MEJDS. 2022; 12:12.

Published online 2022 Apr. **Original Article**

Comparing the Effectiveness of Unified Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders and Emotion Efficacy Therapy on Reducing the Symptoms of Anxiety Among Adults With Stuttering

Zarei Faskhodi B[1], * Karbalaee Mohammad Meygoni A[2], Rezabakhsh H[3], Ghelichi L[4]

Author Address
1. PhD Student, Department of Psychology, Karaj branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran;
4. Assistant Professor, Department of Speech &Language Pathology, School of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
*** Correspondent Author Email:** dr.karbalae1335@gmail.com

Received: 2020 June 3; **Accepted:** 2020 July 7

Abstract

Background & Objectives: Stuttering adults are more anxious than ordinary people in social situations. Therefore, researchers need to use appropriate treatment methods to reduce the anxiety of these clients. One of the treatment methods that seems to have a significant effect in reducing the symptoms of anxiety is tunified transdiagnostic treatment of emotional disorders. This method is based on cognitive–behavioral theories and is obtained by combining and consolidating of the common principles of support–based psychotherapies. Another transdiagnostic treatment that seems effective in reducing anxiety symptoms is the emotion efficacy therapy (EET), which is an integrative treatment. It draws its components from acceptance and commitment therapy and dialectical behavior therapy to create a sort of exposure–based protocol. The main aim of the present study was to compare the effectiveness of unified transdiagnostic treatment of emotional disorders and emotion efficacy therapy in reducing the symptoms of anxiety among adults with stuttering.

Methods: The research method was quasi–experimental with a pretest–posttest and a follow–up design with a control group. The statistical population included all stuttering adults who went to speech therapy clinics in Tehran City, Iran and the Iranian Stuttering Association for receiving speech therapy during the 2018–2019 years. Of whom, 36 stuttering adults were selected by available sampling and based on the inclusion and exclusion criteria. Then they were randomly assigned to the group of unified transdiagnostic treatment, the group of emotion efficacy therapy, and control group. The inclusion criteria were as follows: adults with developmental stuttering over 18 years old, presence of anxiety disorder based on the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (DSM–5) and diagnostic interview, and having at least third–grade guidance school literacy. The exclusion criteria were as follows: having mental retardation and chronic physical diseases, or receiving psychotherapy, medication, or speech therapy during the treatment period. For the treatment groups, each intervention was performed based on two–hour sessions and no intervention was performed for the control group. This group was placed on the waiting list for treatment upon request. The tools used in the present study included the Beck Anxiety Inventory (Beck et al., 1988) which was used in three stages: pretest, posttest, and follow–up for three groups. To analyze the data, the repeated measures analysis of variance, Bonferroni post hoc test, 1–way analysis of variance, and the Chi–square test were used using SPSS software. P values less than 0.050 were considered significant.

Results: Results showed that the effect of the within–subjects factor, i.e., time ($p<0.001$), the between–subjects factor, i.e., the effectiveness of unified transdiagnostic treatment of emotional disorders and emotion efficacy therapy ($p=0.001$) as well as the interaction of these two factors ($p=0.024$) were significant on the anxiety variable. The difference between the average scores of the subjects of the two groups of emotion efficacy therapy and the unified transdiagnostic treatment of emotional disorders with the control group was significant in the anxiety variable ($p=0.001$, $p=0.023$, respectively). However, the difference in the average scores of the subjects of the two treatment groups in the anxiety variable was not significant ($p=0.590$). Also, there was a significant difference between the mean scores of the anxiety variable in the pretest and the posttest ($p<0.001$) and between the pretest and the follow–up ($p=0.001$) scores. However, the average anxiety scores in the posttest did not have a significant difference from the follow–up scores, which showed the persistence of the effectiveness of the two treatment methods in the follow–up phase ($p=0.650$).

Conclusion: In general, due to the significant effect of both treatment methods, i.e., the unified transdiagnostic treatment of emotional disorders and emotion efficacy therapy, stuttering therapists can use these two methods to reduce the anxiety of stuttering adults.

Keywords: Anxiety, Stuttering, Emotion efficacy therapy, Unified transdiagnostic treatment.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-11-09]

Copyright © 2022, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۱۲.

انتشار برخط فروردین ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی درمان یکپارچهٔ فراتشخیص اختلالات هیجانی و درمان فراتشخیص مبتنی‌بر کارآمدی هیجانی بر کاهش نشانه‌های اضطراب بزرگسالان دارای لکنت زبان

بنت‌الهدی زارعی فسخودی[۱]، *احمد کربلایی محمد میگونی[۲]، حسین رضابخش[۳]، لیلا قلیچی[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانش‌آموختهٔ دکتری گروه روان‌شناسی ، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران؛

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران؛

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران؛

۴. استادیار گروه گفتاردرمانی، دانشکدهٔ علوم توان‌بخشی، دانشگاه علوم‌پزشکی ایران، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** dr.karbalae1335@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴ خرداد ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۷ تیر ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: اضطراب، بزرگسالان دارای لکنت زبان را با بحرانی مهم مواجه می‌کند که آن حالت هشدار ذهن و بدن است. هدف اصلی پژوهش حاضر، مقایسهٔ اثربخشی درمان یکپارچهٔ فراتشخیص اختلالات هیجانی و درمان فراتشخیص مبتنی‌بر کارآمدی هیجانی بر کاهش نشانه‌های اضطراب بزرگسالان دارای لکنت زبان بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش، شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه و دورهٔ پیگیری بود. جامعهٔ آماری را تمامی بزرگسالان دارای لکنت زبان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های گفتاردرمانی شهر تهران و انجمن لکنت ایران در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. تعداد ۳۶ فرد واجد شرایط داوطلب به‌عنوان نمونه وارد مطالعه شدند و به‌صورت تصادفی در گروه درمان یکپارچهٔ فراتشخیص اختلالات هیجانی، گروه درمان فراتشخیص مبتنی‌بر کارآمدی هیجانی و گروه گواه قرار گرفتند. برای گروه‌های درمانی، مداخله‌ها در قالب دوازده جلسهٔ دوساعته ارائه شد. در گروه گواه مداخله‌ای صورت نگرفت. ابزار پژوهش پرسش‌نامهٔ اضطراب بک (بک و همکاران، ۱۹۸۸) بود. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون تعقیبی بونفرونی، آزمون‌های تحلیل واریانس یک‌طرفه و کادی‌دو به‌کمک نرم‌افزار SPSS استفاده شد. مقادیر احتمال کمتر از ۰/۰۵۰ معنادار بود.

یافته‌ها: تفاوت میانگین نمرات آزمودنی‌های دو گروه درمان فراتشخیص مبتنی‌بر کارآمدی هیجانی و گروه درمان یکپارچهٔ فراتشخیص اختلالات هیجانی با گروه گواه در متغیر اضطراب معنادار بود (به‌ترتیب $p=۰/۰۰۱$، $p=۰/۰۲۳$)؛ اما تفاوت میانگین نمرات آزمودنی‌های دو گروه درمان در متغیر اضطراب معنادار نبود ($p=۰/۵۹۰$)؛ همچنین بین میانگین نمرات متغیر اضطراب در پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($p<۰/۰۰۱$) و پیش‌آزمون با پیگیری ($p=۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری وجود داشت؛ اما میانگین نمرات متغیر اضطراب در پس‌آزمون با نمرات پیگیری تفاوت معناداری نداشت که ماندگاری اثربخشی دو روش درمانی را در مرحلهٔ پیگیری نشان داد ($p=۰/۶۵۰$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، درمانگران حیطهٔ لکنت می‌توانند با به‌کارگیری درمان یکپارچهٔ فراتشخیص اختلالات هیجانی و درمان فراتشخیص مبتنی‌بر کارآمدی هیجانی، زمینه را برای کاهش نشانه‌های اضطراب بزرگسالان دارای لکنت فراهم کنند.

کلیدواژه‌ها: اضطراب، لکنت، کارآمدی هیجانی، فراتشخیص اختلالات هیجانی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۱، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-11-09]

۱ مقدمه

بزرگسالان دارای لکنت زبان، اغلب بدین‌طریق با آن سازگار می‌شوند که شغل و دوستانشان را محدود کرده و خود را با موقعیت‌ها و افرادی مشغول می‌کنند که مطالبات کلامی زیادی را بر آن‌ها تحمیل نمی‌کنند (۱). از پیامدهای لکنت می‌توان به کاهش پیشرفت تحصیلی، محدودیت‌های مختلف کاری و کاهش مشارکت فعال در حوزهٔ اجتماعی اشاره کرد (۲). درواقع لکنت، تجربه‌های اجتماعی و سازگاری‌های روان‌شناختی را در بسیاری از بزرگسالان دارای لکنت، تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۳). این مطلب از فردی به فرد دیگر و از جامعه‌ای به جامعهٔ دیگر متفاوت است؛ بااین‌حال می‌توان گفت که در حالت کلی، لکنت تأثیری منفی بر زندگی اجتماعی، زندگی شغلی و زندگی تحصیلی افراد دارد و بدین‌طریق کیفیت زندگی آن‌ها را کاهش می‌دهد (۴). بسیاری از بزرگسالانی که دچار لکنت هستند، تجربهٔ لکنت را به‌عنوان نوعی از فقدان کنترل در نظر می‌گیرند که توأم با ناامیدی و افکار منفی است. این عوامل گاهی رفتارهای اجتنابی و کناره‌گیری‌های مختلف اجتماعی را به‌همراه دارد (۵).

لکنت، نوعی اختلال حرکتی گفتار است. پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا (ویراست پنجم)[1]، لکنت زبان را اختلال در سلاست طبیعی و الگوی زمانی گفتار (نامتناسب با سن فرد)، با وقوع مکرر تکرار صداها و سیلاب‌ها، طولانی‌شدن صداهای واکدار و بی‌واک، بیان شکستهٔ کلمات، انسداد قابل شنیدن یا بدون صدا، بیان غیرمستقیم (به‌کاربردن کلمات جایگزین برای کلمات مشکل‌ساز)، تولید با تنش فیزیکی فراوان و نیز تکرار کامل کلمات تک‌هجایی معرفی کرده است (به‌نقل از ۶). نتیجهٔ این مشخصه‌ها در بسیاری از بزرگسالان دارای لکنت، اضطراب در بسیاری از موقعیت‌های اجتماعی است که زمینه را برای لکنت بیشتر فراهم می‌آورد (۶).

اضطراب یکی از پیامدهای برخاسته از لکنت به‌شمار می‌رود که درواقع وضعیتی متداول در بین بزرگسالان دارای لکنت زبان است و عنصری از عوامل تشدیدکنندهٔ آن شناخته می‌شود (۷). در پژوهش‌ها، ارتباط تنگاتنگی بین لکنت و اضطراب به‌عنوان آمیزهٔ پیچیده‌ای از هیجان‌های ناخوشایند وجود دارد (۸،۹) و در اغلب مواقع، حالت و صفت اضطراب، در افراد دارای لکنت، بیشتر گزارش شده است (۱۰). در نظریه‌های علمی دربارهٔ لکنت، همواره بر نقش عوامل هیجانی که اضطراب به‌همراه می‌آورد، تأکید شده است (۱۱)؛ برای مثال در مدل دوگانهٔ حساسیت‌ـ‌استرسور این‌گونه فرض می‌شود که بزرگسالان دارای لکنت به‌دلیل آسیب‌پذیربودن سیستم گفتارشان، دربرابر محرک‌های جدید واکنش‌پذیرتر هستند؛ همچنین ازآنجاکه در موقعیت‌های مختلف امکان رویارویی با محرک‌های جدید وجود دارد، این بزرگسالان دچار اضطراب بیشتری هستند (۱۲). در نظریهٔ آسیب‌پذیری‌های سه‌گانه فرض بر این است که مجموعهٔ درهم‌تنیده‌ای از آسیب‌پذیری‌ها یا آمادگی‌ها در بزرگسالان دارای لکنت، اضطرابی به‌همراه می‌آورد که می‌تواند پیامدهای بالقوهٔ ناخوشایندی به‌دنبال داشته باشد (۱۱).

ازآنجاکه اضطراب در بزرگسالان دارای لکنت موجب چالش‌های هیجانی بیشتر، رضایت از گفتار کمتر و اجتناب از صحبت می‌شود، کاربست روش‌های درمانی برای این بزرگسالان ضرورت دارد (۱۵ـ ۱۳). یکی از روش‌های درمانی که اخیراً به آن توجه شده است و به‌نظر می‌رسد درکاهش نشانه‌های اضطراب تأثیر بسزایی داشته باشد، درمان یکپارچهٔ فراتشخیص اختلال‌های هیجانی[2] است. این روش درمانی مبتنی‌بر نظریه‌های شناختی‌رفتاری است و از ترکیب و تجمیع اصول مشترک روان‌درمانی‌های مبتنی‌بر حمایت، به‌دست آمده است. در این روش درمانی بر تغییر ارزیابی‌های شناختی ناسازگارانه، تغییر هیجان‌های مختل، پیشگیری از اجتناب هیجانی، استفاده از روندهای مواجهه با هیجان‌ها و نقش نقص تنظیم هیجان در اختلال‌های هیجانی تأکید می‌شود (۱۶). این روش، اثربخشی خود را در درمان اختلال‌های هیجانی نشان داده است (۱۷). درمان فراتشخیص دیگری که به‌نظر می‌رسد در کاهش نشانه‌های اضطراب تأثیر دارد، درمان مبتنی‌بر کارآمدی هیجانی[3] است. این درمان، برخاسته از نظریه و درمان مبتنی‌بر بافت قلمداد می‌شود که یافته‌های حاصل از علوم عواطف، درمان شناختی‌رفتاری سنتی و درمان‌های موج سوم را ترکیب می‌کند. بدین‌ترتیب درمان مبتنی‌بر کارآمدی هیجانی، مؤلفه‌های درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد[4] و رفتاردرمانی دیالکتیک[5] را با درمان مبتنی‌بر مواجهه یکپارچه می‌سازد. در پیشینهٔ پژوهشی اثربخشی درمان مبتنی‌بر کارآمدی هیجانی در تنظیم هیجان، افزایش کارآمدی در مقابله با هیجان‌های منفی، افزایش تحمل پریشانی و کاهش اجتناب هیجانی پذیرفته شده است (۱۸،۱۹).

در رابطه با درمان یکپارچهٔ فراتشخیص اختلالات هیجانی و درمان فراتشخیص مبتنی‌بر کارآمدی هیجانی، پژوهش‌های متعددی انجام گرفته و اثربخشی آن‌ها بر متغیرهای مختلف تأیید شده است؛ ولی مرور پیشینهٔ پژوهشی نشان‌دهندهٔ فقدان پژوهش در رابطه با اثربخشی این دو روش در کاهش اضطراب بزرگسالان دارای لکنت است که اجرای این پژوهش را دارای ضرورت می‌سازد و می‌تواند باب جدیدی برای درمانگران و پژوهشگران حیطهٔ لکنت باشد؛ ازاین‌رو، باتوجه به آنچه گفته شد، هدف اصلی پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان یکپارچهٔ فراتشخیص اختلالات هیجانی و درمان فراتشخیص مبتنی‌بر کارآمدی هیجانی بر کاهش اضطراب در بزرگسالان دارای لکنت و مقایسهٔ این دو روش درمانی با یکدیگر بود.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه و دورهٔ پیگیری بود. جامعهٔ آماری را تمامی بزرگسالان دارای لکنت زبان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های گفتاردرمانی شهر تهران و انجمن لکنت ایران در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که درمان‌های شکل‌دهی گفتار را دریافت کردند. مطابق با نظر مورگان و ونورهیس

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)
2. Unified Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders
3. Emotion Efficacy Therapy (EET)
4. Acceptance and Action Therapy (ACT)
5. Dialectical Behavior Therapy (DBT)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-11-09]

در رابطه با حجم نمونه در پژوهش‌های شبه‌آزمایشی (۲۰)، تعداد ۳۶ فرد واجد شرایط داوطلب به‌عنوان نمونه وارد مطالعه شدند. این افراد به‌طور تصادفی در گروه درمان یکپارچهٔ فراتشخیص اختلالات هیجانی، گروه درمان فراتشخیص مبتنی‌بر کارآمدی هیجانی و گروه گواه گمارش شدند. نمونه‌های گروه گواه در صورت تمایل در فهرست انتظار برای درمان قرار گرفتند. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: بزرگسالان بیشتر از هیجده سال؛ بزرگسالان دارای لکنت رشدی؛ وجود اختلال اضطرابی براساس مصاحبهٔ تشخیصی DSM-5؛ داشتن سواد حداقل سوم راهنمایی. معیارهای خروج آزمودنی‌ها از پژوهش، عقب‌ماندگی ذهنی و بیماری‌های جسمانی مزمن و دریافت روان‌درمانی یا دارو یا گفتاردرمانی در طول دورهٔ درمان بود.

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که ابتدا از بین نمونه‌های واجد شرایط مراجعه‌کننده به کلینیک‌های گفتاردرمانی تهران و انجمن‌های لکنت ایران و تهران، بزرگسالان دارای لکنت زبانِ داوطلب درمان انتخاب شدند. وجود لکنت زبان رشدی ازطریق مصاحبه و ارزیابی متخصص گفتاردرمانی تشخیص داده شد. پس از کسب رضایت آگاهانه از مُراجعان، ازطریق مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته توسط روان‌شناس بالینی برای اختلال‌های DSM-5، افراد دارای اختلال‌های اضطرابی مشخص شدند. ارزیابی‌های لازم از مُراجعان صورت گرفت و در پروندهٔ آن‌ها ثبت و نگهداری شد؛ بدین‌ترتیب که شخص دیگری غیر از درمانگرها به آن دسترسی نداشته باشد. مُراجعان به‌صورت گمارش تصادفی به سه گروه دوازده‌نفره تقسیم شدند. پس از آشنایی شرکت‌کننده‌ها با مجری پژوهش، فواید و مضرات تحقیق و ارائهٔ توصیه‌های ایمنی لازم، اهداف پژوهش، ارائهٔ دستورعمل‌های یکسان دربارهٔ شرکت در پژوهش و کسب رضایت آگاهانهٔ افراد، علاوه‌براین درنظرگرفتن ملاک‌های ورود و خروج، شرکت‌کننده‌ها وارد پژوهش شدند و در سه گروه به‌طور تصادفی قرار گرفتند. گروه اول، دوازده جلسهٔ دوساعته درمان مبتنی‌بر کارآمدی هیجانی و گروه دوم، دوازده جلسهٔ دوساعته درمان یکپارچهٔ فراتشخیص اختلال‌های هیجانی دریافت کرد (هر هفته یک جلسه برگزار شد). اجرای هر دو بستهٔ درمانی توسط دو درمانگر در سطح دانشجوی دکتری روان‌شناسی صورت گرفت. گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد و افراد این گروه در صورت تمایل در فهرست انتظار قرار گرفتند. نتایج در سه مرحله قبل از درمان، بعد از درمان و پیگیری (سه ماه) ثبت شد. در پژوهش حاضر ملاحظات اخلاقی شامل دریافت رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری نیز رعایت شد. در ادامه گزیده‌ای از مطالب ارائه‌شده در جلسات در جدول‌های ۱ و ۲ آمده است.

ابزار و جلسات درمانی زیر در پژوهش به‌کار رفت.

جدول ۱. گزیده‌ای از جلسات درمان مبتنی‌بر کارآمدی هیجانی (EET)

جلسات	شرح جلسه
اول و دوم	خوشامدگویی و تکمیل ابزارهای اندازه‌گیری پیش از درمان، معرفی رهبر و اعضای گروه، معرفی مختصر درمان مبتنی‌بر کارآمدی هیجانی و ساختار آن، آموزش روانی دربارهٔ هیجان‌ها و آگاهی از هیجان، تمرین تماشای هیجان، معرفی تمرین مهارت‌ها و ثبت نتایج مهارت‌ها، تکلیف مهارت‌ها
سوم	مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی دربارهٔ پذیرش ذهن‌آگاهانه، تمرین پذیرش ذهن‌آگاهانه، معرفی اجتناب هیجانی، آموزش روانی دربارهٔ موج‌سواری بر هیجان، آموزش روانی دربارهٔ مواجهه و تمرین، تکلیف خانگی تمرین مهارت‌ها
چهارم	تمرین پذیرش ذهن‌آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی دربارهٔ لحظهٔ انتخاب، معرفی عمل مبتنی‌بر ارزش‌ها، تمرین وایت‌برد با ارزش‌ها و موانع هیجانی، تمرین عمل مبتنی‌بر ارزش‌ها با استفاده از مواجههٔ تصوری و بازخورد، تعیین تکلیف تمرین مهارت‌ها
پنجم	تمرین پذیرش ذهن‌آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، تمرین هیولا در اتوبوس، عمل مبتنی‌بر ارزش‌ها با استفاده از مواجههٔ تصوری و بازخورد، تعیین تکلیف تمرین مهارت‌های جلسهٔ چهارم
ششم و هفتم	تمرین پذیرش ذهن‌آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی دربارهٔ مقابلهٔ ذهن‌آگاهانه، معرفی تن‌آرامی و خودتن‌آرامی، تمرین مهارت‌های تن‌آرامی همراه با مواجههٔ هیجانی و بازخورد، تمرین مهارت‌های خودآرام‌سازی همراه با مواجههٔ هیجانی و بازخورد، تعیین تکلیف تمرین مهارت
هشتم و نهم	تمرین پذیرش ذهن‌آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی در ارتباط با افکار مقابله‌ای، تمرین افکار مقابله‌ای ازطریق مواجهه با هیجان و بازخورد، آموزش روانی دربارهٔ پذیرش بنیادین، تمرین پذیرش بنیادین ازطریق مواجهه با هیجان و بازخورد، تعیین تکلیف
دهم	تمرین پذیرش ذهن‌آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی دربارهٔ توجه‌برگردانی و وقت استراحت، توجه‌برگردانی همراه با مواجههٔ تصوری یا هیجانی و بازخورد، معرفی طرح کارآمدی هیجان فردی، تعیین تکلیف
یازدهم و دوازدهم	تمرین پذیرش ذهن‌آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، مرور برنامهٔ کارآمدی هیجانی شخصی، دریافت بازخورد و رفع اشکال، مواجههٔ تصوری یا هیجانی با استفاده از مهارت درمان مبتنی‌بر کارآمدی هیجانی و دریافت بازخورد، درجه‌بندی کارآمدی هیجانی، سخنان پایانی و قدردانی، اجرای پرسش‌نامه‌ها پس از درمان

ـ پرسش‌نامهٔ اضطراب بک[1]: آرون تی‌بک روان‌پزشک و استاد دانشگاه پنسیلوانیا و همکارانش در سال ۱۹۸۸ این ابزار را به‌منظور سنجش اضطراب طراحی کردند (۲۱). این ابزار تک‌عاملی است و ۲۱ گویه دارد که در طیف لیکرتی چهاردرجه‌ای از اصلاً= صفر تا شدید= ۳ نمره‌گذاری می‌شود. دامنهٔ نمرات بین صفر تا ۶۳ است. نمرهٔ بیشتر در این ابزار نشان‌دهندهٔ اضطراب بیشتر است. نمرهٔ کل این ابزار با جمع

[1]. Beck Anxiety Inventory

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-11-09]

پاسخ‌های آزمودنی به گویه‌ها به‌دست می‌آید (۲۱). بک و همکاران برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۲ و ضریب بازآزمایی را ۰/۷۵ به‌دست آوردند و همبستگی ابزار را با مقیاس تجدیدنظرشدهٔ درجه‌بندی اضطراب همیلتون[1] (r=۰/۵۱) و مقیاس درجه‌بندی افسردگی همیلتون[2] (r=۰/۲۵) به‌عنوان شاخصی از روایی مناسب گزارش کردند (۲۱). در جامعهٔ ایرانی، رفیعی و سیفی برای این ابزار ضریب پایایی را ۰/۹۰ به‌دست آوردند (۲۲).

ـ درمان مبتنی‌بر کارآمدی هیجانی (EET): این درمان براساس پروتکل یکپارچهٔ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیک ارائه‌شده توسط مک‌کی و وست (۱۸)، اجرا شد. این پروتکل شامل دوازده جلسهٔ دوساعته بود (جدول ۱).

ـ درمان یکپارچهٔ فراتشخیص اختلال‌های هیجانی: این پژوهش براساس پروتکل ارائه‌شده توسط بارلو و همکاران (۱۶) انجام شد. تعداد جلسات دوازده جلسهٔ دوساعته بود. شرح جلسات در جدول زیر آمده است.

جدول ۲. گزیده‌ای از جلسات درمان یکپارچهٔ فراتشخیص اختلال‌های هیجانی

جلسات	شرح جلسه
اول	آشنایی با شرکت‌کنندگان، افزایش انگیزه؛ مصاحبهٔ انگیزشی برای مشارکت و درگیری مُراجعان در طول درمان، ارائهٔ منطق درمان و تعیین اهداف درمان
دوم	ارائهٔ آموزش روانی؛ بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه‌مؤلفه‌ای تجارب هیجان و مدل ARC[3]
سوم و چهارم	آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهدهٔ تجارب هیجانی، به‌خصوص با استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی
پنجم	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی؛ ایجاد آگاهی از تأثیر و ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانهٔ اتوماتیک و دام‌های شایع تفکر و ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر
ششم و هفتم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان؛ آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی‌یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان
هشتم	بررسی رفتارهای ناشی‌از هیجان (EDBs)[4]؛ آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی‌از هیجان و درک تأثیر آن‌ها روی تجارب هیجانی، شناسایی ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین به‌واسطهٔ رویارویی با رفتارها
نهم و دهم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی؛ افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه یا رویارویی احشایی به‌منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم
یازدهم	رویارویی احشایی و رویارویی با هیجان مبتنی‌بر موقعیت؛ آگاهی‌یافتن از منطق رویارویی‌های هیجانی، آموزش نحوهٔ تهیهٔ سلسه‌مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجههٔ هیجانی مکرر و اثربخش به‌صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب
دوازدهم	پیشگیری از عود؛ مرور کلی مفاهیم درمان و بحث دربارهٔ بهبودی و پیشرفت‌های درمانی بیمار

برای تحلیل داده‌ها باتوجه به نوع مطالعه و اندازه‌گیری متغیر در سه مرحله از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به‌کمک نرم‌افزار SPSS استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، تمامی پیش‌فرض‌های آن با استفاده از آزمون‌های لون، کولموگروف‌اسمیرنف، ام‌باکس و کرویت موخلی ارزیابی شد و نتایج آن در قسمت یافته‌ها آمد. از آزمون تعقیبی بونفرونی به‌منظور مقایسهٔ دوبه‌دوی گروه‌ها و زمان‌ها برای متغیر پژوهش استفاده شد. همچنین برای بررسی تفاوت در میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه‌های مختلف پژوهش از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه و به‌منظور ارزیابی تفاوت‌های جنسیتی در گروه‌های مختلف پژوهش از آزمون کای‌دو استفاده شد. مقادیر احتمال کمتر از ۰/۰۵۰ معنادار بود.

۳ یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۳۶ آزمودنی شرکت کردند که از این تعداد در گروه آزمایشی اول یعنی درمان فراتشخیص مبتنی‌بر کارآمدی هیجانی ۹ مرد (۷۵درصد) و ۳ زن (۲۵درصد)، در گروه آزمایشی دوم یعنی درمان یکپارچهٔ فراتشخیص اختلالات هیجانی ۸ مرد (۶۷درصد) و ۴ زن (۳۳درصد) و در گروه گواه ۱۰ مرد (۸۳درصد) و ۲ زن (۱۷درصد) حضور داشتند. نتایج آزمون کای‌دو مشخص کرد، توزیع جنسیت در این سه گروه اختلاف معناداری نداشت (p=۰/۳۰۰). میانگین سنی شرکت‌کنندگان در هر گروه و انحراف معیار آن‌ها به‌ترتیب برابر با ۳۳/۴±۱/۳۰، ۳۳/۴±۷/۹۹ و ۳۳/۳±۹/۰۵ سال بود. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد، تفاوت معناداری در میانگین سنی شرکت‌کنندگان پژوهش در گروه‌های مختلف وجود نداشت (p=۰/۹۰۰). قبل از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر اطلاعات توصیفی بررسی شد. جدول ۳ نشان‌دهندهٔ میانگین و انحراف معیار نمرات متغیر اضطراب به‌تفکیک گروه آزمایشی اول (درمان فراتشخیص مبتنی‌بر کارآمدی هیجانی)، گروه آزمایشی دوم (درمان یکپارچهٔ فراتشخیص اختلالات هیجانی) و گروه گواه است.

جدول ۳ نشان می‌دهد، در میانگین نمرات متغیر اضطراب بین گروه درمان فراتشخیص مبتنی‌بر کارآمدی هیجانی، گروه درمان یکپارچهٔ فراتشخیص اختلالات هیجانی و گروه گواه تفاوت‌هایی وجود داشت. در حالت کلی می‌توان گفت که در مرحلهٔ پس‌آزمون، میانگین نمرات گروه‌های درمانی در متغیر اضطراب کمتر از گروه گواه بود و بین میانگین نمرات گروه درمان فراتشخیص مبتنی‌بر کارآمدی هیجانی و

1. Revised Hamilton Anxiety Rating Scale
2. Hamilton Depression Rating Scale
3. Antecedents, Responses, Consequences
4. Emotion driven behaviors

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-11-09]

درمان یکپارچهٔ فراتشخیص اختلالات هیجانی تفاوت‌هایی مشاهده شد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات متغیر اضطراب به‌تفکیک دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	پیش‌آزمون	آزمایش یک	۳۵/۰۰	۱۴/۳۳
		آزمایش دو	۳۹/۸۹	۶/۶۸
		گواه	۳۸/۲۸	۸/۲۴
	پس‌آزمون	آزمایش یک	۱۹/۲۵	۱۱/۲۹
		آزمایش دو	۲۱/۸۲	۱۳/۱۲
		گواه	۳۶/۴۶	۹/۷۰
	پیگیری	آزمایش یک	۲۳/۰۸	۶/۰۹
		آزمایش دو	۲۶/۴۱	۸/۲۰
		گواه	۳۶/۷۶	۵/۷۷

قبل از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به‌منظور بررسی همگنی واریانس گروه‌ها (گروه گواه و دو گروه آزمایشی) از آزمون لون و به‌منظور بررسی نرمال‌بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف استفاده شد. نتایج این دو آزمون در سطح معناداری ۰/۰۵۰ معنادار نبود؛ بنابراین همگنی واریانس نمرات و نیز نحوهٔ توزیع داده‌ها به‌صورت نرمال در سه مرحلهٔ اندازه‌گیری در گروه درمان یکپارچهٔ فراتشخیص اختلالات هیجانی، گروه درمان فراتشخیص مبتنی‌بر کارآمدی هیجانی و گروه گواه برای استفاده در تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رد نشد. همچنین به‌منظور بررسی همگنی کوواریانس‌ها، آزمون ام‌باکس به‌کار رفت و نتیجه معنادار نبود (Box'sM=۱۷/۷۰، p=۰/۲۲۴)؛ بنابراین فرض همگنی کوواریانس‌ها رد نشد. نتیجهٔ آزمون کرویت موخلی (W=۰/۷۱، p=۰/۰۰۵) معنادار به‌دست آمد؛ ازاین‌رو از اپسیلون گرین‌هاوس‌گیزر استفاده شد. جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را برای عوامل درون‌آزمودنی‌ها، بین‌آزمودنی‌ها و اثر متقابل در متغیر اضطراب نشان داده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای عوامل درون‌آزمودنی‌ها، بین‌آزمودنی‌ها و اثر متقابل در متغیر اضطراب

اثر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر
بین‌آزمودنی‌ها (گروه‌های آزمایشی و گروه گواه)	۲۴۴۱/۵۲	۲	۱۲۲۰/۷۶	۹/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۳۵
درون‌آزمودنی‌ها (زمان)	۲۷۶۰/۳۸	۱/۵۵	۱۷۷۲/۳۷	۱۸/۶۰	<۰/۰۰۱	۰/۳۶
اثر متقابل	۹۹۸/۰۵	۳/۱۱	۳۲۰/۴۱	۳/۳۶	۰/۰۲۴	۰/۱۶

جدول ۴ نشان می‌دهد، تأثیر عامل درون‌آزمودنی‌ها یعنی زمان (p<۰/۰۰۱)، تأثیر عامل بین‌آزمودنی‌ها یعنی اثربخشی درمان یکپارچهٔ فراتشخیص اختلالات هیجانی و درمان فراتشخیص مبتنی‌بر کارآمدی هیجانی (p=۰/۰۰۱) و نیز اثر متقابل این دو (p=۰/۰۲۴) باتوجه به مقدار احتمال تعیین‌شده رد نشد. برای بررسی معناداری میزان اثربخشی هریک از روش‌های درمانی، مقایسهٔ دو روش درمان با یکدیگر و نیز مقایسهٔ گروه‌های آزمایش با گروه گواه در اضطراب آزمودنی‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد (جدول ۵).

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ دوبه‌دوی گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیر اضطراب

متغیر	گروه	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار احتمال
اضطراب	آزمایش یک	آزمایش دو	ـ۳/۶۰	۲/۷۳	۰/۵۹۰
		گواه	ـ۱۱/۳۹	۲/۷۳	۰/۰۰۱
	آزمایش دو	گواه	ـ۷/۷۹	۲/۷۳	۰/۰۲۳

براساس جدول ۵، تفاوت میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه درمان فراتشخیص مبتنی‌بر کارآمدی هیجانی و گروه درمان یکپارچهٔ فراتشخیص اختلالات هیجانی با میانگین نمرات گروه گواه در متغیر اضطراب معنادار بود (به‌ترتیب p=۰/۰۰۱، p=۰/۰۲۳)؛ اما تفاوت میانگین نمرات آزمودنی‌های دو گروه درمان در متغیر اضطراب معنادار نبود (p=۰/۵۹۰).

همچنین به‌منظور بررسی اثربخشی دو روش درمانی در گذر زمان از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. بدین‌صورت که میانگین نمرات آزمودنی‌ها در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مقایسه و بررسی شد (جدول ۶).

جدول ۶ مشخص می‌کند، میانگین نمرات متغیر اضطراب در پیش‌آزمون با نمرات پس‌آزمون تفاوت معناداری داشت (p<۰/۰۰۱).

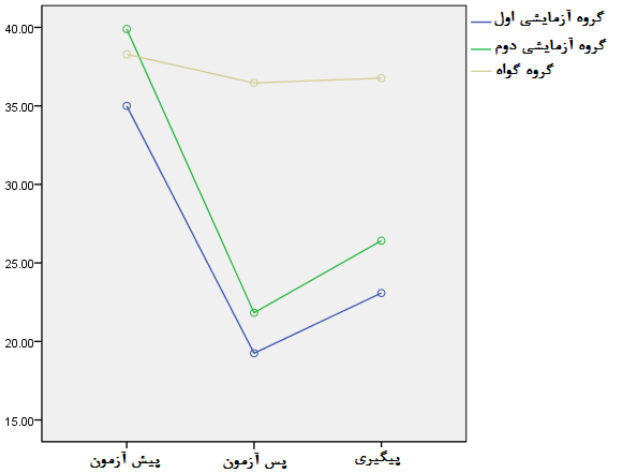
[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-11-09]

این مطلب بیانگر اثربخشی درمان فراتشخیص مبتنی‌بر کارآمدی هیجانی و درمان یکپارچهٔ فراتشخیص اختلالات هیجانی بر کاهش متغیر اضطراب بود. همچنین میانگین نمرات متغیر اضطراب در پیش‌آزمون با میانگین نمرات در دورهٔ پیگیری تفاوت معناداری داشت (p=۰/۰۰۱). این امر اثربخشی روش‌های درمانی را در گذر زمان نشان داد که این مطلب باتوجه به معنادارنبودن نمرات پس‌آزمون با پیگیری باتوجه به سطح معناداری تعیین‌شده رد نشد (p=۰/۶۵۰).

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای بررسی اثربخشی دو روش درمانی در گذر زمان

متغیر	مرحله	مرحله	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار احتمال
اضطراب	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۱/۸۷-	۱/۳۹	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۸/۹۷	۲/۲۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۲/۹۰-	۲/۳۲	۰/۶۵۰

در شکل ۱ چگونگی روند تفاوت‌ها به‌تفکیک گروه‌ها و مراحل اندازه‌گیری ارائه شده است.



شکل ۱. نمودار روند میانگین نمرات متغیر اضطراب به‌تفکیک گروه‌ها و مراحل اندازه‌گیری

باتوجه به شکل ۱، میانگین نمرات متغیر اضطراب دو گروه آزمایشی در مرحلهٔ پس‌آزمون کاهش یافت؛ ولی در مرحلهٔ بعد یعنی پیگیری میانگین نمرات مقداری افزایش پیدا کرد. میانگین نمرات گروه گواه نیز تغییر چندانی نداشت.

۴ بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی و مقایسهٔ درمان یکپارچهٔ فراتشخیص اختلالات هیجانی و درمان فراتشخیص مبتنی‌بر کارآمدی هیجانی بر کاهش نشانه‌های اضطراب بزرگسالان دارای لکنت زبان انجام شد. لکنت اختلالی چندبُعدی و ناهمگون است که برای پرداختن به یکی از پیامدهای اصلی آن یعنی اضطراب استفاده از رویکردهای درمانی یکپارچه توصیه می‌شود. درمان فراتشخیص اختلال‌های هیجانی (پروتکل یکپارچه) و درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی ازجمله رویکردهای درمانی هستند که درعین کوتاه‌بودن، با هدف قراردادن مکانیزم‌های زیربنایی و مشترک این اختلال زمینهٔ کاهش اضطراب را فراهم می‌کنند (۱).

یافتهٔ اول پژوهش حاضر نشان داد، دو روش درمانی یعنی درمان یکپارچهٔ فراتشخیص اختلالات هیجانی و درمان فراتشخیص مبتنی‌بر کارآمدی هیجانی می‌توانند به‌شکل معناداری اضطراب را در بزرگسالان دارای لکنت کاهش دهند. این یافته با جنبه‌هایی از پژوهش‌های ترنور و همکاران (۱۴) و کوکوسکی و همکاران (۱۵) همخوان است؛ در این دو مقاله اثربخشی مؤلفه‌هایی از دو روش درمانی پژوهش حاضر بر اضطراب تأیید شد.

در تبیین یافتهٔ مذکور پژوهش حاضر می‌توان گفت، عوامل هیجانی و تنظیم هیجان در عناصر مختلف اضطراب یعنی عناصر شناختی‌ذهنی، عناصر فیزیولوژیک و عناصر رفتاری نقش اساسی دارند؛ زیرا مرتبط با تعدیل واکنش‌پذیری‌های هیجانی و خودگویی‌های مختلف منفی هستند (۲،۵). نظر به اینکه درمان فراتشخیص مبتنی‌بر کارآمدی هیجانی و درمان یکپارچهٔ فراتشخیص اختلالات هیجانی براساس تأثیرگذاری بر تعدیل و تنظیم هیجان‌ها ازجمله اضطراب هستند و روش‌های مختلف را بدین‌منظور به‌کار می‌بندند (۱۵،۱۶)، می‌توان نتیجه گرفت کاهش اضطراب را به‌همراه داشته باشند. همچنین این یافته مطابق با نظریهٔ روان‌شناختی آسیب‌پذیری‌های سه‌گانه است؛ زیرا در این نظریه در کنار آسیب‌پذیری زیستی فراگیر بر آسیب‌پذیری روان‌شناختی فراگیر و آسیب‌پذیری روان‌شناختی اختصاصی تأکید می‌شود. در آسیب‌پذیری روان‌شناختی فراگیر، فرد مبتلا به لکنت دارای ادراک کنترل کمتری بر رویدادهای مختلفی است که همواره در زندگی جریان دارد و بدین‌طریق دچار اضطراب می‌شود. در آسیب‌پذیری روان‌شناختی اختصاصی که ریشه در تجربه‌های فرد دارد، فرد مبتلا به لکنت به‌دلیل نارسایی گفتارش در شرایط مختلف و ارتباط‌دادن این

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-11-09]

تجربه‌های ناخوشایند مرتبط با این زمینه دچار اضطراب می‌شود (۱۱). در درمان یکپارچهٔ فراتشخیص اختلالات هیجانی و درمان فراتشخیص مبتنی‌بر کارآمدی هیجانی، فرد با هیجان‌های نامطلوبش مواجه شده و با استفاده از تکنیک‌ها و راهکارهای جایگزین بر جایگزینی افکار و هیجان‌های مطلوب، تأکید می‌شود؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، این دو روش درمانی همچنان‌که یافته‌های پژوهش در رابطه با دو گروه آزمایشی نشان داد، اضطراب بزرگسالان دارای لکنت را کاهش می‌دهند.

یافتهٔ دوم پژوهش حاضر نشان داد، تفاوت معناداری بین اثربخشی درمان فراتشخیص مبتنی‌بر کارآمدی هیجانی و درمان یکپارچهٔ فراتشخیص اختلالات هیجانی درمقایسه با یکدیگر وجود نداشت. در تبیین این یافته می‌توان گفت، هر دو درمان دارای وجوه مشترکی است؛ برای مثال مؤلفهٔ ذهن‌آگاهی در هر دو درمان می‌تواند درگیری ذهن با تجربه‌های تکراری لکنت در گذشته و پیش‌بینی لکنت در آینده را کاهش دهد و باعث کاهش نشانه‌های اضطراب شود (۱۸،۱۷). علاوه‌براین هر دو درمان به‌عنوان فرایند زیربنایی و فراتشخیص کاهش اجتناب را هدف قرار می‌دهد (۱۸،۱۶)؛ زیرا مؤلفهٔ اجتناب دربردارندهٔ راهکارهایی است که افراد دارای لکنت از آن استفاده می‌کنند (۱۱،۸). باتوجه به مطالب گفته‌شده می‌توان نتیجه گرفت، همپوشی‌های بین دو روش درمانی موجب شد که تفاوت معناداری در اثربخشی دو روش درمانی وجود نداشته باشد.

یافتهٔ دیگر پژوهش یعنی وجود اندازهٔ اثر بیشتر درمان مبتنی‌بر کارآمدی هیجانی درمقایسه با درمان یکپارچهٔ فراتشخیص اختلالات هیجانی با جنبه‌هایی از پژوهش بیلی و همکاران (۱۹) همسوست؛ زیرا در این پژوهش به بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد پرداخته شد که از مؤلفه‌های اصلی درمان کارآمدی هیجانی است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، ریشهٔ تفاوت‌بیان‌شده را می‌توان در وجوه متفاوت این دو درمان جست‌وجو کرد. درمان فراتشخیص اختلال‌های هیجانی (پروتکل یکپارچه) دارای مؤلفه‌های ارزیابی و تغییر شناختی و افزایش انگیزهٔ تغییر در طول درمان است که باتوجه به وجود افکار و باورهای ناکارآمد افراد دارای لکنت و تغییر انگیزهٔ مُراجعان در روند درمان ضروری به‌نظر می‌رسد (۱۷). ازسویی درمان مبتنی‌بر کارآمدی هیجانی علاوه‌بر وجوه مشترک دارای مؤلفه‌های پذیرش، عمل مبتنی‌بر ارزش‌ها و آموزش مقابله‌های مؤثر است که می‌تواند در پذیرش هیجان‌ها، پذیرش لکنت و کاهش تلاش برای اجتناب یا تغییر تجارب هیجانی آزارنده بوده و ازطریق انتخاب پاسخ مؤثر به هیجان‌های خود در مسیری سازگار با بافت و همسو با ارزش‌ها مؤثر باشد (۱۸)؛ بااین‌حال باتوجه به اینکه درمان مبتنی‌بر کارآمدی هیجانی دربردارندهٔ آموزش مقابله‌های مؤثر و پذیرش است، به‌نظر این مشخصه موجب می‌شود نشانه‌های اضطراب این گروه آزمایشی کاهش بیشتری پیدا کند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این نکته اشاره کرد که جامعهٔ بررسی‌شده در پژوهش تمامی بزرگسالان دارای لکنت زبان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های گفتاردرمانی شهر تهران و انجمن لکنت ایران بودند؛ بنابراین در تعمیم نتایج به شهرهای دیگر و سایر مُراجعان باید احتیاط صورت گیرد. همچنین ابزار جمع‌آوری اطلاعات در پژوهش حاضر پرسش‌نامه‌ای خودگزارشی بود که گاهی می‌تواند با سوگیری آزمودنی‌ها همراه باشد.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، درمان یکپارچهٔ فراتشخیص اختلالات هیجانی و درمان فراتشخیص مبتنی‌بر کارآمدی هیجانی بر کاهش نشانه‌های اضطراب بزرگسالان دارای لکنت زبان به‌شکل معناداری اثربخش است و تفاوت معناداری بین اثربخشی این دو روش درمانی نیست؛ هرچند که اندازهٔ اثر درمان فراتشخیص مبتنی‌بر کارآمدی هیجانی بیشتر از درمان یکپارچهٔ فراتشخیص اختلالات هیجانی است؛ بنابراین یافته‌های پژوهش حاضر به درمانگران و متخصصان حیطهٔ لکنت کمک می‌کند تا با کاربردها و میزان اثربخشی دو روش درمانی مذکور آشنا شوند و زمینه را برای کاهش نشانه‌های اضطراب این مُراجعان فراهم آورند. همچنین یافته‌های پژوهش به سایر پژوهشگران کمک می‌کند تا اثربخشی این دو نوع روش درمانی را بر سایر متغیرها بررسی کنند.

۶ تشکر و قدردانی

پژوهشگران لازم می‌دانند از انجمن لکنت ایران، تمامی شرکت‌کنندگان پژوهش و نیز اساتید گران‌قدر نهایت تقدیر و قدردانی کنند.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

در این پژوهش ملاحظات اخلاقی شامل دریافت رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تضاد منافع

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکترا دانشگاه آزاد واحد کرج با کد ۱۱۵۲۰۷۰۵۹۷۱۰۰۷ است. همچنین مجوز اجرای پژوهش حاضر بر گروه مطالعه‌شده از کمیتهٔ اخلاق دانشگاه آزاد واحد کرج با کد IR.IUA.K.REC.1398.069 صادر شده است. نویسندگان اعلام می‌کنند، هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

تمامی منابع مالی توسط نویسندگان تأمین شده است.

References

1. Guitar B. Stuttering: an integrated approach to its nature and treatment. 4th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2014.
2. Boyle MP. Personal perceptions and perceived public opinion about stuttering in the United States: implications for anti-stigma campaigns. Am J Speech Lang Pathol. 2017;26(3):921–38. doi:10.1044/2017_AJSLP-16-0191

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-11-09]

3. Boyle MP, Fearon AN. Self-stigma and its associations with stress, physical health, and health care satisfaction in adults who stutter. Journal of Fluency Disorders. 2018;56:112–21. doi:10.1016/j.jfludis.2017.10.002
4. St. Louis KO, Irani F, Gabel RM, Hughes S, Langevin M, Rodriguez M, et al. Evidence-based guidelines for being supportive of people who stutter in North America. Journal of Fluency Disorders. 2017;53:1–13. doi:10.1016/j.jfludis.2017.05.002
5. Sønsterud H, Feragen KB, Kirmess M, Halvorsen MS, Ward D. What do people search for in stuttering therapy: personal goal-setting as a gold standard? Journal of Communication Disorders. 2020;85:105944. doi:10.1016/j.jcomdis.2019.105944
6. Maguire GA, Nguyen DL, Simonson KC, Kurz TL. The pharmacologic treatment of stuttering and its neuropharmacologic basis. Front Neurosci. 2020;14:158. doi:10.3389/fnins.2020.00158
7. Gavric D, Moscovitch DA, Rowa K, McCabe RE. Post-event processing in social anxiety disorder: examining the mediating roles of positive metacognitive beliefs and perceptions of performance. Behavior Research Therapy. 2017;91:1–12. doi:10.1016/j.brat.2017.01.002
8. Menzies R, O'Brian S, Packman A, Jones M, Helgadóttir FD, Onslow M. Supplementing stuttering treatment with online cognitive behavior therapy: an experimental trial. Journal of Communication Disorders. 2019;80:81–91. doi:10.1016/j.jcomdis.2019.04.003
9. Craig A, Tran Y. Trait and social anxiety in adults with chronic stuttering: conclusions following meta-analysis. Journal of Fluency Disorders. 2014;40:35–43. doi:10.1016/j.jfludis.2014.01.001
10. Iverach L, Rapee RM. Social anxiety disorder and stuttering: current status and future directions. Journal of Fluency Disorders. 2014;40:69–82. doi:10.1016/j.jfludis.2013.08.003
11. Amster BJ, Klein ER. More than fluency: the social, emotional, and cognitive dimensions of stuttering. First edition. San Diego: Plural Publishing; 2018.
12. Walden TA, Frankel CB, Buhr AP, Johnson KN, Conture EG, Karrass JM. Dual diathesis-stressor model of emotional and linguistic contributions to developmental stuttering. J Abnorm Child Psychol. 2012;40(4):633–44. doi:10.1007/s10802-011-9581-8
13. Torres-Prioris MJ, López-Barroso D, Paredes-Pacheco J, Roé-Vellvé N, Dawid-Milner MS, Berthier ML. Language as a threat: multimodal evaluation and interventions for overwhelming linguistic anxiety in severe Aphasia. Front Psychol. 2019;10:678. doi:10.3389/fpsyg.2019.00678
14. Treanor M, Erisman SM, Salters-Pedneault K, Roemer L, Orsillo SM. Acceptance-based behavioral therapy for GAD: effects on outcomes from three theoretical models. Depress Anxiety. 2011;28(2):127–36. doi:10.1002/da.20766
15. Kocovski NL, Fleming JE, Hawley LL, Ho M-HR, Antony MM. Mindfulness and acceptance-based group therapy and traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: mechanisms of change. Behaviour Research and Therapy. 2015;70:11–22. doi:10.1016/j.brat.2015.04.005
16. Barlow DH, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: therapist guide. USA: Oxford University Press; 2011.
17. Bullis JR, Sauer-Zavala S, Bentley KH, Thompson-Hollands J, Carl JR, Barlow DH. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: preliminary exploration of effectiveness for group delivery. Behav Modif. 2015;39(2):295–321. doi:10.1177/0145445514553094
18. McKay M, West A. Emotion Efficacy therapy: a brief, exposure-based treatment for emotion regulation integrating ACT & DBT. Oakland: New Harbinger Publication; 2016.
19. Beilby JM, Byrnes ML, Yaruss JS. Acceptance and Commitment Therapy for adults who stutter: Psychosocial adjustment and speech fluency. J Fluency Disord. 2012;37(4):289–99. doi:10.1016/j.jfludis.2012.05.003
20. Morgan BL, VanVoorhis CRW. Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. Tutor Quant Methods Psychol. 2007;3(2):43–50. doi:10.20982/tqmp.03.2.p043
21. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1988;56(6):893–7. doi:10.1037/0022-006X.56.6.893
22. Rafiei M, Seifi A. An investigation into the reliability and validity of Beck Anxiety Inventory among the university students. Thought & Behavior in Clinical Psychology. 2013;7(27):37–46. [Persian]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-11-09]