



دانشگاه پیام نور

مرکز تهران جنوب

عنوان پایان نامه:

مقایسه اثر بخشی مدل درمانی توانمندی‌ها و خواسته‌ها (DCM) و برنامه

لیدکامب بر کاهش شدت لکنت کودکان پیش دبستانی

پایان نامه

برای دریافت درجه کارشناسی ارشد

در رشته روان شناسی عمومی

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر محمد اورکی

اساتید مشاور:

جناب آقای دکتر محمد احسان تقی زاده

جناب آقای مهدی بختیار

نگارش:

مریم محسنی

زمستان ۱۳۹۰

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

چکیده

این پژوهش یک مطالعه‌ی نیمه آزمایشی با هدف تعیین و مقایسه‌ی اثربخشی برنامه‌ی درمانی لیدکامب و مدل درمانی خواسته‌ها و توانمندی‌ها بر کاهش شدت لکنت کودکان پیش دبستانی می‌باشد. در این پژوهش ۲۰ کودک لکتی پیش دبستانی از کلینیک‌های دانشگاهی و مراکز گفتاردرمانی دولتی و مهدکودک‌های سطح شهر تهران انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۰ نفره جایگزین شدند و به مدت ۱۲ جلسه‌ی انفرادی تحت تاثیر برنامه‌ی درمانی لیدکامب و مدل درمانی خواسته‌ها و توانمندی‌ها قرار گرفتند. شدت لکنت کودکان هر دو گروه بر اساس شاخص درصدهای لکنت شده (SS%) در سه مرحله‌ی پیش تست، میان تست و پس تست اندازه‌گیری و اطلاعات به دست آمده از طریق تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد. بر اساس یافته‌های تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مشخص شد که: ۱- هر دو برنامه‌ی درمانی لیدکامب و مدل درمانی خواسته‌ها و توانمندی‌ها توانسته‌اند در میزان شدت لکنت کودکان پیش دبستانی از نظر آماری کاهش معناداری پدید آورند ($p < 0/01$). ۲- با وجود این که برنامه‌ی لیدکامب از نظر درمانی ارزش بیشتری نسبت به مدل درمانی خواسته‌ها و توانمندی‌ها داشت و در کاهش شدت لکنت کودکان پیش دبستانی موثرتر بود ولی تفاوت مشاهده شده از نظر آماری معنادار نبود. در مجموع، نتایج پژوهش حاضر، نقش موثر برنامه‌ی درمانی لیدکامب و مدل درمانی خواسته‌ها و توانمندی‌ها را در کاهش شدت لکنت کودکان پیش دبستانی تایید نمود. علاوه بر این، بر اساس این تحقیق مشخص شد؛ هر دو روش درمانی اثربخشی تقریباً یکسانی بر کاهش شدت لکنت کودکان پیش دبستانی دارند.

کلید واژه‌ها: لکنت، برنامه‌ی درمانی لیدکامب، مدل درمانی خواسته‌ها و توانمندی‌ها

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول: کلیات پژوهش

۲.....	مقدمه
۲.....	بیان مساله
۵.....	اهمیت موضوع
۷.....	فرضیه های پژوهش
۷.....	اهداف پژوهش
۷.....	متغیرها

فصل دو: مبانی نظری و پیشینه پژوهش

مبانی نظری

۱۰.....	تعریف و طبقه‌بندی لکنت
۱۱.....	ویژگی‌های تشخیصی لکنت
۱۲.....	شیوع لکنت
۱۳.....	مطالعات شیوع شناسی در ایران
۱۴.....	عوامل لکنت
۱۴.....	عوامل سرشتی لکنت
۱۴.....	زمینه‌ی زیست شناختی
۱۴.....	عامل وراثتی

عوامل اثرگذار مادرزادی و سال‌های اولیه کودکی	۱۹
عوامل مربوط به ساختار و عملکرد مغز	۲۰
عدم غلبه‌ی نیمکره‌ای مغز	۲۰
تفاوت‌های نروفیزیولوژیکی	۲۱
بیش‌فعالی‌ی نیمکره‌ی راست در طی لکنت	۲۱
عدم فعالیت کورتکس شنیداری چپ در طی لکنت	۲۳
تفاوت‌های نروآناتومیکی در افراد لکنتی	۲۴
زبان	۲۵
هیجان‌ات	۲۶
اضطراب و برانگیختگی غیرارادی	۲۷
خلق و خو	۲۷
عوامل رشدی	۲۸
رشد فیزیکی	۲۹
رشد شناختی	۳۱
رشد شناختی و شروع لکنت	۳۱
رشد شناختی و واکنش‌ها نسبت به لکنت	۳۲

عنوان	صفحه
رشد هیجانی و اجتماعی	۳۳
تداخل عوامل هیجانی با گفتار	۳۳
عوامل مربوط به مراحل رشد هیجانی و اجتماعی	۳۳
امنیت	۳۴
خودآگاهی و حساسیت نسبت به لکنت	۳۴
رشد گفتار و زبان	۳۵
رشد گفتار و شروع لکنت	۳۵
تأخیر یا انحراف رشدی گفتار و زبان	۳۸
عوامل محیطی	۴۰
والدین	۴۰
محیط گفتاری و زبانی کودک	۴۲
وقایع زندگی	۴۴
عامل یادگیری	۴۵
شرطی سازی کلاسیک	۴۵
شرطی سازی فعال	۴۶
شرطی سازی اجتنابی	۴۷

نظریه‌های لکنت	۴۷
رویکردهای نظری در خصوص عوامل سرشتی لکنت زبان	۴۷
لکنت زبان به‌عنوان یک اختلال در سازمان‌بندی مغز	۴۷
لکنت زبان به‌عنوان یک اختلال در زمان‌بندی یا تنظیم زمان	۴۹
لکنت زبان به‌عنوان یک ظرفیت کاهش یافته طرح ریزی درونی	۵۰
لکنت زبان به‌عنوان یک نقص در تولید زبان	۵۱
لکنت زبان به‌عنوان یک لرزش فیزیولوژیک	۵۳
رویکردهای نظری بر عوامل رشدی و محیطی	۵۴
نظریه‌ی تشخیص زاد	۵۴
مشکل ارتباطی و تلاش‌های پیشگیرانه	۵۵
نظریه‌ی خواسته‌ها و توانمندی‌ها	۵۶
یکپارچگی رویکردهای لکنت زبان	۵۸
مدل دو مرحله‌ای لکنت	۵۸
رویکردی به لکنت اولیه	۵۸
نظریات ناهمزمانی	۵۹
رویکردی به لکنت ثانویه	۵۹

۶۰.....	خلق و خو
۶۱.....	یادگیری
۶۳.....	تاریخچه‌ی مختصری از درمان لکنت در کودکان خردسال
۶۴.....	رویکردهای غیر مستقیم
۶۴.....	نظریه‌ی تشخیص زاد آغاز لکنت
۶۵.....	مدل توانمندی‌ها و خواسته‌ها
۶۶.....	رویکردهای مستقیم
۶۶.....	اصلاح لکنت توسط والدین
۶۶.....	رویکرد مستقیم ون رایپر
۶۷.....	شرطی سازی عامل و برنامه‌ی لیدکامب
۶۸.....	سنجش لکنت
۶۹.....	پایه‌های نظری برنامه‌ی درمانی لیدکامب
۷۱.....	روش شناختی برنامه‌ی لیدکامب
۷۲.....	دلایل منطقی رویکرد درمانی لیدکامب
۷۲.....	پایه‌های نظری مدل درمانی خواسته‌ها و توانمندی‌ها
۷۲.....	دیدگاه این رویکرد به ماهیت لکنت

عوامل و یا توانمندی‌های مورد نیاز جهت تولید گفتار روان	۷۳
خواسته‌ها و انتظارات مرتبط با روانی گفتار	۷۶
دلایل منطقی برای رویکرد درمانی خواسته‌ها و توانمندی‌ها	۷۷
چکیده	۷۸

پیشینه‌ی پژوهش

مطالعات مربوط به رویکرد درمانی خواسته‌ها و توانمندی‌ها	۸۰
مطالعاتی که به خواسته‌ها یا توانمندی‌ها می‌پردازد	۸۰
مطالعاتی که به تعدیل و اصلاح محیط پرداخته‌اند	۸۱
مطالعات مربوط به مدل درمانی خواسته‌ها و توانمندی‌ها	۸۲
مطالعات مربوط به برنامه‌ی درمانی لیدکامب	۸۳
مطالعات مربوط به مقایسه‌ی دو رویکرد درمانی	۸۶
مطالعات داخلی	۸۷

فصل سه : روش پژوهش

مقدمه	۸۹
نوع مطالعه و طرح تحقیق	۸۹
جامعه‌ی آماری	۸۹
نمونه و روش نمونه‌گیری	۹۰
ملاک‌های شمول	۹۰

۹۰.....	ملاک های عدم شمول
۹۰.....	حذف نمونه
۹۰.....	متغیرها
۹۱.....	محیط مطالعه
۹۱.....	ابزار گردآوری داده ها
۹۱.....	شاخص درصد هجاهای لکنت شده
۹۲.....	شاخص شدت لکنت
۹۲.....	روش گردآوری داده ها
۹۲.....	محاسبه ی درصد هجاهای لکنت شده
۹۳.....	اندازه گیری شدت لکنت
۹۴.....	تعیین پایایی سنجش ها
۹۴.....	روش انجام مداخله
۹۵.....	روش تجزیه و تحلیل داده ها
۹۵.....	ملاحظات اخلاقی

فصل چهار : یافته های پژوهش و تجزیه و تحلیل آنها

۹۹.....	مقدمه
۹۹.....	توصیف داده ها
۱۰۰.....	تحلیل داده ها
۱۰۰.....	فرضیه ی اول

صفحه	عنوان
۱۰۳.....	فرضیه‌ی دوم
۱۰۶.....	فرضیه‌ی سوم

فصل پنج : بحث و نتیجه گیری

۱۱۳.....	مقدمه
۱۱۳.....	تبیین فرضیه های پژوهشی
۱۱۳.....	فرضیه‌ی اول
۱۱۶.....	فرضیه‌ی دوم
۱۱۹.....	فرضیه‌ی سوم
۱۲۳.....	نتیجه‌ی کلی
۱۲۳.....	محدودیت‌ها
۱۲۳.....	پیشنهاد‌های پژوهشی
۱۲۴.....	پیشنهاد‌های کاربردی

منابع

۱۲۶.....	منابع فارسی
۱۲۷.....	منابع لاتین

پیوست‌ها

۱۳۸..... راهنمای استفاده از مدل توانمندی‌ها و خواسته‌ها

۱۴۵..... راهنمای برنامه‌ی لیدکامب در مداخله‌ی زود هنگام لکنت

۱۵۶..... نمونه برگه‌ی ثبت درصد هجاهای لکنت شده (%SS) و شدت لکنت (SR)

۱۵۶..... چکیده انگلیسی

فهرست نمودارها

صفحه	عنوان
۱۰۲.....	نمودار ۱-۴: نمودار شیب شدت لکننت در گروه لیدکامب
۱۰۵.....	نمودار ۲-۴: نمودار شیب شدت لکننت در گروه خواسته ها و توانمندی ها
۱۱۱.....	نمودار ۳-۴: نمودار شیب شدت لکننت در هر دو گروه آزمایش

فهرست نگاره ها

صفحه	عنوان
۹۹.....	جدول ۴-۱: میانگین سن گروه های شرکت کننده به ماه.....
۱۰۰.....	جدول ۴-۲: آزمون کرویت موجلی (فرض همسانی کوواریانسها) برای داده های مقیاس (درون آزمودنی LP).....
۱۰۱.....	جدول ۴-۳: آزمون های چند متغیره برای اندازه گیری تفاوت بین سطوح متغیر مستقل آمار توصیفی نمونه مورد مطالعه بر اساس آزمون در گروه درمانی لیدکامب
۱۰۱.....	جدول ۴-۴: آزمونهای تفاوتهای آزمودنی در گروه لیدکامب (بررسی روند ها).....
۱۰۲.....	جدول ۴-۵: ویژگی های توصیفی گروه لیدکامب به تفکیک پیش آزمون، میان آزمون و پس آزمون.....
۱۰۳.....	جدول ۴-۶: آزمون همگنی ماتریس کوواریانس برای بررسی تقارن مرکب در درون آزمون.....
۱۰۴.....	جدول ۴-۷: آزمون کرویت موجلی برای داده های مقیاس (درون آزمودنی DCM).....
۱۰۴.....	جدول ۴-۸: آزمون های چند متغیره برای اندازه گیری تفاوت بین سطوح متغیر مستقل آمار توصیفی نمونه مورد مطالعه بر اساس آزمون در گروه خواسته ها و توانمندی ها
۱۰۵.....	جدول ۴-۹: آزمونهای تفاوتهای آزمودنی در گروه DCM (بررسی روند ها).....
۱۰۶.....	جدول ۴-۱۰: ویژگی های توصیفی گروه خواسته ها و توانمندی ها به تفکیک پیش آزمون میان آزمون و پس آزمون.....
۱۰۷.....	جدول ۴-۱۱: آزمون کرویت موجلی برای داده های مقیاس (درون آزمودنی در هر دو گروه درمان).....
۱۰۸.....	جدول ۴-۱۲: آزمون های چند متغیره برای اندازه گیری تفاوت بین سطوح متغیر مستقل آمار توصیفی نمونه مورد مطالعه بر اساس آزمون در هر دو گروه درمان
۱۰۹.....	جدول ۴-۱۳: آزمونهای تفاوتهای درون آزمودنی (بررسی روند ها).....
۱۰۹.....	جدول ۴-۱۴: آزمون لون برای برابری واریانس خطا در درون آزمون.....
۱۱۰.....	جدول ۴-۱۵: ویژگی های توصیفی نمونه با توجه به گروه های مورد درمان به تفکیک پیش آزمون، میان آزمون و پس آزمون

فصل اول

کلیات پژوهش

۱-۱ مقدمه

در این فصل ابتدا به بیان مسأله‌ی تحقیق می‌پردازیم، سپس فرضیه‌ها و هدف‌های پژوهش مطرح شده و پس از پرداختن به اهمیت موضوع، متغیرهای تحقیق بیان می‌شود.

۱-۲ بیان مسأله

گفتار شکلی از زبان است که در آن با استفاده از نشانه‌های کلامی یا نشانه‌های قراردادی مقاصد و عواطف فرد به دیگری منتقل می‌شود. هر گاه این وسیله‌ی ارتباطی انسان‌ها یعنی گفتار به هر دلیلی دچار نقص شود بر تمام جوانب شخصیتی فرد تاثیر گذارده و وی را با مشکل مواجه خواهد ساخت. یکی از شایع‌ترین و در عین حال پیچیده‌ترین اختلالات گفتاری که متناسب با شدت و عوارض ایجاد شده، فرد را به درجات مختلف در زندگی فردی و اجتماعی دچار آشفتگی و نگرانی ساخته و باعث ایجاد اختلال در ارتباط فرد با سایرین می‌شود، لکنت می‌باشد. لکنت زبان در واقع نوعی نارسایی در روانی رایج و الگوی زمانی گفتار است که با سن فرد متناسب نیست (دیوی^۱، ۲۰۰۸).

از آن‌جا که شروع لکنت در ۲-۷ سالگی است و لکنت بزرگسالی تداوم و تثبیت لکنت کودکی می‌باشد (کاپلان و سادوک^۲، ۲۰۰۷)، لذا می‌توان با درمان این اختلال در همان سال‌های نخستین بروز، از لکنت بزرگسالی و پیامدهای اجتماعی و روانی و شخصیتی آن جلوگیری نمود.

تاریخچه‌ای که از درمان کودکان خردسال موجود است شامل چهار رویکرد می‌باشد: یکی از این رویکردها به درمان لکنت به شکل غیرمستقیم می‌پردازد. بر اساس نظریه تشخیص زاد لکنت، آگاهی کودک از ناروانی‌های خویش منجر به مقابله‌ی وی با مشکل خویش می‌گردد و لکنت در نتیجه‌ی برچسب زدن به ناروانی‌های طبیعی کودک به یک مشکل ماندگار تبدیل می‌شود. لذا در درمان سعی بر آن است تا فشارهای ارتباطی و زندگی کودک را تقلیل دهند. رویکرد دیگر، یک رویکرد غیررسمی مستقیم است که توسط والدین به اجرا درمی‌آید و از کودکان خواسته می‌شود که لکنت خویش را متوقف ساخته و با گفتار روان صحبت نمایند. رویکرد سوم، توسط ون رایپر

¹ . Davey

² . Caplan and sadock

و مجموعه افرادی که به طور مستقیم بر روی لکنت کودکان کار می‌کنند مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این روش گفتار روان با تقویت‌های مثبت و منفی مورد پاداش قرار می‌گیرد. آن‌ها هم-چنین همراه با والدین بر روی محیط کودک نیز کار می‌کنند. اما طرفداران این رویکرد نیز به والدین هشدار می‌دهند تا توجه کودک را نسبت به لکنت خویش جلب نمایند. رویکرد چهارم که از رویکرد ون رایپر نیز مستقیم‌تر است بر مبنای استفاده نظام‌دار از پاداش و تنبیه شکل گرفته است. طرفداران این رویکرد درمان لیدکامب^۱ را به وجود آوردند(انسلو، پاکمن، هاریسون^۲، ۲۰۰۳).

مدل توانمندی‌ها و خواسته‌ها^۳: هریس^۴ (۱۹۶۴، به نقل از گیتار، ۲۰۰۶) و نلسون^۵ (۱۹۸۰) به نقل از گیتار، ۲۰۰۶) مطرح نمودند که افراد لکنتی دارای برخی محدودیت‌های عصب شناختی در توانمندی‌های خود می‌باشند و هنگامی که توانایی روانی گفتار در آن‌ها تحت فشار خواسته‌های کلامی شان قرار بگیرد؛ لکنت در آن‌ها به وقوع می‌پیوندد. توانمندی‌ها شامل: کنترل حرکتی گفتار، رشد زبانی، عملکرد عاطفی و اجتماعی و توانایی شناختی کودک می‌باشد. خواسته‌ها نیز شامل: فشارهای عاطفی و اجتماعی و گفتگوهای است که از سوی افراد واقع در محیط زندگی کودک و نیازهای درونی وی در مقابل کلیه توانمندی‌هایش ایجاد می‌گردد. درمانی که با توجه به این مدل برای کودکان ارائه می‌شود؛ نخست کاهش خواسته‌هایی است که از سوی محیط به کودک اعمال می‌شود و در عین حال افزایش توانمندی کودک و خانواده برای ایجاد مقاومت هیجانی در مواجهه با وقوع لکنت می‌باشد(گیتار و مک‌کالی، ۲۰۱۰؛ انسلو و همکاران، ۲۰۰۳).

برنامه‌ی لیدکامب: از اواسط دهه ۱۹۸۰ پژوهشگران و درمانگران لکنت، به استفاده از روش‌های شرطی سازی عامل به‌عنوان ابزار اصلی درمان لکنت روی آوردند و برنامه‌ی لیدکامب را که نوعی درمان رفتاری است را ارائه نمودند. در این روش درمانی، خود لکنت به عنوان رفتار هدف مورد توجه قرار می‌گیرد. عامل درمان در برنامه لیدکامب، بازخوردهای کلامی والدین به گفتار

1. Lidcombe

2. Onslow & packman & Harrison

3. Demands and Capacities Model (DCM)

4. Harris

5. Neilson

دارای لکنت و بدون لکنت کودک در زندگی روزمره می‌باشد. و این مساله با منطق سنتی رایج که براساس آن، لکنت نمی‌بایست مورد توجه کودک و تصحیح دیگران قرار بگیرد مغایرت دارد زیرا این باور وجود دارد که چنین دخالت‌هایی شرایط را برای کودکان وخیم تر می‌سازد.

هدف اصلی برنامه‌ی لیدکامب، تغییر خود لکنت است و بر روی نگرش افراد و عوامل موثر بر لکنت کار نمی‌شود. برنامه‌ی لیدکامب با تاکید اصلی که روی گفتار کودک دارد، ساده‌تر از آن به نظر می‌رسد که بتواند این موضوع گسترده را در نظر بگیرد و همین محدود بودن تمرکز برنامه‌ی لیدکامب موضوع مورد دغدغه والدین و درمانگران می‌باشد

درحالی‌که، درمان توانمندی‌ها و خواسته‌ها، بر این عقیده استوار است که لکنت شرایط پیچیده‌ای دارد و فاکتورهای گوناگونی موجب تداوم و تشدید آن می‌گردد. لذا در چنین رویکردی آنچه بیشتر مورد توجه خانواده‌ها و درمانگران قرار دارد، فشارهای تعاملی و محیطی است که روی کودک وجود دارد(انسلو و همکاران، ۲۰۰۳).

با نگاهی اجمالی به دو رویکرد درمانی، متوجه تضادهایی هم به لحاظ فرضیه‌های پشتیبان و هم به لحاظ شیوه‌ی اجرای برنامه‌ها می‌شویم در حالی‌که داده‌های اندکی در زمینه‌ی مقایسه‌ی کارایی رویکردهای بالینی مختلف در دنیای واقعی موجود است .

حال این سوال مطرح است که با وجود تضاد ظاهری دو مدل درمانی، آیا تفاوتی نیز از نظر اثربخشی دو برنامه‌ی درمانی وجود دارد یا خیر؟ و پژوهش حاضر نیز جهت پاسخ‌گویی به سوالات زیر طرح ریزی شده است :

۱. آیا برنامه‌ی درمانی لیدکامب در کاهش شدت لکنت کودکان پیش دبستانی(۸۲-۳۶

ماهه) موثر است؟

۲. آیا مدل درمانی توانمندی‌ها و خواسته‌ها در کاهش شدت لکنت کودکان پیش

دبستانی(۸۲-۳۶ماهه) موثر است؟

۳. آیا تفاوتی نیز از نظر اثربخشی دو برنامه وجود دارد؟

۱-۳ اهمیت موضوع

رشد و تکامل زبان و گفتار در کودکان تاثیر عمیقی بر سایر جنبه‌های رشدی آنان دارد و بروز اختلال در هر یک از جنبه‌های گفتار، از جمله روانی گفتار، باعث ایجاد مشکلات مختلف روحی، روانی و عاطفی در کودک می‌شود. بسیاری از کودکان دچار لکنت، ناراحتی روان شناختی قابل ملاحظه‌ای را تحمل می‌کنند و لکنت زبان زندگی روزمره بسیاری از کودکان مبتلا را مختل می‌کند. در کودکان سنین پیش دبستانی و سنین مدرسه مبتلا به لکنت زبان، میزان بروز اضطراب اجتماعی و امتناع از رفتن به مدرسه و سایر علائم اضطراب شایع‌تر است (کاپلان و سادوک^۱، ۲۰۰۷).

زمانی که تاثیرات روان‌شناختی لکنت در کودک مورد توجه قرار می‌گیرد، مداخلات درمانی سریع به دلیل وجود اضطراب در کودک و خانواده مطرح خواهد شد، شواهد بسیاری هم نشان می‌دهد که درمان زودهنگام لکنت در همان دوران کودکی می‌تواند منجر به ایجاد گفتار روان طبیعی در آنان گردد و چنانچه این درمان تا دوران نوجوانی و بزرگسالی به تعویق افتد، بهبودی کامل به ندرت ایجاد می‌شود (استارک و در^۲، ۱۹۹۷).

با توجه به آنکه مشکلات گفتار و زبان قبل از سن مدرسه جزء شایع‌ترین اختلالات تکاملی هستند و همچنین با توجه به پیامدهای ناگوار لکنت، تشخیص بهنگام و درمان مناسب این اختلالات برای کودک و خانواده از اهمیت به‌سزایی برخوردار است.

نکته‌ی حائز اهمیت در مورد درمان این‌است که روش‌های درمانی در سنین مختلف بسیار متفاوت است و در سنین پائین، اکثر قریب به اتفاق محققین و درمانگران، درمان‌های غیر مستقیم را پیشنهاد می‌نمایند. این درمان‌ها هر چه زودتر شروع شوند، بهتر نتیجه می‌دهند و تکیه‌ی اساسی آن‌ها کاهش و کنترل عوامل تثبیت کننده‌ی لکنت است. لذا در بحث درمان نیز اگر بتوان علاوه بر تمرکز بر روی گفتار کودک عوامل ایجاد کننده اضطراب کودک را شناسایی و کنترل نمود، می‌توان گام مهمی در کاهش شدت و بهبود لکنت برداشت (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷).

¹ . Caplan and sadock

². Starkweather

لکنت اختلالی است که ابعاد مختلف و ماهیت متغیر آن درمان آن را با مشکل مواجه ساخته است (ون رایپر^۱، ۱۹۹۰). در حال حاضر درمان موثر لکنت در بزرگسالان و کودکان با اختلال مواجه است و رضایت بخش نیست و باید درباره‌ی ماهیت اصلی این اختلال گفتاری و همین‌طور درمان آن مطالب بیشتری آموخته شود.

در مبحث درمان لکنت، دو رویکرد درمانی وجود دارد: اولی، رویکردهای درمانی مستقیم است که عبارت است از: فنون و روش‌هایی که در آن مستقیماً به درمان خود اختلال می‌پردازد و دومین رویکرد، رویکردهای درمانی غیر مستقیم است که عبارت از تعدیل محیط و رفتارهای اطرافیان بیمار دارای لکنت در فرایند درمان است. این رویکرد بر این اساس استوار است که محیط ارتباطی که کودک دارای لکنت در آن زندگی می‌کند می‌تواند نقش مهمی را در موفقیت یا شکست درمان ایفا کند (انسلو و همکاران، ۲۰۰۳؛ کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷؛ دهقان احمد آباد، ۱۳۸۵).

تنش‌هایی در انتخاب درمان مناسب، بین رویکردهای مستقیم و غیر مستقیم وجود دارد ولی تحقیقات اندکی برای کمک به درمانگران جهت انتخاب بهترین و متناسب‌ترین روش درمانی برای هر کودک انجام شده است.

برنامه لیدکامب یک درمان رفتاری و زود هنگام در زمینه‌ی لکنت اولیه است که محل رشد و توسعه‌ی آن منطقه‌ای به نام لیدکامب در سیدنی استرالیا بوده است و تا کنون در نقاط مختلف دنیا اعم از: امریکا (میلر و گیتار، ۲۰۰۹)^۲، آلمان (لاترمن، اولر، نیومن، ۲۰۰۸)^۳، انگلستان، نیوزیلند، کانادا، افریقای جنوبی (انسلو و همکاران، ۲۰۰۳)، و دیگر کشورها مورد مطالعه و بررسی و استفاده قرار گرفته است و در حال گسترش روزافزون می‌باشد. و این در حالی است که در کشور ما تقریباً ناشناخته است. و تاکنون در مورد اثر بخشی این درمان و نیز سایر درمان‌های مربوط به لکنت پژوهشی در داخل کشور انجام نشده است و این مطالعه اولین تلاش پژوهشی در زمینه‌ی اثربخشی برنامه‌ی لیدکامب و حتی درمان زود هنگام لکنت می‌باشد.

1. vanriper

2. Miller & Guitar

3. Lattermann & Euler & Neuman