

مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، باورهای فراشناختی، و روان‌بندهای سازش‌نایافته اولیه در دانش‌آموزان مبتلا و غیرمبتلا به لکنت زبان

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۳/۰۲

تاریخ پذیرش: ۹۵/۰۵/۳۰

فرشید علی پور*^۱، جعفر حسنی^۲، الهه بدافی^۳، فروزنده محشمی راد^۴، صابر سعیدپور^۵

چکیده

زمینه و هدف: اختلال لکنت زبان از جمله اختلال‌هایی است که علت آن هنوز به‌طور کامل مشخص نشده است و پژوهش‌های روان‌شناختی برای شناخت بهتر این اختلال ضروری است، از این‌رو هدف این پژوهش مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، باورهای فراشناختی، و روان‌بندهای سازش‌نایافته اولیه در نوجوانان مبتلا به لکنت زبان و بهنجار بود.

روش: طرح پژوهش از نوع علی مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش تمامی دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه مدارس شهر همدان دچار لکنت زبان ارجاع داده‌شده به گفتاردرمانگر در سه‌ماهه سوم سال ۱۳۹۳ بودند، با روش نمونه‌گیری در دسترس ۲۱ نفر مبتلا به اختلال لکنت زبان و ۲۱ نفر بهنجار انتخاب شدند و توسط پرسشنامه روان‌بندهای یانگ (۱۹۹۸)، تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون (۲۰۰۱) و پرسشنامه‌ی فراشناخت ولز (۲۰۰۲) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که نوجوانان مبتلا به لکنت زبان در مقایسه با نوجوانان بهنجار از راهبردهای سازش‌نایافته بیشتر و از راهبرد سازش‌یافته کمتری بهره می‌گیرند. همچنین میانگین نمرات نوجوانان مبتلا به اختلال لکنت زبان در مؤلفه‌های فراشناختی و روان‌بندها از گروه بهنجار تفاوت معناداری داشت ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش مشخص شد که نوجوانان مبتلا به لکنت زبان در مقایسه با نوجوانان بهنجار به میزان بیشتری از راهبردهای سازش‌نایافته تنظیم هیجان، روان‌بندهای سازش‌نایافته اولیه و باورهای فراشناختی برخوردارند.

کلیدواژه‌ها: باورهای فراشناختی، تنظیم شناختی هیجان، روان‌بندهای سازش‌نایافته اولیه، لکنت زبان

۱. *نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (alipoorfarshid@yahoo.com)

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۴. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، ایران

۵. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

مقدمه

لکنت زبان پدیده پیچیده روانی حرکتی و خاص دوران کودکی است که معمولاً از سنین ۲ تا ۵ سالگی، یعنی سن آغاز سخن گفتن شروع می‌شود. تقریباً از هر صد کودک یک نفر مبتلابه لکنت زبان است. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که شیوع آن در جوامع دوزبانه بیشتر است. پیش‌آگهی این نارسایی مثبت است؛ زیرا حدود ۸۰-۷۴ درصد از افراد مبتلابه لکنت زبان به‌طور طبیعی بهبود حاصل می‌کنند. شیوع لکنت در پسرها بیشتر از دخترهاست و این نسبت به ۳ یا ۴ پسر در مقابل ۱ دختر می‌رسد (۱). متن پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا، لکنت زبان را اختلال در سلاست طبیعی و الگوی زمانی تکلم (نامتناسب با سن فرد) که با وقوع مکرر تکرار صوت‌ها و سیلاب‌ها، طولانی شدن صوت‌های صدادار و بی‌صدا، بیان شکسته کلمات، انسداد قابل‌سمع یا صامت، بیان غیرمستقیم (به کار بردن کلمات جایگزین برای کلمات مشکل‌ساز)، تولید کلمات با تنش فیزیکی فراوان، تکرار کامل کلمات تک سیلابی (مثل من من من او را دیدم) مشخص کرده است (۲). لکنت زبان به‌عنوان یک اختلال ارتباطی می‌تواند منجر به مشکلات جدی در ارتباط‌های بین‌فردی گردد و کیفیت زندگی فرد مبتلا را تحت تأثیر قرار دهد (۳).

نتایج یافته‌های پژوهشی در زمینه لکنت زبان حاکی از این است که عوامل هیجانی و تنظیم هیجان در این اختلال نقش دارند (۴)، تنظیم هیجان شامل گستره‌ای از راهبردهای شناختی و رفتاری هشیار و ناهشیار است که جهت کاهش، حفظ یا افزایش یک هیجان صورت می‌گیرد. تنظیم هیجانی به‌عنوان فرآیند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرآیندهای اجتماعی، روانی، و فیزیکی در به انجام رساندن اهداف فرد، تعریف می‌شود (۵). نظم‌جویی هیجان دارای ابعاد و جنبه‌های مختلفی است. یکی از جنبه‌های مهم فرایند نظم‌جویی هیجان، تنظیم تجربه‌های هیجانی از طریق به خدمت گرفتن عناصر شناختی است. این

مفهوم در متون روان‌شناسی نظم‌جویی شناختی هیجان نامیده می‌شود. نظم‌جویی شناختی هیجان دلالت بر شیوه دستکاری ورود اطلاعات فراخوانده هیجان دارد (۶). کاراس و همکاران (۷) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که کودکان لکنت‌دار در مقایسه با کودکان بدون لکنت در تنظیم هیجان مشکلات بیشتری داشته‌ند؛ و همین‌طور آرنولد و همکاران (۸) در پژوهشی دو جنبه هیجان‌های منفی و مثبت را در کودکان با لکنت و بدون لکنت مقایسه کردند کودکان در دو موقعیت قرار می‌گرفتند شرایط مثبت که با گرفتن هدیه‌ای تقویت‌کننده و موردعلاقه و شرایط منفی که با گرفتن هدیه‌ای با عدم تقویت و ناکام‌کننده؛ که کودکان دارای لکنت در شرایط منفی، نسبت به کودکان بدون لکنت هیجان‌های منفی بیشتری از خود نشان می‌دادند. کلومپاس و راس (۶) به این نتیجه رسیدند که لکنت بر کیفیت زندگی، باورها، هیجان‌ها و تحصیلات این افراد به‌طور منفی، تأثیر می‌گذارد.

لکنت زبان با اختلال‌هایی مانند اضطراب و افسردگی (۹) و تنظیم هیجان معیوب همراه است (۴)، این عوامل همراه در افراد مبتلابه لکنت زبان با ویژگی‌هایی مانند باورهایی درباره نگرانی و نشخوار فکری همراه است که در نظریه فراشناخت به آن پرداخته می‌شود، فراشناخت در کل یک مفهوم چندوجهی است که شامل دانش (باورها)، تجارب و راهبردهای فراشناختی است؛ اساس این نظریه این است که باورها از جمله عناصر فراشناختی هستند که هدایت تفکر و هیجان را بر عهده دارند و کارکرد تفکر و سازش‌یافتگی فرد را هدایت می‌کند. این نظریه، الگوی کارکرد اجرایی را مطرح می‌کند. طبق این مدل آسیب‌پذیری و تداوم اختلال‌های روان‌شناختی به‌وسیله سندرم شناختی-توجهی صورت می‌گیرد. این نشانگان با تمرکز زیاد بر خود، پایش تهدید، پردازش نشخوارگونه و فعال‌سازی باورهای مختل و راهبردهای خودتنظیمی مشخص می‌شود. هم‌سان با این دیدگاه بین‌فراشناخت و شاخص‌های هیجانی و شناختی ارتباط مثبتی به‌دست آمده است. بررسی متون و مطالعات روان‌شناختی نشان می‌دهد که تنظیم هیجان

به علت ارضاء نشدن نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی به وجود می‌آیند و فرد را از لحاظ روان‌شناختی نسبت به ایجاد آشفتگی‌هایی چون افسردگی، اضطراب، ارتباط‌های ناکارآمد، اعتیاد و اختلال‌های روان‌تنی آسیب‌پذیر می‌سازند (۱۶). روان‌بندها پدیده‌های درونی هستند که از طریق ایجاد راهبردهای مقابله‌ای، رفتار بیرونی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. روان‌بندها موجب سوگیری در تفسیر فرد از رویدادها شده و این سوگیری‌ها خود را به صورت گمانه‌های نادرست، اهداف و چشم‌داشت‌های غیرواقع‌بینانه نشان می‌دهند، روان‌بندهای سازش‌نیافته اولیه، الگوها یا درون‌مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که به رابطه فرد با خود یا دیگران ارتباط دارند و به شدت ناکارآمد هستند (۱۷). یانگ مجموعه‌ای از روان‌بندها را گردآوری نموده که به آنها روان‌بندهای سازش‌نیافته اولیه می‌گویند. پژوهش‌های صورت گرفته در رابطه با روان‌بندهای سازش‌نیافته اولیه و علائم آسیب‌شناسی روانی همواره بر اهمیت وجود روان‌بندها در شکل‌گیری آسیب‌شناسی اختلال‌های اضطرابی صحنه‌گذارده است (۱۸). یکی از همبدهای اختلال لکنت زبان، اضطراب است، در اختلال‌های اضطرابی روان‌بندها مورد بررسی قرار گرفته‌اند، کالویت (۱۹)، در مطالعه‌ای ارتباط معناداری بین علائم اختلال‌های افسردگی و اضطراب و روان‌بندهای سازش‌نیافته اولیه را نشان دادند. طبق مدل شناختی اضطراب (۲۰) افراد دارای اختلال‌های اضطرابی با روان‌بندهای سازش‌نیافته مشخص می‌شوند که منجر به سوءگیری به سمت اطلاعات تهدیدآمیز در پردازش‌ها می‌شود در تحقیقات قبلی به وجود ارتباط روان‌بندهای سازش‌نیافته اولیه با شدت نشانه‌های اختلالات اضطرابی پرداخته شده است (۲۱). در بررسی که ونزل (۲۲) انجام داد مشخص نمود که افراد دارای اضطراب در مقایسه با افراد بهنجار از روان‌بندهای سازش‌نیافته اولیه بیشتری برخوردار هستند. در مطالعات قبلی مشخص شده است که روان‌بندهای سازش‌نیافته اولیه توانایی پیش‌بینی نشانگان اضطراب (۱۴) را دارد. روان‌بندهای حوزه بریدگی و طرد نقش

عامل مهمی در تعیین سلامت روانی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است (۱۰). باور مرکزی نظریه فراشناخت در باره اختلال‌های روان‌شناختی این است که باورهای ناکارآمد درباره شناخت‌ها مبنای تداوم و شکل‌گیری مشکلات بالینی است. روش فراشناخت نه تنها بر فعالیت‌های شناختی بلکه بر ابعاد فراشناختی تفکر نیز متمرکز می‌شود؛ به‌ویژه باورهای فرد درباره شناخت خویش، دانش فراشناختی و فرایندهای تنظیم شناختی خاص (تنظیم فراشناختی) که اعتقاد بر این است نقش مهمی در آسیب‌شناسی روانی ایفا می‌کند. روی آورد فراشناختی بر این باور است که اضطراب ممکن است در هر فردی ایجاد شود، اما به این دلیل در یک فرد ادامه می‌یابد و گاهی به ویژگی آن فرد تبدیل می‌شود که فراشناخت او الگوی خاصی از پاسخ‌دهی به رویدادها را باعث شود و این الگو به تداوم هیجان منفی در درازمدت منجر می‌گردد (۱۱). در پژوهش‌های مختلفی به نقش باورهای فراشناختی در اختلال‌های اضطرابی پرداخته شده است (۱۲). از طرفی نیز پژوهش‌های زیادی به وجود اضطراب اجتماعی در لکنت زبان اشاره کرده‌اند و اضطراب اجتماعی ممکن است، نقش محوری در تداوم و پیدایش لکنت زبان داشته باشد (۱۳).

از دیگر زمینه‌هایی که در آسیب‌شناسی اختلال‌های روان‌شناختی مطرح شده است روان‌بندها هستند، اگرچه تا به حال پژوهشی به بررسی روان‌بندها در لکنت زبان پرداخته است اما در اختلال‌های همبود لکنت زبان مانند افسردگی و اضطراب مطرح و مورد بررسی قرار گرفته است، از همین رو به دلیل این خلا پژوهشی به بررسی روان‌بندها در اولین اختلال همبود لکنت زبان، اختلال‌های اضطرابی می‌پردازیم (۱۴)، هر یک از اختلال‌های روانی با روان‌بندها و الگوهای تفکر عادی بسیار عمومی و فراگیری همراه هستند که نوع آسیب‌پذیری مربوط به آن اختلال را مشخص می‌کند (۱۵). روان‌بندهای سازش‌نیافته، الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسان در فرد هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته و در مسیر زندگی تکرار می‌شوند. روان‌بندهای سازش‌نیافته اولیه

آزمودنی‌ها به ابزار پژوهش پاسخ دادند. در مورد گروه کنترل نیز، ۲۱ دانش‌آموز به‌صورت در دسترس و با هم‌تاسازی حتی‌الامکان در متغیرهای سن، تحصیلات، وضعیت اقتصادی، و سطح تحصیلات والدین گروه مبتلا به لکنت زبان، از مدارس شهر همدان انتخاب شدند. قبل از شروع پژوهش، از تمامی افراد رضایت‌نامه شرکت در مطالعه گرفته شد و به همگی اطلاع‌رسانی شد که در یک طرح پژوهشی شرکت دارند. طبق تاریخچه‌گیری به‌عمل‌آمده مشخص گردید که پیدایش لکنت در تمامی این افراد از سنین اولیه کودکی بوده است. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی شامل میانگین، انحراف استاندارد، درصد فراوانی، و آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد.

(ب) ابزار:

۱. پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه محقق ساخته برای کسب اطلاعاتی مثل سن، تحصیلات، وضعیت اقتصادی خانواده و سطح تحصیلات والدین استفاده شد.

۲. ابزار سنجش شدت لکنت: ابزار سنجش شدت لکنت به‌منظور ارزیابی تأثیرات درمان و همچنین یک ابزار پژوهشی در مطالعات تأثیرات لکنت توسط رایلی ابداع شد. در سال ۱۹۸۰ اصلاح شد و در سال ۱۹۹۴ به عنوان ابزار شدت لکنت^۱ به همگان معرفی گردید. در سال ۲۰۰۹ نسخه چهارم این ابزار منتشر شد. این ابزار مقیاس‌های رفتاری بسامد، دیرش و رفتارهای فیزیکی همراه را مورد سنجش قرار می‌دهد. بسامد با درصد هجاهای لکنت شده مشخص می‌شود که به نمره ۱۸-۲ تبدیل می‌شود. نمره دیرش شامل میانگین ۳ مورد از طولانی‌ترین وقایع لکنت است که نمره آن از ۱۸-۴ است. رفتارهای فیزیکی همراه به ۴ طبقه تقسیم می‌شوند که نمره هر طبقه از ۵-۰ است. نمره کل این قسمت از مجموع نمره هر

اساسی در رشد و تداوم اختلال اضطراب اجتماعی دارند (۲۳). روان‌بده‌های حوزه خودمختاری مختل نیز شامل افکاری در مورد شکست، اجتناب‌ناپذیر بودن شکست و یا بی‌کفایتی در مقایسه با همسالان است که افراد دارای اضطراب اجتماعی معتقدند دیگران شایستگی و توانایی اجتماعی بیشتری دارند و در موقعیت‌های اجتماعی عملکرد بهتری دارند (۲۴).

با توجه به نقش عوامل تنظیم هیجان، باورهای فراشناختی و روان‌بده‌های سازش‌نیافته اولیه در آسیب‌شناسی اختلال‌ها و نقشی که در طراحی برنامه‌های درمانی و پیشگیری می‌توانند داشته باشند و از طرفی نیز با توجه به عدم بررسی‌های داخلی این متغیرها در اختلال‌های لکنت زبان با توجه به نقش فرهنگ، هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، باورهای فراشناختی، و روان‌بده‌های سازش‌نیافته اولیه در نوجوانان دارای اختلال لکنت زبان و بهنجار در جامعه داخلی بود.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر به لحاظ هدف بنیادی است و از منظر روش گردآوری داده‌ها به طرح‌های علی-مقایسه‌ای تعلق دارد. جامعه آماری پژوهش تمامی دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه مدارس شهر همدان دچار لکنت زبان ارجاع داده‌شده به گفتاردرمانگر در سه‌ماهه سوم سال ۱۳۹۳ بودند. از این جامعه آماری، ۲۱ نوجوان مبتلا به لکنت زبان (لازم به ذکر است حجم نمونه با توجه به پژوهش‌های قبلی مرتبط تعیین گردید) با لحاظ کردن ملاک‌های ورود شامل عدم بیماری جسمی، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، داشتن ضریب هوشی بهنجار و عدم وجود اختلال‌های روان‌پزشکی یا گفتاری دیگر غیر از اختلال لکنت زبان به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند، پس از اجرای مصاحبه شرح‌حال و مصاحبه تشخیصی،

1. Stuttering Severity Instrument (SSI)

بالینی) قابل استفاده است. پرسشنامه شناختی هیجان ۹ راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد موقعیت، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه گیری، فاجعه سازی و ملامت دیگران را ارزیابی می کند. دامنه نمره های مقیاس از یک (تقریباً هرگز) تا پنج (تقریباً همیشه) است. هر خرده مقیاس شامل چهار گویه است. نمره کل هر یک از خرده مقیاس ها از طریق جمع کردن نمره گویه ها به دست می آید؛ بنابراین دامنه نمره های هر یک از خرده مقیاس ها بین ۴ تا ۲۰ است، جرم و همکاران در بررسی که در کشور فرانسه انجام دادند آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را ۰/۸۲ و ضرایب بازآزمایی را ۰/۶۱ تا ۰/۸۱ گزارش نمودند (۲۹). اعتبار خرده مقیاس های نسخه فارسی پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان بر اساس روش های همسانی درونی ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ و بازآزمایی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷ و روایی ملاکی بر اساس محاسبه همبستگی آن با نمره های سیاهه دوم افسردگی بک (۱۹۹۶)، (۰/۲۵ تا ۰/۴۸) و سازه آن بر اساس تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس (با تبیین ۷۴ درصد واریانس) مطلوب گزارش شده است (۳۰).

۵. پرسشنامه روان بنه های یانگ — نسخه کوتاه: این پرسشنامه ۷۵ سؤال دارد و برای سنجش ۱۵ روان بنه سازش نیافته اولیه شناختی شامل محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی اعتمادی، انزوای اجتماعی، نقص، وابستگی، آسیب پذیری نسبت به ضرر، خود تحول نیافته، اطاعت، بازداری هیجانی، فداکاری، معیارهای سرسختانه، خودکنترلی ناکافی، استحقاق و شکست طراحی شده است. هر یک از ۷۵ عبارت این پرسشنامه در مقیاس لیکرت ۵ درجه ای نمره گذاری می شود. نمره هر فرد در هر روان بنه با جمع نمرات ۵ سؤال مربوط به آن روان بنه حاصل می شود. نمره بالا نشان دهنده حضور پررنگ تر روان بنه ناکارآمد است و حداقل نمره برای هر روان بنه ۵ و حداکثر آن نمره ۲۵ است و می توان برای هر پرسشنامه نیز یک نمره کلی تعریف نمود که حاصل جمع نمرات فرد در پانزده روان بنه بوده و دامنه آن بین ۷۵ تا ۳۷۵ است. همچنین در اولین

طبقه به دست می آید و از ۲۰-۰ است. این مقیاس یکی از شناخته شده ترین ابزارهای سنجش شدت لکت بوده که بر مبنای دفعات بروز لکت، مدت زمان اسپاسم های کلامی و دفعات بروز حرکات اضافه در سایر اندام ها هنگام گفتار می تواند شدت لکت را ارزیابی کند؛ که در پژوهش هاوول و همکاران (۲۵) آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۹ و روایی همزمان مناسبی با ابزار نشانه های لکت زبان گزارش شده است. سومین نسخه ویرایش شده این آزمون توسط رضایی و همکاران به زبان فارسی برگردان شده است و طبق بررسی به عمل آمده دارای پایایی بالایی (۰/۸۰) در سنجش شدت لکت کودکان مدرسه رو است. بر طبق این مقیاس، نمره ۶-۱۰ به لکت خیلی خفیف نمره ۲۰-۱۱ به لکت خفیف، نمره ۲۷-۲۱ به لکت متوسط، نمره ۳۵-۲۸ به لکت شدید و نمره ۳۶ رو به بالا به لکت خیلی شدید اطلاق می گردد (۲۶).

۳. پرسشنامه فراشناخت: این پرسشنامه یک مقیاس ۳۰ گویه ای خود گزارشی است که باورهای فراشناختی افراد درباره تفکرشان را می سنجد. پاسخ در این مقیاس بر اساس طیف چهار درجه ای لیکرت محاسبه می شود. این مقیاس دارای پنج خرده مقیاس باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی، باورهای فراشناختی منفی در مورد نگرانی، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خود آگاهی شناختی است. دامنه ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی برای نمره کل بعد از دوره ۲۲ تا ۱۱۸ روزه ۰/۷۵ و برای خرده مقیاس ها بین ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (۲۷). در ایران در پژوهشی ابوالقاسمی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۵ گزارش کردند (۲۸).

۴. پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان: این پرسشنامه چندبعدی جهت شناسایی راهبردهای مقابله ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت های منفی مورد استفاده قرار می گیرد. پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان یک ابزار خود گزارشی است و ۳۶ گویه دارد. اجرای این پرسشنامه بسیار آسان و برای افراد ۱۲ سال به بالا (افراد بهنجار و جمعیت های

دارای	۴/۳۵	۰/۳۷۵	۳۱/۵۹۸***	۰/۳۵	-۹/۷۴۸	سازش نیافته	نشخوارگری	لکنت
بهنجار	۱/۳۶	۰/۲۱۸						
دارای	۳/۵۴	۰/۵۲۰	۰/۶۰۷	۰/۰۱	۰/۱۵۳	سازش یافته	تمرکز مجدد مثبت	لکنت
بهنجار	۳/۶۲	۰/۳۸۴						
دارای	۳/۹۳	۰/۵۱۹	۱/۴۰۵	۰/۰۳	۰/۴۲۸	سازش یافته	تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	لکنت
بهنجار	۴/۱۳	۰/۴۰۸						
دارای	۲/۴۵	۰/۴۳۰	۳/۴۵۱	۰/۰۷	۰/۹۱۴	سازش یافته	ارزیابی مجدد مثبت	لکنت
بهنجار	۳/۰۱	۰/۵۸۶						
دارای	۱/۶۳	۰/۴۹۸	۲۱/۵۱۷***	۰/۲۴	۵/۹۳۱	سازش یافته	دیدگاه گیری	لکنت
بهنجار	۳/۷۵	۰/۱۲۸						
دارای	۳/۹۴	۰/۶۷۰	۲۲/۸۴۷***	۰/۲۶	-۴/۵۷۳	سازش نیافته	فاجعه سازی	لکنت
بهنجار	۱/۵۵	۰/۳۱۲						
دارای	۴/۰۸	۰/۶۱۴	۳۷/۲۹۳***	۰/۴۲	-۵/۵۶۲	سازش نیافته	ملامت دیگران	لکنت
بهنجار	۱/۵۰	۰/۲۳۱						

در مقایسه دو گروه در باورهای فراشناختی، دامنه آزمون‌های لویین ($P < 0.05$; $F(1, 40) = 0.82 - 1.47$) و کالموگرف/اسمیرنف ($0.07 - 1.54$) بیانگر همسانی واریانس و نرمال بودن توزیع متغیرها بود. همچنین نتیجه آزمون M باکس ($P < 0.01$; $F(17, 53) = 263.92$) نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها همسان است و می‌توان از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده نمود. نتیجه آزمون چندمتغیری لامبدای ویلکز ($P < 0.001$; $\lambda = 0.35$) معنادار بود. در جدول ۲ مقادیر F تحلیل‌های واریانس

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین دانش‌آموزان دارای اختلال لکنت زبان در راهبردهای ملامت خود، ملامت دیگران، نشخوارگری، دیدگاه‌گیری و فاجعه‌سازی به‌طور معناداری ($P < 0.01$) بیشتر از دانش‌آموزان بهنجار است؛ همچنین دانش‌آموزان دارای اختلال لکنت زبان در خرده‌مقیاس‌های پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد و تمرکز مجدد مثبت نمرات کمتری در مقایسه با دانش‌آموزان بهنجار کسب کردند اما این تفاوت‌ها معنادار نبود. شاخص‌های کوهن محاسبه‌شده نیز معنادار هستند و نشان‌دهنده اندازه اثر بالای متغیرها در بین دو گروه است.

چندمتغیری، میانگین و انحراف استاندارد باورهای فرا شناختی درج شده است.

جدول ۲. میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه دو گروه از دانش آموزان دارای لکنت زبان و بدون لکنت در باورهای فراشناختی

مؤلفه‌های باورهای فراشناخت	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	F	مجذور اتا	شاخص کوهن
باورهای مثبت درباره نگرانی	دارای لکنت	۳/۶۲۷	۰/۱۷۴	۱۹/۱۴۶***	۰/۲۱	-۵/۹۱۸
	بهنجار	۱/۶۴۳	۰/۴۴۱			
مهارناپذیری و خطر	دارای لکنت	۳/۲۱۴	۰/۴۸۶	۱۶/۶۹۳***	۰/۱۸	-۵/۱۵۳
	بهنجار	۱/۳۱۰	۰/۱۹۲			
اطمینان شناختی	دارای لکنت	۱/۸۳۳	۰/۳۰۷	۳/۷۹۹	۰/۰۲	-۱/۲۰۹
	بهنجار	۱/۵۰۸	۰/۲۴۴			
نیاز به کنترل افکار	دارای لکنت	۳/۵۴۸	۰/۲۵۸	۵/۱۲۱	۰/۰۵	-۷/۷۷۱
	بهنجار	۱/۴۹۲	۰/۲۷۱			
خودآگاهی شناختی	دارای لکنت	۳/۶۲۷	۰/۲۱۶	۲۴/۲۹۶***	۰/۲۷	-۷/۵۰۸
	بهنجار	۱/۴۸۴	۰/۳۴۱			

در مقایسه دو گروه در روان‌بندهای سازش‌نا یافته اولیه، دامنه آزمون‌های لوین ($F(1, 40) = 0.71 - 1.94; P < 0.05$) و کالموگروف/اسمیرنف ($1.66 - 0.54$) بیانگر همسانی واریانس و نرمال بودن توزیع متغیرها بود. همچنین نتیجه آزمون M باکس ($P < 0.01$; $F(25, 192, 18, 59) = 1.40$) نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها همسان است و می‌توان از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده نمود. نتیجه آزمون چندمتغیری لامبدا و یلکز ($P < 0.001$; $53.07 = 24$)، نیز معنادار بود. در جدول ۳ مقادیر F تحلیل‌های واریانس چندمتغیری، میانگین و انحراف استاندارد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان درج شده است.

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود؛ میانگین نمره باورهای فراشناختی دانش‌آموزان دارای اختلال لکنت زبان در خرده‌مقیاس‌های باورهای مثبت درباره نگرانی، مهارناپذیری و خطر و خودآگاهی شناختی به‌طور معنادار در مقایسه با دانش‌آموزان بهنجار بیشتر است، اما در خرده‌مقیاس‌های اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد، گرچه در این خرده‌مقیاس‌ها نیز دانش‌آموزان دارای اختلال لکنت زبان نمرات بیشتری را کسب کرده بودند. شاخص‌های کوهن محاسبه شده نیز معنادار هستند و نشان‌دهنده اندازه اثر بالای متغیرها در بین دو گروه است.

جدول ۳. میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه دو گروه از دانش آموزان دارای لکنت زبان و بهنجار در روان بنه‌های سازش‌نایافته اولیه

شاخص کوهن	مجذور اتا	F	انحراف استاندارد	میانگین	گروه‌ها	مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان
-۰/۷۳۹	۰/۱۱	۷/۵۸**	۰/۴۳	۲/۲۵	دارای لکنت	محرومیت هیجانی
			۰/۲۵	۱/۹۹	بهنجار	
-۰/۷۸۸	۰/۱۲	۸/۰۵**	۰/۴۷	۲/۹۰	دارای لکنت	رهاشدگی
			۰/۳۶	۲/۵۷	بهنجار	
۰/۴۹۲	۰/۱۷	۱۳/۱۶***	۰/۳۱	۲/۷۲	دارای لکنت	بدرفتاری / بی‌اعتمادی
			۰/۳۰	۲/۴۲	بهنجار	
-۰/۹۸۳	۰/۱۶	۱۲/۹۸***	۰/۳۳	۲/۸۵	دارای لکنت	انزوای اجتماعی
			۰/۳۰	۲/۵۴	بهنجار	
-۳/۰۳۹	۰/۷۴	۱۰۹/۳۷***	۰/۵۱	۳/۵۴	دارای لکنت	نقص / شرم
			۰/۲۶	۲/۳۱	بهنجار	
-۱/۰۹۶	۰/۲۲	۱۶/۵۱***	۰/۴۹	۲/۸۵	دارای لکنت	شکست
			۰/۴۰	۲/۳۶	بهنجار	
۰/۴۱۵	۰/۰۳	۲/۳۱	۰/۴۱	۲/۳۱	دارای لکنت	وابستگی / بی‌کفایتی
			۰/۳۶	۲/۴۷	بهنجار	
-۰/۲۱۹	۰/۰۰	۰/۴۵	۰/۳۱	۱/۹۷	دارای لکنت	آسیب‌پذیری در برابر صدمه و بیماری
			۰/۳۳	۱/۹۱	بهنجار	
-۰/۳۰۴	۰/۰۰	۰/۹۷	۰/۳۲	۱/۶۰	دارای لکنت	گرفتاری
			۰/۲۷	۱/۵۱	بهنجار	
۰/۴۳۵	۰/۰۴	۲/۴۵	۰/۳۵	۲/۳۷	دارای لکنت	استحقاق
			۰/۳۴	۲/۵۲	بهنجار	
۰/۲۷۲	۰/۰۲	۱/۱۶	۰/۳۴	۲/۷۷	دارای لکنت	خویش‌داری
			۰/۲۴	۲/۸۵	بهنجار	
-۰/۸۷۴	۰/۱۳	۹/۹۶***	۰/۴۴	۲/۹۴	دارای لکنت	اطاعت
			۰/۶۶	۲/۴۵	بهنجار	
-۰/۵۶۸	۰/۰۸	۴/۲۵*	۰/۷۱	۳/۰۴	دارای لکنت	ایتار
			۰/۳۶	۲/۷۲	بهنجار	
-۰/۵۵۳	۰/۶۳	۸۷/۳۲***	۰/۷۲	۴/۱۰	دارای لکنت	بازداری هیجانی

۰/۳۳	۲/۶۷	بهنجار			
۰/۴۱	۲/۵۰	دارای لکت			
۰/۳۳	۲/۵۸	بهنجار	۰/۶۳	۰/۰۰	۰/۲۱۵-
					معیارهای سرسختانه

لکنت زبان در پنجمین راهنمای آماری تشخیصی اختلالات روانی به عنوان عاملی مهم شناخته شده است (۲). تنظیم هیجان در سطوح مختلف و در انواع متفاوت با واکنش های متفاوت فیزیولوژیکی همراه است، مانند افزایش فشارخون، ضربان قلب، انقباض ماهیچه ها و افزایش فعالیت دستگاه سمپاتیک همراه است. تنظیم هیجان معیوب از کودکی در افراد مبتلا به لکنت زبان وجود دارد و یکی از عمده ترین مسائلی است که در تداوم این اختلال تا بزرگ سالی نقش دارد، روش های بررسی تنظیم هیجان این افراد با والدین و مراقبین نشان داده است که این کودکان در مدیریت هیجان و تنظیم هیجان تفاوت های معناداری با کودکان بهنجار دارند، کودکانی که لکنت زبان دارند در مقایسه با کودکان بهنجار در هنگام مواجه شدن با محرک های منفی، هیجان های منفی بیشتری از خود نشان می دهند و همچنین در موقع مواجه با محرک های مثبت، هیجان های مثبت کمتری در مقایسه با کودکان بهنجار از خود نشان می دهند، تنظیم هیجان در افراد مبتلا به لکنت زبان با برانگیختگی ها و واکنش پذیری های بیشتری همراه است که منجر به بدتنظیمی هیجانی و افزایش لکنت زبان می شود، کودکان مبتلا به لکنت زبان با شیوه های نامناسبی به تنظیم هیجان خود می پردازند که موجب می شود منابع توجهی شان به سوی خطرات و تهدیدات و سوگیری های شناختی صرف شود که همین عامل نیز در تداوم و تشدید لکنت زبان است. هیجان و تنظیم هیجان همچنین در نحوه پاسخ دهی این افراد به محرک های هیجانی نقش زیادی دارد و می تواند منجر به مقابله مؤثر یا نامؤثر گردد (۴).

نتایج همچنین نشان داد که نوجوانان دارای اختلال لکنت زبان در باورهای فراشناختی به صورت معناداری نمرات بالاتری کسب کردند که نشان می دهد این گروه با نارسایی فراشناختی

همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می شود؛ میانگین نمرات روان بنه های محرومیت هیجانی، رهاسدگی، بی اعتمادی، انزوای اجتماعی، شرم، شکست، اطاعت، ایثار و بازداری هیجانی، به صورت معناداری بیشتر از نمرات گروه بهنجار است. این روان بنه ها مربوط به حوزه های بریدگی، طرد و هدایت شدن توسط دیگران است. در روان بنه های دیگر تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد. شاخص های کوهن محاسبه شده نیز معنادار هستند و نشان دهنده اندازه اثر بالای متغیرها در بین دو گروه است.

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش بررسی مقایسه ای تنظیم شناختی هیجان، باورهای فراشناختی و روان بنه های سازش نایافته اولیه در نوجوانان دارای اختلال لکنت زبان و بهنجار بود. نتایج نشان داد که گروه دارای اختلال لکنت زبان در راهبردهای سازش نایافته تنظیم شناختی هیجان از جمله ملامت خود، ملامت دیگران، نشخوارگری و فاجعه سازی نمرات بالاتری را کسب کردند و همچنین در راهبرد سازش یافته دیدگاه گیری گروه دارای اختلال در مقایسه با گروه کنترل نمرات معنادار کمتری را به دست آوردند این یافته ها همسو با پژوهش های علی پور و محمدی (۳۳)، انتوره، کنتوره و والدن (۳۴)، آرنولد و همکاران (۸) است؛ که نشان داده اند افراد مبتلا به لکنت زبان در راهبردهای سازش نایافته مانند نشخوار فکری، نمرات بالاتر و در تنظیم هیجان سازش یافته نمرات کمتری در مقایسه با افراد بهنجار کسب کرده اند.

هیجان از مهم ترین عوامل شناخته شده است که همیشه به نقش آن به عنوان سبب شناسی، تداوم دهنده و عامل عود آن اشاره شده است. هیجان و تجربه های هیجانی و نقش آن در

ارتباط بین اختلال‌های خلقی با روان‌بنه‌های ناکارآمد رهاشدگی، شرم، اطاعت، انزوای اجتماعی، ایثار، شکست، محرومیت هیجانی و بی‌اعتمادی را نشان داده‌اند (۱۶، ۳۶ و ۳۷).

گروه دارای اختلال لکنت زبان در روان‌بنه‌های محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی و شرم نمرات معنادار بالاتری را کسب کردند که این روان‌بنه‌ها در حوزه بریدگی و طرد قرار می‌گیرد. این افراد نمی‌توانند دل‌بستگی‌های ایمنی را شکل دهند و اعتقاد دارند که نیاز آنها به ثبات، امنیت، عشق و تعلق خاطر تأمین نخواهد شد (۳۸). افرادی که روان‌بنه‌هایشان در این حوزه قرار می‌گیرد، دارای دوران کودکی تکان‌دهنده‌ای بوده‌اند و بیشترین آسیب به این افراد وارد شده است. در پژوهش‌های قبلی ارتباط این حوزه روان‌بنه با ترس از ارزیابی منفی که منجر به اضطراب اجتماعی می‌شود مشخص شده است. همچنین روان‌بنه شکست نیز در افراد دارای اختلال لکنت زبان نمرات بالاتر معناداری را نشان داد که نشان می‌دهد این روان‌بنه منجر به اعتقاد داشتن به شکست در رسیدن به موفقیت‌های معمولی می‌شود (۱۶). روان‌بنه رهاشدگی به‌عنوان احساس بی‌اعتمادی به دریافت محبت و حمایت از سوی دیگران تعریف شده است که به نظر می‌رسد همین روان‌بنه با دریافت پایین حمایت اجتماعی در این افراد مرتبط است. ارتباط روان‌بنه‌های شکست، شرم و ایثار با نشانگان افسردگی به تأیید رسیده است (۱۹). فردی که دارای روان‌بنه شکست است در مورد توانایی خود در برابر جدایی، بقا و عملکرد مستقل دچار خطای شناختی است که منجر به کاهش اعتماد به خود فرد می‌شود. این روان‌بنه به دلیل انتقال احساس بی‌کفایتی به فرد از عوامل مؤثر در ایجاد اضطراب است (۱۷). گروه لکنت زبان در روان‌بنه‌های بازداری هیجانی نیز نمرات معنادار بالاتری را کسب کردند که نشان از بازداری افراطی اعمال، احساسات و ارتباطات به‌منظور جلوگیری از طردشدن، احساس شرمندگی کردن و از دست دادن قدرت مهار تکانه‌ها انجام می‌گیرد که در پژوهش‌هایی نیز به مشکلات تنظیم هیجانی در

مواجه هستند این یافته‌ها همسو با پژوهش‌های رضایی و همکاران (۲۶)، علی‌پور و محمدی (۳۳) و قائمی (۳۵) است که نشان دادند افراد مبتلا به لکنت زبان در مقایسه با افراد بهنجار در باورهای فراشناختی دچار مشکلاتی هستند. طبق مدل کنش اجرایی خودتنظیمی (۲۷) مشکل اصلی افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی، باورهای فراشناختی مختل است، برای بسیاری از افراد، تجربه ناراحتی، هیجانی گذرا و کوتاه‌مدت است، چون راه‌های مقابله‌ای اعطاف‌پذیر در برابر عقاید منفی ساخته ذهن (مانند افکار و باورها) را آموخته‌اند. رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آنها به الگوی خاصی از پاسخ‌دهی به تجربه‌های درونی منجر می‌شود. این الگو که نشانگان شناختی توجهی نامیده می‌شود شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت‌شده و راهبرد های خودتنظیمی یا رفتارهای مقابله‌ای سازش‌نا یافته است (۱۰). به نظر می‌رسد که افراد مبتلا به اختلال لکنت زبان دارای نشخوار ذهنی بیشتری در باره فواید نگرانی، نگرانی‌هایی راجع به توانایی کنترل، نگرانی‌ها و تردیدهایی درباره کارکرد و توانمندی شناختی هستند و از آنجایی که افراد دارای نارسایی فراشناختی از راهبردهای سازش‌نا یافته استفاده می‌کنند که این راهبردها نیز موجب تداوم و تشدید نارسایی فراشناختی می‌شوند با توجه به همبودی بالای اختلال‌های اضطرابی در افراد دارای اختلال لکنت زبان، چنین به نظر می‌رسد که همین سازوکارهای فراشناختی در لکنت زبان نیز وجود داشته باشد. نتایج تحلیل روان‌بنه‌های سازش‌نا یافته اولیه نیز نشان داد که در بین نوجوانان دارای اختلال لکنت زبان، روان‌بنه‌های محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی، انزوای اجتماعی، شرم، شکست، اطاعت، ایثار و بازداری هیجانی، روان‌بنه‌های غالب هستند و بر مبنای این روان‌بنه‌ها تفاوت معناداری با افراد بهنجار دارند. این روان‌بنه‌ها مربوط به حوزه‌های بریدگی، طرد و هدایت شدن توسط دیگران است؛ در واقع این افراد در این حوزه‌ها بیشترین آسیب‌پذیری را دارند. پژوهش‌های متعدد

لکنت، یک‌زبانه یا دوزبانه بودن و عدم نمونه‌گیری از نوجوانان دختر اشاره کرد که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی در قالب طرح‌های آزمایشی و مدل‌یابی معادلات ساختاری، استفاده از هردو جنسیت و کنترل مواردی چون سابقه لکنت و چندزبانه بودن بررسی گردد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از معلمان گرامی آموزش و پرورش همدان، آقای علی صادقی و خانم معصومه حاتمی و تمامی همکاری‌هایی که ما را در گردآوری اطلاعات و انجام پژوهش یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را به جا می‌آوریم.

افراد دارای لکنت زبان اشاره شده است (۳۹). از روان‌بنا به عنوان عامل تأثیرگذار شناختی که در تداوم اختلال اضطراب اجتماعی نقش دارد نام برده شده است (۱۹). به دلیل همبودی بالای اختلال‌های اضطرابی در لکنت زبان، چنین به نظر می‌رسد که روان‌بنا‌های سازش‌نیافته اولیه با اضطراب و افسردگی در اختلال لکنت زبان مرتبط است و بایستی در برنامه‌های درمانی و پیشگیری به نقش این عوامل توجه داشت. بر اساس یافته‌های این پژوهش و به لحاظ کاربرد بالینی، می‌توان از آموزش فراشناختی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان برای این افراد در برنامه‌های درمانی و پیشگیری استفاده کرد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از طرح پژوهش پس‌رویدادی، عدم کنترل متغیرهایی چون سابقه

Archive of SID

References

1. Conture EG, Kelly EM, Walden TA. Temperament, speech and language. *J Commun Disord*. 2013; 46(2):125-42.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth Edition (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013
3. Beilby J M, Byrnes, Michelle E L, Yaruss JS. The impact of stuttering on adults who stutter and their partners. *J Fluency Disord*. 2013; 38(12): 14-29.
4. Walden, T A, 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): 33-644.
5. Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation: Conceptual foundations. In: Gross JJ, editor. *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press; 2007, pp: 3-24.
6. Ochsner KN, Gross JJ. The cognitive control of emotion. *Trends Cogn Sci*. 2005; 9(5):242-9.
7. Karrass J, Walden TA, Conture EG, Graham CG, Arnold HS, Hartfield KN, Schwenk KA. Relation of emotional reactivity and regulation to childhood stuttering. *J Commun Disord*. 2006; 39(6):402-23.
8. Arnold HS, Conture EG, Key AP, Walden T. Emotional reactivity, regulation and childhood stuttering: A behavioral and electrophysiological study. *J Commun Disord*. 2011; 44(3):276-93.
9. Bloodstein O, Bernstein Ratner, N. *A handbook on stuttering*. Sixth Edition. Clifton Park, NY: Thomson Delmar; 2008
10. Wells A, Carter K. Further tests of a cognitive model of GAD: Meta-cognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression and non-patients. *Journal of Behavior Therapy*. 2001; 32: 85-102.
11. Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford; 2009
12. Spada MM, Nikcevic AV, Moneta GB, Wells A. Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences*. 2008; 44(5):1172-81.
13. Lowe R, Guastella AJ, Chen NTM, Menzies RG, Packman A O'Brian S, Onslow M. Avoidance of eye gaze by adults who stutter. *J Fluency Disord*. 2012; 37(4):263-74.
14. Orue I, Calvete E, Padilla P. Brooding rumination as a mediator in the relation between early maladaptive schemas and symptoms of depression and social anxiety in adolescents. *J Adolesc*. 2014; 37(8):1281-91.
15. Beck AT, Freeman A, Davis D. *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press; 1990.
16. Young JE. *Young Schema Questionnaire-Short Form*. New York: Schema Therapy Institute; 2005.
17. Young J, Martin R. *Schema Therapy in Dobson KS. Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. New York: The Guilford Press; 2010.
18. Anderson K, Rieger E, Caterson I. A comparison of maladaptive schemata in treatment-seeking obese adults and normal-weight control subjects. *J Psychosom Res*. 2006; 60(3):245-52.
19. Calvete E, Estevez A, Arroyabe ELd, Ruiz P. The Schema Questionnaire - Short Form. *Eur J Psychol Assess*. 2005; 21(2):90-9.
20. Beck AT, Emery G. *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books; 1985.
21. Dodge CS, Hope DA, Heimberg RG, Becker RE. Evaluation of the Social Interaction Self-Statement Test with a social phobic population. *Cognit Ther Res*. 1988; 12(2):211-22.
22. Wenzel A. Schema Content for Threat in Social Phobia. *Cognit Ther Res*. 2004; 28(6):789-803.
23. Weeks JW, Howell AN. The bivalent fear of evaluation model of social anxiety: further integrating findings on fears of positive and negative evaluation. *Cogn Behav Ther*. 2012; 41(2):83-95.
24. Turner SM, Johnson MR, Beidel DC, Heiser NA, Lydiard RB. The Social Thoughts and Beliefs Scale: a new inventory for assessing cognitions in social phobia. *Psychological assessment*. 2003; 15(3):384-91.

25. Howell P, Soukup-Ascencao T, Davis S, Rusbridge S. Comparison of alternative methods for obtaining severity scores of the speech of people who stutter. *Clin Linguist Phon*. 2011; 25(5):368-378.
26. Rezai H, Mohseni M T, Rezapour Mirsaleh Y, Sadollahi A, Ghorbani R. Role of metacognitive beliefs in prediction of anxiety level and stuttering severity in people with stuttering. *koomesh*. 2014; 16 (1):14-22. [Persian].
27. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther*. 2004; 42(4):385-96.
28. Abolghasemi A, Ahmadi M, Kiamarsi A. The Relationship of Metacognition and Perfectionism with Psychological Consequences in the Addicts. *Journal of Research Behavioral Sciences*. 2007; 5(2): 73-78. [Persian].
29. Jermann F, Van-Der-Linden M, d'Acremont M, Zermatten A. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ): Confirmatory Factor Analysis and Psychometric Properties of the French Translation. *Eur J Psychol Assess*. 2006; 22(2): 126-131.
30. Mashhadi A, Hasani J, Mirdoraghi F. Factor structure, reliability and validity of Persian version of the cognitive emotion regulation questionnaire-children form (CERQ-K-P). *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2013; 14(55):59-246. [Persian].
31. Welburn K, Cristine M, Dagg P, Pontefract A, Jordan S. The Schema Questionnaire—Short Form: Factor Analysis and Relationship between Schemas and Symptoms. *Cognit Ther Res*. 2002; 26(4):519-30.
32. Yousefi N, Etemadi A, Bahrami F, Ahmadi A, Fatehi-Zadeh M. Comparing of early maladaptive schemas among divorced and non-divorced couples as predictors of divorce. *Journal of psychiatry and clinical*. 2010; 16(1): 21-33. [Persian].
33. Alipour F, Mohammadi Sh. Rumination, anxiety and depressive symptoms in patients with stuttering, social anxiety and normal people. *J Appl Psychol*. 2015; 34(9); 97-114[Persian].
34. Ntourou K, Conture EG, Lipsey MW. Language abilities of children who stutter: a meta-analytical review. *Am J Speech Lang Pathol*. 2011; 20(3):163-79.
35. Ghaemi H. Application of Structural Equation Modeling in Assessing the Relationship between Stuttering Students' Cognitive and Metacognitive Strategies and Their Reading Comprehension Performance. *Language Testing in Asia*. 2011; 1(2):1-26. [Persian].
36. Halvorsen M, Wang CE, Richter J, Myrland I, Pedersen SK, Eisemann M, Waterloo K. Early maladaptive schemas, temperament and character traits in clinically depressed and previously depressed subjects. *Clin Psychol Psychother*. 2009; 16(5):394-407.
37. darvishi F, rahmani MA, Akbari B, Rahbar M. A Comparison of Relationship between Early Maladaptive Schemas with Depression Severity in Suicidal Group and Non-clinical Sample. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2013; 84:1072-7.
38. Toneatto T. Metacognition and substance use. *Addict Behav*. 1999; 24(2):167-74.
39. Choi D, Conture EG, Walden TA, Lambert WE, Tumanova V. Behavioral inhibition and childhood stuttering. *J Fluency Disord*. 2013; 38(2):171-83.

Cognitive Emotion Regulation Strategies, Metacognition, and Early Maladaptive Schemas in Students with Stuttering and Normal Students

Farshid Alipour*¹, Jafar Hasani², Elahe Bodaghi³, Forouzandeh Mohtashmirad⁴, Saber Saeidpour⁵

Received: May 22, 2016

Accepted: August 20, 2016

Abstract

Background and purpose: Stuttering disorders are among the disorders which their etiology is not entirely clear yet, and more psychological research is needed to clear our understanding of this disorder. Therefore, present study aimed to compare cognitive emotion regulation, metacognition, and early maladaptive schemas in adolescents with stuttering and normal adolescents.

Method: present study was a casual-comparative research. The study population consisted of all the secondary school students in Hamadan with stuttering who referred to speech therapist in the third quarter of 2013. 21 patients suffering from stuttering and 21 normal individuals were selected using convenience sampling method. Data were collected using Young Schema Questionnaire (1998), cognitive emotion regulation (Garnfsky, Krayj & Aspynhavn, 2001), and meta-cognition Inventory (Wells, 2002). Data were analyzed using univariate analysis of variance.

Results: The results showed that comparing to normal adolescents, adolescents with stuttering use more maladaptive strategies and less adaptive strategies. Furthermore, groups showed significant differences in terms of their metacognition and schemas ($p < .001$).

Conclusion: According to our findings, in comparison to normal adolescents, adolescents with stuttering have higher levels of maladaptive emotion regulation strategies, metacognitive beliefs, and early maladaptive schemes.

Keywords: Metacognition, cognitive emotion regulation, early maladaptive schemes, stuttering

1.***Corresponding Author:** Master of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran (alipoorfarshid@yahoo.com)
2. Associate Professor, Kharazmi University, Tehran, Iran
3. M.A. in Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran Iran
4. M.A. in Psychology, Islamic Azad University, Hamedan, Iran
5. M.A. in Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran Iran