

Komunikacijski stavovi djece i odraslih osoba koje mucaju

Biškup, Sara

Master's thesis / Diplomski rad

2020

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://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:645007>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-31**



Repository / Repozitorij:

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



Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko – rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad
Komunikacijski stavovi djece i odraslih osoba koje mučaju

Sara Biškup

Zagreb, rujan, 2020.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko – rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad
Komunikacijski stavovi djece i odraslih osoba koje mučaju

Sara Biškup

Doc. dr. sc. Ana Leko Krhen

Zagreb, rujan, 2020.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad „Komunikacijski stavovi djece i odraslih osoba koje mucaju“ i da sam njegova autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koji 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: Sara Biškup

Mjesto i datum: Zagreb, rujan, 2020.

Sažetak

Komunikacijski stavovi djece i odraslih osoba koje mucaju

Studentica: Sara Biškup

Mentorica: Doc. dr. sc. Ana Leko Krhen

Studijski smjer: Logopedija

Mucanje je poremećaj tečnosti govora u kojem dolazi do prekida toka govora ponavljanjima, produživanjima glasova ili slogova te blokadama. Osim navedenih teškoća tečnosti govora, mucanje može uključivati i sekundarna ponašanja u koja spadaju neuobičajeni pokreti lica ili tijela, treptanje i grimase osobe koja muca, a nerijetko je praćeno i negativnim komunikacijskim stavovima, koji mogu dovesti do smanjenog samopouzdanja djeteta ili osobe koja muca ili do razvoja anksioznosti. Komunikacijski stavovi, kao dublji dio simptomatologije mucanja, često su zanemareni te time slabije poznati od površinskih i odmah vidljivih simptoma mucanja, govornih netečnosti.

Cilj ovog rada je dati pregled novije literature koja se bavi komunikacijskim stavovima djece i odraslih osoba koje mucaju, vezom između anksioznosti i mucanja te povezanošću komunikacijskih stavova djece i odraslih osoba koje mucaju s logopedskom terapijom. Komunikacijski stavovi trebaju biti procijenjeni tijekom logopedске procjene mucanja kako bi se utvrdila njihova priroda te kako bi se, ukoliko postoji potreba, i oni uključili u logopedsku terapiju. Ako je prisutna anksioznost, dijete ili osobu je potrebno uključiti i u psihološku terapiju. Vezu između anksioznosti i mucanja još treba pobliže objasniti s obzirom da je anksioznost vrlo složen koncept. Terapija mucanja može smanjiti negativne komunikacijske stavove djece i odraslih osoba koje mucaju, no još nije poznato u kolikoj mjeri pozitivni ishodi mogu biti zadržani. Potrebno je provesti još istraživanja s većim brojem ispitanika i s jasnom metodologijom kako bi se navedeno područje pobliže istražilo.

Ključne riječi: mucanje, poremećaj tečnosti govora, komunikacijski stavovi, anksioznost, terapija

Abstract

Communication attitudes in children and adults who stutter

Student: Sara Biškup

Mentor: Ph.D. Ana Leko Krhen

Field of study: Speech and language pathology

Stuttering is a speech fluency disorder in which the flow of speech is interrupted by repetitions, prolongations of phonemes or syllables and blocks. Except for the fluency issues, stuttering can include secondary behaviors: unusual facial or body movements, blinking or grimacing. Stuttering often includes speaker's negative communication attitudes which can lead to decreased self – esteem or developing anxiety. Communication attitudes are often neglected as they represent deeper aspects of stuttering, unlike speech disfluencies.

The purpose of this paper is to give review of recent literature regarding speaker's communication attitudes, relationship between anxiety and stuttering and the relationship between communication attitudes and therapy. Communication attitudes should be assessed during speech and language assessment. If there is need, they should be included in therapy. If anxiety is present, psychological therapy is also needed to make sure the results of therapy are optimal. The relationship between anxiety and stuttering needs to be explored, since anxiety is a very complex construct. Stuttering therapy can lead to decreasing negative communication attitudes, however, the duration of the retention of the positive results is currently unknown. There is a need to conduct more research including more participants and clear methodology in this field.

Key words: stuttering, speech fluency disorder, communication attitudes, anxiety, therapy

Sadržaj

I. Uvod.....	1
II. Problemska pitanja.....	3
III. Pregled dosadašnjih spoznaja	4
1. Definiranje stavova.....	4
2. Procjena komunikacijskih stavova	5
2.1. Zašto procjenjivati stavove?	5
2.2. Testovi za procjenu komunikacijskih stavova	6
2.2.1. CAT.....	8
2.2.2. Big CAT	9
2.2.3. Kiddy CAT.....	9
2.2.4. Ostali testovi.....	10
3. Komunikacijski stavovi djece koja mucaju	11
4. Komunikacijski stavovi odraslih osoba koje mucaju	15
5. Mucanje i anksioznost	17
5.1. Definiranje anksioznosti	17
5.2. Anksioznost i teorije mucanja.....	17
5.3. Multidimenzionalni model anksioznosti.....	18
5.4. Međuodnos anksioznosti i mucanja	19
5.5. Upitnici za procjenu anksioznosti	20
5.6. Povezanost mucanja i anksioznosti.....	20
5.7. Socijalna anksioznost i mucanje	23
6. Logopedska terapija i mucanje	24
6.1. Terapija mucanja utemeljena na dokazima.....	24
6.2. Učinkovitost terapije mucanja	25
6.3. Unificirani okvir za očekivane ishode terapije mucanja.....	26

6.4. Povezanost terapije mucanja i komunikacijskih stavova.....	28
6.5. Učinkovitost terapije prihvaćanjem i posvećenošću [eng. <i>Acceptance and commitment therapy (ACT)</i>].....	31
6. 6. <i>ISTAR Comprehensive Stuttering Program</i>	33
IV. Zaključak.....	36
V. Literatura	38

I.Uvod

Mucanje je, najjednostavnije rečeno, poremećaj tečnosti govora u kojem dolazi do prekida toka govora ponavljanjima, produživanjima glasova ili slogova te blokadama. Osim navedenih teškoća u tečnosti govora, mucanje može uključivati i sekundarna ponašanja u koja spadaju neuobičajeni pokreti lica, tijela, treptanje i grimase osobe koja muca. Radi se o poremećaju koji se najčešće javlja u djetinjstvu, kada postoji veća vjerojatnost spontanog oporavka, za razliku od adolescencije i odrasle dobi, tijekom kojih se mucanje, ukoliko se spontano ne povuče prije, nerijetko zadržava te postaje cjeloživotna karakteristika govora osobe (Dragičević, 2018). Točan uzrok mucanja još nije poznat, ali većina istraživača smatra da mucanje nastaje međusobnim djelovanjem više faktora, a to su genetika, jezične sposobnosti djeteta, temperament i okolinski faktori. Mucanje kod djece najčešće se javlja između dvije i pol i četiri godine, kada se dijagnosticira kao razvojno mucanje. U ranoj je dobi teško razlučiti radi li se zaista o mucanju ili o normalnim netečnostima koje su prisutne u govoru sve djece. U predškolskoj je dobi čest spontani oporavak, a ukoliko do njega ne dođe i dijete odraste mucajući te postane odrasla osoba koja muca, tada se govori o razvojnom perzistentnom mucanju (Dragičević, 2018). Kod odraslih osoba još se mogu javiti psihogeno i neurogeno mucanje.

Iako zvuči jednostavno, definiranje mucanja, kao ni samo mucanje, to nikako nije. Idealno bi bilo da postoji jedna jasna definicija mucanja prihvaćena od strane svih kliničara i teoretičara koji se bave mucanjem, no tomu nije tako. Idealna bi definicija razlikovala osobu koja muca od one koja ne muca (Onslow, 2018). Nakon debate koja se vodila tijekom osamdesetih godina prošlog stoljeća, jednoznačna definicija mucanja nažalost nije pronađena, i to zbog kompleksnosti i složenosti ovog poremećaja. Ipak, izdvojila su se tri glavna pogleda na definiranje mucanja. Svaki od njih ima ograničenja, ali i pozitivne strane koje ih čine korisnima u praksi, a to su rječničke definicije mucanja, unutarnje definicije i perceptivne definicije (Onslow, 2018).

Neki kliničari i teoretičari kritiziraju jednodimenzionalan pogled na mucanje prema kojem su u procjeni i terapiji mucanja u fokusu samo netečni obrasci govora (Barber Watson, 1995; Conture, 2001; Cooper, 1979, 1984; Guitar, 2006; Manning, 2009; Van Riper, 1982; Williams, 1979; Yaruss i Quesal, 2006; prema Vanryckeghem i Brutten, 2011) te su skloniji vjerovati da prisutnost mucanja uključuje mnogo više od samih netečnosti u govoru (Johnson, Brown, Curtis, Edney i Keaster, 1956; Sheehan, 1970; Travis, 1957; Van Riper, 1982; prema

Vanryckeghem i Brutten, 2011). Složenost ovog poremećaja dobro oslikava Johnsonova definicija mucanja iz 1961. (prema Dragičević, 2018), prema kojoj je mucanje sve ono što osoba čini dok pokušava ne mucati. Radi svega navedenog, iznimno je važno mucanje promatrati kao multidimenzionalan poremećaj u kojem se osim samih netečnosti u govoru, trebaju procijeniti i ukoliko je to potrebno uključiti u terapiju, i komunikacijski stavovi djece i osoba koje mucaju, emocionalne reakcije povezane s mucanjem, strategije nošenja s problemima vezanim uz mucanje, kao i strategije izbjegavanja, što nikako nije poželjno (Barber, 1981; Barber Watson, 1988, 1995; Brutten i Shoemaker, 1967; Brutten i Vanryckeghem, 2003a, 2003b, 2007a; Conture, 2001; Cooper, 1979; Guitar, 1976, 2006; Manning, 1999; Riley, 1994; Smith i Kelly, 1997; Yaruss i Quesal, 2006; prema Vanryckeghem i Brutten, 2011). Izrazito negativni komunikacijski stavovi kod djece i osoba koje mucaju (kasnije u tekstu OKM) mogu dovesti i do razvoja anksioznosti. Pronađeno je da su OKM anksioznije od osoba koje ne mucaju (kasnije u tekstu OKNM), (Ezrati - Vinacour, Levin, 2004).

Komunikacija je ono što socijalno biće, čovjeka, povezuje s bićima koja ga okružuju te je stoga neodvojivi dio ljudske prirode (Ljubešić i Capanec, 2012). Svaka osoba koja komunicira posjeduje stavove o vlastitom govoru i komunikaciji. Ako OKM počinje sve jače mucati, može početi vjerovati da generalno ima teškoća s govorom. Ovakav scenarij često može biti slučaj kod adolescenata i odraslih osoba koje mucaju već dulji niz godina (Blood, Blood, Tellis i Gabel, 2001; Gildston, 1967; Rahman, 1956; Wallen, 1960; prema Guitar, 2013). OKM može projicirati stavove o svojem govoru na slušatelja koji tada počinje misliti da je OKM nervozna, nesigurna ili slično. Istraživanja su pokazala da većina ljudi, čak i logopedi i učitelji, smatraju osobe koje mucaju nesigurnim i napetim (npr. Turnbaugh, Guitar i Hoffman, 1979; Woods i Williams, 1976; prema Guitar, 2013). Jasno je da će takvi stavovi ljudi o OKM negativno utjecati na njihov pogled na sebe. Također je pronađeno da već djeca u dobi od 3 godine pokazuju negativnije komunikacijske stavove od svojih vršnjaka (Vanryckeghem, Brutten, Hernandez, 2005) što ukazuje na to da se, suprotno stajalištima iz prošlosti, negativni komunikacijski stavovi ne bi trebali uzimati u obzir samo kod odraslih OKM, već i kod djece koja mucaju.

II. Problemska pitanja

Iako su komunikacijski stavovi, kao i anksioznost, tema brojnih istraživanja u području mucanja, nije u potpunosti jasna veza između navedenih. Postavlja se pitanje dovodi li mucanje do razvoja negativnih komunikacijskih stavova, ali i utječu li negativni stavovi o govoru i komunikaciji nepovoljno na tijek mucanja te čine li ga težim te dugotrajnijim. Također, još nije poznato je li anksioznost posljedica ili uzrok mucanja, niti je li veza između anksioznosti i mucanja obostrana, odnosno povećava li mucanje anksioznost kod osobe, koja tada mucanje čini težim, odnosno govor netečnijim. U logopedsku je terapiju važno uključiti rad na stavovima o vlastitom govoru i komunikaciji, kako bi se se terapija mucanja provodila na svim razinama, a ne samo na površinskoj razini - na netečnom govoru. Međutim, još nije u potpunosti jasno kako logopedska terapija utječe na komunikacijske stavove djece i odraslih OKM.

Cilj ovog istraživanja je napraviti pregled literature o testovima koji se koriste za procjenu komunikacijskih stavova djece i odraslih koji mucaju, zatim dati pregled samih komunikacijskih stavova djece i odraslih OKM te pronaći kako komunikacijski stavovi utječu na pojedinca koji muca. Također će se dati pregled spoznaja o vezi između anksioznosti i mucanja, radi čega će biti objašnjen i model anksioznosti. Isto tako, napraviti će se pregled istraživanja koja se bave povezanošću komunikacijskih stavova djece i odraslih OKM s logopedskom terapijom, odnosno odgovorit će se na pitanje utječe li logopedska terapija na komunikacijske stavove djece i osoba koje mucaju, i u slučaju potvrdnog odgovora, na koji način.

III. Pregled dosadašnjih spoznaja

1. Definiranje stavova

Triandis (1971; prema Watson, 1995) stavove opisuje kao ideju nabijenu emocijama koja podrazumijeva neku vrstu aktivnosti ovisnu o situaciji. On (1967) i drugi autori (Ostrom, 1969; Rosenberg i Hovland, 1960; prema Watson, 1995) predložili su trodjelni model stavova koji opisuje tri vrste odgovora na specifični stimulus: 1.) afektivni sustav povezan s odgovorima simpatičkog živčanog sustava (“osjećajna” komponenta); 2.) bihevioralni odgovori ili verbalni odgovori povezani s ponašanjem (“ponašajna” komponenta); 3.) kognicija povezana s perceptualnim odgovorima ili izjave povezane s vjerovanjima (“idejna” komponenta). Stavovi imaju mnogo različitih funkcija (Triandis, 1971; prema Watson, 1995). Oni ljudima pomažu razumjeti svijet oko sebe pojednostavljuvanjem složenih koncepata, što omogućuje strukturiranje čovjekovog svijeta i pomaže u predviđanju događaja. Također, stavovi služe tomu da bi osoba mogla izraziti svoje vrijednosti. Mnogi pojedinci koji mucaju donose pogrešne zaključke o svojim komunikacijskim sposobnostima što otežava postizanje dugoročnog uspjeha u smanjivanju mucanja. Na temelju pogrešnih zaključaka osobe mogu stvoriti nerealistične ciljeve i očekivanja, koji mogu dovesti do nezadovoljstva. Zbog toga je od iznimne važnosti da kliničar procijeni stavove klijenta, uključujući znanja, vjerovanja i osjećaje. (Watson, 1995)

Guitar (2013) navodi da čovjekovi osjećaji mogu biti dio mucanja u jednakoj mjeri kao i njegova govorna ponašanja. Na početku mucanja, djetetovo uzbuđenje ili strah može uzrokovati netečnosti koje ono jedva primjećuje. Ako počne mucati češće, može postati frustrirano ili posramljeno jer ne može reći ono što želi. Takvi osjećaji dodatno otežavaju govorenje, s obzirom da se povećava napetost i napor u nastojanju da se što tečnije izgovori riječ. To može uzrokovati strah od ponovnog mucanja i krivnju zbog nemogućnosti da se netečnost prebrodi. Guitar (2013) stavove definira kao osjećaje koji su postali dio čovjekovih vjerovanja.

2. Procjena komunikacijskih stavova

2.1. Zašto procjenjivati stavove?

Istraživanja su pokazala da je u procjeni mucanja vrlo važno procijeniti stavove, emocionalne reakcije i mehanizme nošenja sa samim mucanjem, s obzirom da je mucanje multidimenzionalan poremećaj (Bernardini, Vanryckeghem, Brutten, Cocco, Zmarich, 2009). Istraživači su također došli do zaključka da stavovi osoba koje mucaju igraju vrlo važnu ulogu u kreiranju i održavanju tečnosti govora (Guitar, 1976, 2006; Peters i Guitar, 1991, prema Bernardini i sur., 2009). Postoje dokazi da negativni stavovi prema govoru dovode do pogoršanja mucanja (Andrews i Cutler, 1974), dok pozitivni stavovi o vlastitim verbalnim sposobnostima dovode do dugoročnog poboljšanja mucanja (Guitar, 1976, 2006; Guitar i Bass, 1978; prema Bernardini i sur., 2009). Bernardini i sur. (2009) navode da su važnost poboljšanja komunikacijskih stavova kod ljudi koji mucaju naglašavali Ryan (1974, 1979), Cooper (1979), Perkins (1979), Boberg (1981), kao i članovi američke organizacije, “National Stuttering Association” (McClure i Yaruss, 2003). Oni su terapiju koja uključuje rad na komunikacijskim stavovima ocijenili “vrlo uspješnom”, za razliku od terapije koja uključuje modifikaciju mucanja (samo 30% članova ju je smatralo vrlo uspješnom) i terapije oblikovanja tečnosti (19% ju je smatralo vrlo uspješnom). Samoprocjena se dugo vremena koristila kako bi se istražili komunikacijski stavovi OKM (Andrews i Cutler, 1974; Erickson, 1969; Johnson, Darley i Spriestersbach, 1952; Lanyon, 1967; Shumak, 1955; prema Bernardini i sur., 2009). Međutim, tek nakon nekoliko desetljeća od početka korištenja formirani su upitnici koji adekvatno mjere stavove djece koja mucaju. Razlog tomu je danas opovrgnuto mišljenje prema kojem se smatralo da izravno ispitivanje djeteta o njegovom mucanju zapravo pogoršava mucanje (Johnson, 1961; Johnson, Brown, Curtis, Edney i Keaster, 1967; prema Bernardini i sur., 2009). Stoga, potrebno je procjenjivati stavove OKM kako bi se dobio cjelokupni uvid u prirodu mucanja i posljedično, kako bi se rad na stavovima mogao uključiti u terapiju mucanja.

2.2. Testovi za procjenu komunikacijskih stavova

Jedna od prvih skala koja se bavila procjenom stavova o mucanju je *Iowa Scale of Attitudes Toward Stuttering*, koju su razvili Ammons i Johnson (1944; prema Andrews i Cutler, 1974). Shumak (1955; prema Andrews i Cutler, 1974) je pronašao normativne vrijednosti skale pod nazivom *The Stutterers' Self-Ratings of Reactions to Speaking Situations*. Podaci o valjanosti navedenih testova nisu objavljeni. Također, čini se da su navedeni testovi primjereniji za kliničko savjetovanje, nego za standardiziranu procjenu (Johnson, Darley, i Spriestersbach, 1963; prema Andrews i Cutler, 1974). Lanyon (1967; prema Andrews i Cutler, 1974) je autor skale težine mucanja, ali ona primarno mjeri bihevioralne odrednice mucanja, a stavova se dotiče u maloj mjeri. Godine 1972. Brutten je (prema Andrews i Cutler, 1974) osmislio test pod nazivom *Behavior Analysis Battery*, bateriju testova čija je svrha bila razlikovati ponašanja OKM od ponašanja OKNM. Baterija se sastoji od samoprocjene i drugih bihevioralnih mjera koje su potrebne za osmišljavanje tretmana prilagođenog individualnim potrebama OKM. Ipak, ni ova skala direktno ne mjeri same stavove (Andrews i Cutler, 1974). Woolfe je 1967. godine (prema Andrews i Cutler, 1974) želio razviti skalu za mjerenje iščekivanja mucanja, i to putem testa samoprocjene pod nazivom *The Perceptions of Stuttering Inventory*. Ova je skala bilježila stavove OKM o mucanju, ali zapravo je indirektno još uvijek mjerila težinu mucanja. Ona se može koristiti kako bi OKM osvijestila svoju percepciju mucanja ili kako bi se procijenila učinkovitost terapije kojoj je OKM podvrgnuta, ali ne može služiti kao mjera promjene komunikacijskih stavova (Andrews i Cutler, 1974). Erickson je 1969. godine (prema Andrews i Cutler, 1974) prepoznao potrebu za objektivnijim testom za procjenu komunikacijskih stavova OKM, te je koristeći empirijske dokaze, kategorizirao verbalna ponašanja OKM i OKNM. Pretpostavio je da će se komunikacijski stavovi OKM razlikovati od komunikacijskih stavova OKNM. Ta je pretpostavka potvrđena: odgovori OKM o interpersonalnoj komunikaciji bili su različiti od odgovora OKNM. Tako je formirana *S-scale*, skala za procjenu komunikacijskih stavova OKM. Konačni rezultat skale daje informaciju o tome koliko se komunikacijski stavovi neke OKM razlikuju od „normalnih“. Normalizirana je na 144 OKNM i 120 OKM (prema Andrews i Cutler, 1974). Iako su nastojanja da se pronađe određena vrsta osobnosti svojstvena OKM neuspješna (Goodstein, 1958; Sheehan, 1970; prema Andrews i Cutler, 1974), neki istraživači naglašavaju da se prikrivene razlike između OKM i OKNM odnose na njihovu interpersonalnu komunikaciju (Brown i Hull, 1942; Walnut, 1954; prema Andrews i Cutler, 1974). *S-scale* je formirana kako bi mjerila komunikacijske stavove OKM, ali nije

učinkovita u bilježenju promjena u stavovima povezanim s terapijom (Andrews i Cutler, 1974).

S obzirom na nedostatke *S – scale*, Andrews i Cutler (1974) poboljšali su vrijednost navedenog testa formiranjem novog testa, Erickson S-24. Obzirom na prijašnju verziju, novom je testu povećana diskriminativna moć i uporaba u praksi. Pronađeno je da je S-24 osjetljiv na promjenu stavova uzrokovanu terapijom, što je dovelo do toga da se skala koristi u brojnim istraživanjima (Guitar, 1976; Guitar i Bass, 1978; Lewis, 1997; Silverman, 1980; Mildon Stewart, 1982; prema Vanryckeghem i Brutton, 2011). Česta uporaba navedenog instrumenta također je rezultirala smanjenim nastojanjima za izradu drugih normiranih testova za samoprocjenu komunikacijskih stavova OKM (Vanryckeghem i Brutton, 2011). Ipak, kasnija su istraživanja ukazala na nedostatke S-24 testa (Brutton i Vanryckeghem, 2003b). Pronađeno je da odgovori OKM na četiri pitanja (pod brojevima 1, 6, 9, 15) nisu korelirali s ispitanikovim ukupnim rezultatom. Također, uočeno je da je pitanje pod brojem 9 (“I am a good mixer”) lingvistički zastarjelo i zbunjujuće (Vanryckeghem i Brutton, 2011). Također, postojala je potreba za jasnijim i ne zbunjujućim mjerama za procjenu komunikacijskih stavova. Grims (1978) i Guitar i Grims (1979) (prema Bernardini i sur., 2009) također su osmislili skalu koja direktno procjenjuje stavove djece o vlastitom govoru, i to kroz 19 pitanja. Međutim, pokazalo se da navedena skala ne može statistički značajno razlikovati djecu koja mucaju od djece koja ne mucaju (Bernardini i sur., 2009).

CAT, Big CAT i Kiddy CAT testovi su za procjenu komunikacijskih stavova određene populacije. *Communication Attitude Test* (CAT), autora Brutton i Dunham (1989) služi za procjenu komunikacijskih stavova školske djece. The Kiddy CAT, autora Vanryckeghem i Brutton (2007), služi za procjenu komunikacijskih stavova djece vrtičke i predškolske dobi, a Big CAT (Brutton i Vanryckeghem, 2007) je formiran za procjenu komunikacijskih stavova odraslih OKM. Do trenutka kad Big CAT nije bio normiran (Vanryckeghem i Brutton, 2011), služio je kao dio baterije testova koji se koriste u procjeni mucanja, *Behavior Assessment Checklist*, (BAB) (Brutton i Vanryckeghem, 2007), a osim Big CAT testa (u procjeni komunikacijskih stavova odraslih), on se sastoji od *Behavior Checklist*, koja mjeri ponašanja tijekom mucanja i *Speech Situation Checklist*, koja se sastoji od dva dijela: *Emotional reactions*, skale koja ispituje emocionalne reakcije i *Speech Disruption*, skale koja ispituje prekide u govoru (Brutton i Vanryckeghem, 2007).

2.2.1. CAT

Brutten je 1984. godine kreirao Communication Attitude Test (CAT), test za samoprocjenu komunikacijskih stavova osoba koje mucaju, koji se sastoji od 35 izjava za koje dijete tvrdi jesu li istinite ili lažne. To su, primjerice, izjave poput: “I don’t talk right” (hrv. „Ne govorim dobro“), “My classmates don’t think I talk funny” (hrv. „Moji prijatelji iz razreda ne misle da govorim smiješno“) i slično, a zadatak djeteta je označiti je li izjava istinita ili lažna. Jedan se bod daje za svaki odgovor koji podrazumijeva postojanje negativnog stava o komunikaciji, što znači da veći rezultat podrazumijeva negativnije komunikacijske stavove. CAT je preveden na mnoge jezike i koriste ga kliničari i istraživači diljem svijeta. Norme za CAT test u originalnoj su verziji napravljene 1989. godine (Brutten i Dunham, 1989; prema Johannisson, Wennerfeldt, Havstam, Naeslund, Jacobson i Lohmander, 2009). Istraživanje Johannisson i sur. (2009) uključivalo je 518 američke djece koja ne mucaju, u dobi od 6 do 15 godina. Autori su zaključili da kod djece koja ne mucaju nema negativnih komunikacijskih stavova te nisu pronađene razlike s obzirom na spol (Brutten i Dunham, 1989). Dvije godine nakon toga CAT je preveden na nizozemski (CAT-D) i koristio se kako bi se utvrdilo postoji li razlika između djece koja mucaju i one koja ne mucaju (De Nil i Brutten 1991; prema Johannisson i sur., 2009). Ova je verzija testa imala 32, umjesto 35 pitanja. Godine 1997., provedeno je novo istraživanje u kojem je CAT - D test ipak vraćen na originalno izdanje, uključujući 35 pitanja (Vanryckeghem i Brutten, 1997). U navedenom je istraživanju pronađeno da djeca koja mucaju imaju statistički značajno negativnije komunikacijske stavove od kontrolne skupine. Također je pronađeno da se CAT test može koristiti i za procjenu djece s drugim govornim poremećajima, a ne samo djece s poremećajima tečnosti govora (De Nil i Brutten 1990, Havstam i sur., 2007; prema Johannisson i sur., 2009). Autori također navode da su rezultati CAT - D testa djece s poremećajima glasa i djece koja mucaju bili slični, za razliku od djece s artikulacijskim poremećajima, koja su pokazala pozitivnije komunikacijske stavove od ranije navedenih skupina. Ovi rezultati potvrđuju da bi CAT - D test mogao biti koristan u procjeni komunikacijskih stavova djece s drugim govornim poremećajima, kao i u diferencijalnoj dijagnostici određenih poremećaja (De Nil i Brutten, 1990). Odluke o tome je li potrebna intervencija trebaju biti bazirane na normama povezanim s dobi (Hedge, 2003; prema Johannisson i sur., 2009). U obzir treba uzeti utjecaj različitih faktora, kao što je heterogenost populacije, socioekonomski status, dob i spol. Za sada, norme za CAT test postoje jedino za engleske i flamanske govornike (Vanryckeghem i Brutten 1997, Brutten i Dunham 1989;

prema Johannisson i sur., 2009). Prema Johannisson i sur. (2009), CAT ima dobru unutarnju pouzdanost (Brutten i Dunham, 1989; Brutten i Vanryckeghem, 2003, 2007; De Nil i Brutten, 1991), ima dobru pouzdanost ponovnog testiranja (Vanryckeghem i Brutten, 1992a, 1992b) i osjetljiv je na promjenu ponašanja (Johannisen i Wennerfeldt, 2000; Vanryckeghem i Brutten, 1992a, 1992b).

2.2.2. Big CAT

Big CAT se također sastoji od 35 pitanja koja opisuju govorne situacije kako bi se uočilo što OKM u određenom trenutku misli o svom govoru ili svojoj govornoj sposobnosti. Primjenjuje se kod odraslih osoba koje mucaju. U istraživanju Vanryckeghem i Brutten (2011) pronađeno je da Big CAT test ima snažno slaganje ispitivača (unutarnje konzistentne mjere) o komunikacijskim stavovima OKM i OKNM. Isto tako, u istraživanju Vanryckeghem i Brutten (2012) pronađeno je da Big CAT ima snažnije diskriminativne mjere za komunikacijske stavove OKM i OKNM od S-24 testa. Statistički značajne razlike u rezultatima OKM i OKNM te minimalno preklapanje u stavovima između grupa, dokazuju da bi bilo korisno uključiti Big CAT u logopedsku procjenu OKM kako bi se komunikacijski stavovi OKM mogli procijeniti te ukoliko postoji potreba, rad na istima uključio u terapiju (Vanryckeghem i Brutten, 2011). Isto je potvrđeno i u istraživanju Vanryckeghem i Muir (2016), u kojem je pronađeno da OKM na Big CAT testu imaju rezultat niži za 6 SD od OKNM.

2.2.3. Kiddy CAT

Test za djecu vrtićke i predškolske dobi formiran je 2005. godine (Vanryckeghem i Brutten) i testiran je na djeci koja mucaju i djeci koja ne mucaju. Rezultati su pokazali da djeca koja mucaju imaju statistički značajno negativnije stavove od kontrolne skupine, i to već od 3. godine života (Clark, Conture, Frankel i Walden, 2012; Vanryckeghem i Brutten, 2007; Vanryckeghem, Brutten, i Hernandez, 2005; prema Gačnik, Vanryckeghem, 2014). Navedeno je također potvrđeno jer je pronađeno da djeca u dobi od 3 godine mogu usporediti vlastitu izvedbu s izvedbom drugih, i radi toga doživjeti sram ili sramoćenje zbog mucanja (Lewis, 2000; prema Cardell, 2010). Ovaj je instrument napravljen prema prvoj verziji CAT testa (Brutten, 1984), ali uz promjene praktičnih i lingvističkih ograničenja kako bi se test mogao koristiti s djecom mlađom od 6 godina. Test je lingvistički i kognitivno prilagođen djeci u dobi od 3 do 6 godina. Sastoji se od 12 pitanja na koja dijete odgovara s “da” ili “ne”,

a tiču se mišljenja o vlastitom govoru. Polovica, odnosno 6 pitanja ispituje pozitivne (npr. “Razgovaraš li dobro s drugim ljudima?”), a drugih 6 ispituje negativne osjećaje povezane s govorom (npr. “Zapinju li nekad riječi u tvojim ustima?”). KiddyCAT test statistički pokazuje visoku razinu unutarnje pouzdanosti i njegovi autori navode brojne argumente za valjanost testa (prema Cardell, 2010). Najvažnije je da je pronađena statistički značajna razlika između djece koja mucaju i one koja ne mucaju, stoga je test uspješan u određivanju jesu li djetetovi komunikacijski stavovi uobičajeni ili ukazuju na prisutnost mucanja (Cardell, 2010). Tijekom normalizacije pronađeno je da 30% djece koja muca ima rezultate 1 ili 2 (od mogućih 12), što ukazuje na činjenicu da rano mucanje ne podrazumijeva nužno i negativne komunikacijske stavove, međutim u usporedbi sa 70% djece koja ne mucaju, postaje očito da razlika ipak postoji (Cardell, 2010).

2.2.4. Ostali testovi

Osim CAT testa i njegovih verzija za procjenu stavova kod djece i odraslih govornika koji mucaju, formirani su i drugi testovi, a to su *Speech Attitude Scale* (Knowe, 1938; prema Ezrati - Vinacour, Levin, 2004), *Inventory of Communication Attitude* (Watson, 1995; prema Ezrati - Vinacour, Levin, 2004). Jedan od novijih testova je i *Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering* (OASES) (Yaruss i Quesal, 2006). Navedeni instrument služi za detaljnije ocrtavanje mucanja na temelju perspektive osobe koja muca. Ispituje: a) generalnu perspektivu mucanja osobe, b) emotivne, bihevioralne i kognitivne reakcije osobe na mucanje, c) funkcionalne komunikacijske teškoće, d) utjecaj mucanja na govornikovu kvalitetu života. Sastoji se od 100 pitanja, od kojih se svako od njih ocjenjuje na Likertovoj skali od 1 do 5. Upitnik je podijeljen na dva dijela, prvi se dio sastoji od generalnih informacija koje čini 20 pitanja o samoprocjeni tečnosti i govorne prirodnosti, poznavanju mucanja i terapije mucanja te generalne percepcije mucanja. Drugi se dio (“Reakcije”) sastoji od 30 pitanja koja mjere govornikove emotivne, ponašajne i kognitivne reakcije. Treći dio (“Komunikacija u svakodnevnom životu”) sastoji se od 25 pitanja koja procjenjuju stupanj teškoća s kojima se govornik susreće u svakodnevnoj komunikaciji, na poslu, u socijalnim situacijama i kod kuće. Četvrti dio (“Kvaliteta života”) sastoji se od 25 pitanja koja mjere u kolikoj mjeri mucanje utječe na govornikovo zadovoljstvo time kako komunicira. Veći rezultati na ovoj skali upućuju na negativniji utjecaj mucanja na život pojedinca. Pokazalo se da ovaj test ima dobra psihometrijska obilježja (Yaruss i Quesal, 2006). Također postoji verzija istog testa za djecu, a naziva se *Child's Experience of Stuttering* (ACES) (*Stuttering Center*, 2008; prema Johannisson i sur., 2009).

3. Komunikacijski stavovi djece koja mucaju

U prošlosti su istraživanja bila usmjerena isključivo na komunikacijske stavove odraslih osoba koje mucaju jer se smatralo da se negativni utjecaj mucanja ne razvije sve do odrasle dobi, međutim istraživanja tijekom 1990-ih godina prošlog stoljeća, pokazala su da su negativni komunikacijski stavovi prisutni i kod djece osnovnoškolske populacije (Bloodstein, 1993; prema Guttormsen, Kefalianos, Næss, 2015). Kasnije su se istraživači počeli više usmjeravati na komunikacijske stavove predškolske djece koja mucaju. Neka su istraživanja (Ambrose i Yairi, 1994; Boet i sur., 2009; prema Guttormsen i sur., 2015) pokazala da su djeca od dvije godine svjesna mucanja, a u dobi od tri godine imaju sposobnost procijeniti i usporediti svoju izvedbu s izvedbom druge djece (Lewis, 2000; prema Guttormsen i sur., 2015). Ova se saznanja slažu s nedavnim studijama koje su pokazale da mnoga predškolska djeca koja mucaju razviju negativne komunikacijske stavove (Clark, Conture, Frankel i Walden, 2012; Vanryckeghem i sur., 2005; prema Guttormsen i sur., 2015). S obzirom da su negativni komunikacijski stavovi prisutni kod mnoge predškolske djece koja mucaju, čini se da mucanje može biti višeznačan poremećaj od samog početka javljanja. Istraživanje Vanryckeghem i sur. (2005) pokazalo je da djeca vrtićke i predškolske dobi koja mucaju imaju veću mogućnost razviti negativne komunikacijske stavove od svojih *tečnih* vršnjaka. Navedeno je istraživanje također potvrdilo da se negativni stavovi djece koja mucaju statistički razlikuju od stavova kontrolne skupine već u dobi od 3 ili 4 godine. Drugim riječima, suprotno tradicionalnim razmišljanjima prema kojima se negativni stavovi o komunikaciji formiraju u kasnijoj fazi mucanja, zaključeno je da oni ipak u mnogim slučajevima nastaju u vrijeme djetetovog početnog mucanja (Vanryckeghem i sur., 2005).

Kawai, Healey, Nagasawa i Vanryckeghem 2012. godine proveli su istraživanje u kojem su željeli otkriti razlikuju li se komunikacijski stavovi djece koja mucaju i djece koja ne mucaju prema rezultatima japanskog CAT-a. Pronađeno je da djeca koja mucaju imaju statistički značajno negativnije stavove od djece koja ne mucaju. Također, pronadeno je da i djeca koja mucaju i ona koja ne mucaju u prvom razredu imaju nešto pozitivnije stavove nego u 2., 3., 4., 5. i 6. razredu, što dokazuje da stavovi djece koja mucaju postaju negativniji kako djeca odrastaju. U drugim je istraživanjima (npr. Brutten i Vanryckeghem, 2003; De Nil i Brutten, 1991; Vanryckeghem i Brutten, 1997; prema Kawai i sur., 2012) također pronadeno da se negativni stavovi kod djece koja mucaju povećavaju s dobi, a suprotno tomu, kod djece *tečnog* govora negativni se komunikacijski stavovi značajno smanjuju s dobi. Navedeno je

potvrđeno i u istraživanju Clarka i sur. (2012) i Vanryckeghem i sur. (2001) (prema Guttormsen i sur., 2015).

Međutim, postoje i istraživanja kod kojih nije pronađen značajan pomak ni u pozitivnom, ni u negativnom smislu u stavovima djece koja mucaju s povećanjem dobi (npr. Bernardini i sur., 2009). Moguće je da su drugačiji rezultati uzrokovani kulturološkim razlikama. Iako je pronađena statistički značajna razlika kod djece koja mucaju i one koja ne mucaju u komunikacijskim stavovima u 6. razredu, rezultat CAT-J u istraživanju Kawai i sur. (2012) koji iznosi 14.68, nešto je niži nego u drugim zemljama [npr. Belgija = 16.69 (De Nil i Brutten, 1991), SAD = 17.31 (Vanryckeghem i sur., 2001), Italija = 20.21 (Bernardini i sur., 2009); prema Kawai i sur., 2012]. To ne znači da japanska djeca koja mucaju osjećaju manje negativnih emocija u vezi mucanja od djece u drugim zemljama, već je moguće da razlog tomu leži u kulturološkim razlikama. Barnlund (1975; prema Kawai i sur., 2012) otkrio je da se Japanci otvaraju teže od Amerikanaca kada iskuse sram i nelagodu. Stoga, privatni dio zadržavaju za sebe te ga teže otkrivaju. Zbog toga je važno da japanski terapeuti potiču japansku djecu da otvoreno govore o mucanju te time pozitivno utječu na njihove komunikacijske stavove.

Kawai (1995.; prema Kawai i sur., 2012) preveo je CAT-R (De Nil i Brutten, 1991), revidiranu verziju CAT testa, na japanski jezik kako bi istražio razlikuju li se komunikacijski stavovi djece koja mucaju od one koja ne mucaju. Pronađena je statistički značajna razlika između komunikacijskih stavova djece koja mucaju i one koja ne mucaju, ali je također pronađeno da japanska djeca koja ne mucaju imaju negativnije stavove o govoru u usporedbi s djecom iz SAD-a i europskih zemalja (Kawai, 1995, 1997; prema Kawai i sur., 2012). Nažalost, navedeno istraživanje nikad nije objavljeno.

Gačnik i Vanryckeghem 2014. godine provele su istraživanje o komunikacijskim stavovima djece koja mucaju i djece koja ne mucaju, kao i o utjecaju težine mucanja na komunikacijske stavove. Pronađeno je da djeca koja mucaju imaju statistički značajno negativniji rezultat na slovenskoj verziji CAT testa (CAT - SLO), na temelju čega se zaključuje da navedeni test ima visoku diskriminativnu moć. Prosječni rezultat djece koja mucaju iznosio je 2 standardne devijacije ispod rezultata kontrolne skupine. Također je pronađeno da se negativnost stavova povećava s dobi. U ovom se istraživanju jakost mucanja mjerila pomoću skale *The Stuttering Severity Instrument* (SSI) te nije pronađeno da jakost mucanja statistički značajno utječe na komunikacijske stavove, za razliku od istraživanja

Vanryckeghem, 1997; Vanryckeghem i Brutten, 1996 i Kawai i sur, 2012 (prema Kawai i sur., 2012). Oni su potvrdili da su komunikacijski stavovi djece koja mucaju sve negativniji što je mucanje teže. Isto je pronađeno i za američku djecu: negativniji stavovi pronađeni su kod djece koja imaju veće rezultate na testu samoprocjene mucanja, što upućuje na teže mucanje (Miller, Watson, 1992; prema Kawai i sur., 2012). Međutim, Gačnik i Vanryckeghem (2014) naglašavaju ograničenja svog istraživanja, koje se odnosi na uzorak. Naime, uzorak djece u navedenom istraživanju je ograničen, odnosno ne obuhvaća različite stupnjeve težine mucanja u jednakoj mjeri. Samo 6 od 58 (10%) ispitanika blago muca, za razliku od istraživanja Kawai i sur. (2012) u kojem blago muca 39% ispitanika, umjereno muca 31%, a jako muca 39% ispitanika, čime je u podjednakoj mjeri pokriven čitavi spektar težine mucanja. Vanryckeghem i Brutten (1996) u svom su istraživanju težinu mucanja odredili pomoću postotka netečnosti u čitanju ili konverzaciji. To je istraživanje pronašlo nisku, ali značajnu razinu povezanosti između težine mucanja i komunikacijskih stavova. Navedena povezanost između težine mucanja i komunikacijskih stavova još nije u potpunosti jasna. U obzir je važno uzeti činjenicu da se do podataka o težini mucanja nerijetko dolazi pomoću SSI instrumenta, koji mjeri mucajuća ponašanja (učestalost i trajanje), kao i sekundarna mucajuća ponašanja. Prema tome, ukupni rezultat SSI-a nije samo pod utjecajem mucanja, već je i pod utjecajem strategija *nošenja s mucanjem* (Gačnik i Vanryckeghem, 2014). Također, moguće je da je nekonzistentnost dokaza o povezanosti komunikacijskih stavova i težine mucanja uvjetovana kulturološkim razlikama.

Veza između rezultata CAT testa i postotka tečnosti govora kod djece koja ne mucaju, pokazuje da prekidi u govoru djece koja ne mucaju nisu povezani s njihovim komunikacijskim stavovima, odnosno njihove *netečnosti* ni na koji način ne utječu na njihovu predodžbu o vlastitim komunikacijskim sposobnostima (Vanryckeghem i Brutten, 1996).

Vanryckeghem (1995) je istraživala roditeljska mišljenja o komunikacijskim stavovima djece koristeći Communication Attitude Test (CAT) koji su ispunjavali i djeca i roditelji. Rezultati su pokazali postojanje diskrepance između roditeljske percepcije komunikacijskih stavova njihove djece i stvarnih dječjih komunikacijskih stavova, odnosno roditelji su komunikacijske stavove djece percipirali negativnije od same djece (Vanryckeghem, 1995). To dokazuje da roditelji ponekad miješaju i isprepliću vlastite stavove o dječjoj komunikaciji s dječjim stavovima o svojem govoru.

Neki su se istraživači bavili povezanošću mucanja i vršnjačkog nasilja. Pronađeno je da djeca koja mucaju u školskoj dobi imaju veći rizik da postanu žrtve vršnjačkog nasilja (Blood i Blood, 2004; Blood i sur., 2007; prema Guttormsen i sur., 2015). Komunikacijski stavovi se formiraju i kao posljedica reakcija okoline na djetetov govor, stoga ne začuđuje da velik broj djece koja mucaju ima negativne komunikacijske stavove.

Pronađeno je da spol nema utjecaja na komunikacijske stavove djece koja mucaju (De Nil i Brutten, 1991; Vanryckeghem i sur., 2005; prema Guttormsen i sur., 2015).

U istraživanju De Nil & Brutten (1990) uspoređivani su komunikacijski stavovi djece koja mucaju, djece s poremećajem glasa i djece s artikulacijskim poremećajem. Pronađeno je da djeca koja mucaju imaju najnegativnije komunikacijske stavove što upućuje da mucanje utječe na komunikacijske stavove više od drugih jezično - govornih teškoća.

Štose tiče utjecaja stavova na mucanje, u tom je području potrebno provesti još istraživanja. Do sada nisu provedena istraživanja o komunikacijskim stavovima djece prije samog početka mucanja, a s obzirom da većina slučajeva mucanja počinje u dobi od 2 - 3 godine (Reilly i sur., 2009, 2013; prema Guttormsen i sur., 2015) kada djeca još nisu u mogućnosti uspoređivati se s drugima (Lewis, 2000; prema Guttormsen i sur., 2015) što je potrebno za formiranje stavova, smatra se da negativni stavovi ne doprinose razvoju mucanja. Međutim, moguće je da komunikacijski stavovi utječu na zadržavanje mucanja. Pronađeno je da djeca koja mucaju imaju više negativnih stavova od djece koja ne mucaju u predškolskoj dobi (Guttormsen i sur., 2015). Ono što je nepoznato jest: je li veza između mucanja i negativnih komunikacijskih stavova jednosmjerna, tj. uzrokuje li mucanje negativne komunikacijske stavove, ili pak je ona dvosmjerna, prema čemu mucanje uzrokuje negativne komunikacijske stavove, koji posljedično utječu na perzistentnost mucanja. Ako je tome tako, odnosno ako negativni komunikacijski stavovi u predškolskoj dobi utječu na sklonost djeteta da razvije perzistentno mucanje, komunikacijski bi stavovi mogli služiti kao prediktor razvoja perzistentnog mucanja (Guttormsen i sur. 2015). Ipak, veza mucanja i komunikacijskih stavova još se treba pobliže istražiti.

Vanryckeghem (1995) je otkrila da iako malen, postoji određen broj djece koja mucaju i kod koje u potpunosti izostaju negativni komunikacijski stavovi.

4. Komunikacijski stavovi odraslih osoba koje mucaju

Mucanje može rezultirati štetnim emocionalnim i kognitivnim reakcijama na komuniciranje u svakodnevnom životu (Craig, Blumgart i Tran, 2009; prema Beilby i sur., 2012). Također se pokazalo da mucanje dovodi do brojnih smetnji u fizičkim, psihološkim, socijalnim i profesionalnim domenama (Craig, 2010; Frattali, 1998; Yaruss i Quesal, 2004; Yaruss, 2010; prema Beilby i sur., 2012). Odrasle osobe koje mucaju navode kako im mucanje utječe na odabir karijere (Gabel, Blood, Tellis i Althouse, 2004; prema Beilby i sur., 2012), promaknuće u poslu, sudjelovanje na društvenim događajima i na sklapanje te održavanje prijateljstava (Hayhow, Cray i Enderby, 2002; Hugh-Jones i Smith, 1999; Yaruss i sur., 2002; prema Beilby i sur., 2012). Osobe koje mucaju naglašavaju negativne posljedice mucanja koje uključuju borbu i izbjegavanje govora te uzrokuju ograničenja u brojnim domenama života (Corcoran i Stewart, 1998; Plexico, Manning i DiLollo, 2005; prema Beilby i sur., 2012).

Međutim, nemaju sve osobe koje mucaju takve teškoće. Važno je naglasiti da je prisutnost negativnih posljedica mucanja ovisna o reakcijama OKM na samo mucanje (Yaruss, 2001). Ukoliko afektivne, bihevioralne i kognitivne reakcije OKM uključuju osjećaje ljutnje, tuge, anksioznosti, srama (afektivne reakcije), izbjegavanje, fizičku napetost, borbu (bihevioralne reakcije) ili negativne stavove o vlastitim komunikacijskim sposobnostima (kognitivne reakcije), onda OKM doživljava negativne posljedice mucanja (Yaruss, 2001). OKM također reagiraju i na reakcije drugih ljudi na mucanje.

Cooper je rekao da su netočnosti esencijalni dio mucanja, ali samo ako su uz njih prisutni osjećaji, stavovi i druge bihevioralne karakteristike mucanja (Cooper, 1999; prema Vanryckeghem i Brutten, 2011). U istraživanju Vanryckeghem i Brutten (2011) pronađeno je da se komunikacijski stavovi OKM statistički značajno razlikuju od komunikacijskih stavova OKNM, uz minimalno preklapanje u odgovorima. Također je pronađeno da spol nema statistički značajan utjecaj na stavove ni kod OKM, ni kod OKNM. Da su komunikacijski stavovi statistički značajno negativniji kod OKM, potvrdili su i Valinejad, Yadegari, Vanryckeghem (2020) koji su komunikacijske stavove mjerili pomoću perzijske inačice Big CAT testa. Ova otkrića su konstantna u području logopedije te je isto pronađeno i u istraživanjima Andrews i Cutler, 1974; Brutten i Vanryckeghem, 2003; Erickson, 1969 i Vanryckeghem i Brutten, 2012 (prema Valinejad i sur., 2020). U istraživanju Vanryckeghem i

Brutten (2012) pronađeno je da distribucija grupa ukazuje na to da su stavovi dviju skupina bazično različiti. Ne negira se činjenica da je u grupi OKNM nemoguće pronaći negativni komunikacijski stav, već se navodi da se kao grupe, OKM i OKNM, razlikuju. Navedene razlike imaju određene implikacije u kliničkom radu, a one se odnose na važnost rada na stavovima u sklopu logopedске terapije.

5. Mucanje i anksioznost

5.1. Definiranje anksioznosti

Anksioznost je iskustvo u razvoju osobnosti koje tijekom života iskusi svaka osoba (Poljak i Begić, 2016). Radi se o osnovnoj ljudskoj emociji koja je normalna reakcija na opasnost te na taj način protektivno djeluje na osobu. Međutim, postoji normalna (fiziološka) i patološka anksioznost (Poljak i Begić, 2016). Fiziološka anksioznost je svojstvena svim ljudima, a osjećaju ju u različitim trenucima straha i napetosti, dok je patološka anksioznost prisutna kada nema stvarne opasnosti, a osoba se svejedno osjeća anksiozno.

Drugi autori anksioznost definiraju kao kompleksni psihološki konstrukt koji se sastoji od tri komponente: verbalno - kognitivne, bihevioralne i fiziološke (Lazarus i Opton, 1966; prema Ezrati - Vinacour, Levin, 2004). Spielberger, Gorsuch i Lushene (1970; prema Ezrati - Vinacour, Levin, 2004) razlikuju dvije vrste anksioznosti: anksioznu osjetljivost, koja se odnosi na temperament osobe te samu anksioznost, koja je povezana s određenom situacijom. Spielberger (1979; prema Ezrati - Vinacour, Levin, 2004) navodi da način na koji osoba percipira neku situaciju određuje njegovu reakciju. Situacija za osobu neće biti stresna ako ju osoba ne percipira opasnom ili ima sposobnost ili iskustvo u nošenju s takvom situacijom.

5.2. Anksioznost i teorije mucanja

Anksioznost zauzima glavno mjesto u brojnim teorijama mucanja (Bloodstein, 1987; prema Miller i Watson, 1992). Uključena je u teorije o etiologiji mucanja, povezana je s trenutkom mucanja i često objašnjavana kao reakcija na mucanje koja može zadržavati mucajuća ponašanja. Prema Johnsonovoj (1942; prema Miller i Watson, 1992) dijagnozogeničkoj teoriji mucanja, djeca počinju mucati zbog roditeljske anksioznosti i kritiziranja normalnih netečnosti. Roditeljska zabrinutost zbog dječjeg govora povećava djetetovu anksioznost povezanu s govorom. Posljedično djetetov govor postaje netečan. Teorije klasičnog uvjetovanja predlažu da osoba koja muca uči povezivati govor s negativnim emocijama poput anksioznosti, stresa i straha (Brutten i Shoemaker, 1967; Mysak, 1960; Van Riper, 1937; prema Miller i Watson, 1992). Predviđanje neke situacije ili mucanja pobuđuje ili povećava anksioznost, što rezultira mucanjem (Brutten i Shoemaker, 1967; Sheehan, 1970;

prema Miller i Watson, 1992). Prema Miller i Watson (1992) negativne emocije postaju klasično uvjetovane tako da anksioznost ili strah postanu povod za netečan govor (Brutten i Shoemaker, 1967; Sheehan, 1970). Pronađeno je da osobe koje najteže mucaju imaju najnegativnije komunikacijske stavove. To potvrđuju i Guitarova (1976) i Watsonova (1988) saznanja da ljudi koji mucaju imaju negativne komunikacijske stavove (prema Miller i Watson, 1992). Lander (1991; prema Miller i Watson, 1992) navodi da njihove teškoće s govorom nemaju veze s “neriješenim emocionalnim problemima”, niti s činjenicom da su nervozni, napeti ili nesigurni (Kalinowski i sur., 1987; Woods i Williams, 1976; prema Miller i Watson, 1992). Oni bi mogli biti racionalan odgovor na negativna komunikacijska iskustva. Taj zaključak potvrđuje i činjenica da najnegativnije komunikacijske stavove imaju osobe koje svoje mucanje smatraju teškim ili vrlo teškim (Miller i Watson, 1992).

Sheehan (1975; prema Miller i Watson, 1992) navodi da je pozadinski uzrok izbjegavanja govora naučena govorna anksioznost ili podsvjesni faktori osobnosti. Zimmermann, Smith i Hanley (1981; prema Miller i Watson, 1992) te Webber i Smith (1990; prema Miller i Watson, 1992) predložili su da bi anksioznost mogla negativno utjecati na središnji živčani sustav te time uzrokovati produkciju netečnog govora.

5. 3. Multidimenzionalni model anksioznosti

Anksiozna osjetljivost i anksioznost su se u prošlosti promatrale kao jedinstveni konstrukt, međutim, takvo gledište može maskirati njihove određene komponente (Spielberger i sur, 1970; prema Ezrati - Vinacour, Levin, 2004). Radi toga je kreiran novi model prema kojem su obje vrste anksioznosti multidimenzionalne (Endler, Edwards i sur., 1991; Endler, Parker, Bagby i Cox, 1991; prema Ezrati - Vinacour, Levin, 2004). Prema novom se modelu predlažu 4 vrste anksiozne osjetljivosti: socijalna evaluacija, fizička opasnost, dvosmislenost i dnevne rutine. Te su komponente neovisne jedna o drugoj (Endler, Parker i sur., 1991; prema Ezrati - Vinacour, Levin, 2004). Multidimenzionalnost anksiozne osjetljivosti implicira da se osobe razlikuju po predispozicijama da dožive anksioznost. Primjerice, pojedinci koji su anksiozno osjetljivi u socijalnoj evaluaciji, doživjet će povećanu razinu anksioznosti kada se stvarno nađu u situaciji socijalne evaluacije, ali neće doživjeti anksioznost kada se, npr., nađu u fizičkoj opasnosti. To znači da anksiozna osjetljivost predviđa rast anksioznosti (Ezrati - Vinacour, Levin, 2004).

Menzies, Onslow i Packman (1999) pitali su se zbog čega, usprkos dokazima da postoji veza između anksioznosti i mucanja, odnos između dva fenomena još nije identificiran. Navode da je to moguće jer konstrukt anksioznosti nije jednoznačno definiran, te da bi trebao biti konstruiran kao multidimenzionalan. Isto tako, naglašavaju važnost samoprocjene anksioznosti i bihevioralne procjene, koje bi trebale biti uključene u buduća istraživanja.

5. 4. Međuodnos anksioznosti i mucanja

Veza između mucanja i anksioznosti je vrlo kompleksna (Ezrati - Vinacour, Levin, 2004). Neki istraživači smatraju da je anksioznost glavni uzrok mucanja (Sheehan, 1970; Wischner, 1952; prema Ezrati - Vinacour, Levin, 2004), dok je drugi vide kao posredni faktor koji je povod mucanju, održava mucanje ili ga otežava (Brutten i Shoemaker, 1967; Gregory, 1991; Van Riper, 1973; prema Ezrati - Vinacour, Levin, 2004). Drugi, koji osobama koje mucaju pripisuju emocionalne reakcije, vide anksioznost kao dio osobnosti (Barbara, 1960; Caruso, Chodzko-Zajko, Bidinger i Sommers, 1994; Craig, 1990; Craig, Hancock, Tran i Craig, 2003; prema Ezrati - Vinacour, Levin, 2004). Ostali ju smatraju stanjem povezanim s komunikacijom, kao i s govorom (Kraaimaat, Janssen i Van Dam-Baggen, 1991; Miller i Watson, 1992; Peters, 1987; prema Ezrati - Vinacour, Levin, 2004). Empirijske studije o povezanosti anksioznosti i mucanja većinom su pokazale pozitivno međudjelovanje (Blood, Blood, Bennett, Simpson i Susman, 1994; Craig, 1990; Fitzgerald, Djurdjic i Maguinet, 1992; Fowlie i Cooper, 1978; Kraaimaat, Janssen i Brutten, 1988; Kraaimaat, Vanryckeghem i Van Dam-Baggen, 2002; Mahr i Torosian, 1999; Miller i Watson, 1992; prema Ezrati - Vinacour, Levin, 2004). Isto je pronađeno i za jačinu mucanja i razinu anksioznosti (Caruso i sur., 1994; Fitzgerald i sur., 1992; Weber i Smith, 1990; prema Ezrati - Vinacour, Levin, 2004). Postoje i istraživanja koja nisu uspjela pronaći statistički značajnu povezanost između anksioznosti i mucanja (Gray i Brutten, 1965; Janssen i Kraaimaat, 1980; Peters i Hulstijn, 1984; prema Ezrati - Vinacour, Levin, 2004).

Iako nema dokaza da je anksioznost uzrok mucanja (Andrews i sur, 1983; Bloodstein, 1987; Peters i Hulstijn, 1984; prema Miller i Watson, 1992), ona značajno doprinosi mucajućim ponašanjima (Miller i Watson, 1992). Cirkumlukucije, zamjene riječi, produžavanje glasova i ponavljanje dijelova riječi povezane su sa strahom od mucanja i sa

svime što OKM rade kako ne bi mucale (Bloodstein, 1987; prema Miller i Watson, 1992). Nakon što se koriste u svrhu izbjegavanja netečnosti, takvi obrasci govornih ponašanja postaju dio samog mucanja (Sheehan, 1970; prema Miller i Watson, 1992).

5. 5. Upitnici za procjenu anksioznosti

U istraživanjima koja se bave anksioznošću potrebno je procijeniti razinu anksioznosti, a u tu se svrhu najčešće koriste upitnici za samoprocjenu. Prvi upitnici koje su osobe koje mucaju ispunjavale kako bi im se procijenila razina anksioznosti bili su rani upitnici o osobnosti, kao što su *Woodworth - Matthews i Woodworth - Cady* (McDowell, 1928; prema Ezrati - Vinacour, Levin, 2004), *Woodworth-House Mental Hygiene Inventory* (Johnson, 1932; prema Ezrati - Vinacour, Levin, 2004), i *Bernreuter Personality Inventory* (Bender, 1939; prema Ezrati - Vinacour, Levin, 2004). Pedesetih godina prošlog stoljeća u tu su se svrhu počeli koristiti psihološki testovi, kao što je *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), koji se koristio za mnoga istraživanja osobnosti (Boland, 1953; Dahlstrom i Craven, 1952; Pizzat, 1951; prema Ezrati - Vinacour, Levin, 2004). Kasnije se počeo koristiti i *State - Trait Anxiety Index* (STAI) (Blood i sur., 1994; Craig, 1990; Miller i Watson, 1992; prema Ezrati - Vinacour, Levin, 2004), koji se koristi i danas.

5. 6. Povezanost mucanja i anksioznosti

U istraživanju Ezrati - Vinacour, Levin (2004) procjenjivala se veza između mucanja i multidimenzionalnog modela anksioznosti. Koristilo se nekoliko testova samoprocjene kako bi se procijenila anksioznost i anksiozna osjetljivost. Anksioznost se mjerila pomoću dvije mjere: generalna anksioznost koja je uzrokovana situacijom i specifična anksioznost uzrokovana zadatkom. U prošlosti su se mnoga istraživanja bavila ovom povezanošću, ali se većina njih nije bavila cijelim konstruktom anksioznosti, već samo jednom razinom tog konstrukta. Multidimenzionalni modeli anksioznosti pokazali su da osobe koje imaju veći rezultat na mjerama anksiozne osjetljivosti, imaju i veći stupanj anksioznosti kada je razina situacijskog stresa velika i kada se ona podudara s barem jednom od razina anksiozne osjetljivosti. Cilj istraživanja Ezrati - Vinacour, Levin (2004) bio je ispitati odnos mucanja s

anksioznom osjetljivošću i s generalnom anksioznošću te anksioznošću nakon obavljanja određenog zadatka. Korišteni instrumenti bili su *Trait State Anxiety Inventory* (Spielberger i sur., 1970) i *Speech Situation Checklist* (Brutten, 1973, 1975; Brutten i Janssen, 1981; Vanryckeghem, 1999; prema Ezrati - Vinacour, Levin, 2004). Pronađeno je da su ljudi koji mucaju anksiozniji od tečnih govornika. Kao prvo, pokazalo se da imaju veću razinu anksiozne osjetljivosti, neovisno o specifičnim okolinskim faktorima. Kao drugo, pronađeno je da se anksiozna osjetljivost ne razlikuje s obzirom na jačinu mucanja, što ukazuje na to da je anksioznost karakteristika osoba koje mucaju (Craig, 1990; Fitzgerald i sur., 1992; prema Ezrati - Vinacour, Levin, 2004).

Da je stupanj anksiozne osjetljivosti veći kod OKM od kontrolne skupine, pronašli su i Craig i sur., 2003 (prema Mulcahy, Hennessey, Beilby i Byrnes, 2008), dok su Davis, Shisca i Howell (2007; prema Mulcahy i sur., 2008) ispitivali anksioznu osjetljivost i anksioznost kod adolescenata koji mucaju, a rezultati su pokazali da oni imaju višu razinu anksioznosti od kontrolne skupine, ali ne i višu razinu anksiozne osjetljivosti. Craig i Hancock (1996; prema Mulcahy i sur., 2008) pronašli su da djeca koja mucaju nemaju veću razinu anksiozne osjetljivosti od djece slične dobi koja ne mucaju. Što se tiče anksioznosti, Weiss i Zebrowski (1992; prema Mulcahy i sur., 2008) pronašli su da je ona povezana s većim rizikom za razvoj mucanja kod djece.

Istraživanja koja su uspoređivala anksioznost osobe s jakim i umjerenim mucanjem rezultirala su miješanim rezultatima (Fitzgerald i sur., 1992; Miller i Watson, 1992; prema Ezrati - Vinacour, Levin, 2004). Istraživanje Ezrati - Vinacour, Levin (2004) pokazalo je da je anksioznost veća kod osobe s jakim mucanjem nego kod osobe koje umjereno muca te koja ne muca, što upućuje na to da i jačina mucanja utječe na anksioznost, a ne samo mucanje. Pokazalo se da jačina mucanja ne korelira s razinom anksiozne osjetljivosti (STAI), ali korelira s generalnom anksioznošću (SSC-ER) i anksioznošću vezanom uz specifični govorni zadatak. Nije pronađena razlika u anksioznosti između grupa nakon negovornih zadataka. (Ezrati - Vinacour, Levin, 2004)

Hancock (1998; prema Mulcahy i sur., 2008) je ispitivao anksioznu osjetljivost i anksioznost kod djece i adolescenata koja mucaju od početka terapije do 2 do 6 godina nakon terapije. Pronađeno je da nema statistički značajne razlike u anksioznoj osjetljivosti i anksioznosti tijekom vremena niti kod djece niti kod adolescenata.

Anksiozna se osjetljivost, za razliku od anksioznosti, razvija polako, tijekom godina. Svojtvena je osobnosti pojedinca i nije pod utjecajem karakteristika socijalnih interakcija, npr. broja slušača, upoznatosti sa slušateljima i prisutnosti autoriteta. Također, OKM često navode da što se anksioznije osjećaju, to više mucaju i obratno. Kod OKM pronađena je pozitivna korelacija između anksiozne osjetljivosti, anksioznosti u socijalnoj interakciji i anksioznosti vezanoj uz govorne aktivnosti. Rezultati istraživanja Ezrati - Vinacour, Levin (2004) potvrdili su pretpostavku da je anksioznost dio osobnosti ljudi koji mucaju. Također je potvrđeno da su i anksiozna osjetljivost i anksioznost karakteristike ljudi koji mucaju. Međutim, dok je anksiozna osjetljivost karakteristika OKM u generalnom smislu, anksioznost je povezana s jačinom mucanja. To saznanje govori da su OKM vrlo heterogena skupina. Kraaimaat i sur. (2002; prema Ezrati - Vinacour, Levin, 2004) predložili su da postoje skupine OKM s obzirom na razinu anksioznosti koju proživljavaju. Anksiozna osjetljivost treba se promatrati kao karakteristika pojedinca, a dijagnosticiranje same anksioznosti treba biti dio svake kliničke procjene, budući da se OKM blago i jako ne razlikuju samo po jačini mucanja, već i po razini anksioznosti koju proživljavaju u socijalnoj komunikaciji. (Ezrati - Vinacour, Levin, 2004).

Istraživanje Miller i Watson (1992) bavilo se vezom između mucanja, socijalne anksioznosti i depresije kod OKM i OKNM. Mjerila se anksiozna osjetljivost, anksioznost, depresija i komunikacijski stavovi. Pronađeno je da su OKM anksioznije i depresivnije od OKNM, a njihovi komunikacijski stavovi negativniji su, te postaju sve negativniji što je mucanje samoprocjenom procijenjeno jačim. Anksioznost i depresija nisu povezane sa samoprocjenom jakosti mucanja. Zaključeno je da je anksioznost OKM povezana s komunikacijskim situacijama i da je to racionalan odgovor na negativna komunikacijska iskustva (Miller i Watson, 1992).

Mulcahy i sur. (2008) istraživali su vezu između anksioznosti, stavova prema svakodnevnoj komunikaciji i simptomatologije mucanja kod adolescenata koji mucaju. Pronađeno je da adolescenti koji mucaju imaju statistički veću razinu anksiozne osjetljivosti, anksioznosti i socijalne anksioznosti od kontrolne skupine. Također je pronađeno da su anksiozna osjetljivost i anksioznost značajno povezane s teškoćama u komunikaciji u svakodnevnim situacijama kod adolescenata koji mucaju. Međutim, nije pronađena statistički značajna povezanost između anksioznosti i mjera komunikacijskih teškoća te težine mucanja. Na temelju ovih rezultata, zaključeno je da su kod adolescenata koji mucaju prisutne

psihološke teškoće, ali anksioznost ne mora nužno igrati direktnu ulogu medijatora mucajućih ponašanja.

5. 7. Socijalna anksioznost i mucanje

Strah od negativne evaluacije drugih, pogotovo u socijalnim situacijama naziva se socijalnom anksioznošću (Messenger, Onslow, Packman, Menzies, 2004). Socijalna anksioznost prema DSM-IV definirana je kao klinički značajna anksioznost uzrokovana određenim tipom socijalne situacije ili izvedbe, koja često dovodi do izbjegavajućih ponašanja (First, 2004; prema Mulcahy i sur, 2008). Za adolescente koji mucaju pronađeno je da su značajno zabrinutiji pri javnom priznanju da mucaju i razgovoru o mucanju (Blood, Blood, Tellis, i Gabel 2003; Hearne, Packman, Onslow i Quine, 2008; prema Mulcahy i sur., 2008). Adolescencija je razvojni period u kojem je važno istražiti ulogu socijalne anksioznosti i komunikacijskih stavova kod pojedinaca koji mucaju. Adolescentske su godine karakterizirane emotivnim konfliktima koji potencijalno mogu utjecati na anksioznost i negativne emocije povezane s mucanjem (Manning, 2001; prema Mulcahy i sur., 2008). Može se pretpostaviti da adolescenti koji mucaju, mucaju već dulje vrijeme, a vjerojatnost spontanog oporavka je manja, što je veća dob (Schwartz, 1993; prema Mulcahy i sur., 2008). Poremećaji anksioznosti su jedni od najčešćih formi psihopatologije tijekom adolescencije, a čak 3 - 20% adolescenata pati od anksioznosti (Langsford, Houghton, Douglas i Whiting, 2001; Preboth, 2000; prema Mulcahy i sur., 2008). Također je pronađeno da je prihvaćenost i podrška od strane prijatelja iz razreda manja kod socijalno anksioznih adolescenata (La Greca i Lopez, 1998; Voci, Beitchman, Brownlie i Wilson, 2006; prema Mulcahy i sur., 2008).

6. Logopedaska terapija i mucanje

6.1. Terapija mucanja utemeljena na dokazima

Finn (2003; prema Irani, Gabel, Daniels, Hughes, 2012) opisuje okvir za terapiju utemeljenu na dokazima koja slijedi tri smjernice: 1.) odabir tretmana baziran je na najboljim dostupnim, najnovijim i klinički najprimjenjivijim istraživanjima; 2.) kliničar koji koristi terapiju utemeljenu na dokazima mora biti kritički nastrojen prema istoj; 3.) kliničar uzima u obzir i procjenjuje klijentove vrijednosti, sumnje i perspektivu terapije. Prema navedenom, kliničar koji provodi terapiju utemeljenu na dokazima pronaći će najbolju moguću terapiju utemeljenu na dokazima, procijenit će njezinu kvalitetu prije donošenja prosudbe i objasniti će klijentu kako se ona provodi te diskutirati s njim o njegovim očekivanjima, željama i sumnjama povezanim s navedenom terapijom. Andrews, Guitart, Howie (1980; prema Irani i sur., 2012) autori su prve velike metaanalize koja je uključivala istraživanja o učinkovitosti različitih vrsta terapije mucanja do 1979. godine. Pronađeno je da su tehnike produživanja govora i tehnike mekog početka najefikasnije, kratkoročno i dugoročno. U istraživanju St. Louis i Westbrook (1987; prema Irani i sur., 2012) također je pronađeno da su tehnike produživanja govora najčešći odabir OKM, a da se tehnike modifikacije mucanja rijetko provode. Isto tako, u njihovom je istraživanju zaključeno da je kombinacija intenzivnog i neintenzivnog modela terapije mucanja efikasnija od samo jednog od navedenih. Cordes (1998; prema Irani i sur., 2012) istraživao je literaturu koja datira od 1965. do 1996. godine na temu terapije mucanja. Formirao je dvije različite grupe terapija mucanja, od kojih je jedna bila utemeljena na dokazima, a druga preporučena od strane različitih autoriteta i ustanova, ali nije imala jednaki broj istraživačkih dokaza iza sebe kao prva. Grupa terapije mucanja utemeljena na dokazima većinom se sastojala od tehnika kao što su stanke, potkrijepljivanje ili kombinacija stanki i potkrijepljivanja. S druge strane, grupa terapijskih tehnika s manje utemeljenih dokaza sastojala se od tehnika koje su uključivale modifikaciju mucanja, kao i kognitivne te kognitivno – emocionalne tehnike. Nije pronađeno u kolikoj su mjeri dobri rezultati terapija održani. To ukazuje na generalni nedostatak istraživanja o održavanju pozitivnih ishoda terapije mucanja.

6.2. Učinkovitost terapije mucanja

Tijekom zadnjih 20 godina sve se više naglašava važnost mjerenja učinkovitosti terapije, ne samo u polju logopedije, već i u drugim bliskim profesijama (Yaruss, 2001). Razlozi za to su brojni, a uključuju etičku odgovornost kliničara da demonstriraju učinkovitost svojih terapijskih postupaka, opravdavanje potrebe za odvajanje sredstava za pojedini terapijski pristup i slično. U području poremećaja tečnosti govora, evaluacija tretmana mucanja ovisi o brojnim faktorima, a to su različite vrste terapije mucanja i filozofska neslaganja oko prirode samog poremećaja (Yaruss, 2001). Mnoge su OKM zbunjene i frustrirane jer ne znaju što sve može biti učinjeno i koje su terapije mucanja učinkovite. Također, nisu svi tretmani mucanja jednako istraženi. Primjerice, postoji velik broj istraživanja koja potvrđuju učinkovitost tehnike produživanja govora u terapiji mucanja, stoga mnogi kliničari u terapiji mucanja koriste upravo nju (Yaruss, 2001). Zbog kompleksne prirode mucanja, velik broj kliničara koristi i druge vrste terapije mucanja, od kojih se mnoge fokusiraju ne samo na netečne obrasce govora, već i na negativne posljedice mucanja s kojima se mnoge OKM susreću. Samo neke od negativnih posljedica su nisko samopouzdanje, sram, strah od govora, bihevioralne posljedice kao što su izbjegavanje govora, određenih glasova ili govornih situacija (Yaruss, 2001). Za većinu tehnika kojima se takve negativne posljedice nastoje smanjiti, iako su preporučene u različitim člancima i knjigama, nije zabilježeno koliko su zapravo učinkovite u terapiji mucanja (Cordes, 1998; Ingham i Cordes, 1999; prema Yaruss, 2001).

Dakle, može se zaključiti da postoji nedostatak istraživanja učinkovitosti različitih vrsta terapija mucanja koje ne ispituju površinske, već dublje komponente mucanja (Yaruss i Quesal, 2006). Razlog tomu mogla bi biti činjenica da je intrinzične aspekte mucanja, odnosno vjerovanja i osjećaje o mucanju te utjecaj mucanja na život osobe, mnogo teže definirati, a time i mjeriti od promjena u govornim ponašanjima (Yaruss i Quesal, 2006). Ipak, takvi instrumenti postoje, a mjere različite faktore, kao što su govornikova tečnost u različitim govornim situacijama, samopouzdanje da će osoba održati tečnost tijekom govora u različitim situacijama, emocionalne i kognitivne reakcije na mucanje, komunikacijski stavovi i stavovi o vlastitim komunikacijskim sposobnostima te drugi faktori. Pomoću njih kliničari dobivaju bolji uvid u cjelokupnu prirodu mucanja, kao i u iskustvo mucanja kroz govornikovu perspektivu, a korištenje takvih instrumenata u istraživanjima učinkovitosti terapije pomaže u

pronalaženju saznanja o promjenama koje OKM doživljavaju kao rezultat terapije (Yaruss i Quesal, 2006).

6. 3. Unificirani okvir za očekivane ishode terapije mucanja

Unificirani okviri za kategoriziranje tretmana mucanja mogli bi pomoći u procjeni pojedinih terapijskih pristupa (Yaruss, 2001). Takvi bi okviri trebali biti dovoljno široki da uklope različite vrste terapija, ali opet dovoljno detaljni da slijede individualne potrebe klijenata. Jedan od takvih okvira je model *Special Interest Division for Fluency and Fluency Disorders, American Speech +/- Language +/- Hearing Association*, odnosno ASHA-e (Yaruss, 2001). Prema navedenom okviru, rezultati terapije se promatraju iz različitih perspektiva: kliničareve perspektive, klijentove perspektive, perspektive osobe/institucije koja financira terapiju i iz društvene perspektive. Identificiran je idealni rezultat terapije mucanja iz svake od navedenih perspektiva, a razvijaju se i skale koje procjenjuju napredak prema željenom cilju (npr., Bernstein Ratner i Quesal, 1998; prema Yaruss, 2001). Iako je prednost ovog okvira uključenost različitih perspektiva, on ne pridonosi sortiranju različitih vrsta terapije mucanja (Yaruss, 2001). Nije jasno je li klijentove reakcije mucanja potrebno sagledati iz kliničareve, klijentove ili društvene perspektive, ili pak iz kombinacije svih perspektiva. Također se čini nejasnim trebaju li ciljevi terapije biti ciljevi svim OKM, ili samo nekim, te kako ciljeve prilagoditi individualnim potrebama svake osobe. (Yaruss, 2001)

Čini se da bi se ovakav široki okvir trebao zamijeniti detaljnijim i fleksibilnijim (Yaruss, 2001). Ishod terapije bi se trebao promatrati isključivo iz klijentove perspektive. Jedan konceptualni okvir koji odgovara navedenim karakteristikama je *Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH) (World Health Organization, 1980; prema Yaruss, 2001)*, kao i revidirana verzija *International Classification of Functioning, Disability, and Health (WHO, 2000; prema Yaruss, 2001)*. U originalnoj verziji ICIDH-a, navodi se da su posljedice poremećaja sagledane s tri razine: 1.) poremećaj, definiran kao „gubitak ili abnormalnost u psihološkoj, fiziološkoj ili anatomskej strukturi ili funkciji“; 2.) teškoća, definirana kao „bilo kakvo ograničenje ili nedostatak sposobnosti da se neka aktivnost obavlja na način koji je za ljude smatran normalnim“, i 3.) hendikep, definiran kao „nesposobnost pojedinca uzrokovana teškoćom ili poremećajem“ (ovisno o dobi, spolu, socijalnim i kulturnim faktorima) (WHO, 1980; prema Yaruss, 2001). Iako je ovaj model bio široko

prihvaćen, pronađeno je nekoliko njegovih konceptualnih i terminoloških nedostataka (npr. Brandsma, Lakerveld-Heyl, Van Ravensburg i Heerkens, 1995; Chamie, 1990; Nagi, 1991; Schuntermann, 1996; prema Yaruss, 2001). Kako bi se navedeni nedostaci popravili, razvijen je ICIDH-2, u kojem su se opisi posljedica poremećaja redefinirali. Promjena je napravljena na način da se stari okvir koji se bazirao na onome što pojedinac ne može, okrenuo prema njegovim sposobnostima, odnosno prema onome što on može u najmanje restriktivnim uvjetima te prema onome što radi u trenutnim okolnostima (Yaruss, 2001). Dakle, terminologija je promijenjena, a u okvir je dodana i nova komponenta: 4.) kontekstualni faktori. Oni uključuju reakcije pojedinaca i reakcije ljudi u okolini (Yaruss, 2001). Prema tome, ICIDH-2 objašnjava iskustvo poremećaja putem: 1.) tjelesnih struktura i tjelesnih funkcija (uključujući potencijalna oštećenja u istom); 2.) aktivnosti (uključujući potencijalna oštećenja); 3.) sudjelovanja (uključujući potencijalna ograničenja u istome); i 4.) kontekstualnih faktora koji uključuju i osobu i okolinu. Zbog činjenice da se ovi okviri baziraju na iskustvu osobe s poremećajem, čini se da bi mogli biti korisni u opisivanju mucanja i u dokumentiranju ishoda različitih vrsta terapije mucanja. (Yaruss, 2001)

Originalni ICIDH model koristi se u brojnim domenama u zdravstvenom području, uključujući mucanje (Conture, 1996; Curlee, 1993; McClean, 1990; Prins, 1991; prema Yaruss, 2001). Yaruss (1998a; prema Yaruss, 2001) je formirao ICIDH konceptualni okvir za mucanje prema različitim iskustvima klijenata. Prema ICIDH-u, prekidi u tečnosti govora, kao najočitija odrednica mucanja, predstavljaju poremećaj. Smanjenje uspješnosti u obavljanju svakodnevnih govornih zadataka predstavlja teškoću, a nemogućnost ostvarivanja profesionalnih ili ekonomskih ciljeva uzrokovan mucanjem predstavlja hendikep. Važno je naglasiti da neće sve OKM doživljavati sve navedene teškoće. Hoće li OKM imati veliki problem na sve tri razine, ovisi o njenim reakcijama na mucanje. Kao što je već navedeno, te reakcije uključuju govornikove osjećaje ljutnje, srama, tuge, izbjegavanje, napetosti i slično. Isto tako, i okolina igra važnu ulogu s obzirom da reakcije drugih ljudi na mucanje mogu imati negativan utjecaj na OKM. (Yaruss, 2001)

Primjena ICIDH-2 modela u području mucanja, slična je prethodnom modelu. Razlika se odnosi na govornikove reakcije na mucanje i okolinske faktore. Oni prema modelu ICIDH-2 tvore komponentu kontekstualnih faktora. Govornikove reakcije na mucanje su klasificirane kao osobni faktori, a reakcije govornikove okoline klasificirane su kao okolinski faktori

(Yaruss, 2001). Iako se razlikuju, oba unificirana okvira su efikasna u definiranju i opisivanju mucanja (Yaruss, 2001).

Isti se modeli mogu koristiti u opisivanju mogućih ishoda terapije mucanja. Primjerice, za dio terapije koji nastoji smanjiti učestalost mucanja, moglo bi se reći da djeluje na razini poremećaja; za aspekte koji nastoje smanjiti negativne osjećaje, fizičku napetost ili borbu tijekom mucanja, može se reći da djeluju na razini reakcija; aspekti koji se fokusiraju na poboljšanje funkcionalne komunikacije, djeluju na razini teškoća, a aspekti koji se fokusiraju na svakodnevnu komunikaciju, djeluju na razini hendikepa (Yaruss, 2001). Individualni ciljevi tako mogu biti definirani i procijenjeni na svakoj od razina, kako bi se adekvatno objasnili ishodi terapije. Prema ASHA-inoj *Guidelines for Practice in Stuttering Treatment* (ASHA, 1995; prema Yaruss, 2001) ciljevi terapije mucanja trebaju uključivati promjene na višestrukim razinama, uključujući smanjenje emocionalnih reakcija koje mogu utjecati na govornikovu tečnost. Prema svemu navedenom, važno je naglasiti da bi svaki tretman mucanja trebao uključivati analizu promjena na svim razinama klijentovog iskustva. Na taj bi se način omogućilo i uspoređivanje različitih tretmana mucanja (Yaruss, 2001).

6.4. Povezanost terapije mucanja i komunikacijskih stavova

Ono očito u terapiji mucanja, dobiti govor koji je tečan, nije dostatno za maksimalan uspjeh u logopedskoj terapiji mucanja. Od jednake važnosti kao i rad na tečnosti govora, jest i rad na komunikacijskim stavovima OKM, kao i na njihovoj percepciji vlastitih sposobnosti komuniciranja (Guttormsen i sur., 2015). Negativni komunikacijski stavovi OKM moraju biti zamijenjeni pozitivnim i ohrabrujućim.

Nagasawa i Kawai (1998; prema Kawai i sur., 2012) su pomoću CAT-J testa mjerili promjenu u stavovima kod djece koja mucaju kako bi izmjerili učinkovitost kognitivne komponente u terapiji mucanja. Pokazalo se da djeca koja pohađaju terapiju modifikacije mucanja imaju statistički pozitivnije komunikacijske stavove, dok s druge strane, djeca koja pohađaju terapiju oblikovanja tečnosti, ne pokazuju statistički pozitivnije stavove nakon devet mjeseci. Ograničenja ovog istraživanja su metodološke prirode. Naime, istraživači su u ovo istraživanje uključili samo djecu u dobi od 4 do 6 godina, stoga ove zaključke ne mogu generalizirati za cijelu populaciju djece.

Istraživanje Andrews i Cutler (1974) pomoću S - 24 skale, mjerilo je razlike u komunikacijskim stavovima OKM prije i nakon intenzivne terapije. Pronađeno je da se komunikacijski stavovi OKM nakon provedene terapije nisu poboljšali do razine kontrolne skupine. Tek kada su se OKM vratile u obavljanje svakodnevnih aktivnosti i tada iskusile govor bez mucanja, njihovi su stavovi postali sličnima kontrolnoj skupini. Nije otkriveno događa li se navedeno radi planiranog transfera ili radi drugih faktora (Andrews i Cutler, 1974).

Istraživanje Blooda (1995) promatralo je kako bihevioralno - kognitivna terapija utječe na komunikacijsko funkcioniranje OKM. Željele su se izazvati promjene u 1.) govorenju; 2.) osjećajima; 3.) razmišljanju. Na početku se s OKM radilo na tehnikama za poboljšanje tečnosti i usporavanje govora. Nakon toga, u terapiju je uveden i rad na osjećajima straha, srama, izbjegavanja i drugih negativnih emocija uzrokovanih mucanjem. Na kraju je u terapiju uključen i rad na kognitivnim sposobnostima, kao što su gubitak kontrole i samokontrole. U 2. i 3. dijelu terapije kliničar je s klijentom radio pomoću programa pod imenom *POWER 2: Dealing with Stuttering* (Blood, 1995). Ovaj model uči OKM kako pristupiti, razumjeti i riješiti probleme vezane uz mucanje, a uključuje razgovor o mucanju, razgovor o utjecaju mucanja na život OKM te načine kako se nositi s izazovima koje mucanje donosi. Ovaj terapijski dio pomaže OKM u nošenju s mucanjem, ali u isto vrijeme pospješuje učinkovitost tehnika za dobivanje tečnijeg govora. Rezultati navedenog istraživanja pokazali su da su tehnike za smanjenje mucanja u kombinaciji s *POWER 2 Dealing with Stuttering* pristupom za smanjenje negativnih emocija povezanih s mucanjem, efikasna terapija za smanjenje mucanja i promoviranje pozitivnih promjena u komunikacijskim stavovima te osjećajima. Važno je naglasiti da su pozitivni rezultati uzrokovani terapijom zadržani tijekom perioda preko 12 mjeseci.

U istraživanju Irani i sur. (2012) željela se procijeniti klijentova percepcija terapije mucanja pod nazivom *Intensive Stuttering Clinic for Adolescents and Adults* (ISCAA) koja se provodi na *Bowling Green State University* (BGSU) u Ohio-u od 2003. ISCAA (Gabel i sur., 2005, 2008, 2010; prema Irani i sur., 2012) se sastoji od intenzivne terapije mucanja u trajanju od 15 dana tijekom ljeta. Navedeno se odvija u BGSU *Speech and Hearing* klinici. Terapija se sastoji od tehnika oblikovanja tečnosti, tehnika modifikacije mucanja i od kognitivno - bihevioralne terapije koja se tiče komunikacijskih stavova i stavova prema mucanju (Bennett, 2006; prema Irani i sur., 2012). Terapija traje između 5 do 7 sati dnevno, a odvija se i individualno i grupno. Rezultati su pokazali da su svi ispitanici u istraživanju (7) doživjeli

ISCAA tretman vrlo djelotvornim. Omjer kliničara i klijenata iznosio je 1:1, što je vrlo pozitivno. Terapija je podijeljena na 4 faze: u prvoj se fazi nastoji pomoći klijentu da osvijesti svoja mucajuća ponašanja, druga se faza sastoji od smanjivanja težine mucanja, treća faza uključuje podučavanje klijenta kako modificirati mucanje i oblikovati tečnost, a četvrta se faza fokusira na formiranje programa prilagođenog svakom klijentu, kako bi se održali pozitivni ishodi terapije mucanja. Održana je i naknadna terapija koja se odvijala vikendom i to putem intenzivnih radionica, ne - intenzivne terapije ili putem telefona (ASHA, 2005b; prema Irani i sur., 2012). Svi ispitanici naveli su kako do tada nisu imali priliku raditi s drugim OKM na dostizanju svojih ciljeva te kako takav način rada smatraju vrlo korisnim. Navode da rad s drugim OKM promovira osjećaj prihvaćanja, zadovoljstva sa sobom i usredotočenosti na poboljšanje vlastitog govora (Irani i sur., 2012). Nekoliko je istraživanja (Hayhow, Cray i Enderby, 2002; Yaruss, Quesal i Murphy, 2002; Yaruss, Quesal, Reeves i sur., 2002; prema Irani i sur., 2012) potvrdilo da su grupe podrške, kao što je *National Stuttering Association* (NSA), vrlo korisne te da većina OKM doživi pozitivne ishode nakon interakcije s drugim OKM. St. Louis i Westbrook (1987; prema Irani i sur., 2012) smatraju da su intenzivni programi terapije mucanja efikasni i preporučljivi za dobivanje tečnog govora u početnom dijelu terapije. Pronađeno je da time dolazi do pozitivnih promjena kako u težini mucanja, tako i u komunikacijskim stavovima OKM, međutim isto je tako pronađena razlika u održavanju pozitivnih ishoda terapije. Naime, poboljšanje u težini mucanja zadržano je dulje od promjena u komunikacijskim stavovima. Tome bi moglo biti tako jer većina sudionika nakon završetka terapije ne ostaje u kontaktu s drugim OKM te time više nema socijalnu podršku, čime komunikacijski stavovi postaju negativniji. Svi ispitanici u istraživanju Irani i sur. (2012) naveli su da intenzivni program, koji se sastoji od od tehnika oblikovanja tečnosti i i tehnika modifikacije mucanja, smatraju vrlo korisnim. Više je istraživanja pronašlo pozitivne ishode terapije oblikovanja tečnosti, koja uključuje produžen govor, meki početak i kontinuiranu fonaciju (Andrews i sur., 1980; Bothe i sur., 2006; Cordes, 1998; Craig i sur., 1996; Hancock i sur., 1998; St. Louis i Westbrook, 1987; Yaruss, 1998b; prema Irani i sur., 2012). Ispitanici istraživanja (Irani i sur., 2012) također su bili podvrgnuti savjetovanju koje se bavilo promjenama komunikacijskih stavova. U istraživanju Menzies, Onslow, Packman, O'Brian (2009) pronađeno je da je kognitivno – bihevioralna terapija efikasna u smanjivanju anksioznosti i socijalnog izbjegavanja kod OKM te pomaže u povećavanju samopouzdanja OKM. Sve ove dobiti kognitivno – bihevioralne terapije pozitivno utječu na smanjenje težine mucanja i potiču sudjelovanje OKM u različitim govornim situacijama. U istraživanju Irani i sur. (2012) ispitanici su naveli da su im aktivnosti

kognitivno – bihevioralne terapije pomogle u suočavanju sa strahom od nekih socijalnih situacija, kao i u prihvaćanju mucanja. Iako nije pronađena direktna veza, očito je da je logopedska terapija korisna u formiranju pozitivnih stavova i da doprinosi smanjenju težine mucanja. Važno je naglasiti da i karakteristike ispitanika igraju važnu ulogu u pozitivnim ishodima terapije. Valja naglasiti i motivaciju, odnosno spremnost na terapiju. Ispitanici su naveli da je kliničarevo znanje o mucanju, spremnost na pomoć, ne osuđujući obrazac komunikacije, kao i njihova izvješća kliničaru, presudni faktori u određivanju učinkovitosti terapije. Stoga, naglašava se važnost kliničara u cjelokupnom procesu terapije mucanja (Irani i sur. 2012). Isto su pronašli i Plexico, Manning i DiLollo (2010) koji naglašavaju važnost odnosa klijent - kliničar i njihovog savezništva. Nedostatak istraživanja Irani i sur. (2012) je mali broj ispitanika, samo njih 7, radi čega je ova saznanja teško generalizirati na čitavu populaciju OKM. Buduća bi istraživanja trebala uključiti više ispitanika.

6.5. Učinkovitost terapije prihvaćanjem i posvećenošću [eng. *Acceptance and commitment therapy (ACT)*]

Mnogi kliničari u terapiji osoba koje mucaju naglašavaju važnost funkcionalne komunikacije i emocionalne podrške, kao i usvajanje različitih tehnika za smanjenje mucanja. Mnogi su predlagali uvođenje psihološke terapije, uz već postojeću logopedsku terapiju mucanja, koje bi zajedno tvorile holistički model terapije mucanja (Andrews i Craig, 1982; Andrews i Feyer, 1985; Blood, 1995; Boyle, 2011; Craig i Andrews, 1985; Craig, Feyer i Andrews, 1987; Howie, Tanner i Andrews, 1981; Menzies i sur., 2008; Menzies, Onslow, Packman i O'Brian, 2009; Nielson, 1999; Stein, Baird i Walker, 1996; prema Beilby i sur., 2012). Jedan primjer za to je i provođenje kognitivno - bihevioralne terapije u terapiji mucanja kako bi se negativni stavovi i misli smanjile, i naposljetku postale sve pozitivnije (Andrews i Craig, 1982; Andrews i Feyer, 1985; Craig i Andrews, 1985; Howie i sur., 1981; Maxwell, 1982; prema Beilby i sur., 2012). Nekoliko je istraživanja predložilo da se u terapiju mucanja uvede i psihološka terapija, kao što je kognitivno - bihevioralna i *Mindfulness* terapija (Boyle, 2011; Menzies i sur., 2009; prema Beilby i sur., 2012).

Istraživanja o učinkovitosti terapije prihvaćanjem i posvećenošću [eng. *Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*] u terapiji mucanja do sada su bila pozitivna (Beilby i Byrnes, 2010a; Beilby i Byrnes, 2010b; Byrnes, Hart, Beilby, Blacker i Schug, 2010; prema Beilby i

sur., 2012). ACT se ne fokusira na kontroliranje misli, nego predlaže drugačiji način rješavanja izbjegavanja govora i emocionalne nestabilnosti. Frustracija se prema ovom pristupu smanjuje pomoću prihvaćanja i fokusiranja na vrijednost življenja. Šest procesa koji dovode do psihološke fleksibilnosti u ACT modelu uključuju koncept sebe, odvajanje, prihvaćanje, punu svjesnost (eng. *mindfulness*), vrijednosti i ponašanja (Beilby i Byrnes, 2012; Hayes, Strosahl i Wilson, 1999; prema Beilby i sur., 2012). Koncept sebe zapravo znači da je osoba fleksibilna u tome kako sama sebe vidi i kako se definira. Odvajanje podrazumijeva bihevioralnu fleksibilnost, a prihvaćanje potiče osobu da prihvati svoje emocije i misli bez želje da ih mijenja. Puna svjesnost (eng. *mindfulness*) nastoji naučiti osobu da živi i bude prisutna u trenutku, a ne da razmišlja o mislima i iskustvima iz prošlosti. Autori navode da je ova terapija idealna za odrasle osobe koje mucaju te čija je borba definirana komunikacijskom tečnošću.

U istraživanju Beilby i sur. (2012) za procjenu utjecaja mucanja i negativnih posljedica mucanja korišten je *The Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering questionnaire* (OASES, Yaruss i Queasal, 2010). Ispitanici su uključeni u ACT terapiju koja se sastojala od rada na psihosocijalnom funkcioniranju, spremnosti na terapiju i promjenu, korištenje pune svjesnosti (*mindfulness*), rada na psihološkoj fleksibilnosti i smanjenju frekvencije mucanja. Pronađeno je da su svi ispitanici doživjeli značajno smanjenje utjecaja mucanja na njihove živote, poboljšali spremnost na promjenu, poboljšali svoje vještine pune svjesnosti (eng. *mindfulness*) i smanjili ukupnu učestalost mucanja. Ove su dobrobiti zadržane tri mjeseca nakon tretmana. Iako ne postoji idealna terapija za sve osobe koje mucaju, ovo je istraživanje, u kojem je došlo do poboljšanja kod svih ispitanika, pokazalo da se usmjeravanjem na osobne vrijednosti pojedinca koji muca i fleksibilnim tretmanom koji uključuje govorne tehnike te psihološke promjene koje su temelj ACT terapije, može doći do konzistentnih pozitivnih promjena za širok spektar pojedinaca koji mucaju (Beilby i sur., 2012).

Kliničari su se kroz povijest pitali zašto paradoksalno poticati klijente da prihvate netečnosti i u isto ih vrijeme učiti tehnikama za oblikovanje tečnosti (Bloodstein, 1993, Bloodstein i Bernstein Ratner, 2008; prema Beilby i sur., 2012). Rezultati istraživanja Beilby i sur. (2012) pokazali su da je moguće da pojedinci koji mucaju rade na obje domene u isto vrijeme i da rezultati prihvaćanja te modifikacije mucanja nadopunjuju jedni druge.

6. 6. ISTAR *Comprehensive Stuttering Program*

Istraživanje Langevin i sur. (2006) istraživalo je učinkovitost ISTAR *Comprehensive Stuttering Program* (CSP; Boberg i Kully, 1985; Kully i Langevin, 1999; Langevin i Kully, 2003; prema Langevin i sur., 2006), vrste terapije mucanja. Autori ovog programa terapije mucanja željeli su procijeniti učinkovitost CSP-a u Nizozemskoj, usporediti rezultate s onima dobivenim u Kanadi, i ustanoviti jesu li razlike u rezultatima rezultat kulturoloških razlika između skupina. CSP se sastoji od tehnika rekonstruiranja govora i smanjivanja mucanja, koje se usredotočuju na mucajuća i sekundarna ponašanja, kao i od kognitivno - bihevioralnih metoda, koje se baziraju na radu na emocionalnim komponentama mucanja te na komunikacijskim stavovima. CSP je program terapije mucanja osmišljen na Institutu za terapiju i istraživanje mucanja [eng. *Institute for Stuttering Treatment & Research, (ISTAR)*] u Kanadi (Boberg & Kully, 1985; prema Langevin i sur., 2006), a namijenjen je adolescentima koji mucaju i odraslim OKM.

CSP ima tri faze: usvajanje, transfer i održavanje. Faze usvajanja i transfera su prezentirane tijekom 3 tjedna u intenzivnoj grupnoj terapiji ili u ne - intenzivnoj individualnoj terapiji u ISTAR-u (Langevin i Kully, 2012). S klijentima se radi na rekonstruiranju govora, tehnikama modifikacije mucanja, kognitivno - bihevioralnim tehnikama i vještinama samostalnog upravljanja. Također se radi i na tehnikama oblikovanja tečnosti. Fokus terapije je prirodnost govora klijenata. Klijent dobije povratnu informaciju od kliničara, a nakon toga treba sam procijeniti prirodnost svog govora na skali od 1 do 10. Kognitivno - bihevioralne tehnike koje se koriste su identifikacija i preoblikovanje negativnog govora usmjerenog sebi te izlaganje stresnim situacijama (Webster i Poulos, 1989; prema Langevin i Kully, 2012). U sklopu terapije provode se i diskusije u kojima se radi na promoviranju pozitivnih osjećaja povezanih s mucanjem, prihvaćanju mucanja, otvorenosti o mucanju, suočavanju s izbjegavajućim ponašanjima, nošenju s reakcijama slušatelja, povećavanju samopouzdanja, kao i razvijanju pozitivnih komunikacijskih stavova (Langevin i Kully, 2012). Tijekom faze transfera, klijent izvan klinike obavlja zadatke koje mu je kliničar zadao, a to su najčešće razgovor telefonom, razgovor sa strancima i drugi zadaci prilagođeni potrebama određenog klijenta. U svakom se zadatku postavlja hijerarhija težine te se postupno prelazi na sve teže zadatke. Zadnja faza, održavanje, sastoji se od prenošenja naučenih vještina u svakodnevni život. (Langevin i Kully, 2012)

Pronađeno je da je CSP pristup efikasan u poboljšanju stavova, samopouzdanja i samopercepcije govornih sposobnosti kod OKM, kao i kod adolescenata koji mucaju (Langevin i sur., 2006). Rezultati istraživanja Langevin i sur. (2006) pokazali su da su OKM nakon navedenog tretmana doživjele smanjenje učestalosti mucanja, poboljšanje u stavovima o vlastitim govornim sposobnostima, razvile veće samopouzdanje, manje izbjegavale mucanje, a te su dobrobiti trajale čak 2 godine nakon završetka terapije.

U istraživanju Langevin i Kully (2012) željelo se ustanoviti kakvi su rezultati 10 godina nakon provedene terapije, odnosno željela se istražiti dugoročna korist CSP-a. Sudionici su bile odrasle osobe u dobi od 17 do 25 godina, koji su završili trotjedni intenzivni CSP program. Pronađeno je da je CSP program efikasan u pomoći adolescentima i odraslim OKM kako bi ostvarili klinički značajno smanjenje mucanja uz prirodnost govora. Samoprocjenom sudionika u istraživanju dokazano je da je došlo do statistički značajnog poboljšanja u komunikacijskim stavovima, percepcije mucanja i samopouzdanju povezanom s govornim situacijama kod sudionika ovog istraživanja.

Ograničenja CSP-a odnose se na to da kod 14% - 29% sudionika istraživanja pozitivni rezultati terapije nisu održani (Langevin i Kully, 2012). Langevin i sur. (2006) i Langevin, Kully, Teshima, Hagler i Prasad (2010) navode da su slični rezultati konzistentni u mnogim istraživanjima (Craig i sur., 1987; Franken i sur., 1997; Howie i sur., 1981). Oni su pronašli da dugoročni rezultati terapije nisu održani kod 20% - 30% ispitanika. Točni uzroci tome još nisu poznati, ali moguće je da je navedeno povezano s težinom mucanja prije samog tretmana (Langevin i Kully, 2012). Također je moguće da pozitivni rezultati terapije ne mogu biti održani kod osoba koje uz mucanje imaju i druge teškoće, kao što je anksioznost ili slično (Iverach i sur., 2009; prema Langevin i Kully, 2012). Zbog činjenice da poremećaji u komorbiditetu dovode do slabijih ishoda CSP-a, predlaže se da se, ako uz mucanje postoji psihološki poremećaj, osoba osim CSP-u, podvrgne i psihološkoj terapiji. S druge strane, Huinck i sur. (2006; prema Langevin i Kully, 2012) pronašli su da umjerene i značajno negativne emocionalne te kognitivne reakcije na mucanje prije CSP-a više nisu prisutne na ponovnoj procjeni nakon tretmana, kao i u ponovnim procjenama 1 i 2 godine nakon završetka tretmana. Radi toga je potrebno provesti još istraživanja kako bi se ograničenja CSP-a bolje definirala.

U istraživanju Langevin i sur. (2010) pronađeno je da je većina sudionika istraživanja održala pozitivne rezultate CSP-a i 5 godina nakon samog tretmana. Prirodnost govora

također nije bila kompromitirana ni 5 godina nakon provedbe CSP-a. Navedeno potvrđuje i istraživanje Blocka i sur. (2005; prema Langevin i sur., 2010) koji su pronašli dobro održavanje rezultata terapije 3.5 - 5 godina nakon provedbe *Smooth Speech Program* terapije. Također je potvrđeno i malo prije spomenuto ograničenje ovog terapijskog programa, a odnosi se na 20% sudionika kod kojih nije pronađeno održavanje pozitivnih terapijskih ishoda 1 - 2 godine nakon samog tretmana (Langevin i sur., 2010).

IV. Zaključak

Pregledom dosadašnjih istraživanja na temu komunikacijskih stavova djece i odraslih OKM doneseni su određeni zaljučci.

Brojna su istraživanja na različitim jezicima i u različitim kulturama pokazala da su komunikacijski stavovi djece koja mucaju statistički značajno negativniji od stavova djece koja ne mucaju (Bernardini i sur., 2009; Bruten i Vanryckeghem, 2003, 2007; De Nil, Bruten, 1991; Jaksic-Jelcic, Brestovci, 2000; Johannisson i sur., 2009; Vanryckeghem, Bruten, 1992, 1996, 1997, 2007; Vanryckeghem, Hylebos, Bruten, Peleman, 2001; Vanryckeghem, Mukati, 2003, 2006; prema Kawai i sur., 2012). Iako postoje razlike u metodologiji i prirodi navednih istraživanja, ovo je saznanje konstantno u većini istraživanja provednih na navedenu temu.

Nekoliko je istraživanja potvrdilo činjenicu da se negativni komunikacijski stavovi djece koja mucaju značajno povećavaju s dobi, a suprotno tome, negativni komunikacijski stavovi djece koja ne mucaju značajno se smanjuju s dobi (npr. Bruten, Vanryckeghem, 2003; De Nil, Bruten, 1991; Vanryckeghem, Bruten, 1997; prema Kawai i sur., 2012). Međutim, postoje i istraživanja kod kojih nije pronađen značajni pomak ni u pozitivnom ni u negativnom smislu u stavovima djece koja mucaju s povećanjem dobi (npr. Bernardini i sur., 2009). Moguće je da su drugačiji rezultati uzrokovani kulturološkim razlikama.

Istraživanja koja su mjerila utjecaj težine mucanja na komunikacijske stavove iznjedrila su različitim rezultatima. Dok je dio istraživača pronašao pozitivnu vezu između težine mucanja i komunikacijskih stavova (Vanryckeghem, 1997; Vanryckeghem i Bruten, 1996 i Kawai i sur, 2012), pronađeno je i istraživanje koje nije potvrdilo navedeno (Vanryckeghem i Bruten, 2014), što se može objasniti njegovim jasnim metodološkim ograničenjima. Važno je napomenuti da bi se težina mucanja, kao i komunikacijski stavovi u istraživanjima koja se bave ovom problematikom, trebali mjeriti pomoću sličnog, ako ne i istog instrumenta jer bi u protivnom različiti rezultati mogli biti posljedica mjerenja različitih faktora.

Što se tiče odraslih OKM, pronađeno je da su njihovi komunikacijski stavovi također značajno negativniji od stavova kontrolne skupine. Brojne OKM navode da mucanje utječe na njihov odabir karijere (Gabel, Blood, Tellis i Althouse, 2004; prema Beilby i sur., 2012),

promaknuće u poslu, sudjelovanje na društvenim događajima i na sklapanje te održavanje prijateljstava (Hayhow, Cray i Enderby, 2002; Hugh-Jones i Smith, 1999; Yaruss i sur., 2002; prema Beilby i sur., 2012). Zbog brojnih ograničenja u životu odraslih osoba uzrokovanih mucanjem, može se zaključiti da su posljedice mucanja u odrasloj dobi čak i teže nego u djetinjstvu. Međutim, važno je naglasiti da nemaju sve osobe koje mucaju takve teškoće. Prisutnost negativnih posljedica mucanja ovisna je o reakcijama OKM na samo mucanje (Yaruss, 2001).

Pregled istraživanja o povezanosti anksioznosti i mucanja rezultirao je saznanjem da su OKM anksioznije od tečnih govornika. Gledano kroz prizmu multidimenzionalnog modela anksioznosti, pronađeno je da OKM imaju veću razinu anksiozne osjetljivosti, neovisno o specifičnim okolinskim faktorima te da se anksiozna osjetljivost ne razlikuje s obzirom na jačinu mucanja, što ukazuje na to da je anksioznost karakteristika osoba koje mucaju (Craig, 1990; Fitzgerald i sur., 1992; prema Ezrati - Vinacour, Levin, 2004). Iako nema dokaza da je anksioznost uzrok mucanja (Andrews i sur, 1983; Bloodstein, 1987; Peters i Hulstijn, 1984; prema Miller i Watson, 1992), ona značajno doprinosi mucajućim ponašanjima (Miller i Watson, 1992).

U istraživanju Menzies i sur. (2009) pronađeno je da je kognitivno – bihevioralna terapija efikasna u smanjivanju anksioznosti i socijalnog izbjegavanja kod OKM te pomaže u povećavanju samopouzdanja OKM. Pozitivne promjene u komunikacijskim stavovima OKM pronađene su i u *Acceptance and commitment* terapiji, kao i u terapiji *Comprehensive Stuttering Program*. Sve navedeno upućuje na to da dobivanje govora koji je tečan, nije dostatno za maksimalan uspjeh u logopedskoj terapiji mucanja. Od jednake važnosti kao i rad na tečnosti govora, je i rad na komunikacijskim stavovima OKM, kao i na njihovoj percepciji vlastitih sposobnosti komuniciranja (Guttormsen i sur., 2015). Negativni komunikacijski stavovi OKM moraju biti zamijenjeni pozitivnim i ohrabrujućim.

Negativne posljedice mucanja, koje uključuju negativne komunikacijske stavove, anksioznost, smanjeno samopouzdanje i slično, česte su kod velikog broja djece i odraslih OKM. Ponekad će za uklanjanje negativnih posljedica mucanja biti nužno uvesti i psihološku terapiju. S obzirom na nerazjašnjene činjenice, kao što je npr. utjecaj anksioznosti na mucanje, potrebno je provesti još istraživanja kako bi se navedene nedoumice bolje istražile.

V. Literatura

Andrews, G., Cutler, J. (1974). Stuttering therapy: The relation between changes in symptom level and attitudes. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 39(3), 312-319.

Beilby, J. M., Byrnes, M. L., Yaruss, J. S. (2012). Acceptance and commitment therapy for adults who stutter: Psychosocial adjustment and speech fluency. *Journal of Fluency Disorders*, 37(4), 289-299.

Bernardini, S., Vanryckeghem, M., Brutten, G. J., Cocco, L., Zmarich, C. (2009). Communication attitude of Italian children who do and do not stutter. *Journal of communication disorders*, 42(2), 155-161.

Blood, G. W. (1995). A behavioral-cognitive therapy program for adults who stutter: Computers and counseling. *Journal of Communication Disorders*, 28(2), 165-180.

Brutten, G., Vanryckeghem, M. (2003b). *Behavior Assessment Battery: A multi-dimensional and evidence-based approach to diagnostic and therapeutic decision making for adults who stutter*. Destelbergen, Belgium: Stichting Integratie Gehandicapten, Acco Publishers.

Cardell, E. A. (2010). Communication attitude test for preschool and kindergarten children who stutter (KiddyCAT). *International Journal of Disability, Development and Education*, 57(2), 236-238.

Dragičević, A. (2018.) *Neurogeno mucanje*(Diplomski rad). Edukacijsko - rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

Ezrati-Vinacour, R., & Levin, I. (2004). The relationship between anxiety and stuttering: A multidimensional approach. *Journal of fluency disorders*, 29(2), 135-148.

Gačnik, M., & Vanryckeghem, M. (2014). Study of the Communication Attitude of Slovenian Children Who Do and Do Not Stutter. *Cross-cultural communication*, 10(5), 85-91.

Guitar, B. (2013). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Guttormsen, L. S., Kefalianos, E., Næss, K. A. B. (2015). Communication attitudes in children who stutter: A meta-analytic review. *Journal of fluency disorders*, 46, 1-14.

- Irani, F., Gabel, R., Daniels, D., Hughes, S. (2012). The long term effectiveness of intensive stuttering therapy: A mixed methods study. *Journal of Fluency Disorders*, 37(3), 164-178.
- Johannisson, T. B., Wennerfeldt, S., Havstam, C., Naeslund, M., Jacobson, K., Lohmander, A. (2009). The Communication Attitude Test (CAT-S): normative values for 220 Swedish children. *International journal of language & communication disorders*, 44(6), 813-825.
- Kawai, N., Healey, E. C., Nagasawa, T., Vanryckeghem, M. (2012). Communication attitudes of Japanese school-age children who stutter. *Journal of communication disorders*, 45(5), 348-354.
- Langevin, M., Huinck, W. J., Kully, D., Peters, H. F., Lomheim, H., Tellers, M. (2006). A cross-cultural, long-term outcome evaluation of the ISTAR Comprehensive Stuttering Program across Dutch and Canadian adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 31(4), 229-256.
- Langevin, M., & Kully, D. (2012). The Comprehensive Stuttering Program and its evidence base. U S. Jelčić Jakšić (ur.), *The Science and Practice of Stuttering Treatment*, 115-129.
- Langevin, M., Kully, D., Teshima, S., Hagler, P., Prasad, N. N. (2010). Five-year longitudinal treatment outcomes of the ISTAR Comprehensive Stuttering Program. *Journal of Fluency Disorders*, 35(2), 123-140.
- Longland, A. (2009, November – December). BAB: Behavior Assessment Battery for School-Age Children Who Stutter. [Pregled knjige *BAB: Behavior Assessment Battery for School-Age Children Who Stutter*, E. J. Brutton, M. Vanryckeghem]. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 44(6), 1075-1076. DOI: 10.3109/13682820802682996.
- Luc, F., Brutton, G. J. (1990). Speech-associated attitudes: Stuttering, voice disordered, articulation disordered, and normal speaking children. *Journal of Fluency Disorders*, 15(2), 127-134.
- Ljubešić, M., & Capanec, M. (2012). Rana komunikacija: u čemu je tajna?. *Logopedija*, 3(1), 35-45.
- McClure, J. A., Yaruss, J. S. (2003). Stuttering survey suggests success of attitude-changing treatment. *The ASHA Leader*, 8(9), 3-19.

- Menzies, R. G., Onslow, M., Packman, A. (1999). Anxiety and stuttering: Exploring a complex relationship. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 8(1), 3-10.
- Menzies, R. G., Onslow, M., Packman, A., & O'Brian, S. (2009). Cognitive behavior therapy for adults who stutter: A tutorial for speech-language pathologists. *Journal of fluency disorders*, 34(3), 187-200
- Messenger, M., Onslow, M., Packman, A., & Menzies, R. (2004). Social anxiety in stuttering: Measuring negative social expectancies. *Journal of fluency disorders*, 29(3), 201-212.
- Miller, S., Watson, B. C. (1992). The relationship between communication attitude, anxiety, and depression in stutterers and nonstutterers. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 35(4), 789-798.
- Mulcahy, K., Hennessey, N., Beilby, J., & Byrnes, M. (2008). Social anxiety and the severity and typography of stuttering in adolescents. *Journal of Fluency Disorders*, 33(4), 306-319.
- Onslow, M. (2018). *Stuttering and Its' Treatment: Eleven Lectures*.
- Plexico, L. W., Manning, W. H., DiLollo, A. (2010). Client perceptions of effective and ineffective therapeutic alliances during treatment for stuttering. *Journal of fluency disorders*, 35(4), 333-354
- Poljak, M., Begić, D. (2016). Anksiozni poremećaji u djece i adolescenata. *Socijalna psihijatrija*, 44(4), 310-329.
- Valinejad, V., Yadegari, F., Vanryckeghem, M. (2020). Reliability, validity, and normative investigation of the Persian version of the Communication Attitude Test for Adults Who Stutter (BigCAT). *Applied Neuropsychology: Adult*, 27(1), 44-48.
- Vanryckeghem, M. (1995). The Communication Attitude Test: A concordancy investigation of stuttering and nonstuttering children and their parents. *Journal of Fluency Disorders*, 20(2), 191-203.
- Vanryckeghem, M., Brutten, G. J. (1996). The relationship between communication attitude and fluency failure of stuttering and nonstuttering children. *Journal of Fluency Disorders*, 21(2), 109-118.

- Vanryckeghem, M., Brutten, G. J. (1997). The speech-associated attitude of children who do and do not stutter and the differential effect of age. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6(4), 67-73.
- Vanryckeghem, M., Brutten, G. J. (2011). The BigCAT: A normative and comparative investigation of the communication attitude of nonstuttering and stuttering adults. *Journal of Communication Disorders*, 44(2), 200-206.
- Vanryckeghem, M., Brutten, G. J. (2012). A Comparative investigation of the BigCAT and Erickson S-24 measures of speech-associated attitude. *Journal of Communication Disorders*, 45(5), 340-347.
- Vanryckeghem, M., Brutten, G. J., Hernandez, L. M. (2005). A comparative investigation of the speech-associated attitude of preschool and kindergarten children who do and do not stutter. *Journal of fluency disorders*, 30(4), 307-318.
- Vanryckeghem, M., Muir, M. (2016). The Communication Attitude Test for Adults Who Stutter (BigCAT): A test-retest reliability investigation among adults who do and do not stutter. *Journal of Speech Pathology and Therapy*, 1(2), 1-4.
- Watson, J. B. (1995). Exploring the attitudes of adults who stutter. *Journal of communication disorders*, 28(2), 143-164.
- Yaruss, J. S. (2001). Evaluating treatment outcomes for adults who stutter. *Journal of communication disorders*, 34(1-2), 163-182.
- Yaruss, J. S., Quesal, R. W. (2006). Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *Journal of fluency disorders*, 31(2), 90-115.