

مقدمه

گفتار جنبه های مختلفی دارد که عبارتند از: تنفس، آواسازی، تشدید، تولید و روان بودن گفتار (fluency of speech) (۱). روان بودن گفتار یکی از ویژگی های گفتار طبیعی است و منظور از آن، سلاست و فصاحت گفتار است و شامل عوامل ساختاری مهمی نظیر: سرعت، سهولت در تولید و ریتم می باشد. هرگونه اختلال در تداوم، سرعت تولید، برنامه ریزی، ریتم گفتاری و یا ترکیبی از این عوامل، باعث ایجاد پدیده ای به نام ناورانی (nonfluency) یا لکنت (stuttering) خواهد شد (۲، ۳). لکنت یک اختلال چندبعدی (multidimensional disorder) است. لکنت شامل عناصر هسته ای، یا "سطحی" و همچنین شامل عناصری می شود که در زیر سطح هستند. عناصر سطحی جنبه های رفتارهای هسته ای لکنت - حرکات تولیدی تکرارشونده، وضعیت های تولیدی ثابت شده، و هرگونه رفتارهای غیرکلامی و کلامی مرتبط با لکنت مانند شکلک های چهره ای، به میان اندازی ها و حاشیه گویی ها - را دربرمی گیرند. عناصری که در زیر سطح قرار دارند، شامل جنبه های پنهان یا عاطفی لکنت هستند، مانند اجتناب از صحبت کردن، کاهش مشارکت اجتماعی و شغلی و عملکرد عاطفی منفی در حیطه های مثل مکان کنترل (locus of control)، خلق و خو و اضطراب (۴). به دلیل اینکه الگوهای پیچیده ی لکنت پیشرفته (advanced stuttering)، شامل رفتارها، هیجانات و شناخت ها می گردد، درمانی بیشترین کارآمدی را دارد که همه ی این حیطه ها را مورد هدف قرار دهد (۵).

لکنت به دو دسته ی اصلی اکتسابی و رشدی طبقه بندی می شود. درمان لکنت رشدی در سه فاز زمانی پیش دبستانی، سن مدرسه و بزرگسالی مورد بررسی قرار می گیرد (۲، ۶). در زمینه ی اجزای اصلی درمان لکنت در

بزرگسالان، اختلاف نظرات بسیاری وجود دارد. با وجود اینکه رویکردهای درمانی بسیار مختلفی برای درمان لکنت در بزرگسالان وجود دارد، بسیاری از این رویکردها را می توان به دو گروه تقسیم بندی کرد. این گروه ها شامل آن دسته از رویکردهایی هستند که عمدتاً به (۱) مسائل شناختی/ اضطرابی، یا (۲) افزایش روانی گفتار اختصاص یافته اند. این دو گروه به ترتیب به عنوان "مدیریت لکنت (stuttering management)" و "بازسازی گفتار (speech restructuring)" نامیده می شوند (۷). رویکردهای مدیریت لکنت معمولاً به فرد آموزش می دهند که با شدت کمتری لکنت کند و رویکردهای شکل دهی روانی (fluency-shaping approaches) یا بازسازی گفتار به فرد آموزش می دهند که بطور روانتر صحبت کند (۴). در ۱۰ تا ۲۰ سال گذشته، تلاش برای ترکیب رویکردهای شکل دهی روانی با رویکردهای مدیریت لکنت افزایش یافته است. بعنوان مثال برنامه های فشرده ی معروف لکنت، مانند CSP (Comprehensive Stuttering Program) در دانشگاه آلبرتا، برنامه ی درمانی فشرده در موسسه ی آمریکایی لکنت و برنامه ی فلونسی پلاس (Fluency Plus Program)، اخیراً همگی قدری عناصر اساسی بازسازی شناختی و/ یا مدیریت لکنت را به تاکید شکل دهی روانی سستیشان اضافه کرده اند (۴).

در سالهای اخیر بر اهمیت نتایج درمان (outcomes of treatment)، نه تنها در رشته ی آسیب شناسی گفتار و زبان، بلکه درمیان حرفه های مرتبط با سلامت تاکید بیش تری شده است. دلایل افزایش توجه به این مساله متعددند؛ مسئولیت اخلاقی درمانگران برای نشان دادن اینکه کار درمانی آنها تا چه اندازه خوب است، تمایل

نفس، سطوح اضطراب، تعاملات اجتماعی و عملکرد تحصیلی خواهند گذاشت. کودکان، نوجوانان و بزرگسالان دارای لکنت، اغلب واکنش های شنوندگان و کلیشه هایی منفی را تجربه می کنند و در بسیاری از آنها نگرش های منفی نسبت به صحبت کردن ایجاد می شود و اجتناب، تلاش و تقلا یا اضطراب را در موقعیت های گفتاری تجربه می کنند. در نتیجه بزرگسالان دارای لکنت ممکن است در معرض خطر بیشتری برای رشد مشکلات روانشناختی، هیجانی و رفتاری باشند (۹). درمان های مدیریت لکنت بر ترکیب فرآیندهای هدایت شده به سمت حساسیت زدایی (desensitization) نسبت به لکنت، افزایش پذیرش لکنت خود و تکنیک های حرکتی هدایت شده به سمت کاهش تنش مرتبط با لحظات لکنت، پایه ریزی شده اند. یکی از نشانه های درمان های بازسازی شناختی یا مدیریت لکنت این است که در درجه ی اول این درمان ها کاهنده ی اضطراب هستند ولی شامل تکنیک هایی نیز می شوند که تغییر ماهیت وقایع لکنت را مورد هدف قرار می دهند (۴).

درمان های مدیریت لکنت در سال ۱۹۳۰ با کار لی تراویس (Lee Travis) و برینگ برینگلسون (Bryng Bryngelson) آغاز شد. این درمان اولیه نیازمند تغییر دیدگاه و سازگاری اجتماعی بود تا به فرد دارای لکنت برای مقابله با تأثیرات اجتماعی و شغلی لکنت کمک کند. یک تکنیک درمانی که ویژگی اصلی درمان های مدیریت لکنت می باشد، "لکنت ارادی (voluntary stuttering)" است. این فرآیند از تکنیک های تمرین منفی (Negative Practice techniques) ارائه شده توسط نای دانلپ (Knight Dunlap) گرفته شده است. بعدها درمان های مدیریت لکنت با کار بلادستین (Bloodstein)، جانسون (Johnson)، شیهان (Sheehan)، ون رایپر (Van Riper) و ویلیامز

به پاسخگویی به درخواست های منطقی و مناسب گروه های مصرف کننده که مایل به انجام نقش فعال تر در تنظیم استانداردهای درمان هستند، و نیاز به پاسخ نسبت به افزایش فشار از جانب پرداخت کنندگان ثالث برای توجیه هزینه های درمان (۸).

هدف این مقاله فراهم آوردن مثال هایی از درمان های دردسترس جدید برای لکنت بزرگسالی است. درمان های خاص بیشماری برای لکنت وجود دارد و مرور کردن همه ی آنها در چنین مقاله ای غیرممکن است. در این مطالعه تعداد کمی از نمونه های برجسته ی رویکردهای درمانی شرح داده خواهند شد. هدف نهایی این مقاله مروری، ارائه لکنت بعنوان مشکلی چندبعدی است که در نهایت بهتر است به روش جامع درمان شود.

روش مطالعه

برای انجام این مطالعه کلیدواژه های "درمان لکنت، مدیریت لکنت، بازسازی گفتاری، بازسازی شناختی، لکنت پیشرفته" برای جستجو در پایگاه های اطلاعاتی "پاب مد، گوگل اسکولار، ساینس دایرکت، مگیران و SID" استفاده شدند. در میان یافته ها، با مطالعه ی عنوان و چکیده ی مقالات، مرتبط ترین آنها برای نگارش این مقاله استفاده شدند و مطالب زیر برای پاسخ به سوالات تحقیق استخراج شد. طبقه بندی مطالعه های مورد بررسی در این مقاله مروری در جدول ۱ به پیوست آورده شده است.

رویکردهای مدیریت لکنت و بازسازی شناختی

لکنت اغلب با نتایج منفی در طول دوره ی زندگی مرتبط است. کودکان دارای لکنت مورد آزار و اذیت و تمسخر قرار می گیرند و ممکن است واکنش های منفی از جانب همسن و سالانشان تجربه کنند. این مشکلات در نوجوانی بزرگتر می شوند و تأثیرات منفی بر اعتماد به

کلاسیک ون رایپر است (۴). درمان های مدیریت لکنت، شامل SSMP، ترکیبات گوناگونی از تکنیک های درمانی، شامل حساسیت زدایی نسبت به لکنت و تکنیک های اصلاح لکنت را برای کاهش تنش عضلانی مرتبط با لحظات لکنت در خود جای می دهند. هدف نهایی همه ی رویکردهای مدیریت لکنت، افزایش پذیرش لکنت، کاهش ترس و اجتناب از لکنت و لکنت کردن با تلاش و تقلا ی کمتر است (۱۱).

اخیرا در جهت ارزیابی برون دادهای درمانی SSMP تلاشی صورت گرفته است. بلامگرن (Blomgren) و همکارانش ۱۹ بزرگسال دارای لکنت را در یک برنامه ی درمانی فشرده ی سه هفته ای مدیریت لکنت (SSMP) مورد ارزیابی قرار دادند. مجموعه ای از ۱۴ مقیاس مربوط به روانی گفتار و مبتنی بر وضعیت عاطفی، قبل از درمان، بلافاصله بعد از درمان و شش ماه بعد از درمان، برای ارزیابی بزرگسالان دارای لکنت استفاده شدند. نتایج نهایی بدین گونه بود که SSMP تأثیراتی در کاهش اضطراب دارد، ولی در کاهش قابل ملاحظه ی رفتارهای هسته ای لکنت، مانند بسامد و شدت لکنت بی تأثیر است (۱۲).

در سال ۱۹۵۷ دین ویلیامز (Dean Williams) یکی از اولین مقالات را در زمینه ی رویکردهای "CBT (cognitive behavioral therapy)" به لکنت منتشر کرد (۱۳). CBT برای افرادی بکار می رود که سطوح ناتوان کننده ای از اضطراب اجتماعی مرتبط با لکنت و صحبت کردن را تجربه می کنند (۷). در سال های اخیر کریگ (Craig) و ترن (Tran) به طور خاص به خاطر استفاده از درمان شناختی رفتاری برای افراد دارای لکنت، فارق از اینکه آیا آنها معیارهای DSM برای ترس اجتماعی دارند یا خیر، معروف شده اند. CBT یک مداخله ی کاملا شناخته شده و توسعه یافته است که در حوزه های روانشناسی بالینی و روانپزشکی توسعه یافته است. اجزای

(Williams) رشد پیدا کردند. بدین دلیل که بیشتر این درمان ها در دانشگاه آیوا (University of Iowa) بروز پیدا کردند، به نام "رویکرد آیوا" نیز نامیده می شوند (۷). رویکرد آیوا بر کاهش "رفتارهای نامطلوبی" که مانع گفتار روان می شوند، تمرکز دارد (۴).

رویکردهای درمانی توسعه یافته توسط جانسون و ویلیامز در آیوا، بر اهمیت درک و احساس شیوه ی صحبت کردن کلی فرد- هم بطور روان و هم ناروان- بعنوان مکانیسم اولیه برای تغییر گفتار، تاکید کردند. گرچه شواهد داستان گونه ی (anecdotal evidence) بسیار زیادی برای این رویکرد وجود دارد، تقریبا تا ۵۰ سال بعد، حمایت تجربی از آن بسیار محدود است. یکی از دلایل اصلی این فقدان داده، دشواری در تعریف عملی "تکنیک های" خاص، استانداردسازی شیوه ی دریافت درمان و تصمیم گیری در مورد انتخاب متغیرهایی است که برون دادهای قابل اندازه گیری را بازنمایی می کنند. اخیرا تلاش های اندکی در جهت ارزیابی کارآمدی مدل های درمانی شبه آیوا صورت گرفته است و همانطور که از فلسفه ی مراجع محور مورد استفاده در این رویکرد پیش بینی می شود، نتایج، سطوح بالایی از تغییرپذیری را در میان مشارکت کنندگان، با توجه به جنبه هایی از لکنت که تغییر کردند، نشان دادند. به عنوان مثال درحالی که یک گروه بلافاصله بعد از درمان کاهش در بسامد و شدت لکنت نشان دادند، شواهدی از این بهبودی شش ماه بعد از درمان وجود نداشت. از طرف دیگر کاهش قابل توجه و طولانی مدتی (پیگیری پس از شش ماه) در دیدگاه های مشارکت کنندگان نسبت به اجتناب، ترس و پیش بینی لکنت وجود داشت (۱۰).

یکی از برنامه های مدیریت لکنت، SSMP (Successful Stuttering Management Program) است. SSMP مبتنی بر رویکردهای درمانی

معمولاً اولین جزء هر الگوی گفتاری جدید است (۷). گفتار کشیده موثرترین گزینه برای بهبود گفتار بزرگسالان دارای لکنت است (۱۵). همچنین به فرد دارای لکنت آموزش داده می شود که حرکات گفتاری را با فشار تولیدی کمتری انجام دهد و ارتعاش تارهای صوتی را به شیوه ای تدریجی و کنترل شده آغاز کند. فرض بر این است که گویندگان دارای لکنت به طور عادی از استراتژی های تولید گفتاری استفاده می کنند که خارج از توانایی های کنترل حرکتی گفتارشان هستند. هدف بازسازی گفتار ارتقای یک الگوی تولید گفتاری جدید است که به گفتاری روان می انجامد (۷).

هدف درمان شکل دهی روانی انجام تکنیک هایی است که یک الگوی تولید گفتاری جدید را تسهیل می کنند. این الگوی گفتاری جدید با توجه توانایی های کنترل حرکتی گفتار گوینده ی دارای لکنت، عملکرد بهتری را ایجاد می کند و در نتیجه لکنت کمتری اتفاق می افتد. برخی رویکردهای روانی تنها بر اصلاح سرعت گفتار با استفاده از تکنیک های گفتار کشیده تاکید دارند. غالباً این تکنیک های گفتار کشیده با عناوین هجاهای کشیده، کنترل سرعت، سرعت کند یا گفتار نرم (smooth speech) نامیده می شوند. دیگر رویکردهای شکل دهی روانی سرعت گفتار را در ترکیب با یک یا تعداد بیشتری تکنیک های تسهیل روانی بکار می گیرند (۴).

برنامه ی کمپرداون (Camperdown Program) مثالی از یک رویکرد درمانی است که اساساً مبتنی بر گفتار کشیده است (۴). این برنامه، درمانی رفتاری (behavioral treatment) است که برای استفاده درمورد بزرگسالان و نوجوانان بالای ۱۲ سال ارائه شده است. برنامه ی کمپرداون نوعی از برنامه های معتبر بازسازی گفتار است و برای درمان لکنت خفیف یا شدید مناسب می باشد. هدف نهایی در این برنامه کاهش لکنت

رایج این رویکرد شامل بازسازی شناختی (cognitive restructuring)، تجارب رفتاری (behavioral experiments) و تمرین توجهی (attentional training) می باشد (۱۴). درمان CBT از مجموعه ای از جلسات تشکیل می شود که تفکرات منفی مرتبط با لکنت و تعامل اجتماعی بطور سیستماتیک اصلاح می شوند. اولین گام برای مراجع و درمانگر، گسترش درک نسبت به مشکل است. الگوهای افکار بی فایده، بازشناسی می شوند. سپس مراجعین افکار منفی را که در ارتباط با گفتار و لکنتشان دارند، دوباره مورد ارزیابی قرار می دهند. در چارچوب لکنت، ارزیابی افکار منفی می تواند از چند طریق صورت گیرد: (۱) مشاوره ی انفرادی که شامل "بازسازی" افکار و هیجانات منفی، (۲) مباحثات گروهی حل مساله مرتبط با مدیریت اضطراب، و (۳) حساسیت زدایی سیستماتیک ترس های لکنت با استفاده از بی پرده گویی (disclosure) و لکنت کاذب (pseudo-stuttering) (۷).

یک مشکل طولانی مدت درمورد رویکردهای مدیریت لکنت، فقدان مطالعات درمورد کارآمدی این درمانهاست. دو نتیجه گیری همه جانبه پیشنهاد شده است. اول اینکه به نظر نمی رسد با کاهش اضطرابی که توسط خود فرد گزارش شده، بسامد لکنت بطور خودانگیخته کاهش یابد. دوم اینکه حتی در غیاب کاهش در بسامد لکنت، امکان بروز اضطراب و اجتناب از لکنت وجود دارد (۷).

رویکردهای بازسازی گفتار/شکل دهی روانی

بازسازی گفتار اشاره به نوعی از گفتاردرمانی دارد که در آن به مراجع آموزش داده می شود که یک الگوی گفتاری جدید را بکار گیرد. این رویکردها درمان های "شکل دهی روانی" یا "گفتار کشیده (prolonged speech)" نیز نامیده می شوند. گفتار آهسته یا کشیده

یک رویکرد جامع بطور معمول هم عناصر سطحی لکننت و هم ویژگی های عمیق تر لکننت مانند اضطراب، ترس از لکننت، مسائل رویکرد- اجتناب (avoidance issues)، مسائل اعتماد به نفس و مسائل خود ادراکی را دربرمی گیرد(۴).

این رویکرد چندبعدی از دستورالعمل WHO (World Health Organization) پیروی می کند. WHO طرفدار الگوی چندبعدی بیماری های سلامت انسان است که شامل مفاهیم "نقص (impairment)"، "محدودیت فعالیت (activity limitation)" و "محدودیت های مشارکت (participation restrictions)" می شود. مدل WHO هم برای ارزیابی لکننت سطحی و هم پیامدهای منفی لکننت بکار می رود. در این حالت، درمان های لکننت باید تنها در صورتی موفقیت آمیز در نظر گرفته شوند که بسامد لکننت (سطح نقص) و همچنین "محدودیت های مشارکت یا محدودیت های فعالیت" را کاهش دهند(۲۰).

درمان لکننت معمولاً زمانی بیشترین کارآمدی را دارد که به شیوه ای همه جانبه انجام گردد. منطق این واقیت شبیه به اصل غوطه وری (immersion principle) در یادگیری زبان دوم است؛ به بیان دیگر، مهارت های جدیدی که با یادگیری یک زبان جدید (یا یک الگوی گفتاری جدید) پیچیده می شوند، با یک روش فشرده یا غوطه وری، بهتر انجام می شوند(۷).

برنامه ی جامع لکننت، مثالی از یک رویکرد جامع به درمان لکننت است. CSP برنامه ی درمانی برای نوجوانان و بزرگسالان است که (۱) کشیده گویی و کاربرد دیگر تکنیک های افزایش روانی، (۲) مهارت های مدیریت لکننت، و (۳) مهارت های شناختی- رفتاری که به پیامدهای هیجانی- نگرشی لکننت می پردازند، را یکپارچه می کند. استراتژی های خودمدیریتی (Self-management)

در محیط های گفتاری روزمره است. این روش درمانی از یک مدل تمرینی برای نشان دادن گفتار بیان شده به یک شیوه ی کند اغراق آمیز بهره می گیرد. این برنامه شامل چهار مرحله می باشد: (۱) آموزش اجزای درمان، (۲) ایجاد گفتار طبیعی بدون لکننت با درمانگر، (۳) تعمیم (generalization)، (۴) حفظ (maintaining) کنترل لکننت(۱۶). چندین مطالعه پیشنهاد می کنند که برنامه ی کمپرداون در کاهش بسامد لکننت تا حد دامنه ی طبیعی کارآمد است(۱۷، ۱۸). متوسط زمانی که مشارکت کنندگان برای دستیابی به یک سطح روانی طبیعی (کمتر از یک درصد هجاهای لکننت شده) نیاز دارند، ۲۰ ساعت است(۱۹). برنامه ی کمپرداون بطور معمول استراتژی های استاندارد برای درمان اضطراب اجتماعی مربوط به لکننت را در خود جای نمی دهد، با این وجود در طول جلسات درمانی مرحله ی سه می توان اینگونه فرآیندهای درمانی را، در صورت نیاز گنجانند(۱۶).

رویکردهای جامع (Comprehensive approaches)

همانطور که قبلاً ذکر شد، بیشتر متخصصین لکننت می دانند که لکننت اختلالی چندبعدی است(۴). با وجود اینکه درمان های بازسازی گفتار می توانند تاثیرات متوسط تا زیادی برای مدت زمان متوسط تا طولانی مدت ایجاد کنند، شکست در حفظ تاثیرات درمان، مشکلی رایج است. بنابراین حتی بعد از دستیابی به کنترل لکننت با درمان، افراد دارای لکننت همچنان خودشان را بعنوان فردی دارای لکننت در نظر می گیرند(۱۴). بنابراین می توان فرض کرد که هرگونه درمان کامل لکننت نیازمند یک رویکرد جامع است. رویکردهای جامع به نام رویکردهای ترکیبی، رویکردهای فراگیر، رویکردهای یکپارچه یا رویکردهای کل فرد (whole-person approaches) نیز شناخته می شوند(۴).

بندی شده با موقعیت های گفتاری که افزایش سطوح اضطراب و ترس نسبت به صحبت کردن را تحریک می کنند، می باشند. در CSP، مواجهه ی درجه بندی شده با اهداف گفتاری ترکیب می شود. به عبارت دیگر درطول مرحله ی انتقال، مراجعین درطول فعالیت های سلسله مراتبی انتقال (از کمترین تا بیشترین میزان دشواری) اهداف گفتاری را تنظیم می کنند و گفتگوهای درونی ناکارآمد را اصلاح می کنند. فعالیت های انتقال شامل تکالیف استاندارد (مثلا صحبت کردن با تلفن، صحبت کردن در گروه ها) و تکالیف گفتاری منحصر به فرد مربوط به شغل مراجع، وظایف خانوادگی یا دیگر موقعیت های اجتماعی (مثلا صحبت کردن در رادیوی دوطرفه، ارائه ی سخنرانی های مربوط به تجارت و مواردی از این دست) می باشند (۲۱).

آماده سازی برای مرحله حفظ درمان، تمرکز اصلی این برنامه ی درمانی است. این هدف در مرحله ی اکتساب آغاز می شود و درطول مرحله ی انتقال فشرده تر می شود. در CSP مراجعین به درگیری در فعالیت های گوناگون مربوط به حفظ درمان تشویق می شوند. این فعالیت ها شامل خودتمرینی (یعنی برنامه های تمرین در منزل و فعالیت های درمانی خودتنظیم شده) و حضور در جلسات یادآوری می باشند (۲۱).

مثال دیگری از رویکردهای جامع به درمان لکنت، یک برنامه ی درمانی فشرده ی ۱۵ روزه است. ISCAA (Intensive Stuttering Clinic for Adolescents and Adults)، رویکردهای شکل دهی روانی و اصلاح لکنت را همراه با درمان شناختی رفتاری- برای هدف قرار دادن نگرش ها نسبت به لکنت و ارتباط- بکار می برد. جلسات درمانی از ۵ تا ۷ ساعت درطول روز طول می کشند و شامل جلسات درمانی گروهی و انفرادی می شوند. معمولا پنج تا هفت دانشجوی فارق التحصیل درمان را ارائه می دهند و پرسنل کلینیک یک متخصص

(strategies) بخش جدایی ناپذیر تمام مراحل برنامه ی درمانی هستند و شامل هدف گذاری، خود سنجی (-self measurement)، خود ارزیابی (self-evaluation)، خود کنترلی (self-monitoring) و حل مساله می باشند. CSP عموما در برنامه های درمانی فشرده ی سه هفته ای اجرا می شود، با این وجود به اشکال گوناگون دیگر نیز (مثلا برنامه های درمانی انفرادی یا برنامه های درمانی نیمه فشرده) انجام می گیرد. این برنامه سه مرحله دارد: (۱) اکتساب روانی و مهارت های شناختی- رفتاری، (۲) انتقال (transfer)، و (۳) حفظ. در طول مرحله ی اکتساب، لکنت از طریق کاربرد کشیده گویی و دیگر تکنیک های افزایش روانی (مثلا شروع آسان، تماس نرم و ملایم) کاهش می یابد. طبیعی بودن گفتار (Naturalness) درطول برنامه در نظر گرفته می شود. مراجعین بازخوردهایی در زمینه ی طبیعی بودن گفتارشان دریافت کرده و خودشان به طبیعی بودن گفتارشان نمره می دهند. مراجعین مهارت های مدیریت لکنت (مثلا اصلاح تنش، ابطال (cancellation) و بیرون آمدن (pullout)) را برای مدیریت تنش و لکنت باقی مانده یاد می گیرند. نگرش ها، احساسات و اجتناب ها از طریق مهارت های شناختی- رفتاری برای تسهیل موارد زیر مورد هدف قرار می گیرند: (۱) استفاده از مهارت های مدیریت گفتار، (۲) بهبود ارتباط، مهارت های اجتماعی و اعتماد به نفس، (۳) نگرش های مثبت نسبت به ارتباط، (۴) کاهش اجتناب، (۵) پذیرش و تفکر باز درباره ی لکنت و تکنیک های افزایش روانی، (۶) توانایی مدیریت ترس و اضطراب و رسیدگی کردن به واکنش های منفی شنوندگان، و (۷) مدیریت عود (regression) و بازگشت (relapse) مشکل. مهارت های شناختی- رفتاری شامل بازشناسی و اصلاح گفتگوهای درونی ناکارآمد (افکار سنجش گر کلامی (verbal evaluative thoughts)) و مواجهه ی درجه

مطالعات درمیان افراد دارای لکنت فارسی زبان نیز نشان داده است که روش های تلفیقی شناختی- گفتاری در درمان لکنت بزرگسالی اثربخش تر بوده اند. فرازی و همکارانش مطالعه ای نیمه تجربی برای تعیین اثر روش تلفیقی شناختی- گفتاری در درمان افراد لکنتی بزرگسال فارسی زبان انجام دادند. آزمودنی ها قبل و بعد از مداخله با آزمون های تعیین شدت لکنت (SSI-3) و نیمرخ نگرشی و شناختی لکنت (WASSP) مورد آزمون قرار گرفتند. برنامه ی درمانی تلفیقی برای گروه آزمایش طی ۱۶ جلسه (۱۲ جلسه ی انفرادی، ۳ جلسه ی گروهی ۶ تا ۸ نفره و ۱ جلسه ارزیابی پایانی) انجام شد. هر جلسه ی انفرادی هفته ای دوبار و به مدت ۴۵-۶۰ دقیقه و جلسات گروهی دو هفته یکبار و به مدت ۹۰-۱۲۰ دقیقه برگزار شد. روش های زیر به منظور کاهش سرعت گفتار و تغییر الگوی لکنت استفاده شد: روش گفتار کشیده، روش شروع آسان همراه با روش تماس نرم اندام ها و روش مکث- صحبت و روش های رویکرد بازسازی شناختی مورد استفاده قرار گرفت. مداخلات درمانی آزمودنی های گروه کنترل به تعداد ۱۶ جلسه ی انفرادی با روش های سنتی (معمولا رویکرد شکل دهی روانی گفتار) برای آزمودنی ها انجام گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد که استفاده از روش تلفیقی شناختی- گفتاری امری ضروری است و بر اهمیت گروه درمانی تاکید می کند (۲۳). در مطالعه ای دیگر نیز که توسط انصاری و همکاران بر روی ۲۴ فرد دارای لکنت صورت گرفت، نشان داده شد که گفتاردرمانی همراه با درمان شناختی- رفتاری بر کاهش شدت لکنت موثر است. برای ارزیابی شدت لکنت، آنها از آزمون شدت لکنت SSI-4 استفاده کردند. برای تهیه پروتکل درمانی از مدل شناختی Judith Beck ترجمه ی دوراهکی و عابدی، اصول درمان شناختی- رفتاری Hawton, Keith ترجمه ی قاسم زاده، مدل گروه درمانی شناختی- رفتاری

سرشناس در زمینه ی اختلالات روانی گفتار (Board Recognized Specialist in Fluency Disorders (BRSFD)) و چندین درمانگر که گواهی کفایت بالینی موسسه ی گفتار، زبان و شنوایی آمریکا (ASHA's Certificate of Clinical Competence (CCC)) را دریافت کرده اند، می باشند (۲۲).

درمان به چهار مرحله ی مجزا ولی دارای همپوشانی تقسیم شده است. مرحله ی اول متمرکز بر کمک به مراجعین برای افزایش آگاهی از رفتارهای لکنت است، هدف مرحله ی دوم هدایت مشارکت کننده ها از طریق فرآیند کاهش شدت لکنت آنهاست. مرحله ی سوم آموزش تکنیک های اصلاح لکنت و بهبود روانی را دربرمی گیرد و مرحله ی چهارم بر توسعه ی یک برنامه ی منحصر به فرد حفظ درمان برای هر فرد تمرکز دارد. این مرحله شامل پیگیری درمان است که به شکل کارگاه های فشرده ی هفتگی، درمان منظم غیرفشرده، یا از طریق تمرین تلفنی صورت می گیرد (۲۲).

گرچه این برنامه های درمانی بر درمان فشرده تاکید دارند، باید توجه کنیم که همه ی این رویکردها را می توان برای شرایط درمانی غیرفشرده نیز تطابق داد. با وجود اینکه ما داده های برون دادهای درمانی مربوط به درمان های غیرفشرده را در دست نداریم، واقعیت این است که اکثر درمان های لکنت به شیوه ای غیرفشرده انجام می شوند. بسیاری از افراد دارای لکنت به سادگی نمی توانند بطور منظم در کلینیک های فشرده ی ۲ یا ۳ هفته ای حضور یابند. هزینه های مالی قابل توجه شامل هزینه های درمان، مسافرت، محل اقامت، همراه با زمان کار یا مدرسه اغلب حضور در یک کلینیک فشرده را دچار چالش زیادی می کنند. اصلاح رویکردهای ذکر شده در بالا می تواند شامل ساده سازی اهداف، کاهش تعداد اهداف و تکیه ی بیشتر بر تنظیم تکالیف در منزل باشد (۴).

Michael Free ترجمه ی آهوقلندری بهره گرفته شد. نتایج حاصل نشان داد که توام بودن گفتاردرمانی همراه با درمان شناختی- رفتاری می تواند بر کاهش بالینی شدت لکنت موثر باشد (۲۴).

جدول ۱: خلاصه ای از رویکردهای درمان لکنت بزرگسالی

نوع درمان	رویکردهای مدیریت لکنت و بازسازی شناختی	رویکردهای بازسازی گفتار/شکل دهی روانی	رویکردهای جامع
ویژگی های کلی	درمان های مدیریت لکنت بر ترکیب فرآیندهای هدایت شده به سمت حساسیت زدایی نسبت به لکنت، افزایش پذیرش لکنت خود و تکنیک های حرکتی هدایت شده به سمت کاهش تنش مرتبط با لحظات لکنت، پایه ریزی شده اند. در درجه ی اول این درمان ها کاهنده ی اضطراب هستند ولی شامل تکنیک هایی نیز می شوند که تغییر ماهیت وقایع لکنت را مورد هدف قرار می دهند.	بازسازی گفتار اشاره به نوعی از گفتاردرمانی دارد که در آن به مراجع آموزش داده می شود که یک الگوی گفتاری جدید را بکار گیرد. این رویکردها، درمان های "شکل دهی روانی" یا "گفتار کشیده" نیز نامیده می شوند.	رویکردهای جامع یا رویکردهای ترکیبی به طور معمول هم عناصر سطحی لکنت و هم ویژگی های عمیق تر لکنت را دربرمی گیرند.
مطالعات مرتبط	- زبروسکی و همکاران (۱۰) ۲۰۱۱ - بلامگرن (۱۱) ۲۰۱۲ - بلامگرن (۱۲) ۲۰۰۵ - ویلیامز (۱۳) ۱۹۵۷ - منزیز و همکاران (۱۴) ۲۰۰۹	- اینگهام و همکاران (۱۵) ۲۰۱۵ - او برایان و همکاران (۱۶) ۲۰۱۶ - او برایان و همکاران (۱۷) ۲۰۰۳ - او برایان و همکاران (۱۸) ۲۰۰۸ - گیتار و مکولی (۱۹) ۲۰۱۰	- یاروس و کیسال (۲۰) ۲۰۰۴ - لانگوین و همکاران (۲۱) ۲۰۱۰ - ایرانی و همکاران (۲۲) ۲۰۱۲ - فرازی و همکاران (۲۳) ۱۳۹۲ - انصاری و همکاران (۲۴) ۱۳۹۲

خلاصه

کردن رفتارهای جدید کارآمد دچار چالش می شود. هنوز هم جمع آوری داده های بیشتر درمورد برون داد و کارآمدی رویکردهای درمانی ترکیبی امری ضروری است. در نهایت، درمان باید متناسب با نیازهای فردی مراجعین باشد. در حال حاضر هیچ درمانی برای لکنت در بزرگسالان وجود ندارد، بنابراین همه تکنیک های درمانی، اساسا، درمان های جبرانی (compensatory) هستند. ماهیت تکنیک های جبرانی اینگونه است که باید آنها را بطور مستمر برای حفظ بهبودی ادامه داد. بنابراین ضروری است که هر نوع درمان لکنت، استراتژی طولانی مدتی برای آموزش را در خود جای دهد تا مراجعین، درمانگران خودشان بشوند و همچنین فرصت هایی برای پیگیری درمانی طولانی مدت فراهم گردد.

هدف این مقاله فراهم کردن مثال هایی از درمان های کارآمد جدید برای لکنت بزرگسالی بود. تعداد کمی از نمونه های برجسته ی رویکردهای درمانی توصیف شده است زیرا مرور تمام درمان های در دسترس برای لکنت در یک مقاله غیرممکن خواهد بود. لکنت درمانی برای بزرگسالان بطور سنتی یا بر (۱) آموزش شیوه های جدید مدیریت و برخورد با لکنت، و یا بر (۲) آموزش شیوه های جدید گفتاری که گفتار روان را تسهیل می کنند، تمرکز داشته است. این دو رویکرد (مدیریت لکنت و بازسازی گفتار) به طور فزاینده ای با هم استفاده می شوند تا به فرد دارای لکنت برای برخورد با رفتارهای هسته ای لکنت و نیز جنبه های عاطفی، اضطرابی، هیجانی و شناختی این اختلال کمک کنند. در همه ی موارد گوینده ی دارای لکنت برای متوقف کردن رفتارهای غیرمفید قبلی و جایگزین

منابع

- 1-Khorramshahi, H. and Arabali, F, *Oral motor treatment and assessment*. 2009, Tehran, Iran: Pegah Publication.
- 2-Khorramshahi, H., M. Majlesi, and M. Rasoolzade, *Prevalence of Nonfluency in Second Grade School Children in Ahvaz*. JUNDISHAPUR SCIENTIFIC MEDICAL JOURNAL 10 (574), 481-485.
- 3-Khorramshahi, H., et al., *Effect of bilingualism on nonfluency in preschool age children (aged six years) of Ahvaz City*, in *7th World Congress on Fluency Disorders*. 2012: France.
- 4-Blomgren, M. *Stuttering treatment for adults: an update on contemporary approaches*. in *Seminars in speech and language* © .۲۰۱۰. Thieme Medical Publishers.
- 5-Guitar, B., *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*. 2013: Lippincott Williams & Wilkins.
- 6-Khorramshahi H & Darijani MH. *Stuttering treatment in preschool age children*, Dissertation in *School of rehabilitation*. 2011, Ahvza Jundishapour University of Medical University: Ahvaz, Iran.
- 7-Blomgren, M., *Behavioral treatments for children and adults who stutter: a review*. Psychology research and behavior management, 2013. 6: p. 9.
- 8-Yaruss, J.S., *Evaluating treatment outcomes for adults who stutter*. Journal of communication disorders, 2001. 34(1-2): p. 163-182.
- 9-Iverach, L., et al., *Prevalence of anxiety disorders among adults seeking speech therapy for stuttering*. Journal of anxiety disorders, 2009. 23(7): p. 928-934.
- 10-Zebrowski, P.M. and R.M. Arenas, *The "Iowa Way" revisited*. Journal of fluency disorders, 2011. 36(3): p. 144-157.
- 11-Blomgren, M., *Review of the Successful Stuttering Management Program*. The Science and Practice of Stuttering Treatment, 2012: p. 99-1۱۳
- 12-Blomgren, M., et al., *Intensive stuttering modification therapy*. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 2005.
- 13-Williams, D.E., *A point of view about 'stuttering'*. Journal of Speech and Hearing Disorders, 1957. 22(3): p. 390-397.

- 14-Menzies, R.G., et al., *Cognitive behavior therapy for adults who stutter: A tutorial for speech-language pathologists*. Journal of fluency disorders, 2009. **34**(3): p. 187-200.
- 15-Ingham, R.J., et al., *Efficacy of the modifying phonation intervals (MPI) stuttering treatment program with adults who stutter*. American Journal of Speech-Language Pathology, 2015. **24**(2): p. 256-271.
- 16-O'Brian, S., et al., *The Camperdown Program stuttering treatment guide*. Australian Stuttering Research Centre, 2016.
- 17-O'Brian, S., et al., *The Camperdown Program: outcomes of a new prolonged-speech treatment model*. J Speech Lang Hear Res, 2003. **46**(4): p. 933-946.
- 18-O'Brian, S., A. Packman, and M. Onslow, *Telehealth delivery of the Camperdown Program for adults who stutter: A phase I trial*. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 2008.
- 19-Guitar, B. and R.J. McCauley, *Treatment of stuttering: Established and emerging interventions*. 2010: Lippincott Williams & Wilkins.
- 20-Yaruss, J.S. and R.W. Quesal, *Stuttering and the international classification of functioning, disability, and health (ICF): An update*. Journal of communication disorders, 2004. **37**(1): p. 35-52.
- 21-Langevin, M., et al., *Five-year longitudinal treatment outcomes of the ISTAR Comprehensive Stuttering Program*. Journal of Fluency Disorders, 2010. **35**(2): p. 123-140.
- 22-Irani, F., et al., *The long term effectiveness of intensive stuttering therapy: A mixed methods study*. Journal of Fluency Disorders, 2012. **37**(3): p. 164-178.
- 23-Farazi M, Gholami L, Khoda bakhshi A, Shemshadi H, Rahgozar M. The effect of a combination of cognitive therapy and speech in stutterers. Journal of Clinical psychology Andish va Raftar. Volume 8, Issue 30, Autumn 2014, Page 37-46.
24. Ansari P, Shafie B, Gorji y. Examine the Influence of Speech Therapy with Cognitive Behavior Therapy on Reducing the Severity of Stuttering In Stuttering Patients of 18 Years Old And Above In the City of Isfahan. J Res Rehabil Sci. 2013; 9(4):570-571.

A Review upon Effective Treatments Approaches for Adult Stuttering

Zohre Safari Hafshejani¹, Hassan Khoramshahi^{2*}

1-Master student of Speech Therapy.

2-Assistant Professor of Speech Therapy.

1-Department of Speech Therapy, School of Rehabilitation, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

2-Department of Speech Therapy, Musculoskeletal Rehabilitation Research Center, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

*Corresponding author:

Hassan Khoramshahi; Department of Speech Therapy, Musculoskeletal Rehabilitation Research Center, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

Tel: +989111534023

Email: hany552ir@yahoo.com

Abstract

Speech fluency is one of the characteristics of natural speech. Any disturbance in the continuity, speed of production, planning, speech rhythm or a combination of these factors will cause a phenomenon known as non-fluency or stuttering. Aim of this review study was determining the effective treatments for adult stuttering. In general, stuttering for adults focuses on either (1) training new ways of managing and dealing with stuttering, or (2) training new speech techniques that facilitate fluent speech. These two approaches (stuttering management and speech restructuring) are commonly used together to help the stutterer deal with core behaviors of stuttering as well as the affectional, anxiety, emotional, and cognitive aspects of the disorder. Pubmed, Google Scholar, Scinece Direct, Magiran and SID were used to perform this study. Finally, by studying the title and abstract of the articles, the most relevant ones were selected for writing this review.

Key words: Stuttering treatment, Stuttering Management, Speech Restructuring, Cognitive Restructuring, Advanced Stuttering.

►Please cite this paper as:

Safari Hafshejani Z, Khoramshahi H. A Review of Effective Treatments for Adult Stuttering. *Jundishapur Sci Med J* 2019; 18(6):559-570

Received: Aug 29, 2019

Revised: Dec 25, 2019

Accepted: Jan 6, 2020