

تأثیر درمان شناختی بر افسردگی در بزرگسالان دارای لکنت زبان

مسلم اکبری^۱، حسین ابراهیمی مقدم^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان شناختی بر کاهش افسردگی بزرگسالان دارای لکنت بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به روش نیمه آزمایشی و همراه با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه شاهد انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بزرگسالان مراجعه کننده به کلینیک‌های گفتار درمانی شهر کرج در سال ۱۳۹۵ بود. ۴۰ نفر از مراجعه کنندگان مبتلا به افسردگی، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد قرار گرفتند و سطح افسردگی همه آزمودنی‌ها با استفاده از مقیاس افسردگی Beck (Beck Depression Inventory یا BDI) اندازه گیری گردید (پیش‌آزمون). گروه آزمایش درمان شناختی (Cognitive therapy یا CT) را به صورت گروهی در ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. در پایان مداخلات، سطح افسردگی همه آزمودنی‌ها مجدداً اندازه گیری شد (پس‌آزمون). داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه نشان داد که میانگین نمرات پس‌آزمون افسردگی در گروه آزمایش کاهش یافت ($P < 0/010$).

نتیجه‌گیری: رویکرد CT روش بسیار مناسبی جهت کاهش افسردگی بزرگسالان دارای لکنت می‌باشد. همچنین، با توجه به اثربخش بودن مداخله، می‌توان از این برنامه به طور گسترده برای درمان اختلالات روانی این دسته از افراد در کلینیک‌های درمانی استفاده کرد.

کلید واژه‌ها: شناخت درمانی، افسردگی، بزرگسالان، لکنت

ارجاع: اکبری مسلم، ابراهیمی مقدم حسین. تأثیر درمان شناختی بر افسردگی در بزرگسالان دارای لکنت زبان. پژوهش در علوم توانبخشی ۱۳۹۶؛ ۱۳ (۲): ۱۰۴-۱۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۲/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱/۱۵

اجتماعی نیز دارند. یکی از راه‌های کاهش شدت لکنت، درمان اضطراب و هراس اجتماعی است (۵، ۶).

مشکلات روان‌شناختی افراد دارای لکنت، محدود به اضطراب نمی‌شود. تحقیق Matthey و Petrovski که بر روی افراد دارای لکنت انجام شد و میزان اضطراب و افسردگی این افراد را مورد بررسی قرار داد. نتایج آنان نشان داد که با افزایش سن، علاوه بر اضطراب میزان افسردگی نیز افزایش می‌یابد؛ به طوری که میزان افسردگی در بزرگسالان دارای لکنت از کودکان بیشتر است. از میان ۱۳۳ فرد دارای لکنت در تحقیق آن‌ها، ۴۴ درصد به افسردگی مبتلا بودند. میانگین اضطراب و افسردگی در افراد دارای لکنت از افراد بدون لکنت بیشتر بود و اگرچه بین میزان شدت لکنت و میزان افسردگی و اضطراب رابطه معنی‌داری یافت نشد (۷)، اما در بسیاری از موارد، افراد دارای لکنت ترجیح می‌دهند اختلالات هم‌زمان روانی را پنهان کنند و به همین دلیل، شاید میزان واقعی اختلالات روانی در افراد دارای لکنت بیشتر از آنچه که خود گزارش می‌دهند، باشد (۸، ۹).

مقدمه

لکنت یکی از زیرمجموعه‌های اختلالات ارتباطی طبقه‌بندی می‌شود و به عنوان آشفتگی در سلاست طبیعی و تعیین الگوی زمانی تکلم که نامتناسب با سن بیمار می‌باشد، تعریف می‌گردد. از جمله نشانه‌های این اختلال می‌توان به تکرار اصوات، طولانی کردن اصوات عبارات تعجیبی، مکث داخل واژه‌ها، جانشین‌سازی مشهود واژه به منظور اجتناب از انسداد کلام و انسداد خاموش یا قابل سمع کلام اشاره نمود. میزان بروز لکنت در جمعیت کلی جهان حدود ۱ درصد می‌باشد (۱). عوارض ناشی از این اختلال فقط به مشکلات ارتباطی خلاصه نمی‌شود. فرد دارای لکنت ممکن است در طول دوران زندگی با شرایط نامناسبی مانند آزار و اذیت دوران کودکی، عکس‌العمل‌های منفی شنوندگان، وضع نامناسب حین کار و تحصیل، نگرش منفی به ارتباط و عزت نفس پایین مواجه شود (۲). افراد دارای لکنت اضطراب بالایی را تجربه می‌کنند و بیشترین میزان اضطراب آن‌ها در دوره نوجوانی تجربه می‌شود (۳، ۴). هراس اجتماعی نیز یکی دیگر از عوارض لکنت می‌باشد؛ به طوری که حدود ۴۰ درصد افراد دارای لکنت، هراس

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، رودهن، ایران

۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، رودهن، ایران

Email: hem_psy@yahoo.com

نویسنده مسؤول: حسین ابراهیمی مقدم

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل دارا بودن سطح تحصیلات حداقل دیپلم و بالاتر و سن بیشتر از ۲۰ سال و پایین‌تر از ۵۰ سال بود. غیبت بیشتر از دو جلسه در سلسله جلسات درمانی و داشتن بیماری روان‌شناختی دیگر در کنار افسردگی نیز به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد. ابزارهای مورد استفاده در مطالعه حاضر در ادامه آمده است.

مقیاس BDI این آزمون یکی از پرستفاده‌ترین ابزارهای اندازه‌گیری افسردگی است که توسط Beck و همکاران تهیه شد و شامل ۲۱ بخش می‌باشد. مقیاس BDI دارای ثبات درونی، پایایی و روایی بالایی است؛ به طوری که پایایی و روایی آن به ترتیب ۹۶ و ۹۲ درصد ارزیابی شده است (۱۹). این مقیاس به فارسی برگردانده شده و ویژگی‌های روان‌سنجی آن همچون پایایی بازآزمایی و روایی بررسی گردیده که به ترتیب ۹۳ و ۷۳ درصد گزارش شده است. دامنه نمرات در این پرسش‌نامه بین صفر تا ۶۳ متغیر می‌باشد (۲۰).

مداخله CT این مداخله در ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی صورت گرفت. در این روش درمانی، شناسایی افکار خودآیند منفی، واری کردن افکار خودآیند منفی و پاسخ دادن به آن‌ها، تکلیف، روش‌های تشخیص قواعد و فرض‌های زیربنایی، تجدید نظر در فرض‌ها و قواعد و شکل‌گیری و تقویت باورهای اصلی جدید صورت می‌گیرد.

نتایج به دست آمده نشان دهنده آن است که رویکرد CT گروهی بسیار مفید است و در حال حاضر متخصصان و پژوهشگران بر اساس یافته‌های علمی، پذیرفته‌اند که این روش گروهی به عنوان یک رویکرد درمانی کارآمد مبتنی بر شواهد، در کاهش اختلالات روانی مؤثر می‌باشد. تکنیک‌های شناختی، از جمله درمان‌های موج سوم در روان‌شناسی شناخته می‌شوند که هدف آن‌ها، شناسایی و چالش با تفکرات منفی، ارایه و جایگزینی تفکرات مثبت‌تر و تسهیل افسردگی است (۲۱). خلاصه محتوای جلسات رویکرد CT در ادامه آمده است.

اهداف جلسه در ابتدای هر جلسه مطرح می‌شد. سپس یک جمع‌بندی از جلسه قبل صورت می‌گرفت و چند دقیقه‌ای نیز به بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل پرداخته می‌شد.

بروتکل CT گروهی به روش Free (۲۲): ۱- ارایه این مطلب به شرکت‌کنندگان که فرایندهای فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری در انسان با هم تعامل دارند و هیجان‌ها دارای مؤلفه‌های شناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری می‌باشند و این که تمام یا اغلب واکنش‌های هیجانی دارای مؤلفه‌های شناختی هستند. ۲- تواناسازی شرکت‌کنندگان در دریافت افکار سطحی مقدماتی که بین واقعه و واکنش هیجانی قرار می‌گیرند و نوشتن آن‌ها در زیر شکل سه ستونی، یکی برای واقعه فعال‌ساز (A)، یکی برای باورها یا افکار (B) و دیگری برای پیامدهای هیجانی (C).

۳- شرکت‌کنندگان مهم‌ترین جنبه‌های نظریه‌های شناختی افسردگی، اضطراب و خشم را بشناسند، با خصوصیات افکار خودآیند و چگونگی دستیابی به آن‌ها آشنا شوند، به تحریف‌های شناختی مهم و امکان بازشناسی آن‌ها در افکارشان دست یابند و در نهایت، مقاومت‌های بالقوه خود را که ممکن است در برابر شناخت درمانی بروز دهند، بشناسند و برای مقابله با این مقاومت‌ها، راهبردهایی را بیاموزند.

۴- آشنایی شرکت‌کنندگان با این نکته که افکارشان درست مانند پیامدهای هیجانی، دارای پیامدهای رفتاری می‌باشد و همچنین، خود این

از آن‌جا که همبستگی مثبتی بین میزان اضطراب و افسردگی وجود دارد، این دو اختلال می‌توانند تأثیر عمیقی بر سلامت روان بگذارند و وجود هم‌زمان هر دو می‌تواند باعث عمیق‌تر شدن هر اختلال شود (۱۰).

بر اساس تعریف Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition (DSM-5)، افسردگی با یک دوره مستمر و خلق افسرده عود کننده و فقدان لذت و عدم علاقه و خوشحالی در بیشتر فعالیت‌ها مشخص می‌شود (۱۱) و به عنوان یکی از شایع‌ترین علل بستری در بیمارستان‌های روان‌پزشکی گزارش شده است (۱۲).

با توجه به شیوع بالای افسردگی، تشخیص و درمان آن ضروری به نظر می‌رسد. یکی از انواع روش‌های روان‌درمانی که کارآمدی خوبی را برای درمان افسردگی نشان داده است، شناخت درمانی می‌باشد (۱۴، ۱۳). این روش بر اساس نظریه شناختی ابداع و اولین بار توسط Beck مطرح و پایه‌ریزی شد. هدف از روش شناختی، اصلاح افکار شخصی ویژه و افکار ناکارآمد می‌باشد. تکنیک‌های اساسی در شناخت درمانی شامل مشخص کردن تصورات غلط شخصی فرد، تحریف‌ها، فرض‌های ناکارآمد و بررسی اعتبار و معقول بودن آن‌ها است (۱۵). بیشترین مهارت‌های فکری در شناخت درمانی مربوط به شناسایی افکار ناکارآمد شخصی و ارزیابی درستی آن‌ها می‌باشد. درمانگر از طریق آموزش این مهارت، سعی در بهبود خلق منفی بیماران دارد (۱۶، ۱۷).

بیشتر تحقیقات روان‌شناختی صورت گرفته بر روی افراد دارای لکنت مربوط به اضطراب و هراس اجتماعی و تعداد بسیار کمی نیز مربوط به افسردگی می‌باشد که به طور عمده از درمان شناختی (Cognitive therapy یا CT) برای درمان استفاده کرده‌اند (۱۸). با توجه به مطالعات انجام شده، تاکنون در کشور ایران مطالعه‌ای که بر روی چنین مسأله‌ای کار کند، انجام نگرفته است. انجام چنین پژوهشی می‌تواند در کمک به افراد دارای لکنت اهمیت بسیار زیادی داشته باشد. بنابراین، پژوهشگر به دنبال پاسخ به این سؤال بود که رویکرد CT تا چه اندازه می‌تواند در بهبود علایم افسردگی در افراد مبتلا به لکنت مؤثر واقع گردد؟

مواد و روش‌ها

طرح این تحقیق از نوع نیمه آزمایشی همراه با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه شاهد بود. جامعه مورد مطالعه را کلیه بزرگسالان در محدوده سنی ۵۰-۲۰ سال مراجعه کننده به کلینیک‌های گفتار درمانی شهر کرج تشکیل داد. تمام ۱۲۶ نفر مراجعه کننده به این کلینیک‌ها مورد سنجش مقیاس افسردگی Beck (Beck Depression Inventory یا BDI) قرار گرفتند و از افرادی که دارای افسردگی و لکنت بودند و دیگر معیارهای گروه (سن، تحصیلات و...) را نیز داشتند، برای انجام پژوهش دعوت به عمل آمد. در نهایت، ۴۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند که به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره (۱۰ زن و ۱۰ مرد) جایگزین شدند. سپس گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای تحت روش CT قرار گرفت و بعد از اتمام دوره درمانی، هر دو گروه (آزمایش و شاهد) دوباره مورد سنجش مقیاس BDI قرار گرفتند. در طول انجام رویکرد CT، گفتار درمانی صورت نگرفت. به منظور اعتبار پژوهش و معیارهای خروج، از نمونه‌های پژوهش جهت نداشتن سایر اختلالات، مصاحبه بالینی بر اساس DSM-5 به عمل آمد.

پیامدهای رفتاری نیز ممکن است ناکارآمد باشد.

۵- آموزش شرکت کنندگان در خصوص ماهیت طحواارهها (باورهای مرکزی، اندیشه‌ها، نگرش‌های ناکارآمد) و ارتباط بین طحواارهها و افکار خودآیند و همچنین، آموزش روش پیکان رو به پایین برای شناسایی طحواارهها.

۶- بیماران این عقیده را بپذیرند که باورها تغییرپذیر هستند. باورهای فرهنگی غالب در طول تاریخ بشری تغییر می‌کند و افراد در طی زمان باورهایشان را تغییر می‌دهند.

۷- فهم این مطلب که باورها می‌توانند بر پایه برخی از معیارها ارزیابی شوند. باورها می‌توانند درجات متفاوتی از کارایی را داشته باشند و این که افراد برای سازماندهی رفتارهایشان، مجموعه‌ای از باورها را به کار می‌گیرند که با باورهای دیگر و باورهایی که توسط افراد دیگر به کار گرفته می‌شود، تا حدودی سازگار و هماهنگ است. هماهنگی با باورهای دیگر و باورهای افراد دیگر، دلالت ضمنی بر درست بودن باور دارد. کاربرد عقاید مطرح شده این بود که افراد می‌توانستند باورهای دردسرافزین را شناسایی نمایند و تصمیم بگیرند که آن‌ها را کنار بگذارند یا حفظ کنند.

۸- شرکت کنندگان بتوانند روش تحلیل منطقی را در مورد باورهایشان به کار ببرند. روش تحلیل منطقی، قوی‌ترین تکنیک برای چالش با باورهای افراد است. جنبه مهم تحلیل منطقی این است که شیوه‌های متعدد چالش با باورها را در خود دارد. بنابراین، بیماران در این روش بیشتر از طریق چالش با باورهایشان به این نتیجه می‌رسند که باورشان درست است یا نادرست.

۹- شرکت کنندگان بتوانند برای باورهای منفی خود، «مخالف‌ورز» به وجود آورند.

۱۰- مشارکت کنندگان بتوانند برای خودشان یک برنامه کاربردی بسازند که آن‌ها را به ادامه تمرین تکنیک‌ها و رویکردی که در طول برنامه یاد گرفته‌اند، تشویق کند و برنامه‌ای را برای استمرار و پایداری تغییر تدارک ببینند. به منظور دستیابی به اهداف درمانی مطرح شده، روش‌های CT که در ادامه آمده است، به آن‌ها آموزش داده شد.

رویکرد سه ستونی و طبقه‌بندی باورها و فرایندهای تفکر توسط آن، روش پیکان عمودی رو به پایین جهت دستیابی به افکار خودآیند منفی و طحواارهها و باورهای غیر منطقی، استفاده از روش تحلیل عینی به منظور آزمودن باورها و درست یا غلط بودن آن‌ها، استفاده از روش تحلیل کارآمدی به منظور دستیابی به باورهای سودمند و کارآمد و اجتناب از باورهای مشکل‌ساز که به هدف مفیدی در زندگی فرد کمک نمی‌کند، آموزش روش تحلیل هماهنگی که راه دیگری برای تصمیم‌گیری در خصوص درستی یا نادرستی یک باور است، روش تحلیل منطقی که قوی‌ترین راهبرد برای چالش با باورهای افراد می‌باشد و تا حدی با تلاش برای نقض باورهای منفی سر و کار دارد، ساخت سلسله مراتبی از موقعیت‌های متداعی با باورهای مرکزی شبیه سلسله مراتب مورد استفاده در رهایی برای باورهای منفی‌شان، «مخالف‌ورز»، حساسیت‌زدایی منظم و به وجود آوردن آموزش و به کار بردن روش بازدارندگی ارادی Cortex برای تضعیف هیجان‌هایی که به باور و موقعیت‌های برانگیزاننده باور متصل هستند. بیماران روش خودتنبیهی و خودپاداش‌دهی را یاد گرفتند تا به آن‌ها کمک کند افکار مثبت خود را تشویق و افکار منفی خود را تنبیه نمایند. افراد به منظور استفاده بیشتر از مخالف‌ورزها، تصویرسازی ذهنی و شبیه‌سازی موقعیت‌های اجتماعی را فراگرفتند. در نهایت، بیماران می‌توانستند از بین همه راهبردها، روشی را که فکر

می‌کردند برای آن‌ها بهتر است، انتخاب نمایند.

اهداف و رویکردهای آموزشی بین ۱۰ جلسه درمانی تقسیم شده بود. در پایان هر جلسه، مطابق با محتوای آموزشی آن جلسه، تکالیفی به بیماران ارائه می‌شد که باید در طول یک هفته آن را تمرین می‌کردند و گزارش آن را برای جلسه بعد به همراه خود می‌آوردند.

در ابتدای هر جلسه، دقایقی به مرور این تکالیف اختصاص داده می‌شد. همه بیماران در تمام جلسات مشتاقانه شرکت نمودند و اگر زمانی یک یا دو نفر از آن‌ها به دلایلی جلسه‌ای را از دست می‌داد، درمانگر با آن‌ها تماس می‌گرفت و یک زمان خالی را در طول هفته به آن‌ها اختصاص می‌داد تا آموزش‌های لازم را به آن‌ها ارائه دهد و این عقب‌افتادگی جبران گردد. در پایان جلسه آخر، از مشارکت کنندگان درخواست شد تا هر کدام نظر خود را در خصوص برنامه درمانی در قالب پنج سؤال که توسط محقق طراحی شده بود، ارائه نمایند. لازم به ذکر است که جلسات آموزشی و درمانی توسط روان‌شناس بالینی و باتجربه در زمینه رویکرد CT اجرا شد.

داده‌های به دست آمده با استفاده از تحلیل کواریانس در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ (version 23, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از نظر تحصیلات، ۱۲ نفر (۳۰/۰ درصد) در مقطع دیپلم، ۱۵ نفر (۳۷/۵ درصد) در مقطع کارشناسی و ۱۳ نفر (۳۲/۵ درصد) در مقطع کارشناسی ارشد قرار داشتند. مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و شاهد نشان داد که میانگین نمرات پس‌آزمون افسردگی در گروه آزمایش کاهش یافت (جدول ۱).

جدول ۱. شاخصه‌های توصیفی افسردگی در مراحل پیش‌آزمون و

پس‌آزمون در دو گروه

متغیر	مرحله	گروه	میانگین \pm انحراف معیار	تعداد
افسردگی	پیش‌آزمون	آزمایش	$22/80 \pm 2/15$	۲۰
		شاهد	$23/80 \pm 2/44$	۲۰
	پس‌آزمون	آزمایش	$8/80 \pm 2/93$	۲۰
		شاهد	$25/10 \pm 4/14$	۲۰

به دلیل این که مقدار Z آزمون Kolmogorov-Smirnov ($Z = 0/710$) در سطح $0/05$ معنی‌دار نبود ($P = 0/695$)، داده‌های مورد بررسی نرمال بود و استفاده از آزمون‌های پارامتریک اشکالی نداشت.

نتایج آزمون Levene جهت بررسی برابری واریانس متغیر وابسته در بین گروه‌های آزمایش و شاهد نشان داد که واریانس متغیر وابسته در بین این گروه‌ها برابر می‌باشد. بنابراین، می‌توان از آزمون تحلیل کواریانس استفاده نمود ($F = 0/384$)؛ درجه آزادی = ۱، ۱، درجه آزادی = ۲؛ $F = 0/540$ ؛ $P = 0/540$.

با کنترل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری بین افراد دارای لکنت گروه‌های آزمایش و شاهد از نظر افسردگی وجود داشت. بنابراین، فرضیه اصلی پژوهش تأیید گردید. به عبارت دیگر، رویکرد CT بر کاهش افسردگی افراد دارای لکنت مؤثر می‌باشد. میزان تأثیر یا تفاوت، $0/87$ به دست آمد؛ بدین معنی

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس برای مقایسه گروه‌های آزمایش و شاهد

منابع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	P	ضریب اتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۵۸۷۰	۱	۵۸۷۰	۵/۱۸	۰/۰۳۰	۰/۲۵	۰/۵۶
گروه	۱۱۴۳/۴۱	۱	۱۱۴۳/۴۱	۱۱۱/۸۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۷	۱/۰۰
جنس	۲/۰۸	۱	۲/۰۸	۰/۱۸	۰/۶۷۰	۰/۰۱	۰/۰۶
تعامل گروه * جنسیت	۲/۲۸	۱	۲/۲۸	۰/۲۰	۰/۶۶۰	۰/۰۱	۰/۰۷
خطا	۱۶۹/۶۷	۱۵	۱۱/۳۱				

قضایوت و نظر دیگران در مورد خود هستند و اغلب عقیده دارند که دیگران آن‌ها را ناقص، ضعیف، حقیر و کوچک می‌دانند و وقتی که نیستند، آن‌ها را مسخره می‌کنند. این احساس که سرچشمه کودکی دارد، گاهی تا آخر دوام دارد؛ چرا که فرد دارای لکنت به دلیل اجتناب و دوری از محیط‌های اجتماعی و جمعی، توان ارزیابی فرض‌ها و باورهای غلط و ناکارآمد خود را ندارد. با توجه به مطالب بیان شده، افراد دارای لکنت به اندازه کافی احساس کفایت و خوب بودن نمی‌کنند و حل این دو طرحواره بنیادین (یعنی این که فرد دارای لکنت احساس کفایت و خوب بودن کند)، اساس شناخت درمانی را تشکیل می‌دهد. درمان شناختی، افراد دارای لکنت را تشویق می‌کند تا رابطه میان افکار خودآیند منفی و احساس افسردگی خود را به عنوان فرضیه‌هایی که باید به بوته آزمایش گذاشته شود، تشخیص دهند و درمان کنند. همچنین، درستی و نادرستی عقاید و باور میانجی و بنیادین را بررسی و اصلاح نمایند. بنابراین، شناخت درمانی که اساس آن بررسی فرض‌ها و عقاید ناکارآمد است، می‌تواند یکی از بهترین درمان‌ها برای افراد دارای لکنت باشد.

محدودیت‌ها

با توجه به این که هر پژوهشی محدودیت‌هایی دارد، پژوهش حاضر نیز با محدودیت‌هایی همراه بود که در ادامه به آن‌ها اشاره شده است. استفاده از تنها یک پرسش‌نامه جهت سنجش افسردگی، یکی از محدودیت‌های مطالعه بود. همچنین، با توجه به شرایط محدود زمانی، انجام آزمون پیگیری جهت مشاهده اثربخشی در طولانی مدت میسر نبود. به دلیل محدود بودن دسترسی به افراد جامعه آماری پژوهش را تنها بزرگسالانی تشکیل دادند که در سال ۱۳۹۵ به کلینیک‌های گفتار درمانی شهر کرج مراجعه کرده بودند و حاضر به همکاری در این تحقیق شدند. انتخاب افراد نمونه تنها از یک شهرستان و منطقه اقتصادی - اجتماعی جامعه نیز می‌تواند تهدیدی برای اعتبار بیرونی نتایج به دست آمده محسوب گردد.

پیشنهادها

پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده، متغیرهای بیشتری همچون کیفیت زندگی، مؤلفه‌های تاب‌آوری، مؤلفه‌های سلامت روان و... در آزمودنی‌ها بررسی گردد. همچنین، نمونه‌گیری در یک شهرستان صورت گرفت که بهتر است در شهرهای دیگر نیز انجام گیرد. با توجه به تفاوت‌های روان‌شناختی افراد مبتلا به لکنت در سنین مختلف، پیشنهاد می‌گردد کیفیت روان‌شناختی کودکان و نوجوانان در پژوهش‌های آینده مورد مطالعه قرار گیرد. در نهایت، از آنجایی که به دلیل محدودیت زمانی، امکان انجام مرحله پیگیری فراهم نشد، انجام مطالعاتی با پیگیری‌های طولانی مدت و پژوهش‌های طولی توصیه می‌شود.

که ۸۷ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون افسردگی، مربوط به تأثیر آموزش گروه درمانی به شیوه CT است. توان آماری، ۱ بود؛ یعنی امکان وقوع خطای نوع دوم وجود نداشت. در رابطه با دو فرضیه ویژه پژوهش، با کنترل پیش‌آزمون، F تعامل گروه و جنسیت معنی‌دار نبود. به عبارت دیگر، درمان بر میزان افسردگی زنان و مردان در جایگاه مقایسه اثر متفاوتی را نشان نداد (جدول ۲).

بحث

تحقیقات قرن بیست و یکم، شواهد زیادی از ارتباط بین لکنت و اختلالات روانی را ارائه نموده‌اند (۲۳، ۲۴). اغلب مطالعات پیرامون متغیرهای روانی حوزه لکنت، به اضطراب و هراس اجتماعی ارتباط دارد و نشان دهنده آن است که باید سایر اختلالات روانی مانند افسردگی نیز به صورت جامع بررسی و تحقیق شود. مطالعات محدودی پیرامون افسردگی در افراد دارای لکنت صورت گرفته است. لکنت با شدت اضطراب رابطه مستقیمی دارد، اما با شدت افسردگی رابطه معنی‌داری ندارد. از آن‌جا که بین اضطراب و افسردگی نیز همبستگی بالایی مشاهده می‌شود، پیش‌بینی می‌گردد که میزان افسردگی در افراد دارای لکنت، بالا باشد (۲۵).

انواع مختلفی از روان‌درمانی برای درمان افسردگی وجود دارد که یکی از مؤثرترین آن‌ها، روش CT می‌باشد (۱۵). مطالعات پیشین، تأثیر رویکرد CT را در کاهش افسردگی افراد دارای سوء مصرف مواد و اختلال استرس پس از سانحه (Posttraumatic stress disorder یا PTSD) (۲۶) و همچنین، در بیماران مبتلا به افسردگی بستری شده در بیمارستان‌های روان‌پزشکی نشان داده‌اند (۲۷). پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان تأثیرگذاری رویکرد CT بر کاهش افسردگی بزرگسالان دارای لکنت صورت گرفت. برای درمان اختلالات در افراد دارای لکنت، به طور عمده از روش CT استفاده می‌شود. با این وجود، یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از اثربخش بودن این روش بر کاهش افسردگی افراد دارای لکنت بود و مقدار اتا نشان داد که ۵۴ درصد از تغییرات افسردگی، ناشی از مداخله رویکرد CT بوده است. این یافته‌ها با نتایج مطالعات Menzies و همکاران (۲۸)، Powell و همکاران (۲۹)، Reddy و همکاران (۳۰) و Gunn و همکاران (۳۱) همخوانی داشت.

نتایج تحقیقات مذکور (۳۱-۲۸) با در نظر گرفتن نقش عوامل افکار ناکارآمد، فرض‌های زیربنایی و فرایندهای شناختی (پردازش اطلاعات مختل شده) در آسیب‌شناسی لکنت زبان و بروز افسردگی در این افراد قابل تبیین است. روان‌شناسان بالینی در کنار گفتار درمانگران، می‌توانند نقش مؤثری در درمان اختلالات روانی در افراد دارای لکنت ایفا کنند و درمان‌های شناختی و CT می‌تواند شدت لکنت را کاهش دهد (۳۲). افراد دارای لکنت همیشه نگران

علمی مطالعه، فراهم کردن تجهیزات و نمونه‌های مطالعه، جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل و تفسیر نتایج، خدمات تخصصی آمار، تنظیم دست‌نوشته، ارزیابی تخصصی دست‌نوشته از نظر مفاهیم علمی، تأیید دست‌نوشته نهایی جهت ارسال به دفتر مجله، حسین ابراهیمی مقدم، تحلیل و تفسیر نتایج، خدمات تخصصی آمار، تنظیم دست‌نوشته، ارزیابی تخصصی دست‌نوشته از نظر مفاهیم علمی، تأیید دست‌نوشته نهایی جهت ارسال به دفتر مجله، مسؤلیت حفظ یکپارچگی فرایند انجام مطالعه از آغاز تا انتشار و پاسخگویی به نظرات داوران را به عهده داشتند.

منابع مالی

کلیه هزینه‌های پژوهش بر عهده نویسندگان بود و هیچ‌گونه حمایت مالی وجود نداشت.

تعارض منافع

هیچ یک از نویسندگان دارای تعارض منافع نمی‌باشند.

نتیجه‌گیری

به طور کلی، شناخت ویژگی‌های بارز روانی افراد دارای لکنت در زمینه عاطفی-هیجانی و درمان اختلالات هم‌زمان، موجب استفاده صحیح از نیرومندی‌های موجود در این افراد می‌گردد. می‌توان گفت که با توجه به نتایج پژوهش حاضر و پژوهش‌های همسو با آن و مؤلفه‌های شناختی بارز در افراد مبتلا به لکنت، درمان شناختی می‌تواند به عنوان یکی از شیوه‌های روان درمانی در جهت درمان اختلالات همراه با لکنت به کار گرفته شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان از سرکار خانم زهره غفاری، کارشناسی ارشد گفتار درمانی، به جهت همکاری در جمع‌آوری نمونه‌های پژوهش سپاسگزاری می‌نمایند. همچنین، از کلیه کسانی که در انجام این تحقیق همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

نقش نویسندگان

مسلم اکبری، طراحی و ایده‌پردازی مطالعه، خدمات پشتیبانی و اجرایی و

References

- Rautakoski P, Hannus T, Simberg S, Sandnabba NK, Santtila P. Genetic and environmental effects on stuttering: A twin study from Finland. *J Fluency Disord* 2012; 37(3): 202-10.
- Iverach L, Jones M, O'Brian S, Block S, Lincoln M, Harrison E, et al. The relationship between mental health disorders and treatment outcomes among adults who stutter. *J Fluency Disord* 2009; 34(1): 29-43.
- Boyle MP, Dioguardi L, Pate JE. A comparison of three strategies for reducing the public stigma associated with stuttering. *J Fluency Disord* 2016; 50: 44-58.
- Blumgart E, Tran Y, Craig A. Social anxiety disorder in adults who stutter. *Depress Anxiety* 2010; 27(7): 687-92.
- Stein MB, Baird A, Walker JR. Social phobia in adults with stuttering. *Am J Psychiatry* 1996; 153(2): 278-80.
- Smith KA, Iverach L, O'Brian S, Kefalianos E, Reilly S. Anxiety of children and adolescents who stutter: A review. *J Fluency Disord* 2014; 40: 22-34.
- Matthey S, Petrovski P. The Children's Depression Inventory: Error in cutoff scores for screening purposes. *Psychol Assess* 2002; 14(2): 146-9.
- Iverach L, Lowe R, Jones M, O'Brian S, Menzies RG, Packman A, et al. A speech and psychological profile of treatment-seeking adolescents who stutter. *J Fluency Disord* 2017; 51: 24-38.
- Miller S, Watson BC. The relationship between communication attitude, anxiety, and depression in stutterers and nonstutterers. *J Speech Hear Res* 1992; 35(4): 789-98.
- Beiter R, Nash R, McCrady M, Rhoades D, Linscomb M, Clarahan M, et al. The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students. *J Affect Disord* 2015; 173: 90-6.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington, DC: APA; 2013.
- Mayberg HS. Defining the neural circuitry of depression: toward a new nosology with therapeutic implications. *Biol Psychiatry* 2007; 61(6): 729-30.
- de Roten Y, Ambresin G, Herrera F, Fassassi S, Fournier N, Preisig M, et al. Efficacy of an adjunctive brief psychodynamic psychotherapy to usual inpatient treatment of depression: Results of a randomized controlled trial. *J Affect Disord* 2017; 209: 105-13.
- Cuijpers P, Ebert DD, Acarturk C, Andersson G, Cristea IA. Personalized psychotherapy for adult depression: A meta-analytic review. *Behav Ther* 2016; 47(6): 966-80.
- Beck AT. Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy - Republished article. *Behav Ther* 2016; 47(6): 776-84.
- Jarrett RB, Vittengl JR, Clark LA, Thase ME. Skills of Cognitive Therapy (SoCT): A new measure of patients' comprehension and use. *Psychol Assess* 2011; 23(3): 578-86.
- Adler AD, Strunk DR, Fazio RH. What changes in cognitive therapy for depression? An examination of cognitive therapy skills and maladaptive beliefs. *Behav Ther* 2015; 46(1): 96-109.
- Menzies RG, Onslow M, Packman A, O'Brian S. Cognitive behavior therapy for adults who stutter: A tutorial for speech-language pathologists. *J Fluency Disord* 2009; 34(3): 187-200.
- Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.

20. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory--Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depress Anxiety* 2005; 21(4): 185-92.
21. Kahrizi E, Aghayousefi A, Mirshahi M. The effect of cognitive group therapy on reducing depression in prisoners based on Michael Ferry's method. *Thought and Behavior in Clinical Psychology* 2012; 6(22): 21-30. [In Persian].
22. Free ML. *Cognitive therapy in groups: Guidelines and resources for practice*. 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley; 2007.
23. McAllister J, Collier J, Shepstone L. The impact of adolescent stuttering and other speech problems on psychological well-being in adulthood: evidence from a birth cohort study. *Int J Lang Commun Disord* 2013; 48(4): 458-68.
24. Mulcahy K, Hennessey N, Beilby J, Byrnes M. Social anxiety and the severity and typography of stuttering in adolescents. *J Fluency Disord* 2008; 33(4): 306-19.
25. Manning W, Gayle BJ. The role of psychological processes in estimates of stuttering severity. *J Fluency Disord* 2013; 38(4): 356-67.
26. Haller M, Norman SB, Cummins K, Trim RS, Xu X, Cui R, et al. Integrated cognitive behavioral therapy versus cognitive processing therapy for adults with depression, substance use disorder, and trauma. *J Subst Abuse Treat* 2016; 62: 38-48.
27. Lemmens LHJM, Galindo-Garre F, Arntz A, Peeters F, Hollon SD, DeRubeis RJ, et al. Exploring mechanisms of change in cognitive therapy and interpersonal psychotherapy for adult depression. *Behav Res Ther* 2017; 94: 81-92.
28. Menzies RG, O'Brian S, Onslow M, Packman A, St Clare T, Block S. An experimental clinical trial of a cognitive-behavior therapy package for chronic stuttering. *J Speech Lang Hear Res* 2008; 51(6): 1451-64.
29. Powell VB, Abreu N, Oliveira IRd, Sudak D. Cognitive-behavioral therapy for depression. *Rev Bras Psiquiatr* 2008; 30: s73-s80.
30. Reddy RP, Sharma MP, Shivashankar N. Cognitive behavior therapy for stuttering: a case series. *Indian J Psychol Med* 2010; 32(1): 49-53.
31. Gunn A, Menzies RG, O'Brian S, Onslow M, Packman A, Lowe R, et al. Axis I anxiety and mental health disorders among stuttering adolescents. *J Fluency Disord* 2014; 40: 58-68.
32. Craig A, Hancock K, Tran Y, Craig M. Anxiety levels in people who stutter: A randomized population study. *J Speech Lang Hear Res* 2003; 46(5): 1197-206.

The Effect of Cognitive Therapy on Depression among the Adults with Stuttering

Moslem Akbari¹, Hossein Ebrahimi-Moghadam²

Original Article

Abstract

Introduction: The aim of this study was to determine the effectiveness of cognitive therapy on depression among the adults with stuttering.

Materials and Methods: This was a quasi-experimental study with pretest-posttest design and control group. The statistical population included all adults referred to speech therapy clinics in Karaj City, Iran, in 2016; among them, 40 respondents diagnosed with depression were selected via available sampling and randomly assigned in experimental and control groups. The depression level was assessed among all the patients using the Beck Depression Inventory (pretest). Interventions were administered based on cognitive therapy in 10 sessions for the experimental group. At the end of intervention, all the participants were assessed again for depression level (posttest). The data were analyzed via SPSS software using ANCOVA test.

Results: Comparing the mean pretest and posttest scores in both the experimental and control groups, the mean posttest depression score decreased significantly in experimental group ($P < 0.010$).

Conclusion: Our results provide the evidence to suggest that cognitive therapy is an excellent method for treatment of depression in adults with stuttering. In addition, regarding the effectiveness of intervention, it can be widely used for treatment of mental disorders in clinics.

Keywords: Cognitive therapy, Adult, Depression, Stuttering

Citation: Akbari M, Ebrahimi-Moghadam H. **The Effect of Cognitive Therapy on Depression among the Adults with Stuttering.** J Res Rehabil Sci 2017; 13(2): 104-10.

Received: 04.04.2017

Accepted: 18.05.2017

1- MSc Student, Department of Clinical Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

2- Associate Professor, Department of Clinical Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

Corresponding Author: Hossein Ebrahimi-Moghadam, Email: hem_psy@yahoo.com