزمون	-۷**	---	۱/۷*
	کنترل	پیش آزمون	---	-۰/۹۰	-۰/۶۰
		پس آزمون	۰/۹۰	---	۰/۳۰

※: $P < 0.05$, ※※: $P < 0.01$

جدول ۶: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای تنظیم هیجانی و تحمل‌پیشانی در گروه‌های آزمایش یک و دو

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجزور اتا برای مقایسه طرحواره درمانی و رویکرد تلفیقی
تنظیم هیجان	مرحله	۴۰۳/۲۰	۲	۲۰۱/۶۰	۴۹/۸۴۶	۰/۰۰۱	۰/۷۳۵
	مرحله*گروه	۱۸/۵۳	۲	۹/۲۶۷	۲/۲۹۱	۰/۱۱۶	۰/۱۱۳
	خطا	۱۴۵/۶۰	۳۶	۴/۰۴۴			
	گروه	۳۵/۲۶	۱	۳۵/۲۶	۰/۴۵۶	۰/۵۰۸	۰/۰۲۵
تحمل پیشانی	خطا	۱۳۹۲	۱۸	۷۷/۳۳			
	مرحله	۶۹۹/۳۰	۲	۳۴۹/۶۵	۱۸۸/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۹۱۳
	مرحله*گروه	۱۲/۰۳۳	۲	۶/۰۱۷	۳/۲۴۹	۰/۰۵۱	۰/۱۵۳
	خطا	۶۶/۶۶۷	۳۶	۱/۸۵۲			
	گروه	۸/۰۶۷	۱	۸/۰۶۷	۰/۰۷۳	۰/۷۹۰	۰/۰۰۴
	خطا	۱۹۹۰/۳۳	۱۸	۱۱۰/۵۷۴			

※: $P < 0.05$

پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای هریک از متغیرها معنادار است، ولی در گروه کنترل اختلاف بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هیچ‌یک از متغیرهای مطالعه معنادار نیست. بر اساس اطلاعات جدول ۵ بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش دو با نمرات پس‌آزمون فقط در شاخص تحمل‌پیشانی اختلاف معناداری وجود دارد.

جدول ۶ نشان می‌دهد با توجه به معنی‌دار بودن اثر مرحله، بین میانگین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات متغیرهای تنظیم هیجانی و تحمل‌پیشانی در گروه آزمایش یک و دو تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، بین نمره‌های مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در این گروه‌ها تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($P < 0.05$). با این حال معنادار نبودن تعامل میان مراحل با گروه در متغیرهای عواطف منفی، تنظیم هیجانی و تحمل‌پیشانی بیانگر آن است که در این سه متغیر اثربخشی دو نوع درمان تفاوت‌چندانی با یکدیگر نداشتند.

بحث

مطالعه حاضر به منظور مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و رویکرد تلفیقی شناختی-رفتاری بر تنظیم هیجانی و تحمل‌پیشانی افراد مبتلا به لکنت انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد طرحواره درمانی و رویکرد تلفیقی شناختی-رفتاری بر تنظیم هیجانی و تحمل‌پیشانی افراد مبتلا به لکنت مؤثر واقع شده است. با توجه به سایر یافته‌ها می‌توان چنین استنباط کرد که بین اثربخشی طرحواره درمانی و رویکرد تلفیقی شناختی-رفتاری بر تنظیم هیجانی و تحمل‌پیشانی افراد مبتلا به لکنت تفاوت وجود دارد. این نتایج با مطالعه محمدی [۳۳]، بیداری [۳۴]، فرازی و همکاران [۳۵]، دادمو و همکاران [۱۵]، رضایی و غضنفری [۳۶]، عباس‌آبادی و خلعتبری [۳۷]، حق‌گویی و

بابایی [۳۸] و Tai-Wa [۳۹] همسویی و همخوانی دارد. بر اساس نظر Young و همکاران طرحواره درمانی، نوین و یکپارچه است و عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم روش‌های درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بنا شده است. طرحواره درمانی اصول و مبانی مکتب‌های شناختی-رفتاری دل‌بستگی، گشتالت روابط شیء، سازنده‌گرایی و روان‌کاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است [۲۲]. Young مجموعه‌ای از طرحواره‌ها را مشخص کرده است که به آن طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌گویند. درواقع طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوها یا درون‌لایه‌های عمیق و فراگیری هستند که از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت‌واره‌ها و احساسات بدنی تشکیل شده‌اند، در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته‌اند، به شدت ناکارآمد هستند و در سیر زندگی تداوم دارند. این طرحواره‌ها از طریق تعامل خلق‌و‌خوی کودک با تجربیات منفی و مداوم او شکل می‌گیرند و به سازگاری فرد با خانواده یا محیطش کمک می‌کنند. طرحواره‌ها در دوره‌های بعدی زندگی ممکن است ناسازگارانه باشند؛ زیرا طرحواره‌ها انعطاف‌ناپذیرند و در مقابل تغییر مقاوم هستند. این طرحواره‌ها باعث تحریک افکار خودآیند منفی و ناراحتی روانی شدید می‌شوند [۴۰].

در تبیین نتایج مذکور می‌توان گفت که طرحواره درمانی با استفاده از تکنیک‌های تجربی که شناخت‌واره‌های دوران کودکی و خاطرات کودکی را بازسازی می‌کند، به ابراز هیجان‌ها و عواطف سرکوب‌شده کمک زیادی می‌کند که در نهایت به خودسانسوری هیجانی و مشکل در ابراز عواطف و سردی عاطفی منجر می‌شود. طرحواره درمانی بر تعدیل و کاهش شدت فعالیت طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد دارای لکنت زبان، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: طرحواره درمانی در فرایند درمان به بیمار کمک می‌کند با زیر سؤال بردن طرحواره‌ها، صدای سالمی را در ذهن

خود به وجود بیاورد و بدین ترتیب ذهنیت سالم خود را توانمند سازد. این رویکرد درمانی به این افراد کمک می‌کند درستی طرحواره‌هایشان را ارزیابی کنند. در اثر کاربرد این رویکرد، افراد دارای لکنت طرحواره به عنوان یک حقیقت بیرونی می‌نگرند و می‌توانند با استفاده از شواهد عینی و تجربی علیه آن‌ها بجنگند. درواقع یکی از دلایل موفقیت طرحواره درمانی نیز هدف قراردادن این ساخت‌های زیربنایی با استفاده از تکنیک‌های شناختی، رفتاری و تجربی است.

طرحواره درمانی با تأکید بر تغییر طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی، سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تبیین نحوه اثرگذاری آن‌ها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی، در درمان و ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری و همچنین با تأکید بر جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، فرصتی را برای بهبود طرحواره‌های ناکارآمد اولیه مرتبط با اضطراب و لکنت فراهم می‌آورد. تکنیک‌های تجربی کمک می‌کنند افراد با سازمان‌دهی مجدد هیجانی، بررسی خود، یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خودآرامش‌دهی، زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا سازند. از سوی دیگر افراد می‌توانند با استفاده از این تکنیک‌ها به فرضیه‌آزمایی طرحواره‌ها بپردازند و با برانگیخته‌شدن طرحواره‌ها و ارتباط آن با مسائل کنونی، زمینه برای بینش هیجانی و متعاقب آن بهبود طرحواره‌ها مهیا شود.

در قلمرو گفتاردرمانی، رویکرد شکل‌دهی روانی گفتار یا شیوه‌های اصلاح گفتار، به عنوان یکی از رویکردهای سنتی و پرکاربرد مطرح است. این رویکرد برای رفع رفتارهای قابل مشاهده لکنت به کار می‌رود و سعی دارد سازوکار فیزیکی گفتار فرد را تغییر دهد. این تغییرات شامل سرعت گفتار، ریتم گفتار، الگوی تولیدشده، الگوی صداسازی یا الگوی تنفسی است [۴۱]. Blomgren و همکاران [۴۲] رویکردهای اساسی درمان لکنت را با عنوان شکل‌دهی روانی گفتار یا اصلاح روانی و اصلاح لکنت شرح داده‌اند.

بازسازی شناختی نیز رویکرد دیگری است که به طور مستقل و گاهی به همراه دو رویکرد قبلی استفاده می‌شود. رویکرد شکل‌دهی روانی گفتار بر اساس شرطی‌سازی فعال برای رفع یا کاهش علائم قابل مشاهده لکنت، بدون توجه به ویژگی‌های درونی آن به کار می‌رود. رویکرد اصلاح لکنت سعی دارد ویژگی‌های قابل مشاهده لکنت را با ایجاد لکنت روان‌تر و راحت‌تر (بدون اجتناب) کاهش دهد [۴۳]. رویکرد بازسازی شناختی بر تغییر واکنش‌های نگرشی، احساسی و شناختی فرد نسبت به لکنت تا تأثیر عوارض و تبعات لکنت فرد متمرکز می‌شود [۴۴]. مدل دوعاملی Webster [۴۵] لکنت را ناشی از ضعف در ناحیه حرکتی مکمل نیمکره چپ برای کنترل گفتار، توالی حرکات، مداخله و فعالیت‌های عصبی نیمکره راست از جمله ترس،

اضطراب، اجتناب، هیجانات منفی و غیره می‌داند. طبق این دیدگاه، درمان موفق لکنت منوط به در نظر گرفتن هر دو عامل است [۴۶]. برخی از درمانگران معتقدند علاوه بر درمان گفتاری به شناخت درمانی نیز نیاز مبرم داریم [۴۷]. به بیان دیگر، به جای تمرکز بر یک روش یا رویکرد، باید از روش‌های متعدد و رویکردهای یکپارچه و تلفیقی استفاده شود. برای درمان لکنت در دوران بزرگسالی باید در برنامه درمانی ثبات لکنت، نگرش منفی فرد، انگیزه و اشتیاق او، شدت لکنت، جنبه‌های پنهان لکنت، اضطراب اجتماعی، اجتناب، نگرش شناختی فرد، تفاوت شخصیتی تجربیات فردی، سابقه درمانی و انگیزش فرد مدنظر قرار گیرد [۴۸]. به تعبیر Breitenfeldt و همکاران برنامه درمانی موفقیت‌آمیز هدایت لکنت علاوه بر تأثیر بر درمان انفرادی، اهمیت گروه درمانی را نیز دوچندان کرده است [۴۹]. لذا می‌توان گفت که بین شدت لکنت و شدت شناخت و هیجانات منفی فرد هیچ‌گونه ارتباطی وجود ندارد. گروهی که لکنت شدید دارند، نه تنها پیشرفت زیادی در زمینه کاهش لکنت نشان دادند، بلکه بیشترین امکان برگشت لکنت را نیز داشتند و بین گروهی که هیجانات خفیف داشتند با گروهی که هیجانات شدید داشتند، تفاوت‌های هیجانی-شناختی وجود نداشت.

آسیب‌شناسان گفتار و زبان برای درمان لکنت بزرگسال غالباً از رویکرد شکل‌دهی روانی گفتار استفاده می‌کنند و در بیشتر مواقع با بازگشت لکنت مواجه می‌شوند. این معضل همواره دغدغه فکری بسیاری از گفتاردرمانگران بوده است؛ چراکه جای خالی یک رویکرد جامع و تلفیقی مرکب از رویکرد درمان شناختی-رفتاری و رویکردهای سنتی در مجامع علمی و مراکز بالینی احساس می‌شد. در این پژوهش، رویکردهای مختلف درمان لکنت شامل طرحواره درمانی و رویکرد تلفیقی شناختی-گفتاری بررسی شد. در مقایسه این دو درمان می‌توان گفت که هر دو درمان روی بهبود تحمل آشفتگی و تنظیم هیجان افراد دارای لکنت مؤثر است. از آنجاکه رویکرد تلفیقی شناختی-گفتاری بر انتقال مهارت‌های نظام‌مند روانی گفتار در طول جلسات درمانی مفیدتر بوده و حفظ و تداوم روانی ایجاد کرده است و حفظ و تداوم روانی و تغییرات نگرشی و شناختی ایجادشده برای افراد دارای لکنت منوط به استفاده از روش تلفیقی شناختی-گفتاری بیشتر از طرحواره درمانی است، ولی در زمینه تحمل آشفتگی طرحواره درمانی می‌تواند مؤثرتر واقع شود. با توجه به یافته‌ها می‌توان چنین استنباط کرد که طرحواره درمانی بر تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی افراد مبتلا به لکنت مؤثر واقع شد. یافته‌های مذکور با مطالعه عرفان و همکاران [۵۰]، شخمگر [۵۱]، سنگانی و دشت بزرگی [۵۲]، عباس‌آبادی و خلعتبری [۳۷] و فتاحی و دهقانی [۵۳] همسویی و همخوانی دارد.

در تبیین یافته‌های مذکور می‌توان گفت که عدم تحمل آشفتگی نقش مهمی در رشد و دوام اضطراب دارد. افراد با تحمل

آشفته‌گی بالا قادر هستند حالات روان‌شناختی منفی را تحمل کنند، درحالی‌که افراد با تحمل کم آشفته‌گی، برای تسکین تجربیات آزارنده درونی گرایش دارند که به رفتارهای جبرانی بپردازند [۵]. افراد دارای تحمل آشفته‌گی کم به این حقیقت واقف هستند که نمی‌توانند احساس ناراحتی را تحمل کنند و احساس می‌کنند دیگران امکانات بهتری برای مقابله با هیجان‌های منفی دارند [۵۴].

از آنجاکه افراد دارای اختلال لکنت در روابط خود دچار مشکل هستند و نمی‌توانند رابطه‌ای درست و مناسب را با دیگران ایجاد کنند و این باعث می‌شود از سوی دیگران پذیرفته نشوند و به‌طور کلی رضایت از زندگی و احساسات مثبت ندارند و احساس منفی در آن‌ها به چشم می‌خورد، حوادث و موقعیت‌های زندگی‌شان را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌کنند. طرحواره درمانی به ارائه الگوی مناسبی برای مواجهه با نارضایتی‌ها در تمام حیطه‌ها و ارائه اصول و مهارت‌ها برای کاربرد در هریک از حیطه‌ها پرداخته است و مراجعان را قادر می‌سازد برای افزایش رضایت خویش در حیطه‌های مختلف، از این مدل و اصول استفاده کنند. این افراد به‌طور معمول استرس بیشتری را تجربه می‌کند و گاهی واکنش بی‌موقع از خود نشان می‌دهند و نمی‌توانند با موفقیت سازمان‌یافته یا موقعیتی که پایان آن نامشخص است، مقابله‌ای موفقیت‌آمیز داشته باشند. آن‌ها در تکالیف مبهم به‌خوبی عمل نمی‌کنند و سطحی از بالاترین را تجربه می‌کنند. آن‌ها به دلیل اینکه هیچ مبنایی برای قضاوت در مورد احتمال نتایج بالقوه موارد تصمیم‌گیری برای خود نداشته‌اند، بیشتر دچار آشفته‌گی خواهند شد و در موقعیت‌های تصمیم‌گیری دچار مشکل می‌شوند؛ بنابراین، طرحواره درمانی به‌عنوان یک سیستم انگیزشی تکامل‌یافته برای تنظیم عواطف منفی توصیف می‌کند که این درمان می‌تواند بر تحمل آشفته‌گی افراد دارای اختلال لکنت مؤثر باشد.

تنظیم هیجانی تنها سرکوب هیجان‌ها نیست، بلکه شخص نباید همیشه در یک حالت آرام و ساکن از برانگیختگی هیجانی قرار داشته باشد. درعوض، تنظیم هیجانی شامل فرایندهای نظارت و تغییر تجربیات هیجانی شخص است [۵۵]. طبق نظر Gross هیجان‌ها کیفیت زیادی دارند؛ به این صورت که می‌توانند باعث واکنش مثبت یا منفی در افراد شوند. اگر هیجان‌ها متناسب با موقعیت و شرایط باشند، باعث واکنش مثبت و در غیر این‌صورت باعث واکنش منفی می‌شوند؛ بنابراین، زمانی که هیجان‌ها شدید یا طولانی می‌شوند یا با شرایط سازگار نیستند، آن زمان تنظیم آن‌ها لازم می‌شود [۱۶]. سایر تحقیقات نشان داده‌اند راهبردهای تنظیم هیجان با پریشانی روان‌شناختی و تکانشگری مرتبط است [۵۶].

در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت که بی‌ثباتی هیجانی و مشکل در تنظیم هیجان در افراد دارای لکنت دیده می‌شود. این افراد همیشه در بحران به سر می‌برند و در کنترل فشارهای

وارد شده، ناتوانی در کنترل احساسات و رشدنیافتگی و عدم آمادگی برای مقابله با مشکلات، ضعفی در خود حس می‌کنند. طرحواره درمانی با به‌کارگیری راهبردهای تجربی آگاهانه، زنجیره بین‌باور شناختی و باور هیجانی را می‌گسلد و از این طریق سبب می‌شود فرد نیازهای هیجانی ارضانشده را شناسایی کند. مدل طرحواره هیجانی نیز معتقد است هنگامی که یک هیجان برانگیخته یا فراخوانده می‌شود، تفسیرها، واکنش‌ها و راهبردهای تنظیم هیجان تعیین خواهد کرد که آیا این هیجان مداوم خواهد یافت، تشدید می‌شود یا کاهش می‌یابد.

یکی از راهبردهای تنظیم هیجان که افراد دارای لکنت بر اثر اضطراب برای مقابله با تجربه هیجان خود به کار می‌برند، کنترل و فرونشانی است. کنترل کردن یک راهبرد ناکارآمد تنظیم هیجان است که موجب کاهش اضطراب می‌شود. به این صورت که فرد به کنترل افکار و هیجان‌های خود احساس نیاز می‌کند. طرحواره درمانی می‌تواند در تنظیم هیجانات فرد مبتلا به لکنت مؤثر واقع شود. با توجه یافته‌ها می‌توان چنین استنباط کرد که رویکرد تلفیقی شناختی-گفتاری بر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی افراد مبتلا به لکنت مؤثر واقع شد. یافته‌های فوق با مطالعه Jasmijn و همکاران [۵۷]، پیرنیا و همکاران [۵۸]، Chung [۵۹]، محمدی [۳۳]، بیداری [۳۴]، فرازی و همکاران [۳۵]، Tai-Wa [۳۹] و Dadomo و همکاران [۱۵] همسویی و همخوانی دارد. Simons و همکاران مفهوم تحمل پریشانی را به‌عنوان توانایی فرد برای تحمل حالت‌های هیجانی منفی مفهوم‌سازی کردند. به عقیده آن‌ها تحمل پریشانی هیجانی در ماهیت چندبعدی است و شامل پیش‌بینی فردی و تجربه هیجان‌های منفی می‌شود که خود عبارت است از: (الف) توانایی تحمل، (ب) ارزیابی وضعیت هیجانی به‌عنوان قابل پذیرش، (ج) چگونگی تنظیم هیجان‌های فردی، (د) میزان جلب توجه به هیجان منفی و مقدار تداخل آن با عملکرد [۵]. Zvolensky و همکاران مدلی پیشنهاد کردند که فرض می‌کند تحمل پریشانی اساساً یک رفتار پاداش‌محور است و تنوع در فرایندهای اصلی زیربنای رفتار پاداش‌محور باید در تغییرات تحمل پریشانی سهیم باشد. تصمیم‌گیری در مورد اینکه به فرصت‌ها در محیط با چه سرعت و نیرویی پاسخ داده شود، به چند عامل بستگی دارد که عبارت‌اند از: ارزش مورد انتظار پاداش، در دسترس بودن موقعیت‌های پاداش در تجربه فرد و توانایی مهار پاسخ فوری. هریک از این عوامل به سیستم‌های خاص مغز مربوط می‌شود [۷].

در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت که پریشانی تحمل یک عامل خطر قابل تعدیل است و نتایج از یافته‌های راهبردهای تنظیم هیجانی در مداخله و درمان مشکلات در بزرگسالان حمایت می‌کند. تحمل پریشانی از سازه‌های معمول در زمینه بی‌نظمی عاطفی است. افراد مبتلا به لکنت توانایی تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی را ندارند. درحقیقت، ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی در تحمل پریشانی به‌عنوان یک

ساختار در آن‌ها دیده نمی‌شود.

با توجه به اینکه تأثیر تنیدگی بر سازه‌های روانی به سطح پریشانی فرد بستگی دارد، هرچه فرد به جای به‌کارگیری روش‌های ناکارآمد از اصول، باورها و ارزش‌هایی استفاده کند که به آن‌ها اعتقاد دارد، قادر خواهد شد سطح پریشانی خود را افزایش دهد. از این‌رو قدم اول در شناخت درمانی، آگاه کردن بیمار از افکار منفی و غیرعقلانه‌اش است. وقتی این هدف حاصل شد، درمانگر به مصاف این افکار منفی می‌رود و اغلب با ارائه اطلاعات مغایر با آن افکار، با آن‌ها مقابله می‌کند. برای اجرای این مقصود می‌توان مشکل بیمار را به شکلی دیگر درآورد و عرضه کرد و به او راهبردهای مختلفی برای حل مسئله جاری پیشنهاد کرد یا از مشکلات گذشته‌اش تحلیل تازه‌ای ارائه داد. در نتیجه رویکرد تلفیقی می‌تواند بر تحمل آشفتگی افراد دارای اختلال لکنت مؤثر باشد.

از دیدگاه Gross تنظیم هیجان به‌عنوان فرایند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرایندهای اجتماعی، روانی، فیزیکی در به‌انجام‌رساندن اهداف فرد تعریف می‌شود. طبق نظریه تنظیم و هیجان Berking و همکاران، در مدل مقابله سازگارانه با هیجانات، تنظیم مؤثر هیجان از طریق ۹ توانایی صورت می‌گیرد: (۱) آگاهی از هیجانات، (۲) شناسایی و نام‌گذاری هیجانات، (۳) تفسیر درست احساسات بدنی مرتبط با هیجان، (۴) درک عوامل ایجادکننده هیجانات، (۵) تعدیل فعالانه هیجانات منفی، (۶) پذیرش هیجانات منفی در مواقع لازم، (۷) تحمل هیجانات منفی در مواقعی که نمی‌توان آن‌ها را تغییر داد، (۸) مواجهه (به جای اجتناب) با موقعیت‌های پریشان‌کننده به‌خاطر کسب اهداف مهم و (۹) حمایت دلسوزانه از خود (تشویق، تسکین و راهنمایی خود) هنگام مواجهه با هیجانات ناخواسته [۶۰].

در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت که یکی از تکنیک‌های این آموزش، شناسایی افکار و باورهای نادرست است. از طریق این روش، افکار و باورهای نادرست را ارزیابی می‌کنند و آن‌ها را به باورهای سازنده تغییر می‌دهند. با توجه به اینکه افراد مبتلا به لکنت به وقایع تنش‌زای زیادی دچار هستند و قادر به تنظیم هیجانات از طریق افکار و دستگاه شناختی نیستند، همچنین نمی‌توانند هیجانات خود را به شکل عادی نشان دهند، لذا در کنترل هیجانات خود نیز دچار ضعف هستند و هیجانات خود را به شکل افراطی نشان می‌دهند؛ بنابراین، رویکرد تلفیقی شناختی-گفتاری با توجه به روش‌های خاصی که در این زمینه دارد، می‌تواند در تنظیم هیجانات این افراد مؤثر واقع شود. افراد دارای لکنت به دلیل وجود شرایط نابسامان زندگی به علت ضعف در سرکوب هیجانات و مشکلات هیجانی که در آن‌ها وجود دارد، قادر به سرکوب هیجانات خود نیستند و رفتارهای متفاوتی در بروز احساسات از خود نشان می‌دهند، لذا رویکرد تلفیقی شناختی-گفتاری می‌تواند با جایگزین ساختن افکار

مثبت، تغییر عمده‌ای در طرحواره‌ها و مسائل شناختی این افراد ایجاد کند.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه دیگر با نمونه‌های بالینی دیگر مبتلا به این اختلال و نمونه بالینی از افراد دارای لکنت انجام گیرد تا بتواند زمینه‌ساز امکان مقایسه بهتر نتایج و افزایش قدرت تعمیم‌پذیری آن شود. همچنین علاوه بر گروه لیست انتظار، سایر درمان‌ها نیز استفاده شود تا تأثیر درمان‌های مختلف بررسی شود. ضمناً برای هر درمان، برنامه پیگیری هم انجام شود تا پایداری درمان‌ها نیز بررسی شود. توصیه می‌شود برنامه‌های آموزش مقابله با استرس و کسب مهارت‌های مؤثر ارتباطی به‌صورت جدی در برنامه‌های آموزشی و اجتماعی این افراد گنجانده شود و مطالعات پیگیری لازم در تمام طول دوران زندگی انجام شود.

با توجه به محدودیت‌های زمانی اجرای روش‌ها و آموزش‌ها و به‌کارگیری فنون آموزشی مورد نیاز برای سایر مشکلات آزمودنی‌ها بعد از پایان دوره درمان و همچنین تداوم‌نداشتن ارتباط مناسب اکثر آزمودنی‌ها با پژوهشگران، این پژوهش اطلاعات مربوط به ارزیابی‌های طول دوره درمان را ندارد.

نتیجه‌گیری

در مجموع نتایج این مطالعه نشان داد تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در گروه‌های درمان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به‌مراتب مناسب‌تر از گروه کنترل است و تأثیر هیچ‌یک از درمان‌های صورت‌گرفته نسبت به دیگری برتری نداشت و تنها رویکرد تلفیقی شناختی-گفتاری در شاخص تحمل پریشانی مؤثرتر بود. این درمان‌ها تا حد زیادی توانست تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی را افزایش دهد و در درمان مبتلایان به این اختلال به کار گرفته شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از رساله دوره دکتری روان‌شناسی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور است. بدین‌وسیله از همکاران محترم گفتاردرمان که در اجرای جلسات درمان گروهی رویکرد تلفیقی شناختی-گفتاری همکاری صمیمانه‌ای داشتند، تشکر می‌کنیم. همچنین از مرکز توان‌بخشی پژواک سبزوار کمال تشکر و سپاسگزاری را داریم.

تضاد منافع

نتایج این پژوهش با منافع نویسندگان در تعارض نیست.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه در مرکز کارآزمایی‌های بالینی ایران با شماره IRCT20191028045261N1 ثبت و در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد نیشابور بررسی و با کد اخلاق IR.IAU.NEYSHA BUR.REC.1399.006 تأیید شده است.

سهم نویسندگان

درصد؛ نویسنده چهارم (پژوهشگر همکار): مشارکت در اجرای طرح و نگارش مقاله (۱۰ درصد).

حمایت مالی

مرکز توان بخشی پژواک سبزوار از این پروژه حمایت مالی کرده است.

نویسنده اول (پژوهشگر اصلی): مشارکت در تدوین و طراحی پروژه و نگارش مقاله، اجرای درمان‌های گروهی (۳۰ درصد)؛ نویسنده دوم (پژوهشگر اصلی): مسئول مکاتبات، تدوین چارچوب کلی طرح، نگارش مقدمه، تجزیه و تحلیل آماری، تدوین نتایج و بحث، نگارش و ویرایش علمی مقاله (۵۰ درصد)؛ نویسنده سوم (پژوهشگر همکار): مشارکت در اجرای طرح و نگارش مقاله (۱۰ درصد).

REFERENCES

1. Yairi E, Ambrose N. Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *J Fluency Disord.* 2013;38(2):66-87. PMID: 23773662 DOI: 10.1016/j.jfludis.2012.11.002
2. Craig-McQuaide A, Akram H, Zrinzo L, Tripoliti E. A review of brain circuitries involved in stuttering. *Front Hum Neurosci.* 2014;8:884. PMID: 25452719 DOI: 10.3389/fnhum.2014.00884
3. Neef N, Linh Hoang T, Need A, Paulus W, Sommer M. Speech dynamics are coded in the left motor cortex in fluent speakers but not in adults who stutter. *Brain.* 2015; 138(3):712-25. PMID: 25595146 DOI: 10.1093/brain/awu390
4. Abyar Z, Ahmadi Nasrabad Sofla S, Mousavi Kia SS, Zamani N. The effect of stress tolerance, alertness, emotion regulation and interpersonal efficiency training on risky behaviors, depression, anxiety and stress in children with stuttering. *J Health Res.* 2019;4(3):145-51. DOI: 10.29252/hrjbaq.4.3.145
5. Simons J, Gaher, R. The Distress tolerance scale: development and validation of a self-report measure. *Motiv Emot.* 2005;29(2):83-102. DOI: 10.1007/s11031-005-7955-3
6. O'Cleirigh C, Ironson G, Smits JA. Does distress tolerance moderate the impact of major life events on psychosocial variables and behaviors important in the management of HIV. *Behav Ther.* 2007;38(3):314-23. PMID: 17697855 DOI: 10.1016/j.beth.2006.11.001
7. Zvolensky MJ, Bernstein A, Vujanovic AA. Distress tolerance: theory, research, and clinical application. New York: Guilford Press; 2011.
8. Kelishadi F, Yazdkhasti F. Impact of perception of parental rejection-acceptance and control on moral intelligence and distress tolerance. *Strategy Culture.* 2016;9(33):155-69.
9. Ntouriou K, Conture EG, Walden TA. Emotional reactivity and regulation in preschool-age children who stutter. *J Fluency Disord.* 2013;38(3):260-74. PMID: 24238388 DOI: 10.1016/j.jfludis.2013.06.002
10. DePape AM, Lindsay S. Parents' experiences of caring for a child with autism spectrum disorder. *Qual Health Res.* 2015;25(4):569-83. PMID: 25246329 DOI: 10.1177/1049732314552455
11. Wimez B, Pina W. The assessment of emotion regulation improving construct validity in research on psychopathology in youth. *J Psychol Behav Assess.* 2015;32(1):1-7.
12. Otto B, Misra S, Prasad A, McRae K. Functional overlap of top-down emotion regulation and generation: an fMRI study identifying common neural substrates between cognitive reappraisal and cognitively generated emotions. *Cogn Affect Behav Neurosci.* 2014;14(3):923-38. PMID: 24430617 DOI: 10.3758/s13415-013-0240-0
13. Brans K, Koval P, Verduyn P, Lim YL, Kuppens P. The regulation of negative and positive affect in daily life. *Emotion.* 2013;13(5):926-39. PMID: 23731436 DOI: 10.1037/a0032400
14. Grecucci A, Thneuck A, Frederickson J, Job R. Mechanisms of social emotion regulation: from neuroscience to psychotherapy. Emotion regulation: processes, cognitive effects and social consequences. New York: Nova Publishing; 2015. P. 57-84.
15. Dadomo H, Grecucci A, Giardini I, Ugolini E, Carmelita A, Panzeri M. Schema therapy for emotional dysregulation: theoretical implication and clinical application. *Front Psychol.* 2016;7:1987. PMID: 28066304 DOI: 10.3389/fpsyg.2016.01987
16. Gross JJ, Muñoz RF. Emotion regulation and mental health. *Clin Psychol Sci Pract.* 1995;2(2):151-64. DOI: 10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x
17. Nasri B, Castenfors M, Fredlund P, Ginsberg Y, Lindefors N, Kalso V. Group treatment for adults with ADHD based on a novel combination of cognitive and dialectical behavior interventions: a feasibility study. *J Attent Disord.* 2020; 24(6):904-17. PMID: 28178870 DOI: 10.1177/1087054717690231
18. Farazi M, Tehrani LG, Koolae AK, Shemshadi H, Rahgozar M. Effectiveness of integrated cognitive - speech approaches to the treatment of adult stuttering. *Speech Lang Pathol.* 2015;1(2):8-18. [Persian]
19. Farazi M. Stuttering at a glance. Tehran: Roshd Farhang; 2017. [Persian]
20. Safari Hafshejani Z, Khoramshahi H. A review of effective treatments for adult stuttering. *Jundishapur Sci Med J.* 2020;18(6):559-70. DOI: 10.22118/jsmj.2020.199661.1806
21. Mozaffari A. The effectiveness of schema therapy on the level of stuttering in adults aged 25 to 35 years. 17th Iranian Speech Therapy Conference, Tehran, Iran; 2019. [Persian]
22. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. New York: Guilford Press; 2006.
23. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practical guide. Trans: Hamidpoor H, Andoz Z. Tehran: Arjmand; 2014. [Persian]
24. Orue I, Calvete E, Padilla P. Brooding rumination as a mediator in the relation between early maladaptive schemas and symptoms of depression and social anxiety in adolescents. *J Adolesc.* 2014;37(8):1281-91. PMID: 25296399 DOI: 10.1016/j.adolescence.2014.09.004
25. Renner F, Robert D, Arnoud A, Frenk P, Marcus JH. Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2018; 58:97-105. PMID: 29035800 DOI: 10.1016/j.jbtep.2017.10.002
26. Doomen I. The effectiveness of schema focused drama therapy for cluster C personality disorders: an exploratory study. *Art Psychother.* 2018;61:66-76. DOI: 10.1016/j.aip.2017.12.002
27. Riley GD. A stuttering severity instrument for children and adults. *J Speech Hear Disord.* 2009;37(3):314-322. PMID: 5057250 DOI: 10.1044/jshd.3703.314
28. Sharifi HP. Principles of psychometrics and psychoanalysis. Tehran: Roshd Press; 2009. [Persian]
29. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol.* 2003;85(2):348-62. PMID: 12916575 DOI: 10.1037/0022-3514.85.2.348
30. Ahmadi SA, Kanaan Azar H, Nagahisarchoghaei M, Nagahi M. Relationship between emotional intelligence and psychological well being. *Int J Res Organ Behav Hum Resour Manag.* 2014;2(1):123.
31. Andami Khoshk A. The mediating role of resilience in the relationship between cognitive emotion regulation and tolerance for life satisfaction. [Master Thesis]. Tehran: Allameh Tabataba'i University; 2013. [Persian]
32. Jashnpoor M. The relationship between emotion regulation problems, tolerance of distress and inefficient attitudes with addition to physical and motor disabilities in kermanshah. [Master Thesis]. Kermanshah: Razi University; 2017. [Persian]
33. Mohammadi H, Sepehri SZ, Asghari EM. The effectiveness of group emotional schema therapy on reducing psychological distress and the difficulty of regulating the

- excitement of divorced women. *J Thoug Behav Clin Psychol*. 2019;**14**(51):27-36. [Persian]
34. Bidari F, Haji Alizadeh K. The effectiveness of schema therapy on emotional cognitive strategies, tolerance for anxiety and mood swings in patients with borderline personality disorder. *J Psychol Stud*. 2019;**15**(2):165-80.
 35. Farazi M, Tehrani LG, Koolaei AK, Shemshadi H, Rahgozar M. Effectiveness of integrated cognitive - speech approaches to the treatment of adult stuttering. *Speech Lang Pathol*. 2015;**1**(2):8-18. [Persian]
 36. Rezaei M, Ghazanfari F, Kazemi R. Effectiveness of emotional schema therapy on the severity of depression and mental rumination in people with major depression. *J Clin Psychol*. 2016;**24**(1):45-58. [Persian]
 37. Abbasabadi SS, Khalatbari J. The Effectiveness of schema therapy on life expectancy, emotion regulation and valuable feeling of patients with female sexual identity disorder. 2nd International Conference on New Research in Educational Sciences and Psychology and Social Studies in Iran, Tehran, Iran; 2016. [Persian]
 38. Haghgu S, Babaei N. The effectiveness of schema therapy on intellectual rumination in children with cancer at Kermanshah Cancer Center. The First National Conference on Modern Research in Psychology, Counseling and Educational Sciences, Tehran, Iran; 2016. [Persian]
 39. Liu TW, Ng GYF, Ng SS. Effectiveness of a combination of cognitive behavioral therapy and task-oriented balance training in reducing the fear of falling in patients with chronic stroke: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2018;**19**(1):168. PMID: 29514677 DOI: [10.1186/s13063-018-2549-z](https://doi.org/10.1186/s13063-018-2549-z)
 40. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach. Washington, DC: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange; 1999.
 41. Wingate ME. Sound and pattern in "artificial" fluency. *J Speech Hear Res*. 1969;**12**(4):677-86. PMID: 5385718 DOI: [10.1044/jshr.1204.677](https://doi.org/10.1044/jshr.1204.677)
 42. Blomgren M, Roy Callister T, Merrill RM. Intensive stuttering modification therapy: a multidimensional assessment of treatment outcomes. *J Speech Lang Hear Res*. 2005;**48**(3):509-23. PMID: 16197269 DOI: [10.1044/1092-4388\(2005/035\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2005/035))
 43. Manning WH, DiLollo A. Clinical decision making in fluency disorders. Chicago: Plural Publishing; 2017.
 44. Menzies RG, Onslow M, Packman A. Cognitive behavior therapy for adults & children who stutter: a workshop for speech pathologists. Sydney, Australia: The University of Sydney; 2011.
 45. Webster RL. The precision fluency shaping program: speech reconstruction for stutterers. Roanoke, VA: Communications Development Corporation; 1975.
 46. Ward D. Stuttering and cluttering: frameworks for understanding treatment. New York: Psychology Press; 2006.
 47. St Clare T, Menzies RG, Onslow M, Packman A, Thompson R, Block S. Unhelpful thoughts and beliefs linked to social anxiety in stuttering: development of a measure. *Int J Lang Commun Disord*. 2009;**44**(3):338-51. PMID: 18821110 DOI: [10.1080/13682820802067529](https://doi.org/10.1080/13682820802067529)
 48. Guitar B, McCauley RJ. Treatment of stuttering: Established and emerging interventions. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010. P. 188-214.
 49. Breitenfeldt DH, Lorenz DR. Successful stuttering management program (SSMP): for adolescent and adult stutterers. Maryland: American Speech-Language-Hearing Association; 1990. P. 84-8.
 50. Erfan A, Ali Noorbala A, Karbasi Amel S, Mohammadi A, Adibi P. The effectiveness of emotional schema therapy on the emotional schemas and emotional regulation in irritable bowel syndrome: single subject design. *Adv Biomed Res*. 2018;**7**(72):113-6. PMID: 29862221 DOI: [10.4103/abr.abr.113.16](https://doi.org/10.4103/abr.abr.113.16)
 51. Shokhmgar Z. Effectiveness of Schema therapy on reducing mental health problems due to crossover relationships in couples. *Nasim Health*. 2016;**51**(17):1-7.
 52. Sangani A, Dasht Bozorgi Z. The effectiveness of schema therapy on general health, ruminating and social loneliness of divorce women. *J Psychol Achievem*. 2018;**25**(2):201-16. DOI: [10.22055/PSY.2019.24944.2008](https://doi.org/10.22055/PSY.2019.24944.2008)
 53. Fattahi AA, Dehghani A. The effectiveness of schema therapy on emotional regulation, self-efficacy and temptation in men who are members of the Association of Anonymous Addicts. *Res Addict*. 2018;**12**(48):187-204.
 54. Dworsky CK, Pargament KI, Wong S, Exline JJ. Suppressing spiritual struggles: the role of experiential avoidance in mental health. *J Contex Behav Sci*. 2016;**5**(4):258-65. DOI: [10.1016/j.jcbs.2016.10.002](https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.10.002)
 55. Thompson RA. Emotion regulation: A theme in search of definition. Monographs of the society for research in child development. Chicago: University of Chicago Press; 1994. P. 25-52.
 56. Garnefski N, Kraaij V, van Etten M. Specificity of relations between adolescents cognitive emotion regulation strategies and internalizing and externalizing psychopathology. *J Adolesc*. 2005;**28**(5):619-31. PMID: 16203199 DOI: [10.1016/j.adolescence.2004.12.009](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.12.009)
 57. de Lijster JM, Dieleman GC, Utens EM, van der Ende J, Alexander TM, Boon A, et al. Online attention bias modification in combination with cognitive-behavioural therapy for children and adolescents with anxiety disorders: a randomised controlled trial. *Behav Change*. 2019;**36**(4):200-15. DOI: [10.1017/bec.2019.8](https://doi.org/10.1017/bec.2019.8)
 58. Pirnia B, Akhondi M, Pirnia K, Malekanmehr P, Farzaneh S, Deilam K, Zahiroddin A. A single-case experimental design to study the combination of cognitive-behavioral therapy and pharmacotherapy for smoking cessation. *Crescen J Med Biol Sci*. 2019;**6**(1):136-9.
 59. Chung YH, Chang HH, Lu CW, Huang KC, Guo FR. Addition of one session with a specialist counselor did not increase efficacy of a family physician-led smoking cessation program. *J Int Med Res*. 2018;**46**(9):3809-18. PMID: 29896996 DOI: [10.1177/0300060518780151](https://doi.org/10.1177/0300060518780151)
 60. Berking M, Schwarz J. Affect regulation training. Handbook of emotion regulation. Berlin, Germany: Springer; 2014. P. 529-47.