

Govorne netečnosti u ranom djetinjstvu

Kosić, Karla

Master's thesis / Diplomski rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:158:856677>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-01**



Repository / Repozitorij:

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu

Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Govorne netečnosti u ranom djetinjstvu

Karla Kosić

Zagreb, rujan, 2017.

Sveučilište u Zagrebu

Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Govorne netečnosti u ranom djetinjstvu

Karla Kosić

Doc. dr. sc. Ana Leko Krhen

Zagreb, rujan, 2017.

Izjava o autorstvu

Potvrđujem da sam osobno napisala rad *Govorne netečnosti u ranom djetinjstvu* i da sam njegova autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: Karla Kosić

Mjesto i datum: Zagreb, 4. 9. 2017.

Sažetak

Naslov rada: *Govorne netečnosti u ranom djetinjstvu*

Ime i prezime studentice: Karla Kosić

Ime i prezime mentorice: Doc. dr. sc. Ana Leko Krhen

Studijski smjer na kojem se polaže diplomski ispit: Logopedija

Ovaj rad pruža informacije o početku pojavljivanja govornih netečnosti u ranom djetinjstvu indikativnih za razvoj mucanja te istražuje njihove varijacije. Također, daje uvid u učinkovitost prepoznavanja mucanja u ranom djetinjstvu kao i u načine djelovanja logopedске intervencije u području ranog mucanja. Svrha rada je pružiti informacije koje kliničarima mogu služiti kao orijentir u dijagnostičkom postupku. Obradeni su prikupljeni nalazi iz Logopedskog kabineta Centra za rehabilitaciju Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta (ERF). Uzorak čini 47 djece (26 dječaka i 21 djevojčica) kronološke dobi od 2;00 do 6;00 godina. Sva djeca su prošla diferencijalnu dijagnostiku govornih netečnosti te su u radu analizirani početni dobiveni nalazi. Podaci su interpretirani kvalitativno i kvantitativno. Govorne netečnosti najčešće se uočavaju u djetetovoj drugoj godini života. Netečnosti se ranije javljaju kod djevojčica nego kod dječaka. Većina roditelja iskazuje zabrinutost radi primijećenih netečnosti te traži stručnu logopedsku pomoć ubrzo nakon prepoznavanja istih što je i statistički potvrđeno. Uspoređivanjem distribucija frekvencija mucajućih netečnosti dobiveno je kako se djeca mlađe (2;00 do 4;00) i starije (4;01 do 6;00) kronološke dobi ne razlikuju u učestalosti njihova pojavljivanja. Kod većine djece zabilježeno je postajanje rizičnih faktora za razvoj mucanja. Ovaj podatak ukazuje na potrebu sustavnog praćenja takve djece. Analiza je pokazala kako se djeca s različitim dodijeljenim dijagnozama ne razlikuju u obliku uključivanja u terapiju. Najveći broj praćene djece uključen je u indirektnu terapiju. Indirektnim i direktnim oblikom uključivanja u terapiju obuhvaćena su i djeca s dijagnozom mucanja koja predstavljaju najveći udio u promatranom uzorku (57,4%). Zbog činjenice kako su djeca starije kronološke dobi rizičnija za razvoj kroničnog mucanja, ona se češće uključuju u direktni pristup. Budući da ne postoje standardizirani mjerni instrumenti na hrvatskom jeziku, kliničar se u donošenju odluke često vodi svojom subjektivnom procjenom. Primijećeno je nekonzistentno korištenje dijagnostičkog nazivlja i nesustavno bilježenje dijagnostičkih zapisa. Postojeće stanje ukazuje na nesređenost sustava u domeni dijagnostike ranog mucanja koji iziskuje promjene.

Ključne riječi: govorne netečnosti, mucanje, rano djetinjstvo, dijagnostika, terapija

Abstract

Speech disfluencies in early childhood

This study provides information on the onset of speech disfluencies in early childhood that are indicative to the development of stuttering and therefore explores their variations. It also provides an insight into the effectiveness of early childhood stuttering identification, i.e. the ways in which speech-language-pathology intervene on the matter. The purpose of the study is to provide helpful information that will be used by clinicians as a landmark in diagnostic procedures. Data were collected from the SLP's office in Center of rehabilitation - Faculty of Education and Rehabilitation Sciences. The sample included 47 children (26 boys and 21 girls) age ranging from 2;00 to 6;00 years. All children passed through differential diagnosis of speech disfluencies and their initial results are analyzed in this paper. The data are based on qualitative and quantitative analysis. Speech disfluencies most commonly occur in the child's second year of life. Their onset is earlier seen in girls than in boys. Most parents express concern about the observed onset and therefore seek SLP's support shortly after recognizing speech disfluencies, which is also statistically confirmed. By comparing the frequency distribution of stuttered disfluencies, it was found that younger (2;00 to 4;00) and older (4;01 to 6;00) children do not differ in the frequency of their occurrence. Most children are at risk for stuttering. This information points to the need for systematic monitoring of these children. The analysis has shown that children with different assigned diagnosis do not differ in the form of involvement in therapy. Most children are involved in indirect therapy. Indirect and direct forms of involvement also include children with diagnosis of stuttering that makes the most of the observed sample (57.4%). Due to the fact that older children are more at risk for developing chronic stuttering, they are more often involved in direct therapy. In the process of making diagnostic decisions, the clinician is often carried out by his subjective judgments because of non existing standardized measuring instruments on Croatian language. Inconsistent use of diagnostic terminology and unsystematic recording of diagnostic records have been noted. Current state points to the problems in the domain of diagnostics of early childhood stuttering that require changes.

Key words: speech disfluencies, stuttering, early childhood, diagnosis, therapy

Sadržaj

1.	Uvod	1
1.1.	Razvojni čimbenici u podlozi govornih netečnosti	1
1.2.	Govorne netečnosti	2
1.3.	Vrste govornih netečnosti	3
1.4.	Razlikovanje normalne netečnosti i mucanja	6
1.4.1.	Normalna netečnost	6
1.4.2.	Blago mucanje	7
1.4.3.	Razvijeno mucanje	7
1.5.	Razlikovne značajke govornih netečnosti djece koja mucaju i njihovih vršnjaka koji ne mucaju	8
1.6.	Početak mucanja	10
1.7.	Rizični čimbenici za razvoj mucanja	13
1.8.	Govorne terapije mucanja kod djece niže kronološke dobi	14
1.8.1.	Indirektna terapija	15
1.8.2.	Direktna terapija	16
2.	Ciljevi i problemi istraživanja	18
3.	Metode istraživanja	19
3.1.	Uzorak ispitanika	19
3.2.	Mjerni instrumenti i postupak	19
3.3.	Metode obrade podataka	20
3.4.	Opis varijabli	20
4.	Rezultati istraživanja i rasprava	22
4.1.	Dodijeljene dijagnoze	22
4.2.	Dob prepoznavanja govornih netečnosti	22
4.3.	Početak dobivanja stručne pomoći	23
4.4.	Razlike između dječaka i djevojčica	25
4.5.	Vrste netečnosti	26
4.5.1.	Mucajuće netečnosti i dob	27
4.5.2.	Mucajuće netečnosti i dijagnoza	31
4.5.3.	Ostale netečnosti	31
4.6.	Sekundarna ponašanja	32
4.7.	Rizični faktori za razvoj mucanja	32

4.7.1.	Obiteljska opterećenost mucanjem.....	33
4.7.2.	Neurorizičnost	33
4.7.3.	Dodatni govorno - jezični poremećaji	34
4.8.	Dijagnoza i terapija.....	36
4.9.	Dob i terapija	38
5.	Verifikacija hipoteza	40
6.	Ograničenja istraživanja	41
7.	Zaključak	42
8.	Literatura	45

1. Uvod

1.1. Razvojni čimbenici u podlozi govornih netečnosti

Djetetov govorno-jezični razvoj tijekom predškolskog razdoblja obiluje mnogim čimbenicima koji utječu na pojavu normalnih netečnosti. Neki od njih su pojava leksičkog brzaca oko druge godine, uporaba višesložnih riječi i kompleksnije rečenične strukture ili negacije. Takav nagli porast jezične složenosti odvija se u razdoblju velikih psihičkih promjena i naglog napredovanja u cjelokupnoj motorici pa tako i u motorici govora. Istodobni razvoj mnogih sposobnosti upošljava veliki dio moždanih kapaciteta jer mozak treba obavljati nekoliko zadataka odjednom. Problem istodobne okupiranosti moždanih kapaciteta izraženiji je u djece zbog nezrelosti njihovog živčanog sustava. U neke djece je isto više izraženo jer njihov nešto sporiji govorno-jezični razvoj mora biti uklopljen u okolinu koja govori brzo ili koristi jezik kojeg dijete nije u stanju slijediti (Galić Jušić, 2001).

Ponekad postoji nesrazmjer u napređovalom jezičnom razvoju i manjkavoj artikulacijskoj sposobnosti koja ne dopušta motorički ispravnu govornu izvedbu jezično razvijene misli. Takva djeca mogu početi govoriti veoma netečno u razdoblju kada moraju uskladiti različite stvari, primjerice, jezični iskaz sa spoznajom prilikom korištenje nekog predmeta uz brzo izricanje misli. Sva ta jezična složenost događa se u jednom kratkom vremenu koje traži veliku brzinu. Brži govor ne može biti artikulacijski precizan i tečan. To je trenutak kada govor mnoge djece postaje netečan jer se udružuje jezična složenost i veća brzina govora s još, vjerojatno nezrelom motoričkom izvedbom govora. U neke djece, maturacijom živčanog sustava, takvi problemi nestaju, dok kod drugih ostaju i dalje prisutni. Razlozi tomu su mnogi. S jedne je strane u ovih drugih konstitucijski uvjetovano nešto sporije sazrijevanje govorno jezičnih sposobnosti, a s druge strane ih okružava brzi govor okoline. Sve to zajedno, najvjerojatnije čini onaj ključni moment prijelaza iz tzv. normalnog netečnog govora u mucanje (Galić Jušić, 2001).

1.2. Govorne netečnosti

Tečan govor se ostvaruje kontinuirano, prema zakonitostima fonetskog vezivanja glasova u govoru, prema određenom ritmu, visini, naglascima i melodiji zadanog jezika. Prema Starkweatheru (1987), četiri su osnovne dimenzije tečnog govora: 1. kontinuitet, 2. tempo, 3. ritam i 4. lakoća govorenja. Govor koji nastaje u mozgu govornika podrazumijeva složeni proces, uključujući formuliranje željene poruke, odabir i redanje riječi i slogova te pripremanje ritma, tempa i intonacije. Različite razine govornog sustava moraju funkcionirati ispravno i u bliskoj koordinaciji. Konačni govorni izlaz ovisi o prijenosu koordiniranih neuroloških naredbi od mozga do perifernih motornih i osjetilnih mehanizama koji reguliraju željene govorne signale i pokrete. Na fiziološkoj motornoj razini, tečan govor zahtjeva niz precizno koordiniranih pokreta respiratornih, fonatornih i artikulacijskih mišića. Također, govorni izlaz je moduliran vlastitim praćenjem proprioceptivnih, taktilnih, kinestetičkih i slušnih povratnih informacija (Yairi i Seery, 2015).

Kod mucanja, taj precizan, vremenski usklađen niz pokreta i rezultirajući normalni tijek govora može biti poremećen na gotovo bilo kojoj ili svim razinama govorno motornog sustava: disanje, fonacija i artikulacija. Prekidi se često pojavljuju kao različite govorne netečnosti; nemogućnosti iniciranja riječi, respiratorne i fonatorne nepravilnosti (nedostatak zraka za govor, podizanje visina tona) i drugi (Yairi i Seery, 2015).

Govorne netečnosti smatraju se glavnim elementom mucanja. Međutim, termini *netečnost* i *mucanje* ne smiju biti izjednačeni. Netečnost ima šire značenje jer isti termin pokriva sve prekide u govoru. Neki od njih smatraju se tipično normalnim, dok se drugi smatraju tipično abnormalnim, tj. uglavnom se odnose na mucanje. Komplikirano je učiniti razliku jer nisu sve netečnosti u govoru ljudi koji mucaju nužno one koje karakteriziraju mucanje, neke su normalne. Također, vrste netečnosti koje se obično smatraju mucajućim¹, ponekad su prisutne i u govoru tečnih govornika. Važno problemsko pitanje koje se odnosi na uporabu pojma *netečnost* nastaje jer su istraživanja pokazala kako na procjenjivanje mucanja ili tečnog govora utječe niz čimbenika. Neki su usko povezani s objektivnim svojstvima dotičnog segmenta govora, kao što je specifična vrsta netečnosti. Primjerice, produžavanje glasova će u većoj mjeri biti percipirano kao mucajući tip netečnosti, nego što će to biti slučaj s umetanjima u govoru (Young, 1984; prema Yairi i Seery, 2015). Drugi čimbenici su više

¹ U radu će se koristiti kao prijevod za "*stuttering-like-disfluencies (SLD)*".

povezani sa subjektivnim utjecajima kao što je slušateljeva pozadina i njegova životna iskustva. Primjerice, osoba koja ima članove obitelji koji mučaju može biti osjetljivija na prekide u govoru te sklonija prosuđivati iste kao mučajuće netečnosti (Sander, 1968; prema Yairi i Seery, 2015). Također, isti netečan govor može biti procijenjen drugačije od strane drugog slušatelja ili čak od strane istog slušatelja u drugačijim okolnostima.

1.3. Vrste govornih netečnosti

Još uvijek ne postoji slaganje kliničara i istraživača u vezi taksonomije netečnosti. Glavna pitanja koje se odnose na razlikovanje netečnosti te na termine koji bi se trebali koristiti za njihovo imenovanje i dalje ostaju predmet rasprave i neslaganja među stručnjacima koji se bave poremećajima tečnosti govora.

Sustavi klasifikacija netečnosti počeli su se pojavljivati u literaturi oko 1930. godine kada je nekoliko studenata Wendella Johnsona počelo istraživati netečnosti u govoru normalno tečne predškolske djece. Zbog tehničkih ograničenja audio zapisa u tom razdoblju, njihov arhaični repertoar uključivao je samo tri vrste netečnosti: ponavljanje slogova, riječi i fraza. Od tada su ponuđene brojne klasifikacije, ali uglavnom predstavljaju varijacije osam vrsta netečnosti koje su koristili Johnson i sur. (1959; prema Jiang, Lu, Peng, Zhu i Howell, 2012): 1) nepotpune fraze, 2) ispravljanja, 3) umetanja, 4) ponavljanja fraza, 5) ponavljanje cijelih riječi, 6) ponavljanja dijelova riječi, 7) produžavanja glasova i 8) blokade.

Yairi i Seery (2015) daju prikaz i opisne primjere govornih netečnosti na temelju prethodnih:

1. **Ponavljanja glasova i slogova.** Različiti glasovi se mogu ponavljati uključujući vokale i konsonante (npr. ku-ku-kupiti, j-j-a, a-a-ko)
2. **Ponavljanja jednosložnih čitavih riječi.** (npr. ali-ali, ja ja ja idem)
3. **Ponavljanja višesložnih riječi.** Ponavljaju se dulje riječi (npr. zašto – zašto, radim – radim). Izuzetak su naglašavanja pojedinih riječi (npr. To je odlično, odlično!).
4. **Ponavljanja fraza.** (npr. kad ja – kad ja odem, dobra ve- dobra večer)
5. **Produžavanja glasova.** (npr. vokala a>>>>>ako) ili (npr. konsonanta m>>>>>oje, s>>>>>unce)
6. **Blokade.** Artikulatori (jezik, usnice) ili glasnice ostaju u fiksiranom položaju na početku riječi (g----ovor) ili u sredini riječi (pri---čati). To su prekidi unutar riječi.

7. **Napete pauze.** To su prekidi između riječi povezani s napetošću kao što je nagli prolaz zračne struje (npr. želim ići----kući).
8. **Umetanja.** (npr. „umm“, „hmm“, "uhh")
9. **Ispravljanja.** Iskaz je promijenjen, ali glavni sadržaj ostaje isti (npr. ja hoću- ja želim čokoladu)
10. **Nedovršeni iskazi.** Promjena sadržaja usred iskaza (npr. moja kuća je - idemo sada)

Većina autora navedene govorne netečnosti dijeli u dvije skupine. Koristeći podjelu "mucanju slične netečnosti; mucajuće" (*stuttering-like disfluencies*) i "ostale, nemucajuće netečnosti" (*other, non-stuttered*), autori naglašavaju kako određene netečnosti nisu isključivo mucajuće, niti isključivo normalne. Razlika između tih dviju klasifikacija ostvaruje se implicirajući veću statističku vjerojatnost njihova pojavljivanja u govoru odgovarajuće skupine govornika tj. osoba koje mucaju te percepciju slušatelja kako se radi o različitim netečnostima.

Iz perspektive govornika, također su važni i razlozi u podlozi ponašanja. Normalni prekid u govoru koji je zajednički onima koji ne mucaju obično se povezuje s razlozima koje prepoznaje sama osoba; kao što je pronalaženje riječi, odluka o formulaciji rečenice, preformuliranje sadržaja poruke, zbunjujući događaj u blizini itd. Kada govornik prepoznaje razlog netečnosti u govoru, on ili ona može shvatiti kako je u pitanju normalna netečnost.

Nasuprot tome, kada su riječi koje je potrebno izgovoriti u potpunosti odlučene, ali proizvodnja bezrazložno zapinje, tada je za takvo iskustvo prikladno reći kako se radi o mucanju (Yairi i Seery, 2015).

U Tablica 1 slijedi prikaz različitih načina kategoriziranja govornih netečnosti u literaturi.

Kao što se vidi iz priloženog, govorne netečnosti se razvrstavaju u dvije skupine.

Tablica 1. Različiti načini kategoriziranja govornih netečnosti (Yaruss, 1997; prema Manning, 2010); Yaruss i Reardon (2010).

<p>Netečnosti unutar riječi (<i>Within-Word Disfluencies</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ponavljanje jednosložnih riječi • Ponavljanje glasova ili slogova • Čujna produljivanja glasova • Nečujna produljivanja glasova 	<p>Netečnosti između riječi (<i>Between-Word Disfluencies</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ponavljanje fraza • Ponavljanje višesložnih riječi • Umetanja • Ispravljanja
<p>Mucanju slične netečnosti (<i>Stuttering-Like Disfluencies – SLD</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ponavljanje dijelova riječi • Ponavljanje jednosložnih riječi • Dizritmične fonacije 	<p>Ostale netečnosti (<i>Other Disfluencies</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Umetanja • Ponavljanje fraza • Ispravljanja/nedovršene fraze
<p>Mucajuće vrste netečnosti (<i>Stutter-Type Disfluencies</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ponavljanje dijelova riječi • Produljivanje glasova • Blokade • Napete pauze 	<p>Normalne vrste netečnosti (<i>Normal-Type Disfluencies</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ponavljanje čitavih riječi • Ponavljanje fraza • Ispravljanja • Nedovršene fraze • Umetanja
<p>Manje tipične netečnosti (<i>Less Typical Disfluencies</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ponavljanje jednosložnih riječi (3 ili više ponavljanja) • Ponavljanje slogova (3 ili više ponavljanja) • Ponavljanje glasova • Produljivanje glasova • Blokade 	<p>Više tipične netečnosti (<i>More Typical Disfluencies</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oklijevanja • Umetanja • Ispravljanja • Ponavljanje fraza • Ponavljanje jednosložnih riječi (do 2 ponavljanja bez napetosti) • Ponavljanje slogova (do 2 ponavljanja bez napetosti)
<p>Mucajuće netečnosti (<i>Stuttered Disfluencies</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ponavljanje glasova ili slogova • Produljivanja • Blokade 	<p>Nemucajuće netečnosti (<i>Non-stuttered Disfluencies</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pauze • Umetanja • Ispravljanja • Ponavljanje fraza

1.4. Razlikovanje normalne netečnosti i mucanja

Često je teško razlikovati normalnu razvojnu netečnost i rane znakove mucanja, a njihovo razlikovanje kritički je dio procjene, posebice za djecu predškolske dobi. Bez odgovarajuće intervencije, djeca koja pokazuju znakove ranog mucanja su rizičnija za razvoj kroničnog mucanja. Nakon danog pregleda klasifikacija govornih netečnosti, u nastavku se opisuju karakteristične razlikovne značajke normalne netečnosti i mucanja.

1.4.1. Normalna netečnost

Između dobi od 18 mjeseci i 7 godina, mnoga djeca prolaze kroz faze netečnog govora povezane s njihovim pokušajima učenja govora. Djeca s normalnim netečnostima između 18. mjeseca i 3. godine ponavljaju glasove, slogove i riječi; osobito na početku rečenica. Netečnost se obično javlja otprilike jednom u svakih deset rečenica. Nakon treće godine, djeca s normalnim netečnostima će rijetko ponavljati glasove ili slogove, već će umjesto toga ponavljati cijele riječi (npr. *ja-ja-ne mogu*) i fraze (npr. *želim - želim - želim ići*). Oni će također puno koristiti umetanja (npr. *"uh" ili "um"*), a ponekad i prebacivati temu na sredinu rečenice, ispravljati i ostavljati rečenice nedovršene. Uobičajeno djeca mogu pokazivati netečnosti u bilo koje vrijeme, ali će iste biti zastupljenije u repertoaru kad su umorni, uzbuđeni, uznemireni ili se požuruju u govoru. Oni također mogu biti više netečni kada postavljaju pitanja ili kada im netko postavlja pitanja. Njihove netečnosti se mogu povećati u učestalosti na nekoliko dana ili tjedana, a zatim ih se jedva može primijetiti tjednima ili mjesecima. Obično se čini da djeca s normalnim netečnostima istih nisu svjesna, ne pokazujući nikakve znakove iznenađenja ili frustracije. Roditeljske reakcije na normalne netečnosti pokazuju širi raspon reakcija od njihove djece. Većina roditelja neće primijetiti netečnosti svog djeteta ili će ih tretirati kao normalne. Neki roditelji, međutim, mogu biti izuzetno osjetljivi na razvoj govora i postaju nepotrebno zabrinuti zbog normalnih netečnosti. Ovi pretjerano zabrinuti roditelji često imaju koristi od preporuke logopeda za evaluaciju i razuvjeravanje (Guitar i Conture, 2007).

Tablica 2. Značajke govornih netečnosti kod djeteta koje prolazi kroz fazu normalne razvojne netečnosti (Guitar, 2013).

1. Ne više od 10 netečnosti na 100 riječi.
2. Ponavljanja su jednostruka, rijetko dvostruka.
3. Najčešće vrste netečnosti su umetanja, ispravljanja i ponavljanja riječi. Nakon 3. godine rjeđa su ponavljanja dijelova riječi.

1.4.2. Blago mucanje

Blago mucanje može započeti bilo kada u dobi između 18 mjeseci i 7 godina, ali najčešće počinje između 3. i 5. godine kada je razvoj jezika osobito brz. Djeca koja blaže mucaju ponavljaju iste glasove, slogove i riječi kao djeca s normalnim netečnostima, ali imaju veću učestalost ponavljanja, kao i više ponavljanja svaki put. Primjerice, umjesto jednog ili dva ponavljanja sloga, mogu ga ponoviti čak četiri ili pet puta. Oni također mogu ponekad produžiti glasove. Pored ovih govornih ponašanja, djeca koja blago mucaju mogu pokazivati sekundarna ponašanja. Još jedan pokazatelj blagog mucanja je prisutnost sve većeg broja netečnosti. Kao što je predloženo ranije, normalne netečnosti pojavljivat će se nekoliko dana, a zatim nestati, dok će se u ovom slučaju netečnosti pojavljivati redovito. Dijete ne mora biti duboko zabrinuto zbog problema, ali može povremeno osjećati neugodu ili frustraciju. Djeca u ovoj fazi poremećaja mogu čak pitati svoje roditelje zašto im je teško razgovarati (Guitar i Conture, 2007).

1.4.3. Razvijeno mucanje

Djeca koja teško mucaju obično pokazuju znakove povećane fizičke napetosti i pokušavaju sakriti svoje mucanje te izbjegavaju govor. Iako su teška mucanja češća kod starije djece, mucanje može početi u bilo koje vrijeme između 1 ½ i 7 godina. U nekim slučajevima, pojavljuje se nakon što su djeca blaže mucala mjesecima ili godinama. U drugim slučajevima može doći do nagle pojave mucanja, bez prethodnog perioda blagog mucanja. Ozbiljno mucanje karakteriziraju govorne netečnosti u gotovo svakom izrazu ili rečenici, a prisutna su i sekundarna ponašanja. Često momenti mucanja traju jednu sekundu ili duže, a produžavanja glasova i blokade u govoru su uobičajene. Veća je vjerojatnost da će se razviti teško mucanje kod djece koja mucaju 18 mjeseci ili duže, iako se i neka od te djece spontano oporave.

Frustracija i neugodnost povezana sa stvarnom teškoćom u razgovoru mogu stvoriti strah od govora. Netečnosti će se vjerojatno javljati svaki dan, a nekim danima će biti uočljivija (Guitar i Conture, 2007).

1.5. Razlikovne značajke govornih netečnosti djece koja mucaju i njihovih vršnjaka koji ne mucaju

Neka od najranijih istraživanja govornih netečnosti proveo je Wendell Johnson sa svojim suradnicima 1959. godine na sveučilištu u Iowi (Bloodstein i Bernstein Ratner, 2008). U skladu sa svojom dijagnozogeničkom teorijom, Johnson je pretpostavio kako se netečnosti; u periodu u kojem je djetetu dijagnosticirano mucanje od strane roditelja, ne razlikuju od onih kod normalno tečne djece. Istraživanje se sastojalo od analize zabilježenih uzoraka govora 68 dječaka i 21 djevojčice za koje se pretpostavljalo da mucaju. Uspoređeni su sa sličnim brojem vršnjaka koji ne mucaju, izjednačenih po spolu i socioekonomskom statusu. Uzorci govora djece analizirani su za osam vrsta netečnosti koje su prethodno navedene u radu. Rezultati su pokazali kako je veća učestalost pojavljivanja netečnosti zabilježena kod onih koji mucaju. Međutim, nije bilo značajnih razlika u učestalosti pojavljivanja netečnosti kao što su umetanja, ispravljanja i nedovršene fraze. Podaci pružaju empirijsku osnovu za isključivanje ovih vrsta netečnosti iz definicije mucanja. Pojavile su se značajne razlike između dviju skupina u ponavljanju glasova, slogova, riječi, fraza; blokada i produžavanja glasova. Grupe su se uglavnom razlikovale u učestalosti ponavljanja glasova, slogova i riječi (Bloodstein i Bernstein Ratner, 2008).

Što se tiče navedenih razlika, Johnson ih je tumačio kao rezultat neplaniranog eksperimenta u kojem su dvije skupine djece čiji je govor; u većoj ili manjoj mjeri sličan, na početku bio izložen različitim procjenama njihovih roditelja u različitim vremenskim razdobljima (Bloodstein i Bernstein Ratner, 2008). Johnson je tvrdio kako su dvije skupine u osnovi iste jer su zabilježena preklapanja u ukupnom broju i vrsti netečnosti. Drugi su istraživači iste podatke tumačili ukazujući kako se radi o dvije različite skupine (Guitar, 2013).

Druga značajna studija koja se bavila usporedbom djece koja započinju mucati i njihovih vršnjaka koji su smatrani normalno tečnima jest longitudinalna studija Ehuda Yairia i suradnika sa sveučilišta u Illinoisu koja je započela 1980-ih. Oni su prikazali detaljan sažetak

ovog programa istraživanja kojim su pratili 163 djece koja mucaju. Yairi i kolege su izdvojili mucajuće netečnosti i usporedili ih s drugim oblicima netečnosti. Za razliku od Johnsona, pronašli su relativno malo preklapanja između djece koje mucaju i one koje ne mucaju. Ukupna učestalost ponavljanja dijelova riječi, ponavljanja jednosložnih riječi i dizritmičkih fonacija u govoru djece koje mucaju bila su otprilike osam puta veća nego kod normalno tečne djece. Učestalost drugih vrsta netečnosti također je bila statistički značajnija za djecu koja mucaju, ali je bila mnogo bliža u apsolutnom omjeru i pokazala je preklapanje. Autori su također istaknuli udio mucajućih netečnosti. Isti je iznosio oko 66 posto kod djece koja mucaju, dok je za normalnu tečnu djecu iznosio oko 28 posto. Yairi i Ambrose (2005; str. 138, prema Bloodstein i Ratner, 2008), u sažetku podataka o učestalosti, tipologiji i trajanju netečnosti, tvrde kako "od trenutka kada je primijećen početak mucanja kod djece, njihov se netečan govor bitno razlikuje od govora normalno tečne djece." Time se opovrgnuli Johnsonovu teoriju, dajući do znanja kako "podaci nesumnjivo pokazuju kako u većini slučajeva, roditelji koji vjeruju da je njihovo dijete počelo mucati ne vrše pogrešnu prosudbu, već reaguju na stvarne promjene u govoru djeteta" (Yairi i Ambrose, 2005; str. 138, prema Bloodstein i Ratner, 2008).

Podaci o učestalosti govornih netečnosti sumirani su u Tablica 3. Kao što se može vidjeti iz priloženog, razlika između dvije skupine na tri vrste mucajućih netečnosti jest velika. Grupe su međutim vrlo slične u učestalosti ostalih, nemucajućih netečnosti kao što su umetanja, ispravljanja i ponavljanja fraza (Yairi i Ambrose, 2005; prema Bloodstein i Ratner, 2008).

Tablica 3. Srednje vrijednosti govornih netečnosti na 100 slogova za djecu koja mucaju i kontrolnu skupinu.

Vrsta netečnosti	Djeca koja mucaju	Kontrolna skupina
Mucajuće netečnosti (SLD)		
<i>Ponavljanje dijelova riječi</i>	5.64	0.55
<i>Ponavljanje jednosložnih riječi</i>	3.24	0.79
<i>Dizritmične fonacije</i>	2.42	0.08
Ukupno	11.30	1.41
Ostale netečnosti	5.79	4.48

1.6. Početak mucanja

Među najzahtjevnijim pitanjima vezanim uz mucanje jest ono koje se tiče njegovog početka, u engleskoj literaturi poznato pod terminom "*onset*". Značajni interesi istraživača su usmjereni su na ono što se događa nakon što je mucanje započelo. U fokusu interesa jesu rana obilježja mucanja (simptomatologija), mijenjanje s vremenom te trajanje poremećaja. Spoznaje o značajkama mucanja na početku javljanja i rani razvojni putovi imaju teoretsko i praktično značenje. Ono se najbolje očituje u trenutku kada je potrebno razmotriti vrstu terapije u koju će dijete biti uključeno (npr. direktna, indirektna, psihoterapija...). Također, ako neki simptomi traju kratko, a zatim se povlače i nestaju; dok drugi perzistiraju dugo vremena, od velike koristi će biti rano prepoznavanje i razlikovanje tih podgrupa kako bi se olakšalo kliničko odlučivanje. Nadalje, ako se mucanje nastavi, ostaje pitanje hoće li dijete biti uključeno u jedan ili više tretmana? Je li moguće da različiti obrasci početka ili razvoja ukazuju na prisutnost nekoliko podtipova mucanja? Odgovori na ta pitanja, imat će važne teoretske i kliničke implikacije. Unatoč važnosti problema koji uključuju početak i razvoj mucanja te popratnih simptoma, dugi niz godina postojao je ograničen broj znanstvenih istraživanja. Znanstvene studije početka mucanja su teške jer ne postoje znakovi upozorenja kada će se mucanje pojaviti stoga istraživači ne mogu predvidjeti pravo mjesto i vrijeme za objektivno dokumentiranje najranijeg mucanja ili prikupiti valjane podatke, čak i ubrzo nakon toga. Ipak, ostvaren je ohrabrujući napredak, posebice u posljednjih 25 godina (Yairi i Seery, 2015).

Prvotne studije Johnsona oslanjale su se na retrospektivna izvješća roditelja o prošlim zapažanjima. To je bio najčešći pristup istraživača početku mucanja u djetinjstvu. Obično, informacije su dobivane kroz često dugotrajne intervju s roditeljima djece koja mucaju. Takav pristup je imao nekoliko nedostataka. Procjena djeca vršila se nakon što je, već prošao određeni vremenski period. Prvi potencijalni problem su slučajevi koji se propuštaju kada se identificiraju i procjenjuju samo ona djeca koja su mucala određeni minimalni vremenski period (npr. 6 mjeseci). Kriteriji odabira sudionika ne bi trebali ukloniti slučajeve koji su tek započeli mucati bez obzira na to što se pokazalo kako većina njih prestane pokazivati netečnosti ubrzo nakon početka pojavljivanja istih. Na takav način mogu se propustiti teški slučajevi. Uobičajeno, ta podgrupa nije bila uključivana u većini studija u prošlosti. Drugi detektirani problem jest taj što su podaci često dobivani od roditelja nakon dužeg vremenskog perioda. Očito mnogi roditelji radije odabiru neko vrijeme pričekati prije nego što zatraže

stručnu pomoć logopeda. Možda su vođeni savjetom pedijatra kako će mucanje nestati (Yairi i Carrico, 1992; prema Manning, 2010). Krajnji ishod toga je slabo opažanje "pravog, istinskog" ranog mucanja u istraživanjima. Dobiveni podaci su upitne valjanosti jer se baziraju na roditeljskom prisjećanju detalja. Primjerice, je li prvo mucanje bilo sastavljeno od ponavljanja slogova ili produžavanja glasova te koliko je puta dijete ponavljalo slog ili riječ te jesu li primijetili sekundarne karakteristike u ponašanju kao što je zatvaranje očiju. Činjenica je kako će samo nekolicina uvidjeti kako je razlika u učestalosti ponavljanja slogova doista velika u ovom kontekstu te ima vrlo značajan utjecaj. Na samom početku, roditelji nisu posebno posvećeni takvim detaljima; stoga kasnije možda neće pružiti najtočnije informacije.

Istraživanja u Illinoisu, Yairia i Ambrose (2005) donose značajna proceduralna poboljšanja. Izravno su provedena s djecom uz prisustvo roditelja unutar suženog raspona dobi (u dobi od 2 do 5 godina) i prosječno u roku od 5 mjeseci od trenutka pojavljivanja mucanja; neki su ispitani u roku od nekoliko tjedana i dana (Yairi i Ambrose, 2005; prema Yairi i Seery, 2015). Obnovljeni interes za početak mucanja se pojavljuje i u europskim zemljama. U danskim studijama Manssona (2000. i 2005.) ispitivana su gotovo sva novorođena djecu na danskom otoku Bornholm te je uključeno približno 1000 djece rođene tijekom dvije uzastopne godine (1990.-1991. i 1995.-1996.). Studije u Danskoj također predstavljaju značajna proceduralna poboljšanja jer je u istraživanju sudjelovala čitava populacija, a ne samo uzorci e su djeca izravno procjenjivana uz provođenje standardnog intervjua s roditeljima ubrzo nakon početka mucanja.

Podaci iz navedenih, različitih studija ukazuju na širok raspon dobi kada se mucanje javlja; od 18 mjeseci (Yairi, 1983; prema Yairi i Seery, 2015) do starijih tinejdžerskih razdoblja (Preus, 1981; prema Yairi i Seery, 2015). Nakon 9. godine, međutim, učestalost početka mucanja je niska. Početci mucanja kod odraslih rijetki su i tipično su povezani s jasnom etiologijom. Dostupni istraživački i klinički dokazi upućuju na pojavljivanje mucanja prije 5. godine. U studiji koju je sačinjavalo 179 djece koja mucaju, samo je u 5 slučajeva zabilježen kasniji početak, nakon 4. godine (Månsson, 2000). Nedavne, metodološki poboljšane studije javljaju o početku mucanja koji se događa prije 3. godine (Yairi i Seery, 2015).

Tablica 4 sumira podatke o prosječnoj starosnoj dobi na početku mucanja zabilježenoj u 5 studija koje su istraživale djecu niže kronološke dobi. Prosječna dob početka mucanja za skupinu jest 32,4 mjeseca. Druge studije koje su istraživale stariju djecu, izvijestile su o

prosječnoj starosnoj dobi od 52,6 mjeseci. Neke su studije izvijestile kako se gotovo 60% slučajeva početka mucanja odvija između 24. i 36. mjeseca, povećavši se na 85% do 42. mjeseca i na 95% do 48. mjeseca starosti (Yairi i Ambrose, 2005; prema Yairi i Seery, 2015). Navedeni su podaci relevantni za neka druga problemska pitanja jer se u mnogim slučajevima javljanje mucanja paralelno odvija s kritičnim razdobljem naglog razvoja djetetovog govornog mehanizma i govorno-jezičnih vještina. Doista, postoji povezanost između mucanja i navedenih čimbenika (Bernstein Ratner, 1997; prema Yairi i Seery, 2015).

Tablica 4. Prosječna dob u mjesecima na početku mucanja (Yairi i Seery, 2015).

Istraživanje	Ukupan broj djece	Dob (godine)	Dob u kojoj su započeli mucati (mjeseci)
Mansson (2000)	53	8	33.00
Buck, Lees i Cook (2002)	61	7	36.3
Mansson (2005)	179	4	30
Yairi i Ambrose (2005)	163	5	33
Reilly i sur. (2009)	137	3	29.9
PROSJEK			32.4

Više od 100 godina prisutno je gledište o postupnom i gotovo neprimjetnom početku mucanja s laganim ponavljanjima bez napetosti kojih dijete nije svjesno. Kontradiktorna zapažanja zanemarena su možda zbog utjecaja teorija učenja koje podržavaju ulogu pojačavanja kojim se početno blago mucanje postupno pretvara u pravo mucanje (Yairi i Seery, 2015).

Tradicionalno gledište ipak je pomalo osporavano kada je iznenadni, nagli početak mucanja zabilježio Van Riper (1971; prema Yairi i Seery, 2015), za 10% od svojih 114 slučajeva. Yairi i Ambrose (2005; prema Yairi i Seery, 2015), izvijestili su kako je gotovo 30% od 163 slučajeva pokazalo naglo pojavljivanje mucanja koje je uzelo maha u jednom danu. Dodavanjem onih koji su se dogodili u periodu od 2 do 3 dana, ukupni iznenadni početci premašili su 40%. Oni koji su se događali u periodu od 1 do 2 tjedna obuhvaćali su 33% slučajeva, dok je u samo 28% slučajeva prijavljen postupni početak koji je trajao duže od 2 tjedna. Konačno su Reilly i sur. (2009), izvijestili kako je kod 50% od 169 djece zabilježen iznenadni početak mucanja: 37,2% unutar jednog dana i 12,4% kroz 2 do 3 dana. Ukratko, tijekom proteklih godina, konvencionalni koncepti početka mucanja su mijenjani; postupni početci mucanja su bili najmanje prijavljivani, a ne najčešće kao što je to ranije bio slučaj.

U prilog sve većem broju varijacija na početku mucanja, novija istraživanja opovrgavaju tradicionalna gledišta koja rano mucanje opisuju blagim, ako ne i normalnim ponavljanjima. Upravo suprotno navodi istraživanje u Illinoisu u kojem roditeljska izvještavanja tvrde kako je rano mucanje bilo umjereno teško do teško, povezano s određenim stupnjem napetosti, čak i s teškom napetošću. Više od 20% roditelja je smatralo kako je njihovo dijete svjesno problema (Yairi i Ambrose, 2005; prema Yairi i Serry, 2015).

1.7. Rizični čimbenici za razvoj mucanja

Većina djece koja počne mucati oporavi se spontano. Postotak djece kod koje dolazi do spontanog oporavka kreće se oko 63% i to unutar 3 godine od početka mucanja (Månsson, 2000). S obzirom na pitanja raspodjele resursa i kliničke učinkovitosti, kliničar bi trebao rezervirati direktni tretman onima koji od njega imaju najveću korist - djeci koja su najrizičnija (Shapiro, 2011). Logopedi razmatraju različite čimbenike kako bi došli do saznanja hoće li doći do spontanog oporavka bez terapije. Prepoznat je niz rizičnih čimbenika koji povećavaju vjerojatnost razvoja kroničnog mucanja koje će se nastaviti u odrasloj dobi. Navedeni čimbenici u Tablica 5 smatraju se najvažnijim prediktorima mucanja te ih je potrebno uzeti u obzir kod planiranja logopedске intervencije.

Tablica 5. Čimbenici predviđanja mucanja (Guitar, 2006; Shapiro, 2011)

Obiteljska opterećenost mucanjem	Drugi slučajevi mucanja u obitelji.
Spol	Više dječaka muca, nego djevojčica. Djevojčice ranije prestaju mucati.
Dob na početku mucanja	Djeca koja kasnije započnu mucati (nakon 3, 5 godine) su rizičnija.
Mucajuće netečnosti	Kontinuirana prisutnost većeg broja mucajućih netečnosti.
Trajanje mucanja nakon početka	Prirodni oporavak često se javlja unutar 3 godine od početka. Ono mucanje koje traje dulje od godinu dana je rizičnije, pogotovo za djevojčice.
Trajanje mucajućih momenata	Stalna prisutnost većeg broja ponavljanja, posebice više od tri.
Produljivanje glasova i blokade	Kontinuirana prisutnost i povećanje u učestalosti donosi rizik za nastavak mucanja.
Fonološke vještine	Ispodprosječne fonološke vještine.
Dodatni poremećaji	Govorno-jezični poremećaji, medicinske dijagnoze, emocionalni poremećaji, poremećaji u ponašanju, kognitivne teškoće.

1.8. Govorne terapije mucanja kod djece niže kronološke dobi

Terapijski su pristupi mucanju u ranom djetinjstvu individualizirani temeljeći se na potrebama djeteta i načinima komunikacije u obitelji. Sveobuhvatan terapijski pristup uključuje strategije usmjerene i na djecu i na roditelje. Terapijski ciljevi mogu se odnositi na uklanjanje, smanjivanje ili kontroliranje mucanja te izbjegavanje razvijanja negativnih osjećaja povezanih s mucanjem. Za djecu niže kronološke dobi koja mucaju, važna je uključenost roditelja u proces terapije kao i komponenta okoline (Mewherter, 2012; prema <http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589935336§ion=Treatment>).

Mala djeca mogu, ali i ne moraju verbalizirati o svojim osjećajima povezanim s mucanjem. Kliničari i roditelji traže reakcije kao što su izbjegavanje riječi ili govornih situacija, sekundarna ponašanja, blage promjene u glasnoći tijekom mucajućeg momenta. Od kliničara i

roditelja se očekuje odgovaranje na dječje verbalne i neverbalne reakcije pružanjem podrške koja će smanjiti vjerojatnosti razvijanja negativnih reakcija na mucanje (<http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589935336§ion=Treatment>).

Nekoliko je terapija mucanja za djecu predškolske dobi valorizirano opće prihvaćenim metodama za procjenjivanje kliničke učinkovitosti (Jelčić Jakšić, 2014). Jedna je Michael Palin Parent-Child Interaction terapija (Millard i sur., 2009), koja se odnosi na indirektnu intervenciju čiji je cilj mijenjanje djetetove okoline. Druga je Lidcombe program, bihevioralni pristup koji metodom pohvaljivanja podržava tečan govor (https://sydney.edu.au/health-sciences/asrc/docs/lp_treatment_guide_2015.pdf). Treći pristup je Westmead program (Trajkovski i sur., 2011), koji modelira tečan govor prethodnim odmakom od standardnog tzv. robotskim govorom. Dakle, ni jedan od ova tri pristupa ne podučava posebnim tehnikama za postizanje tečnoga govora, već se radi na modificiranju djetetova okruženja usklađivanjem zahtjeva s djetetovim kapacitetima, odnosno stimuliranju ili indirektnom modeliranju tečnoga govora (Jelčić Jakšić, 2014).

Slijedi kratak pregled dviju najpoznatijih govornih terapija mucanja kod djece niže kronološke dobi (2. - 6. godina).

1.8.1. Indirektna terapija

Temeljna pretpostavka indirektnog pristupa podrazumijeva kako će poboljšanje emocionalnog stanja te mijenjanje stavova i ponašanja pozitivno utjecati na djetetov govor. Dodatna je pretpostavka kako ponašanja vezana uz govor mogu biti pod utjecajem društvenog modeliranja i okolnih uvjeta. Indirektni pristupi bili su desetljećima naširoko prakticirani, pogotovo sredinom 20. stoljeća u Sjedinjenim Američkim Državama, što je bila posljedica tadašnjeg popularnog vjerovanja koje je uzroke mucanja pripisivalo roditeljskom ponašanju (Yairi i Seery, 2015).

U ovom pristupu, sama djeca nisu u fokusu intervencije te im je dano tek nekoliko određenih specifičnih uputa za oblikovanje tečnosti. Odrasle osobe u djetetovoj okolini – roditelji i članovi obitelji - su oni koji dobivaju savjete o postupcima mijenjanja neposrednog djetetovog okruženja. Roditelji su savjetovani o načinima organizacije dana svoje djece te željenim postupanjima u pojedinim situacijama, pogotovo u onim kada je govor izrazito netečan.

Također, vode dnevnik i bilježe događaje koji utječu na tečnost govora nastojeći uočiti neke osobitosti u okolini koje pojačavaju govorne netečnosti. Daju se i pomna objašnjenja nastanka i razvoja teškoća iz kojih roditelj može dobiti jasan uvid u samu prirodu poremećaja; odnos nasljedne dispozicije, razvojnog stupnja u kojem se dijete nalazi i utjecaja okoline (Galić Jušić, 2001). Takvo razmišljanje u vezi odnosa nasljeđa, razvoja i učenja pomaže roditelju u odustajanju od brzopletih ispravljanja djetetova govora istovremeno ga potičući na praćenje djeteta u cjelini njegova razvoja. Bitno je roditelju dati do znanja kako je potrebno usredotočiti se na sadržaj onoga što dijete govori, a ne na način na koji isto izgovara. Roditelja se podučava opuštenom, sporom izgovaranju kratkih rečenica jednostavnijeg rječnika. Također, podučava ga se načinu komunikacije u kojem će slušanje djeteta biti najvažnije, a postavljana pitanja slijediti zatvoreni tip omogućavajući mu odgovaranje jednom riječju, pogotovo u situacijama kada će netečnost biti više izražena (Galić Jušić, 2001).

1.8.2. Direktna terapija

U direktnom tretmanu, dijete je neposredni primatelj bilo da je isti orijentiran na govor ili na druge aspekte (Yairi i Seery, 2015). Temeljna pretpostavka direktne terapije jest razmišljanje kako bez obzira na to pokazuje li dijete otvoreno znakove osviještenosti simptoma mucanja; nakon iskustva govorne netečnosti, ono osjeća kako postoji problem s njegovim govorom i to ga frustrira (Galić Jušić 2001). Tada terapeut pokušava pomoću igre učvrstiti neki drugačiji govorni model. Ukoliko se radi o terapiji modifikacije mucanja, terapeut pokušava pružiti model govora koji je lišen bilo kakve napetosti. Mogu se ponavljati početni slogovi, ali glatko bez napetosti ili prekida u disanju. Bitno je istaknuti kako se dijete najprije uči "tečnom mucanju", a kada se isto svlada onda i posve tečnom govoru. Djetetu se nastoji prenijeti poruka kako se "težak" govor može dogoditi svakome te se na razne načine personificira mucanje npr. crtanjem. Tim simboličkim postupcima, dijete odvaja sliku o sebi od mucanja (Galić Jušić, 2001).

Drugi postupak jest oblikovanje tečnosti koji za cilj ima modelirati tečan govor. Terapeut podučava dijete drugačijim načinima izgovaranja, kao što su meki početak fonacije, produljivanje trajanja izgovora, posebice prve riječi u iskazu. Cilj jest smanjiti vjerojatnost pojave napetosti u govoru. Tehnika oblikovanja tečnosti uključuje i relaksirano govorno disanje kao i učenje dobivanja blagih artikulacijskih prijelaza između slogova u riječima. U

radu se koristi postupan prijelaz od jezično manje složenih jedinica prema složenijim jezičnim konstrukcijama (Galić Jušić, 2001).

Procesi mišljenja, prisjećanja i brzog pretraživanja leksikona koji se odvijaju prije kao i tijekom govora, pojačavaju osjećaj vremenskog pritiska za izvedbom u pravo vrijeme. Pritisak pobuđuje napetost koja pridonosi mucanju (Galić Jušić, 2001). Zadaća logopeda jest usporavanje govora kako bi se izbjeglo navedeno. Potrebno je djetetu dati do znanja kako ima dovoljno vremena na raspolaganju, a u svrhu toga u radu se koriste različite igračke i likovi koji simboliziraju sporiji način govora. Bitno je nagraditi dijete za svaki pokušaj sporog, polaganog načina govora.

Iako postoje znatna preklapanja između navedenih pristupa (Conture, 2001; prema Manning, 2010), indirektni pristup je prikladniji za dijete koje pokazuje manje govornih netečnosti lišenih napetosti. Također, dijete u ovom slučaju ne pokazuje svjesnost o teškoćama u govoru. Veća je vjerojatnost kako će tretman biti direktan ako mucanje potraje nekoliko mjeseci te dijete pokazuje napetost i muca na jednosložnim riječima. U slučaju da dijete pokazuje kako je svjesno postojanja problema i negativno reagira na komunikaciju, direktne aktivnosti koje će se provoditi s njime trebale bi imati za cilj poboljšanje tečnosti pomoću tehnika oblikovanja tečnosti (Manning, 2010).

2. Ciljevi i problemi istraživanja

Ciljevi ovog rada jesu: pružiti informacije o početku pojavljivanja govornih netečnosti u ranom djetinjstvu indikativnih za razvoj mucanja te prikazati varijacije istih u odnosu na dob; saznati kada djeca dolaze na početnu logopedsku procjenu govornih netečnosti; te u kojoj su mjeri zastupljeni rizični faktori za razvoj mucanja u promatranom uzorku. Posljednji cilj ovog rada jest dobiti uvid u učinkovitost prepoznavanja mucanja u ranom djetinjstvu, odnosno načinima djelovanja logopedске intervencije u području ranog mucanja.

U skladu s postavljenim ciljevima proizlaze sljedeći problemi: 1) postoji li povezanost dobi prepoznavanja govornih netečnosti s početkom dobivanja stručne pomoći, 2) razlikuju li se djeca mlađe i starije kronološke dobi u učestalosti pojavljivanja mucajućih netečnosti na početnoj logopedskoj procjeni govornih netečnosti, 3) postoji li učestalo pojavljivanje rizičnih faktora za razvoj mucanja u promatranom uzorku djece, 4) razlikuju li se djeca s dodijeljenim različitim dijagnozama na početnoj logopedskoj procjeni (*Mucanje, Poremećaj tečnosti govora, Normalna netečnost*) u obliku uključivanja u terapiju (*direktna i indirektna*).

Iz navedenih problema, postavljene su sljedeće hipoteze:

H1: Postoji povezanost dobi prepoznavanja govornih netečnosti s početkom dobivanja stručne pomoći.

H2: Djeca mlađe i starije kronološke dobi razlikuju se u učestalosti pojavljivanja mucajućih netečnosti na početnoj logopedskoj procjeni govornih netečnosti.

H3: Očekuje se da je u promatranom uzorku više djece koja imaju prisutne neke od rizičnih faktora za razvoj mucanja nego djece koje iste nemaju.

H4: Djeca s dodijeljenim različitim dijagnozama na početnoj logopedskoj procjeni razlikuju se u obliku uključivanja u terapiju.

3. Metode istraživanja

3.1. Uzorak ispitanika

U svrhu rada obrađeni su prikupljeni nalazi iz Logopedskog kabineta Centra za rehabilitaciju Edukacijsko – rehabilitacijskog fakulteta. Uzorak čini 47 djece, od kojih je 26 dječaka i 21 djevojčica kronološke dobi od 2;00 do 6;00 godina. Sva djeca su prošla diferencijalnu dijagnostiku govornih netečnosti te su u radu analizirani početni dobiveni nalazi. Djeca uključena u istraživanje prvi su put došli na početnu logopedsku procjenu govornih netečnosti u Centar ERF-a. Kriteriji odabira ispitanika uključivali su kronološku dob do 6;00 godina starosti i postojanje govornih netečnosti. Prosječna dob uzorka je 3;06 godina.

3.2. Mjerni instrumenti i postupak

Govorne netečnosti procijenjene su od strane dijagnostičara na temelju kliničkog opažanja i izvještaja roditelja. Uobičajena postavljena pitanja roditeljima uključivala su sljedeća:

1. Kada je vaše dijete prvi put počelo mucati?,
2. Tko je prvi primijetio?,
3. Koje su bile karakteristike govora na početku mucanja?,
4. Koliko teško je bilo mucanje na početku?,
5. Je li bilo povezano s bolešću ili emocionalnim stresom?,
6. Je li postojala tjelesna napetost na početku?,
7. Postoje li dodatne teškoće i medicinske dijagnoze?,
8. Postoje li slučajevi mucanja u obitelji?

Osim tečnosti govora, početna procjena uključivala je i procjenjivanje ostalih govorno – jezičnih – komunikacijskih vještina koje čine sastavni dio standardnih logopedskih procjena djece. Navedeno je osobito važno jer novije informacije sugeriraju kako se različiti poremećaji, a posebice fonološki i jezični poremećaji, često javljaju uz mucanje. Reprezentativni govorni uzorak za procjenjivanje govornih netečnosti dobivan je spontanim razgovorom i naracijom s obzirom na to da se procjena vršila kod djece niže kronološke dobi. Dijagnostičke odluke temeljene su na dobivenim informacijama, uključujući one o mucanju, govoru, jeziku i sekundarnim ponašanjima kao i podacima dobivenim od roditelja. Kao takve,

odluke u velikoj mjeri odražavaju stručnost kliničara u procjeni djece koja mucaju (Yaruss, La Salle i Conture, 1998).

3.3. Metode obrade podataka

Prikupljeni podaci obrađeni su računalnim programom IBM SPSS Statistics 20. Podaci su interpretirani kvalitativno i kvantitativno. Rezultati su na svim izabranim varijablama prikazani kvalitativno, frekvencijski i grafički. Od kvantitativnih metoda, osim mjera deskriptivne statistike, za izražavanje stupnja povezanosti između varijabli korišten je Spearmanov koeficijent korelacije, a za testiranje razlika između ordinalnih i nominalnih varijabli primijenjena je metoda krostabulacije.

3.4. Opis varijabli

U svrhu obrade podataka, stvoreno je više varijabli. Slijedi objašnjenje načina njihovog prikazivanja u SPSS-u.

- *Dob prepoznavanja govornih netečnosti* – kodirana je od 1 do 4 (1 – u prvoj godini, 2 - u drugoj godini, 3 – u trećoj godini, 4 – u četvrtoj godini)
- *Početak dobivanja stručne pomoći* – kodirana je od 2 do 6 (1 - u drugoj godini, 2 - u trećoj godini, 3 – u četvrtoj godini, 4 – u petoj godini, 5 – u šestoj godini)
- *Tko je uputio na procjenu* – kodirana je od 1 do 5 (1 – roditelji, 2 – članovi obitelji, 3 – obiteljski prijatelji, 4 – logoped, 5 – ostali)
- *Vrijeme javljanja* – odnosi se na vrijeme proteklo od prepoznavanja govornih netečnosti do javljanja na početnu logopedsku procjenu
- *Dijagnoza* – kodirana je od 1 do 3 (1 - Mucanje, 2 - Poremećaj tečnosti govora, 3 - Normalna netečnost govora)
- *Vrsta terapije* – kodirana je od 1 do 3 (1 – indirektna, 2 – direktna, 3 – indirektna i direktna)
- *Skupina kronološke dobi* – kodirana je od 1 do 2 (1 – 2,00 do 4,00 i 2 – 4,01 do 6,00)

- *Dodatne dijagnoze* – kodirana je od 1 do 4 (1 – artikulacijski poremećaji, 2 – jezični poremećaji, 3 – ostalo, 4 – artikulacijski + jezični, 5 – ništa)
- *Mucajuće i nemucajuće netečnosti (Ponavljanje slogova i glasova, Ponavljanje jednosložne riječi, Čujna produljivanja glasova, Prekidi, Nedovršeni dijelovi rečenice, Umetanja, Ispravci, Ponavljanje dijela ili cijele rečenice)* – kodirane su kao dihotomne vrijednosti – (1 – pojavljuju se, 2 – ne pojavljuju se)
- *Sekundarna ponašanja* – kodirana su dihotomno (1 – pojavljuju se, 2 – ne pojavljuju se)
- *Rizični faktori* – kodirani su od 1 do 4 (1 – nema rizičnih faktora, 2 – ima jedan rizičan faktor, 3 – ima dva rizična faktora, 4 – ima sva tri rizična faktora)
- *Neurorizičnost, Obiteljsko opterećenje mucanjem, Ima/nema dodatne dijagnoze* – kodirane su kao dihotomne vrijednosti (1 – da, 2 – ne)

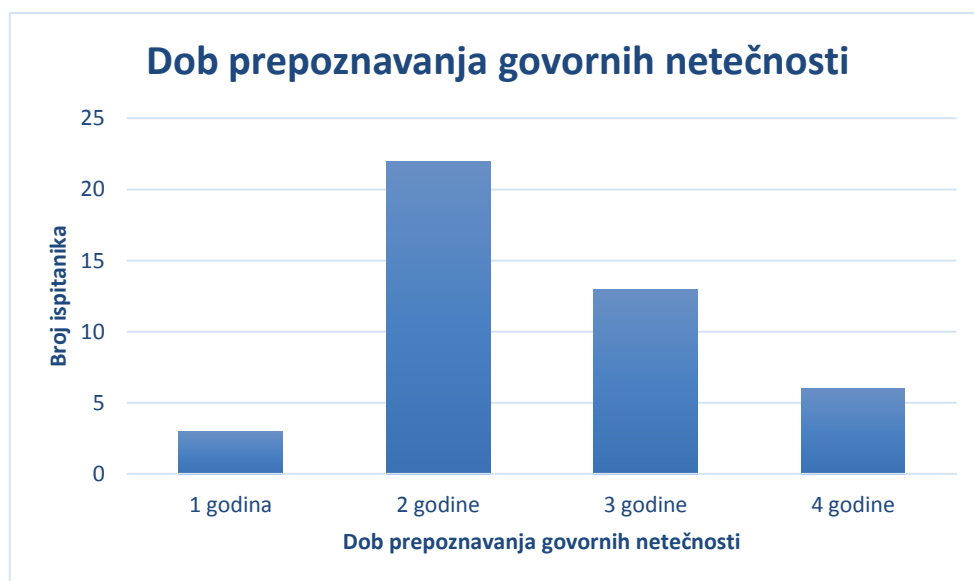
4. Rezultati istraživanja i rasprava

4.1. Dodijeljene dijagnoze

Najveći postotak djece (57,4%) dobio je dijagnozu *Mucanje*. Za 23,4% njih, iskazane govorne netečnosti i popratni simptomi nisu odgovarali kliničkoj slici mucanja, ali niti normalnoj netečnosti te je im je dodijeljena dijagnoza *Poremećaj tečnosti govora*. Primijećeno je kako ponekad dijagnostičar dodjeljuje takvu dijagnozu djeci koja iskazuju elemente neurorizičnosti te koja zahtijevaju neurološku obradu ili pak onima koji zbog evidentiranih problema (npr. s disanjem) zahtijevaju ORL obradu. Kod takve djece različita je etiologija netečnosti. 12,3% djece dobilo je dijagnozu *Normalna netečnost*. Nedostaje podatak o dijagnozi za 3 djeteta.

4.2. Dob prepoznavanja govornih netečnosti

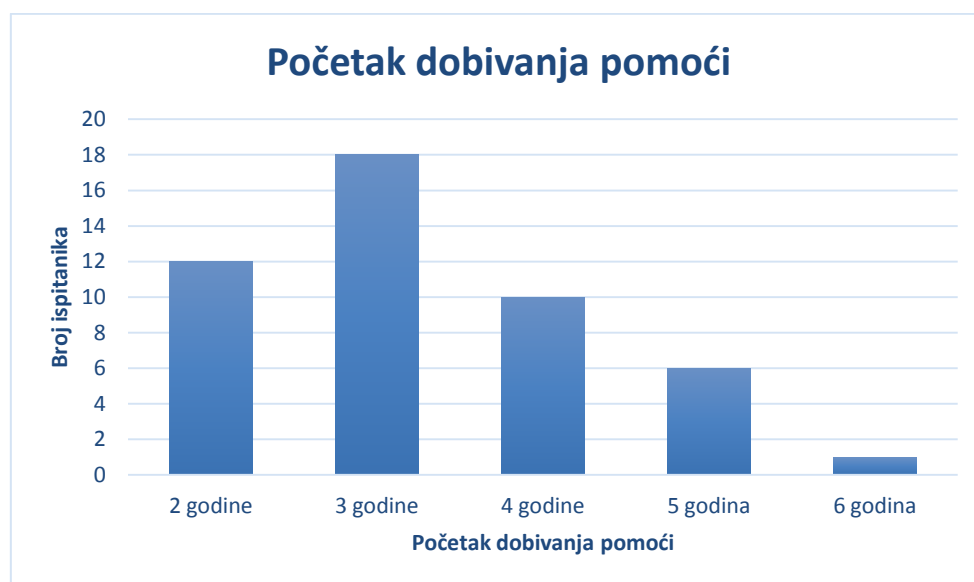
Podatak o dobi u kojoj se prepoznaju govorne netečnosti dobiven je za 44 od sveukupno 47 djece. Za preostala 3 djeteta, u anamnezi nije zabilježen potreban podatak vjerojatno iz razloga što se roditelji istoga nisu mogli dosjetiti. Roditelji u najvećem postotku izvještavaju kako su prve govorne netečnosti kod svoga djeteta uočili oko njegove druge godine života (46,8%) (Slika 1). Kada se isti podatci promatraju samo za onu djecu kojima je naknadno dodijeljena dijagnoza *Mucanje* saznaje se kako su govorne netečnosti također najčešće zabilježene u drugoj godini života (37%), dok ih je 29,6% zabilježeno u trećoj godini. Zabilježeni se podatci podudaraju s prethodno navedenima nalazima Yairia i Ambrose (2005; prema Yairi i Seery, 2015) koji navode prosječnu dob početka mucanja od 32,6 mjeseci. Najviša zabilježena kronološka dob prepoznavanja govornih netečnosti u ovom radu jest 4;08, dok je najniža 1;00. U oba slučaja naknadno dodijeljena dijagnoza bila je *Mucanje*.



Slika 1. Dob u kojoj su roditelji prepoznali govorne netečnosti

4.3. Početak dobivanja stručne pomoći

Slika 2 prikazuje početak dobivanja stručne logopedске pomoći nakon prepoznavanja govornih netečnosti. Najviše djece dolazi na stručnu logopedsku procjenu u 3. godini (38,3%), u 2. godini (25,5%), a u 4. godini (21,3%).

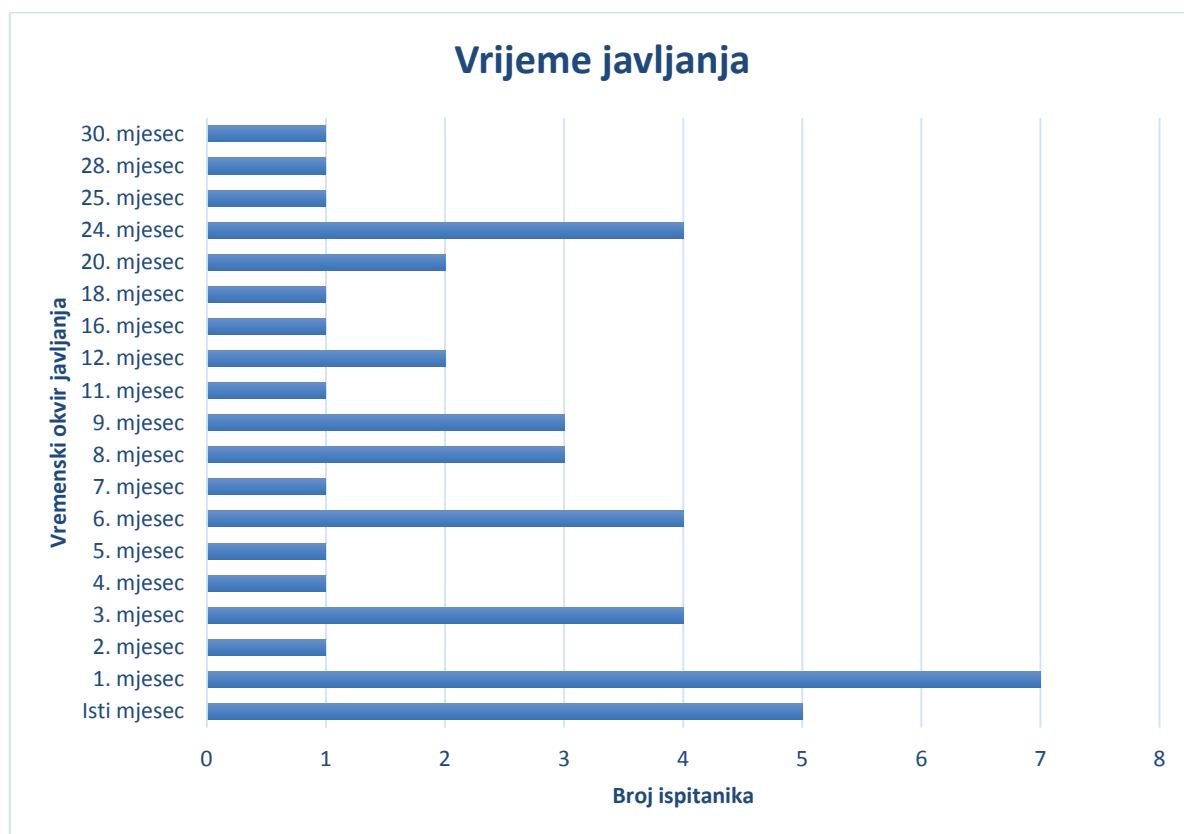


Slika 2. Dob u kojoj djeca dolaze na stručnu logopedsku procjenu

Većina roditelja traže stručnu logopedsku pomoć ubrzo nakon prepoznavanja govornih netečnosti, a to potvrđuje i statistički značajna povezanost varijabli *Dob prepoznavanja*

govornih netečnosti i Početak dobivanja stručne pomoći. Koeficijent korelacije iznosi 0,68 i statistički je značajan ($p = ,000$).

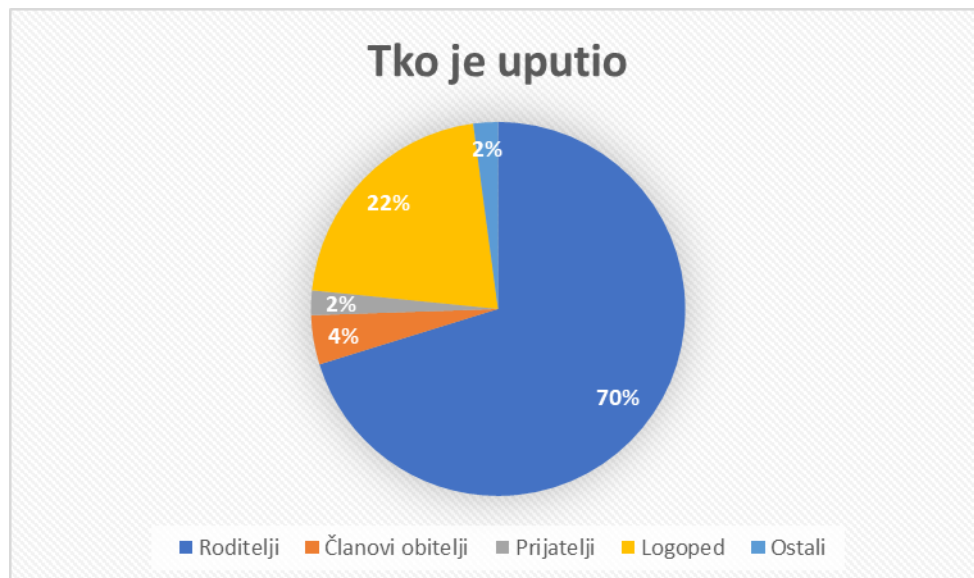
Većina djece dolazi na stručnu logopedsku procjenu unutar 6 mjeseci od prepoznavanja govornih netečnosti (Slika 3). Najveći broj njih posjećuje logopeda odmah nakon roditeljskog prepoznavanja ili u roku od mjesec dana. Svega troje njih (od ukupno 44) dolazi na procjenu tek dvije godine nakon prepoznavanja govornih netečnosti. Navedeno se ne podudara sa savjetima koji su desetljećima korišteni u praksi, a odnose se na metodu čekanja tzv. "wait - and - see" pristup. Prema tome, roditelji trebaju pričekati prije nego što potraže stručnu pomoć i ne smiju obraćati pozornost na govorne netečnosti koje njihovo dijete iskazuje u nadi kako će one iščeznuti.



Slika 3. Vrijeme proteklo od prepoznavanja govornih netečnosti do javljanja na logopedsku procjenu (izraženo u mjesecima)

Da je roditeljska osviještenost i posljedična zabrinutost oko netečnosti koje iskazuju njihova djeca evidentna, pokazuje i podatak kako u većini slučajeva upravo oni samoinicijativno traže stručnu logopedsku pomoć za svoje dijete. Kao što prikazuje Slika 4, u 70% nalaza

zabilježeno je kako roditelji samoinicijativno dovode dijete na stručnu procjenu. U 22% slučajeva dijete dolazi po preporuci drugog logopeda. Najčešće je to riječ o vrtićkom logopedu ili nekom drugom logopedu u čiji je tretman dijete bilo uključeno radi zaostajanja u govorno – jezičnom razvoju ili terapije artikulacijskih, fonoloških i jezičnih poremećaja.



Slika 4. Osobe koje upućuju dijete na stručnu logopedsku procjenu govornih netečnosti

4.4. Razlike između dječaka i djevojčica

U Tablica 6 prikazana je usporedba dječaka i djevojčica na prethodno spomenutim varijablama. Sumirani su podaci o prosječnoj kronološkoj dobi na početku prepoznavanja govornih netečnosti, prosječnoj kronološkoj dobi na početnoj logopedskoj procjeni govornih netečnosti te vremenu proteklom od prepoznavanja govornih netečnosti do javljanja na procjenu. Kao što se vidi iz priloženog, govorne netečnosti ranije se javljaju kod djevojčica nego kod dječaka. Dobiveni nalaz identičan je onome koji je dobiven u istraživanju Yaruss, LaSalle i Conture (1998). Oni kao prosječnu kronološku dob za dječake (N=85) navode 36,17 mjeseci, a za djevojčice (N=15) 30,15 mjeseci. Isto se podudara s navodima iz literature koji tvrde kako djevojčice ranije počinju mucati. Može se uvidjeti kako ne postoje značajne razlike u kronološkoj dobi na početnoj logopedskoj procjeni. Djevojčice su neznatno mlađe. Yaruss, LaSalle i Conture (1998) u svom radu navode kako su djevojčice značajno mlađe od dječaka na početnoj procjeni. Oni kao prosječnu kronološku dob za dječake navode 55,96 mjeseci, a za djevojčice 47,27 mjeseci. Što se tiče vremenskog perioda proteklog od prepoznavanja govornih netečnosti, kod dječaka je isti neznatno kraći.

Tablica 6. Usporedba dječaka i djevojčica na varijablama *Kronološka dob na prepoznavanju govornih netečnosti, Kronološka dob na početnoj logopedskoj procjeni, Vrijeme javljanja na početnu logopedsku procjenu.*

	Dječaci	Djevojčice
KD na prepoznavanju govornih netečnosti	36 mjeseci* (3,00 godine) (N=25)	30 mjeseci* (2,06 godine) (N=19)
KD na procjeni	43 mjeseci* (3,07 godine) (N=26)	41 mjeseci* (3,05 godine) (N=21)
Vrijeme javljanja	6 mjeseci* (N=25)	8 mjeseci* (N=19)

* Centralna vrijednost (medijan)

4.5. Vrste netečnosti

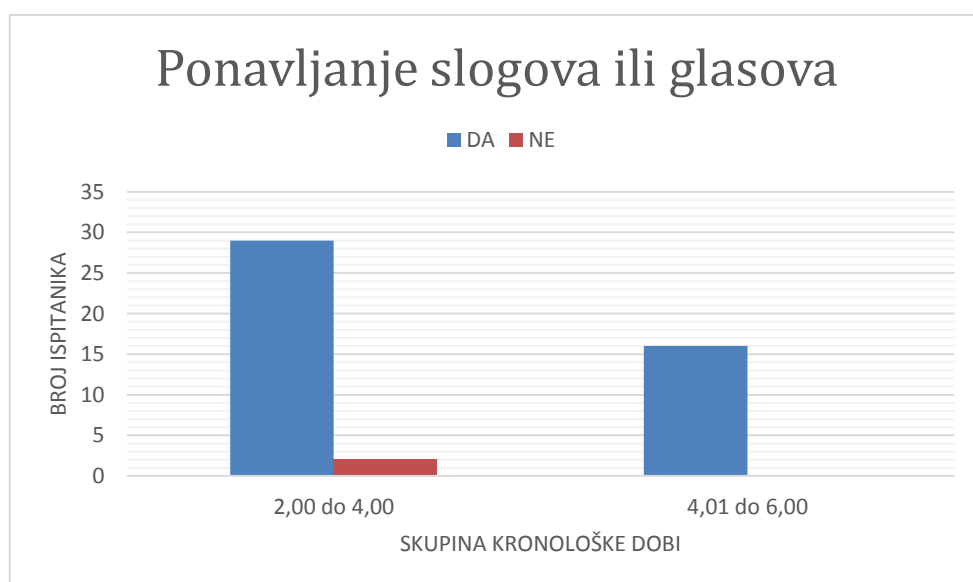
Kao što je već opisano u radu, glavna razlikovna značajka između djece koja mucaju i njihovih vršnjaka koji ne mucaju očituje se u zastupljenosti mucajućih netečnosti. Djeca koja mucaju, iste pokazuju u većoj mjeri. Nakon treće godine, mucajuće netečnosti trebale bi u manjoj mjeri biti zastupljene u govoru djece, a pogotovo se to odnosi na ponavljanje dijelova riječi (glasove i slogove). S obzirom na to kako u ovom uzorku prednjače djeca kojoj je dodijeljena dijagnoza *Mucanje*, za očekivati je kako će postojati određena odstupanja od ovog pravila.

Za potrebe rada, odabrana je podjela Yairia i Ambrose (2005; prema Shapiro, 2011), koji mucajuće netečnosti dijele na *Ponavljanje slogova i glasova, Ponavljanje jednosložnih riječi i Dizritmične fonacije – Čujna produljivanja glasova i Prekidi.*

4.5.1. Mucajuće netečnosti i dob

U svrhu dobivanja odgovora na pitanje razlikuju li se djeca mlađe i starije kronološke dobi u učestalosti pojavljivanja mucajućih netečnosti na početnoj logopedskoj procjeni, varijabla *Skupina kronološke dobi* podijeljena je na dvije skupine, mlađu i stariju. Mlađu skupinu djece kronološke dobi od 2,00 do 4,00 čini 31 dijete. Stariju skupinu djece kronološke dobi od 4,01 do 6,00 čini 16 djece. Iako su analizirane mucajuće netečnosti koje su zabilježene na početnoj logopedskoj procjeni, dostupni su i podaci o mucajućim netečnostima koje su roditelji najprije primijetili kod svoje djece.

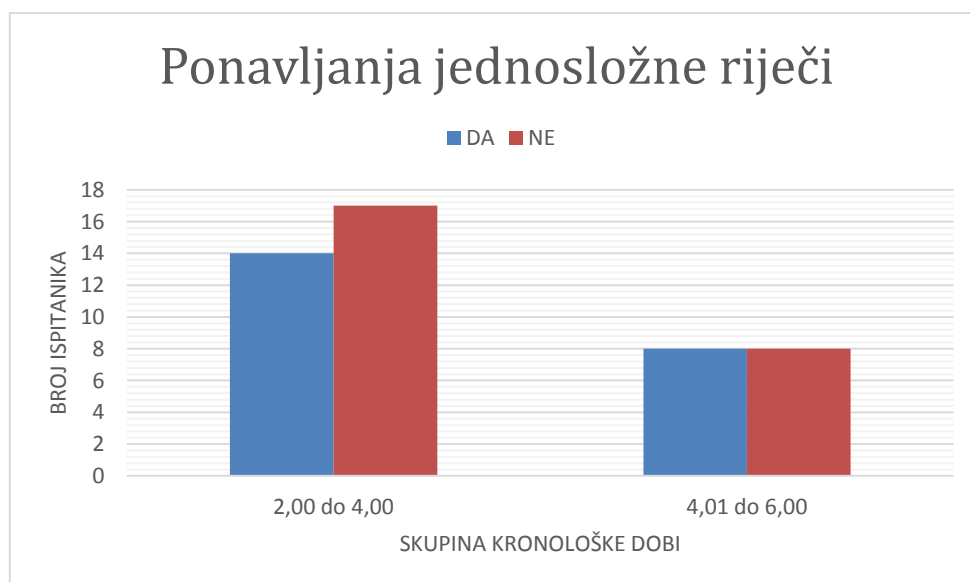
Izračunavanjem frekvencija dobiveno je kako je najčešća zastupljena mucajuća netečnost u cjelokupnom uzorku - *Ponavljanje slogova ili glasova*. Ista je kod mlađe skupine (2,00 do 4,00) zastupljena kod 93,5% djece, a kod starije skupine (4,01 do 6,00) zastupljenost je stopostotna. Navedeno se podudara s roditeljskim izvještajima koji kao prvo uočenu govornu netečnost svoje djece navode upravo *Ponavljanje slogova ili glasova* i to u 70,2% slučajeva u cijelom uzorku. Očito je kako se u promatranom uzorku, zastupljenost ovih netečnosti ne smanjuje nakon treće godine, već upravo suprotno.



Slika 5. Razlike između mlađe i starije skupine na varijabli *Ponavljanje slogova i glasova*.

Mucajuća netečnost *Ponavljanje jednosložne riječi* podjednako je zastupljena i u starijoj i mlađoj skupini. Kod mlađe skupine navedena mucajuća netečnost pojavljuje se kod 45,2% djece, a kod starije skupine pojavljuje se kod 50% djece (Slika 6). Iako dijagnostičar u

velikom broju slučajeva identificira navedenu netečnost u govornom uzorku, zanimljivo je kako roditeljska izvještavanja iste ne primjećuju kod svoje djece. Tako ovu netečnost opisuje svega 17% roditelja. Za usporedbu, u studiji Yairija (1983), 40% roditelja izvještava o ponavljanju riječi. Razlog tomu zasigurno se može prepisati očekivanoj roditeljskoj neupućenosti u razlikovanje netečnosti, stoga se njihovi navodi ne mogu sa sigurnošću prihvatiti. Tako su često viđeni komentari koji se odnose na načine opisivanja netečnosti sljedeći: „*ponekad zapne na početku govora*” ili “*zastaje na svakoj riječi*”. Roditelji će netečnosti kao što je ponavljanje jednosložnih riječi vjerojatno često zamjenjivati raznim “zamuckivanjem” i “zastajkivanjem” na početku govora ili ih pak svrstavati u ponavljanje slogova itd. Međutim, kod neke djece zabilježeni su i podaci koji mogu biti od kliničkog značaja: “*Prije 3-4 tjedna odjednom je počeo višestruko ponavljati jednosložne riječi (kaj, daj, kak). Teta (logoped) je danas primijetila višestruko ponavljanje prvoga glasa i sloga višesložne riječi te umetanje “a” pred početak govora.*” U posljednjem, preciznost u objašnjavanju netečnosti je ostvarena zahvaljujući sretnoj okolnosti postojanja logopeda u obitelji. Naravno, u nekim sporadičnim slučajevima i sami roditelji daju prilično precizne podatke: “*Netečnost se u govoru prvi puta javila početkom 8. mj. prošle godine i razvila se unutar tjedan dana u vidu ponavljanja inicijalnih i medijalnih slogova i produžavanja glasova. Prije Božića su se javile blokade u govoru, afonični govorni pokušaji, te je djevojčica odustajala od govora.*”

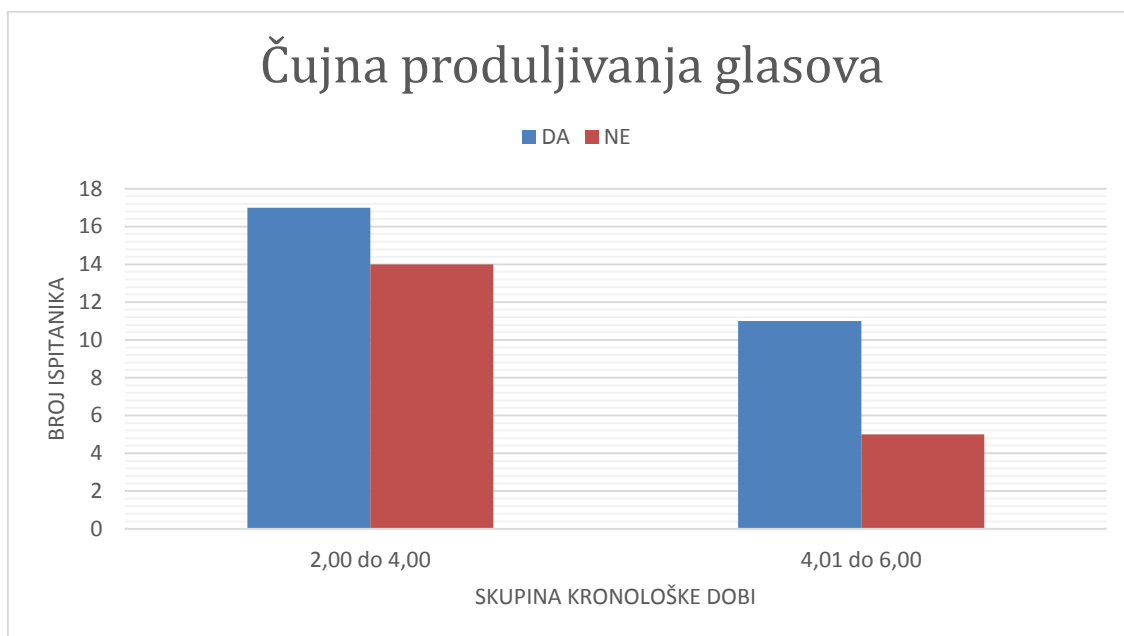


Slika 6. Razlike između mlađe i starije skupine na varijabli *Ponavljanje jednosložne riječi*.

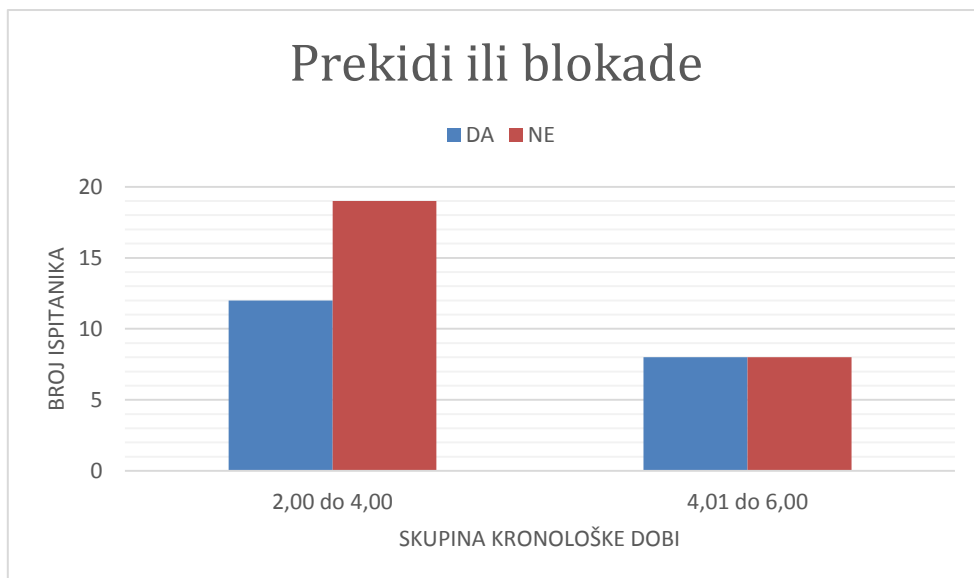
Mucajuća netečnost *Čujno produljivanje glasova* (Slika 7) izraženija je kod starije skupine gdje je zabilježena učestalost pojavljivanja kod 68,8% djece. Kod mlađe skupine, također,

više od polovice njih iskazuju tu netečnost (54,8%). *Prekidi ili blokade* (Slika 8), također su izraženije kod starije skupine gdje je njihova učestalost pojavljivanja u polovici svih slučajeva naspram 38,7% mlađih slučajeva.

Roditelji prijavljuju navedene netečnosti u manjoj mjeri, ali u sličnom postotku. Čujna produljivanja glasova prijavljuju u 13 (27,7%) slučajeva, a prekide prijavljuju u 14 (29,8%) slučajeva (od ukupno 41). Za usporedbu, Yairi i Ambrose (1992), navode kako 36% roditelja prijavljuje čujna produljivanja glasova na početku mucanja, dok prekide prijavljuje 14% roditelja. Yaruss, La Salle i Conture (1998) su svojim istraživanjem utvrdili kako djeca koja dulji period mucaju, imaju veću vjerojatnost pojavljivanja čujnih produljivanja glasova kao najčešće vrste netečnosti. Ovaj nalaz podržavaju prethodna otkrića koja su tvrdila kako djeca na početku mucanja proizvode više ponavljanja glasova i slogova, a zatim počinju produljivati glasove kako se mucanje razvija (npr. Bloodstein, 1960; Conture, 1990; Gregory i Hill, 1993; Johnson i sur., 1959; prema Yaruss, La Salle i Conture, 1998). Valja napomenuti kako isto ne vrijedi za svu djecu jer postoje individualne razlike u razvoju mucanja. Duljina trajanja perioda mucanja kod djeteta ne može predvidjeti vrste netečnosti koje će se pojavljivati u njegovom repertoaru (Yaruss, La Salle i Conture, 1998).



Slika 7. Razlike između mlađe i starije skupine na varijabli *Čujna produljivanja glasova*.



Slika 8. Razlike između mlađe i starije skupine na varijabli *Prekidi*.

Uspoređivanjem distribucija frekvencija mucajućih netečnosti može se uvidjeti kako se djeca mlađe i starije kronološke dobi ne razlikuju u učestalosti njihova pojavljivanja. Isto se potvrđuje i dobivenim kontingencijskim tabelama iz kojih se iščitava kako ne postoji statistička značajna razlika između mlađe i starije skupine. U svakom od slučajeva *Pearson Chi - Square* je veći od 0,05 ($p > 0,05$). Rezultati su uglavnom ujednačeni, s time što su neke netečnosti nešto češće zastupljenije kod starijih nego kod mlađih (*Prekidi* i *Čujna produljivanja glasova*). Upravo su posljednje karakteristične za razvijenije mucanje.

4.5.2. Mucajuće netečnosti i dijagnoza

Usporedbom zastupljenosti mucajućih netečnosti temeljem dodijeljenih dijagnoza, može se primijetiti kako je većina njih zastupljena i kod dijagnoze *Normalna netečnost*; i onih graničnih slučajeva navedenih pod dijagnozom *Poremećaj tečnosti govora*. Pogotovo to vrijedi za *Ponavljanje slogova ili glasova* i *Ponavljanje jednosložnih riječi*. *Prekidi* su slabije zastupljeni u posljednje dvije dijagnostičke kategorije, a *Čujna produljivanja glasova* nisu zabilježena kod djece s dijagnozom *Normalna netečnost*. Može se primijetiti kako su posljednje dvije netečnosti izraženije kod "težih" slučajeva netečnog govora, odnosno mucanja.

4.5.3. Ostale netečnosti

Što se tiče ostalih nemucajućih netečnosti, njihova prisutnost je slabo zabilježena. Jedina vrsta netečnosti koja je nešto češće spominjana u nalazima odnosi se na *Umetanja* (25,8% za mlađu skupinu i 43,8% za stariju skupinu). Ostale vrste nemucajućih netečnosti (*Nedovršeni dijelovi rečenice*, *Ispravci*, *Ponavljanja dijela ili cijele rečenice*) bilježe se kod nekolicine djece. Nije poznato je li razlog tome činjenica kako se one zaista rijetko pojavljuju u promatranom uzorku ili se radi o odluci dijagnostičara da iste ne bilježi jer ih možda ne smatra klinički relevantnima. Vjerojatno je riječ o potonjem.

Bitno je napomenuti kako govorne netečnosti, iako najočitiiji element mucanja ne mogu biti jedini kriterij u dodjeljivanju pripadajuće dijagnoze. Ono što je kritično za sveobuhvatno razumijevanje mucanja jest shvaćanje kako očiti elementi - oni koji se promatraju ili čuju izravno - ne govore o cijeloj priči, osobito o onima za koje je mucanje postalo kronično. Mucanje se također očituje u više prikrivenih elemenata i povezanih iskustava (npr. osjećaji, strahovi, izbjegavanja, sram, fobije...) koja izravno utječu na komunikaciju (Craig, Blumgart i Tran, 2009).

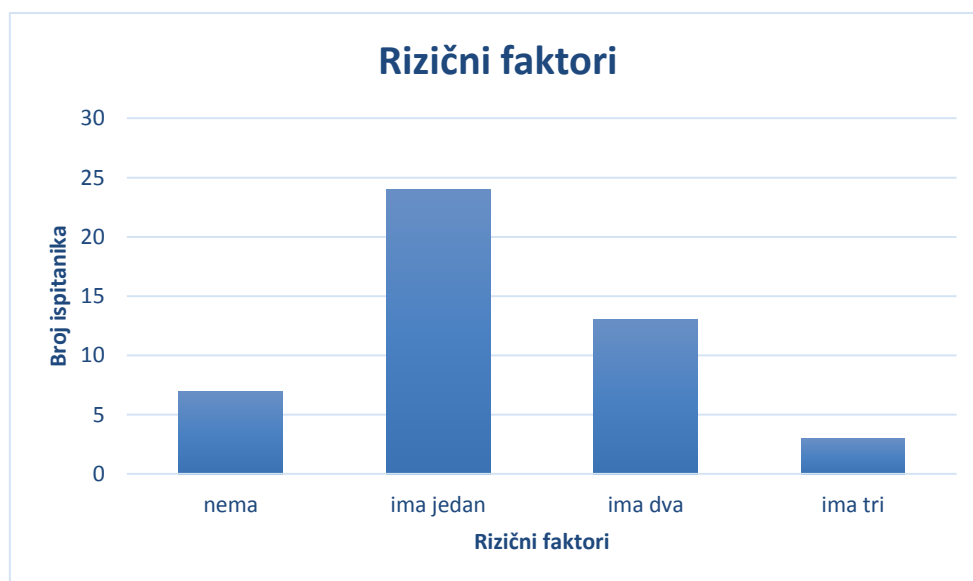
4.6. Sekundarna ponašanja

Neki od tih očitih elemenata su i sekundarna ponašanja koja se javljaju uz mucanje. Njihova prisutnost je zabilježena kod 36,2% djece. Kod preostale djece (63,8 %), njihovo postojanje se ne spominje pa je za pretpostaviti kako se niti ne javljaju. Kod djevojčice kojoj je dodijeljena dijagnoza *Mucanja* navodi se sljedeće: "*Od sekundarnih karakteristika je prisutan nemir ruku i nogu, igranje s rukama i kosom, okretanje na stolcu.*" I kod djece kojoj je dodijeljena dijagnoza *Normalne netečnosti* navodi se postojanje istih: "... *teško izgovara neke riječi uz grčenje lica i treptanje kapaka*". Unatoč činjenici što se primarno vežu uz *Mucanje*, analizom podataka uočava se kako su sekundarna ponašanja zabilježena kod svih dijagnoza.

4.7. Rizični faktori za razvoj mucanja

Rizičnih faktora za razvoj mucanja je mnogo, a njihovo postojanje navodi se u anamnestičkom dijelu nalaza. Njihov klinički značaj je velik jer ako isti postoje, dijete bi trebalo biti sustavno praćeno. Iščitavanjem nalaza moglo se uočiti kako se neki od njih učestalo pojavljuju. Upravo iz tog razloga stvorene su varijable *Obiteljska opterećenost mucanjem*, *Neurorizičnost* i *Dodatni govorno – jezični poremećaji*.

Obradom podataka došlo se do zaključka kako je kod većine djece zabilježeno postojanje odabranih rizičnih faktora. Kod svega 7 djece (14,9%) od njih 47, nije zabilježeno postojanje niti jednog rizičnog faktora. Kod preostalih 40 (85,1%), prisutan je bar jedan rizičan faktor i to u polovici slučajeva (51,1%) te dva rizična faktora u 27,7% slučajeva. Kod 3 djece (6,4%), prisutna su sva tri odabrana rizična faktora. Isto je grafički prikazano (Slika 9).



Slika 9. Podatci o postojanju rizičnih faktora za razvoj mucanja.

4.7.1. Obiteljska opterećenost mucanjem

Usporedbom frekvencija svake varijable zasebno može se primijetiti kako polovica svih slučajeva (51,1%) ima člana obitelji koji muca. To je ujedno i najčešće bilježeni rizični faktor u uzorku. Ovaj postotak se podudara s postojećim izvještajima kako polovica svih slučajeva koji dolaze na terapiju mucanja prijavljuje obiteljsku povijest mucanja (Rowden-Racette, 2012. <http://leader.pubs.asha.org/article.aspx?articleid=2292000>).

4.7.2. Neurorizičnost

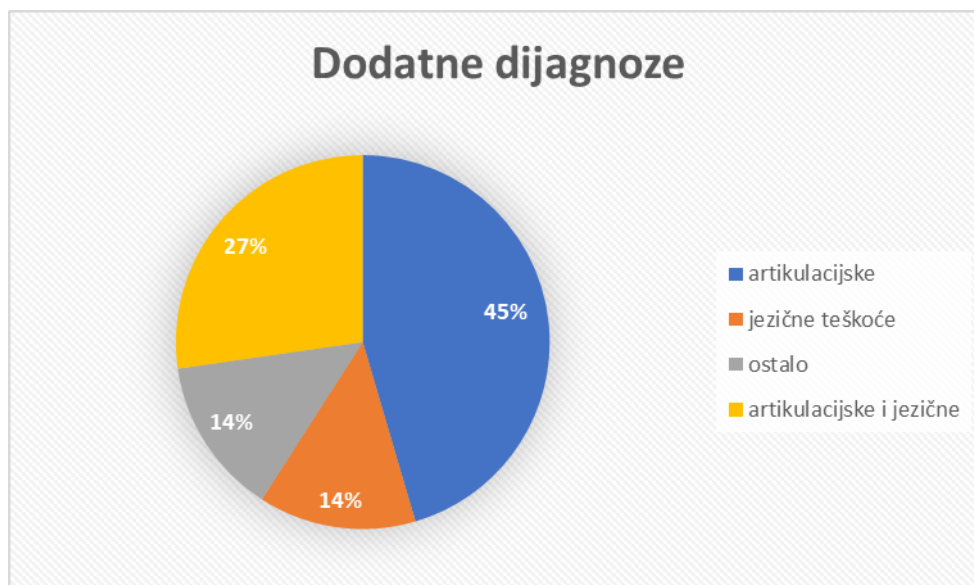
Neurorizičnost je prijavljena kod 14 (29,8%) djece, a često je udružena s genetskom opterećenošću ili dodatnim govorno jezičnim poremećajima. Podatak o neurorizičnosti je važan jer neurogena etiologija mucanja određuje terapijski pristup i ciljeve. Moguće je kako će se uz neurogeno mucanje javljati i ostali govorno jezični i komunikacijski poremećaji te druga oštećenja koja će imati utjecaja na netečnost u govoru. U tom slučaju, tretiranje netečnosti neće biti jedini i primarni terapijski cilj.

Ako roditelj izvještava o neurološkim problemima kod djeteta, a dijagnostičar primijeti simptome neurogenosti u govoru (npr. ponavljanje zadnjeg i srednjeg sloga ili varijabilnu brzinu i intenzitet govora), dijete se upućuje na neurološki pregled i obradu. Iščitavanjem anamnestičkih podataka nailazi se na: komplikacije u trudnoći, intrakranijalna krvarenja kod

novorođenčadi, oštećenja i traume tijekom ili nakon poroda, hipoksiju, distoni sindrom, hematome, frakture čeone kosti, potrese mozga, konvulzije.

4.7.3. Dodatni govorno - jezični poremećaji

Postojanje dodatnih govorno – jezičnih poremećaja zabilježeno je kod 22 djece (46,8%). Najčešće je riječ o artikulacijskim poremećajima i udruženim artikulacijskim poremećajima s jezičnim (Slika 10).



Slika 10. Dodatne dodijeljene dijagnoze.

Literatura izvještava kako se u praksi često nailazi na djecu u ranim fazama mucanja koja pokazuju više artikulacijskih ili fonoloških grešaka te govor koji je teško razumljiv za okolinu. Istraživanja opetovano potvrđuju nalaze kako djeca koja mucaju imaju otprilike dva i pol puta veću učestalost artikulacijskih poremećaja nego njihovi vršnjaci koji ne mucaju (Berry, 1938; Kent i Williams, 1963; Andrew i Harris, 1964; Williams, Silverman i Kools, 1968, Bloodstein i Ratner, 2008; prema Guitar, 2013). Ipak, s druge strane, nekoliko istraživanja nije pronašlo nikakvu razliku u artikulacijskim sposobnostima djece koja mucaju i djece koja ne mucaju (Seider, Gladstein i Kidd, 1982; Ryan, 1992; prema Guitar, 2013).

Pronalasci o manjkavosti u artikulacijskoj i jezičnoj izvedbi, barem kod neke djece koja mucaju, mogu se tumačiti na više načina. Neki autori sugeriraju kako djeca koja imaju artikulacijske ili jezične poremećaje mogu početi vjerovati kako je govor težak. Njihovo

predviđanje teškoće dovodi do oklijevanja i napetosti u govoru, a zatim do mucanja (Bloodstein i Ratner, 2008, prema Guitar, 2013). Alternativno gledište tvrdi kako oštećenja ili zakašnjeli razvoj određenih područja mozga zaduženih za govorne i jezične funkcije može rezultirati artikulacijskim i jezičnim poremećajima ili poremećajima tečnosti govora u bilo kojoj kombinaciji (Guitar, 2013). Osim dokaza o većoj učestalosti jezičnih ili artikulacijskih poremećaja kod djece koje mucaju, istraživači su također otkrili kako isti poremećaji mogu biti povezani s mogućnošću oporavka. To se ogleda u istraživanjima čiji rezultati upućuju na veću vjerojatnost za razvojem kroničnog mucanja ili pak duljim trajanjem terapije kod djece koja istovremeno pokazuju jezične ili fonološke teškoće i mucanje (Conture, Louko i Edwards, 1993; Yairi, , Paden i Throneburg, 1996; Paden, 2005; prema Guitar, 2013).

Kao što je već spomenuto, prisutna su oprečna stajališta u vezi jezične izvedbe djece koja mucaju. Jedni izvješćuju o lošijim rezultatima djece koja mucaju kada ih se uspoređi s djecom kod koje je došlo do oporavka, dok drugi ne nailaze na te razlike. Nešto su konzistentnija izvješća za fonološke vještine koje su se testovima pokazale naprednijima kod djece koja su se oporavila od mucanja. Čini se stoga kako je među prisutnim faktorima na početku mucanja, razvijenost fonoloških vještina bolji indikator vjerojatnosti oporavka, nego što je jezična izvedba. Djeca koja kasne u fonološkom razvoju su rizičnija za razvoj mucanja (Guitar, 2013). Nažalost, u analiziranim nalazima nisu pronađene informacije o eventualnim dijagnozama fonoloških poremećaja. Moguće je kako se iste bilježe kao artikulacijski i jezični poremećaji. Neka djeca su već uključena u logopedsku terapiju radi govorno jezičnih teškoća stoga dijagnostičar ne pridaje veliku pozornost razlikovanju tih poremećaja.

Ako se procijeni kako su dodatni govorno jezični poremećaji u podlozi govornih netečnosti, onda je uputno najprije njih tretirati. Dijagnostičar u takvim situacijama preporučuje sljedeće: *"Radi se o srednje jakom mucanju koje se pojačava zbog jezičnih i artikulacijskih teškoća. Stoga je potrebna intenzivna logopedska terapija, prvenstveno usmjerena na jezik i govor, a prema zakonitostima terapije mucanja."*

4.8. Dijagnoza i terapija

Nakon početne procjene govornih netečnosti, kliničar ima na raspolaganju dvije opcije. Dijete može uključiti u direktan tretman gdje će cilj biti modifikacija mucanja ili oblikovanje tečnosti. Druga opcija je indirektna terapija u kojoj roditelji postaju primarni "terapeuti" sljedeći savjete logopeda o promjeni načina komunikacije. S obzirom da su indirektnim tretmanom obuhvaćeni, pojednostavljeno rečeno, "lakši" slučajevi netečnosti, a direktnim "teži"; očekivano je kako će djeca s različitim dijagnozama biti uključena u različite tretmane. Prema tome, djeca s dijagnozom mucanja bi u većoj mjeri trebala biti uključena u direktnu terapiju.

Analizirano je 44 slučaja (nedostaju 3 slučaja jer im nije dodijeljena dijagnoza) i dobiveno je kako je svako dijete uključeno u terapijski pristup. Za 3 (6,8%) djece, dobiven je podatak kako su uključena u oba terapijska pristupa. Najviše ih je uključeno u indirektnu terapiju, njih 28 (63,6%), dok je 13 (29,5%) djece uključeno u direktnu terapiju.

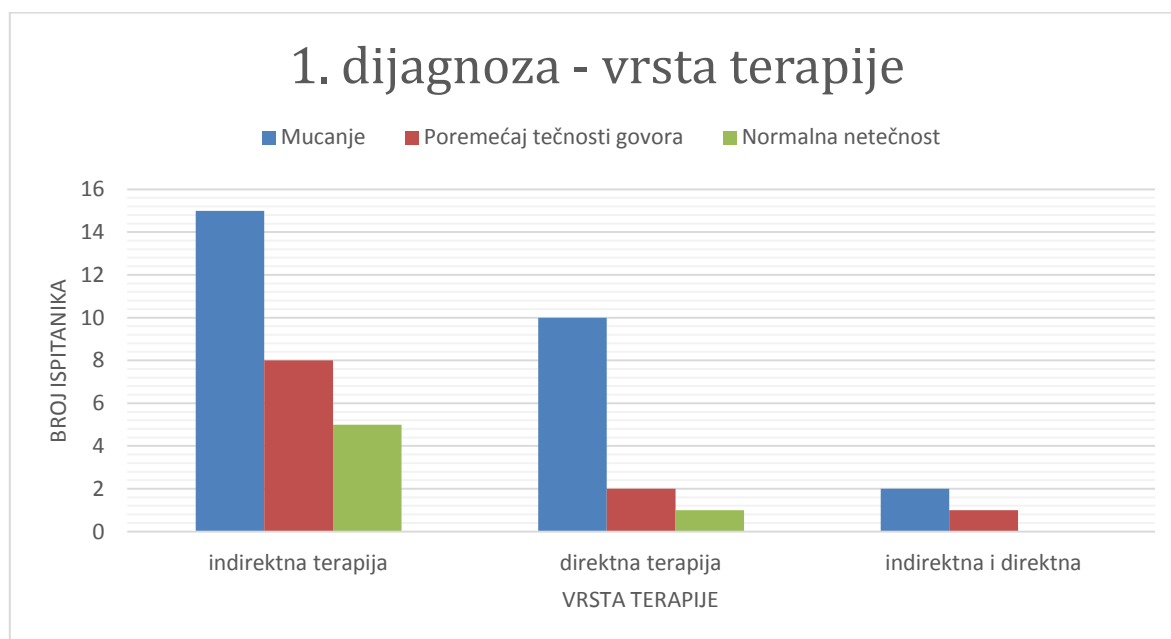
Frekvencijska analiza rezultata metodom krostabulacije prikazana je tablično (Tablica 7) te grafički (Slika 11). Iz tablice se može uvidjeti kako se djeca s dijagnozom mucanja nalaze i u indirektnoj i u direktnoj terapiji, a veći broj njih nalazi se u prvoj što je suprotno očekivanjima. Što se tiče preostale dvije dijagnoze (*Poremećaj tečnosti govora* i *Normalna netečnost*), takva djeca se u većoj mjeri nalaze u indirektnoj terapiji, a 3 djece se nalaze u direktnoj. Isprva, začuđuje jedno dijete s dijagnozom *Normalna netečnost* koje je uključeno u direktnu terapiju, ali iščitavanjem nalaza može se otkriti kako je razlog tome brat blizanac koji je s dijagnozom *Mucanje* uključen u direktnu terapiju. Na ovaj način oba brata blizanca zajedno pohađaju terapiju te se isto smatra poželjnim oblikom intervencije.

Obradom prikupljenih nalaza uočava se kako se upotrebljava različito dijagnostičko nazivlje za istu pojavu. Takvo nesustavno korištenje naziva prouzročilo je teškoće prilikom kategoriziranja dijagnoza. Tako se u ovom radu upotrebljava termin *Normalna netečnost* iz razloga što je isti aktualniji u novijoj literaturi, ali i novijim analiziranim nalazima. U nekim nalazima koriste se termini kao što su *Razvojna netečnost govora* ili samo *Netečnost govora*. Neki slučajevi koji su navedeni pod dijagnozom *Razvojno mucanje* zapravo odgovaraju kliničkoj slici normalne netečnosti. Kako bi se što vjernije učinila dijagnostička

kategorizacija, nalazi su pomno iščitavani te su takvi slučajevi kategorizirani prema kliničkom opisu.

Tablica 7. Zastupljenost pojedine dijagnoze u indirektnoj i direktnoj terapiji.

		Vrste terapije			Ukupno
		Indirektna terapija	Direktna terapija	Indirektno i direktno	
1. dijagnoza	Mucanje	15	10	2	27
		55,6%	37,0%	7,4%	100,0%
	Poremećaj tečnosti govora	8	2	1	11
		72,7%	18,2%	9,1%	100,0%
	Normalna netečnost	5	1	0	6
		83,3%	16,7%	0,0%	100,0%
Ukupno		28	13	3	44
		63,6%	29,5%	6,8%	100,0%

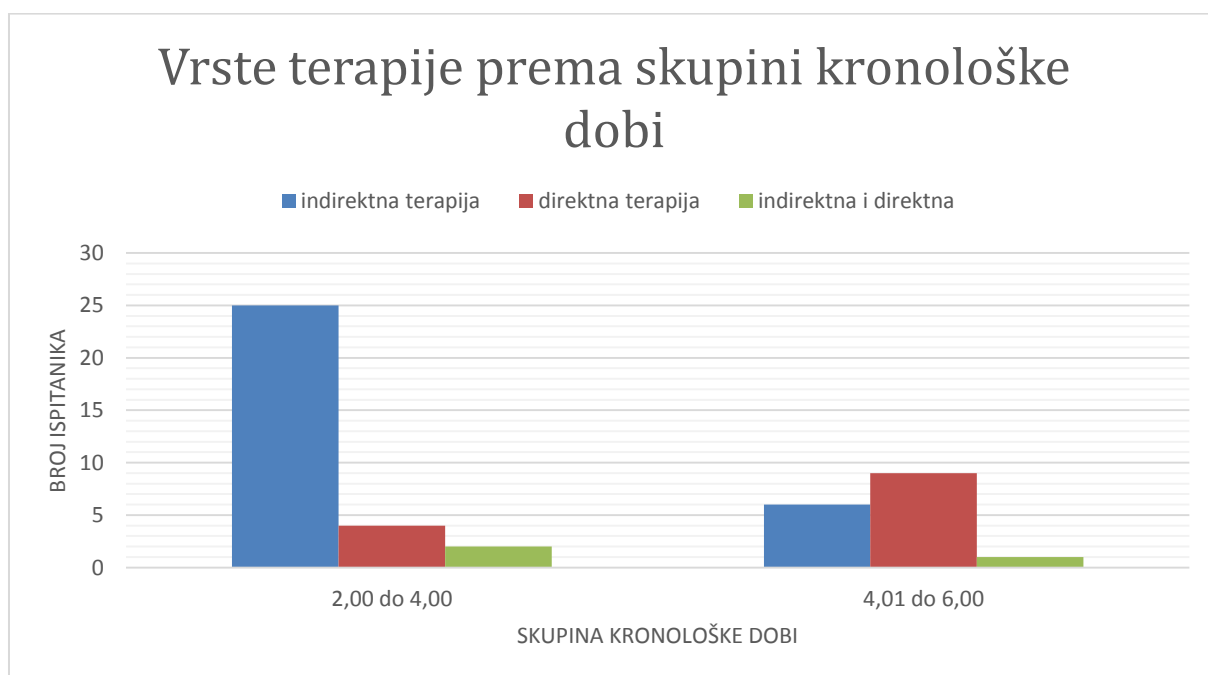


Slika 11. Zastupljenost pojedine dijagnoze u indirektnoj i direktnoj terapiji

Uspoređivanjem distribucije frekvencija može se zaključiti kako se djeca s različitim dodijeljenim dijagnozama ne razlikuju u obliku uključivanja u terapiju. Isto se potvrđuje i *Pearson Chi – Square testom* kojim se razlika nije pokazala statistički značajnom ($\chi^2=0,623$; $p > 0,05$). Može se zaključiti kako dijagnoza ne diktira vrstu terapije u koju će dijete biti uključeno.

4.9. Dob i terapija

Iako dijagnoza nije jedan od faktora povezanih s vrstom terapije, moguće je kako neki drugi faktori utječu na kliničku odluku prilikom odabira odgovarajućeg tretmana za dijete. Djetetova kronološka dob na početnoj logopedskoj procjeni mogla bi biti jedan od tih faktora. Poznato je kako je direktni pristup namijenjen djeci školske dobi, dok se u indirektni češće uključuju djeca predškolske dobi koja su tek započela mucati. Nakon što su desetljećima mnoga predškolska djeca koja mucaju bila uključivana u indirektni tretman, isto se počelo mijenjati od 2000. godine, pogotovo nakon osmišljavanja Lidcombe programa za ranu intervenciju, te se sve veći broj djece nalazio u izravnom terapijskom pristupu (De Sonnevile-Koedoot, Stolk, Rietveld, i Franken, 2015). Kada se promatra koliki je udio starije i mlađe djece zastupljen u indirektnoj odnosno direktnoj terapiji, uočava se kako je znatno više djece od 2,00 do 4,00 godine uključeno u indirektnu terapiju (80, 6 %). Starija skupina (od 4,01 do 6,00) je ravnomjernije raspoređena, s time što je više djece uključeno u direktnu terapiju (56,2%). Isto je grafički prikazano (Slika 12).



Slika 12. Zastupljenost mlađe i starije skupine u indirektnoj i direktnoj terapiji

Na temelju prikazanog može se uvidjeti kako je direktan pristup češća opcija kad su u pitanju djeca starija od 4,00 godine. Razlog tomu može biti razmatranje rizičnih faktora (Tablica 5,

str.14). Moguće je kako se kod te djece već razvila svjesnost o mucanju i ona negativno reagiraju na komunikaciju pa je direktnim aktivnostima potrebno modificirati mucanje. S obzirom na to kako se radi o manjem uzorku, nemoguće je generalizirati i točno odrediti one faktore koji vode kliničku odluku. Detaljnijim proučavanjem nalaza može se uočiti kako se u donošenju odluke kliničar često vodi svojom subjektivnom procjenom i dojmom stečenim u komunikaciji s djetetom. Tako se mogu pronaći sljedeća mišljenja: "*Iako u govoru dječaka ima elemenata kroničnosti, klinička slika i ponašanje dječaka ne zahtijevaju još direktnu terapiju. Roditelji dodatno savjetovani.*"

Teško je reći u kojoj mjeri takva subjektivna procjena može točno razlikovati rizičnu djecu za razvoj mucanja i odrediti kojoj je potrebna terapija te kakav oblik uključivanja u terapiju. Možda bi korištenje instrumenata u procjeni kao što su *Stuttering Prediction Instrument for Young Children (SPI)* i *SSI-4: Stuttering Severity Instrument* olakšalo određivanje i planiranje terapije. Iako zbog kompleksnosti mucanja niti takav vid procjene ne garantira potpunu objektivnost, dobiveni podatci zasigurno bi bili u većoj mjeri usporedivi i reprezentativni.

Čini se kako je u osnovi nemoguće razviti apsolutne kriterije kojim će se odrediti koja djeca trebaju primiti kakvu dijagnostičku preporuku (Yaruss, LaSalle i Conture, 1998). Unatoč tome što rezultati neformalnih mjera tečnosti govora nisu jedini čimbenici koje treba uzeti u obzir prilikom donošenja kliničke odluke, ipak su oni ti koji imaju glavnu ulogu u istome. Ono što bi bilo poželjno u ovom kontekstu jest razvoj kriterija koji će se temeljiti na relativno velikim uzorcima dječjih rezultata s procjene, a koji će pružiti kliničarima mogućnost uspoređivanja vlastitih preporuka za tretmanom s onim preporukama koje su donijeli drugi kliničari. (Yaruss, LaSalle i Conture, 1998). Naravno, za ostvarivanje istoga, potreban je razrađen sustav u domeni dijagnostike ranog mucanja što trenutno nije slučaj u Hrvatskoj.

5. Verifikacija hipoteza

Postavljene su 4 hipoteze:

Prva hipoteza (H1) "Postoji povezanost dobi prepoznavanja govornih netečnosti s početkom dobivanja stručne pomoći."

- Prihvaća se.

Druga hipoteza (H2) "Djeca mlađe i starije kronološke dobi razlikuju se u učestalosti pojavljivanja mucajućih netečnosti na početnoj logopedskoj procjeni govornih netečnosti."

- Ne prihvaća se.

Treća hipoteza (H3) "Očekuje se da je u promatranom uzorku više djece koja imaju prisutne neke od rizičnih faktora za razvoj mucanja nego djece koje iste nemaju."

- Prihvaća se.

Četvrta hipoteza (H4) "Djeca s dodijeljenim različitim dijagnozama na početnoj logopedskoj procjeni razlikuju se u obliku uključivanja u terapiju."

- Ne prihvaća se.

6. Ograničenja istraživanja

U pripremi ovog rada primijećen je manjak sustavnosti i konzistentnosti u bilježenju dijagnostičkih zapisa tj. nalaza. Bilježenje i praćenje onih slučajeva koji su rizičniji za razvoj kroničnog mucanja pružilo bi veću relevantnost istraživanjima govornih netečnosti u ranom djetinjstvu. Bilježenje i prikupljanje podataka na sustavan način moglo bi pružiti jedan koristan skup kriterija za procjenu tečnosti, govora i jezika djece za koju se sumnja da mucaju. Naknadno bi takvi podaci bili od pomoći kliničarima u razlikovanju djece koju je potrebno uključiti u tretman i one kod koje će najvjerojatnije doći do spontanog oporavka. Iako je ovaj rad pokušao pružiti neke važne informacije koje bi mogle koristiti kliničarima kao orijentir u dijagnostičkom postupku, za ostvarivanje ranije navedenog, potrebne su još detaljnije i brojnije informacije. Također, u cilju dobivanja veće valjanosti istraživanja, poželjno bi bilo primjenjivati standardne baterije testova u provođenju dijagnostike kao i slične postupke ispitivanja koje koriste i ostali kliničari. Sva djeca trebala bi biti procijenjena u jednakim uvjetima i na jednak način.

Nadalje, tijekom obrade podataka detektirana je i često viđena problematika u logopedskoj praksi koja se odnosi na korištenje više dijagnostičkih nazivlja za istu pojavu. Neki od korištenih naziva terminološki ne odgovaraju simptomatologiji koju obuhvaćaju ili se pak koriste nesustavno.

Konačno, bitno je napomenuti kako je najveće ograničenje ovog istraživanja ipak nemogućnost saznanja ishoda. Na pitanje, je li kod promatranih slučajeva došlo do razvoja kroničnog mucanja ili pak oporavka, nemoguće je dati odgovor. Stoga je nemoguće donositi konkretne zaključke vezane uz mucanje. O mucanju se jedino može zaključivati na temelju dijagnostičkih zapisa, a oni s obzirom na njegovu kompleksnost i promjenjivost tijekom vremena, zasigurno ne mogu biti jedini izvor informacija

7. Zaključak

Literatura sadrži vrijedne informacije o razvoju mucanja u ranom djetinjstvu. Posljednjih desetljeća provedena su brojna istraživanja koja su imala za cilj poboljšati kliničku procjenu ranog mucanja. Međutim, dijagnostika ranog mucanja još je uvijek daleko od egzaktne znanosti (Yairi, Ambrose, Paden i Throneburg, 1996). Ovo nije iznenađujuće, s obzirom na to da se dijagnostika temelji na procjenjivanju velikog broja varijabli za koje se ne zna točno od kolikog su značaja.

Ovaj rad pridonio je opisu trenutnog stanja u dijagnostici ranog mucanja. Dobiveni rezultati o dobi prepoznavanja govornih netečnosti potkrijepili su nalaze iz literature. Govorne netečnosti najčešće se uočavaju u djetetovoj drugoj godini života. Upravo je to najkritičnije doba naglog razvoja djetetovog govornog mehanizma i govorno-jezičnih vještina. Netečnosti se ranije javljaju kod djevojčica nego kod dječaka.

Zbog sumnje kako se radi o mucanju, većina roditelja traži stručnu logopedsku pomoć ubrzo nakon prepoznavanja govornih netečnosti i to najčešće u djetetovoj trećoj godini. Ovaj rad proturječi stavovima o nepotrebnoj roditeljskoj zabrinutosti i pretjeranoj osjetljivosti zbog normalnih netečnosti svog djeteta kao što se to često zna misliti kada je u pitanju mucanje u ranom djetinjstvu. Dobivenim rezultatima potvrđene su roditeljske sumnje. Većina procijenjenih slučajeva odgovara kliničkoj slici mucanja te im je shodno tome dodijeljena dijagnoza mucanja. Graničnim slučajevima ili slučajevima koji iskazuju blage netečnosti dodijeljena je dijagnoza poremećaja tečnosti govora odnosno normalne netečnosti.

Mucajuće netečnosti zabilježene su u čitavom uzorku, a najčešće zabilježena mucajuća netečnost na logopedskoj procjeni jest ponavljanje slogova ili glasova. O istome izvještava i većina roditelja koji navode kako se na početku, netečnost najčešće manifestira u vidu ponavljanja slogova i glasova. Što se tiče ostalih netečnosti, roditeljski izvještaji ne mogu biti legitiman izvor informacija jer ih ne mogu uspješno razlikovati. Analizom se pokazalo kako se mlađa i starija skupina ne razlikuje u učestalosti pojavljivanja mucajućih netečnosti. Sve mucajuće netečnosti zabilježene su i kod jedne i druge skupine s nešto većom učestalošću pojavljivanja čujnih produljivanja glasova i prekida u govoru djece starije kronološke dobi kao i kod onih slučajeva navedenih pod dijagnozom mucanja. Upravo se te netečnosti vežu uz razvijenija mucanja. Usporedbom zastupljenosti mucajućih netečnosti temeljem dodijeljene dijagnoze, primjetno je kako su iste prisutne kod sve tri dijagnostičke kategorije, te se može

zaključiti kako one nisu odlučujući kriterij prilikom dodjeljivanja dijagnoze mucanja. Isto se može primijeniti i u slučaju sekundarnih ponašanja koja se, iako prisutna u manjoj mjeri nego što je to slučaj s mucajućim netečnostima, uočavaju kod svih spomenutih dijagnoza.

Većina slučajeva koji dolaze na procjenu pokazuju rizik za razvoj mucanja. Najčešći bilježeni rizični faktori jesu obiteljsko opterećenje mucanjem, neurorizičnost i dodatni govorno jezični poremećaji. Polovica svih slučajeva ima člana obitelji koji muca. Od dodatnih govorno jezičnih poremećaja najčešće je riječ o artikulacijskim i udruženim artikulacijskim poremećajem s jezičnim, a kod njihovog postojanja preporučuje se terapija usmjeren na jezik i govor prema zakonitostima mucanja. Vjeruje se kako će kod ovakve djece jačanje govorno – jezičnih sastavnica imati pozitivan utjecaj na tečnost govora.

Analizom se pokazalo kako se djeca s različitim dodijeljenim dijagnozama ne razlikuju u obliku uključivanja u terapiju. Najveći broj promatranih slučajeva uključen je u indirektnu terapiju. Oni navedeni pod dijagnozom mucanja nalaze se i u indirektnoj i direktnoj terapiji te se temeljem ovih rezultata može zaključiti kako dijagnoza ne diktira oblik terapijskog pristupa. Daljnjim uvidom moglo se primijetiti kako je kronološka dob na početnoj procjeni jedan od kriterija koji vodi kliničku odluku. Djeca starije kronološke dobi rizičnija su za razvoj kroničnog mucanja, stoga je u takvim slučajevima direktni pristup češće birana opcija. Bitno je istaknuti kako je uočena subjektivnost i nesustavnost u donošenju dijagnostičkih odluka i preporuka.

Iako prikazana analiza pruža korisne informacije o prepoznavanju netečnosti i ranog mucanja, jasno je kako ovaj rad nije uspio uključiti sve važne varijable u razmatranje. Sadašnji rezultati temelje se na nalazima koji su prikupljeni u jednom trenutku, odnosno na dijagnostici, a uključuju izvještaje roditelja i kliničara. Unatoč trudu kliničara koji je zasigurno pokušavao što točnije procijeniti i utvrditi jesu li uočena ponašanja tijekom provedbe dijagnostike reprezentativna za dječji govor, jasno je kako bi direktno praćenje promjena tijekom vremena bilo od puno većeg značaja (Yaruss, LaSalle i Conture, 1998). Ono što bi u danom kontekstu bilo relevantnije jest longitudinalno praćenje djece koja dolaze na logopedsku procjenu govornih netečnosti, te bi se upravo na tome trebala temeljiti buduća istaživanja. Takav vid istraživanja trenutno nije ostvariv kako zbog nesustavnog bilježenja podataka tako i zbog specifičnosti promatrane skupine. Veliki broj djece koji u jednom periodu iskazuje govorne netečnosti i kod koje se može ustanoviti kako je riječ o mucanju, spontano se oporavi. Takva

djeca više ne dolaze na zakazane kontrole i nemoguće je procijeniti tečnost govora u određenom trenutku niti saznati konačan ishod.

8. Literatura

Bloodstein, O., Bernstein Ratner, N. (2008). *A Handbook on Stuttering (Sixth Edition)*. Thomson: Delmar Learning.

Childhood Fluency Disorders
<http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589935336§ion=Treatment>) [posjećeno 20. 6. 2017]

Craig, A., Blumgart, E., Tran, Y. (2009). The impact of stuttering on the quality of life in adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders* 34, 61–71.

De Sonnevile-Koedott, C., Stolk, E., Rietveld, T., Franken, M. C. (2015). Direct versus Indirect Treatment for Preschool Children who Stutter: The RESTART Randomized Trial. *PLOS ONE*, 1-17.

Galić Jušić, I. (2001). Što učiniti s mucanjem. Lekenik: Ostvarenje.

Guitar, B., Conture, E. G. (2007). *The child who stutters: to the pediatrician (Revised Fourth Edition)*. Memphis: Stuttering Foundation of America.

Guitar, B. (2013). *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment (Fourth Edition)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Jelčić Jakšić, S. (2014). Pomoć u usvajanju tehnika oblikovanja tečnog govora u terapiji mucanja: Pravila pet prstiju (PPP). *Logopedija*, 4, 1, 19-22.

Jiang, J., Lu, C., Peng, D., Zhu, C., Howell, P. (2012). Classification of Types of Stuttering Symptoms Based on Brain Activity. *PLOS One*, 7.

Manning, W. H. (2010). *Clinical Decision Making in Fluency Disorders (Third edition)*. International Edition: DELMAR CENGAGE Learning.

Månsson, H. (2000). Childhood Stuttering: Incidence and Development. *J. Fluency Disorder*, 25, 47–57.

- Millard, S.K., Edwards, S., Cook, F.M. (2009). Parent-child interaction therapy: Adding to the evidence. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11(1), 61–76.
- Packman, A., Onslow, M., Webber, M., Harrison, E., Arnott, S., Bridgman, K., Carey, B., Sheedy, S., O’Brian, S., MacMillan, V., Lloyd, W. (2015). *The Lidcombe Program Treatment Guide*. (https://sydney.edu.au/health-sciences/asrc/docs/lp_treatment_guide_2015.pdf [posjećeno 4. 8. 2017])
- Reilly, S., Onslow, M., Packman, A., Wake, M. D, Bavin, E. L, Prior, M., Eadie, P., Cini, E., Bolzonello, C., Ukoumunne, O. C (2009). Predicting Stuttering Onset by the Age of 3 Years: A Prospective, Community Cohort Study. *PEDIATRICS*, 123, 270-277.
- Rowden-Racette, K. (2012). In Search of Stuttering’s Genetic Code. *The ASHA Leader*, 17, 1-11. <http://leader.pubs.asha.org/article.aspx?articleid=2292000> [posjećeno 8. 8. 2017]
- Shapiro, D. A. (2011). *Stuttering Intervention: A Collaborative Journey to Fluency Freedom* (2nd Edition). Pro ed.
- Starkweather, C.W. (1987.). *Fluency and Stuttering*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Trajkovski, N., Cheryl, A., Onslow, M., O’Brian, S., Packman, A., Menzies, R. (2011.). A phase II trial of the Westmead Program: Syllable-timed speech treatment for pre-school children who stutter. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13(6), 500–509.
- Yairi, E. (1983). The Onset of Stuttering in Two- and Three-Year-Old Children A Preliminary Report. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 48, 171-177.
- Yairi. E., Ambrose, N. (1992). Onset of Stuttering in Preschool Children: Selected Factors. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35, 782-788.

- Yairi, E., Ambrose, N., Paden, E. P., Throneburg, R. N. (1996). Predictive Factors of Persistence and Recovery: Pathways of Childhood Stuttering. *J. Commun. Disord*, 29, 51–77.
- Yairi, E., Seery, C. H. (2015). *Stuttering: Foundations and Clinical Applications* (Second edition). Pearson Education Limited.
- Yaruss, J. S., Reardon, N. (2010). *Young Children Who Stutter: Information and Support for Parents*. New York: National Stuttering Association (NSA). <http://www.stutteringcenter.org/Forms/SCWP%202014%20Different%20Types%20of%20Disfluencies.pdf> [posjećeno 2. 7. 2017]
- Yaruss, J. S., LaSalle, L. R., Conture, E. G. (1998). Evaluating Stuttering in Young Children: Diagnostic Data. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 7 (4), 64-76.