

Mucanje i anksioznost

Janjić, Lucija

Master's thesis / Diplomski rad

2021

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:158:780138>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-22**



Repository / Repozitorij:

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



Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad
Mucanje i anksioznost

Lucija Janjić

Zagreb, rujan, 2021.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitaciji fakultet

Diplomski rad
Mucanje i anksioznost

Lucija Janjić

Doc.dr.sc. Ana Leko Krhen

Zagreb, rujan, 2021.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisao/napisala rad *Mucanje i anksioznost* i da sam njegov autor/autorica.

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

Ime i prezime: Lucija Janjić

Mjesto i datum: Zagreb, rujan, 2021.

Sažetak

Mucanje i anksioznost

Studentica: Lucija Janjić

Mentorica: Doc.dr.sc. Ana Leko Krhen

Studijski smjer: Logopedija

Mucanje je multidimenzionalan poremećaj u kojemu je tijekom govora prekinut ponavljanjima riječi, slogova i glasova, produžavanjima glasova ili abnormalnim zastojećima te napetim pauzama. Također, mogu biti prisutna sekundarna ponašanja, odnosno neuobičajeni pokreti lica i tijela koji su povezani s govornim naporom. Mucanje je kompleksan poremećaj koji ne utječe samo na govor pojedinca, već se može odraziti na čitav niz aspekata života pojedinca, poput poteškoća na psihičkom i socijalnom planu. Poteškoće na psiho-socijalnom planu očituju se u činjenici, da je anksioznost česta pojava kod osoba koje mucaju. Rastući broj dokaza o postojanju anksioznosti kod osoba koje mucaju, doveo je i do promjene dijagnostičkih kriterija u DSM-V, obzirom da se u DSM-IV poremećaj socijalne anksioznosti nije mogao dijagnosticirati, ukoliko je do njega došlo radi drugog poremećaja – poput mucanja. Brojna istraživanja pokazuju značajnu povezanost između anksioznosti i mucanja, koja je prisutna kod svih dobnih skupina, posebice u odrasloj dobi. Putem rezultata brojnih istraživanja koja su ispitivala povezanost te odnose između anksioznosti i mucanja, otkrivena je značajna razina anksioznosti osoba koje mucaju, koja bitno narušava kvalitetu života i opće psihičko stanje pojedinaca. Također, povišene razine anksioznosti posebice su izražene kod osoba s težim oblikom mucanja te mogu doprinijeti pogoršanju i ustrajanju poremećaja. Nadalje, obzirom na utjecaj anksioznosti na vlastiti govor i mucanje, istaknuta je važnost uključivanja kognitivno-bihevioralne terapije, kao učinkovite i znanstveno utemeljene metode, čiji je temelj otklanjanje i prevencija socijalne anksioznosti kod osoba koje mucaju. UTBAS ljestvicom prikazan je utjecaj negativnih stavova i razmišljanja o mucanju na pojedinca te je pojašnjena njena važnost i šira primjena u dijagnostici i terapiji.

Ključne riječi: mucanje, poremećaj tečnosti govora, anksioznost, socijalna anksioznost, CBT terapija, UTBAS ljestvica

Summary

Stuttering and Anxiety

Student: Lucija Janjić

Mentor: Ph.d Ana Leko Krhen

Field of study: Speech and language pathology

Stuttering is a multidimensional disorder in which the flow of speech is interrupted by repetitions of words, syllables and sounds, prolongations of sounds or abnormal pauses, and tense pauses. Also, secondary behaviors, or unusual facial and body movements associated with speech exertion, may be present. Stuttering is a complex disorder that not only affects an individual's speech, but can affect a whole range of aspects of an individual's life, such as psychological and social difficulties. Psycho-social difficulties are manifested in the fact that anxiety is a common occurrence in people who stutter. The growing body of evidence of anxiety in people who stutter has led to a change in the diagnostic criteria in DSM-V, since in DSM-IV social anxiety disorder could not be diagnosed if it was due to another disorder - such as stuttering. Numerous studies show a significant association between anxiety and stuttering, which is present in all age groups, especially in adulthood. Through the results of numerous studies that have examined the connection and relationship between anxiety and stuttering, a significant level of anxiety in people who stutter has been revealed, which significantly impairs the quality of life and general mental state of individuals. Also, elevated levels of anxiety are particularly pronounced in people with more severe stuttering and may contribute to the worsening and persistence of the disorder. Furthermore, given the impact of anxiety on one's own speech and stuttering, the importance of including cognitive-behavioral therapy as an effective and scientifically based method, which is based on the elimination and prevention of social anxiety in people who stutter, was emphasized. The UTBAS scale shows the impact of negative attitudes and thoughts about stuttering on an individual and its importance and wider application in diagnosis and therapy is further explained.

Keywords: stuttering, speech fluency disorder, anxiety, social anxiety, CBT therapy, UTBAS scale

SADRŽAJ

1. UVOD	7
2. PROBLEMSKA PITANJA	8
3. PREGLED DOSADAŠNJIH SPOZNAJA	9
3.1 MUCANJE	9
3.1.1 Definicije mucanja	9
3.1.2 Etiologija mucanja.....	10
3.1.3 Incidencija i prevalencija mucanja.....	12
3.1.4 Simptomatologija mucanja.....	13
3.1.5 Emocije i kognicija kod mucanja	15
3.2 ANKSIOZNOST	16
3.2.1 Definicije i vrste anksioznih poremećaja	16
3.3 SOCIJALNA ANKSIOZNOST	17
3.3.1 Definicije i simptomatologija socijalne anksioznosti.....	17
3.3.2 Rizični faktori i prevalencija socijalne anksioznosti.....	18
3.3.3 Dijagnostički kriteriji socijalne anksioznosti	19
3.4 MUCANJE I ANKSIOZNOST	20
3.4.1 Socijalna anksioznost i mucanje	20
3.4.2 Socijalna anksioznost i mucanje kod djece	23
3.4.3 Socijalna anksioznost i mucanje kod adolescenata	25
3.4.4 Socijalna anksioznost i mucanje kod odraslih.....	27
3.5 TERAPIJA	29
3.5.1 Kognitivno-bihevioralna terapija	31
3.6 UTBAS LJESTVICA	35
4. ZAKLJUČAK	38
5. LITERATURA	40
6. POPIS SLIKA	44

1. UVOD

Govor je temeljni mehanizam u osnovi svakodnevnih interakcija s drugima te su pomoću govora, socijalni odnosi stvarani, razvijani i održavani (Klarin, Leko Krhen i Jelčić Jakšić, 2018). Obzirom da je upravo govor narušen kod osoba koje mucaju, očekivano je da će poremećaj uzrokovati mnogo dublje poteškoće i izazove za pojedinca od samog površinskog doimanja što mucanje uistinu jest. Mucanje je multidimenzionalan i kompleksan poremećaj tečnosti govora, koji ne utječe samo na govor pojedinca, već se može odraziti na čitav niz aspekata života osobe koja muca, poput poteškoća na psihičkom i socijalnom planu.

Poteškoće na psiho-socijalnom planu očituju se u činjenici, da je anksioznost izrazito česta pojava kod osoba koje mucaju. Do anksioznosti može doći radi negativnih stavova i razmišljanja o mucanju, obzirom da se većina osoba koje mucaju svakodnevno suočavaju s negativnim iskustvima i emocijama vezanima za govor i govorne situacija. Emocije poput straha, panike, ljutnje, frustracije koje se događaju prilikom komunikacijskih pokušaja, mogu oblikovati i unaprijediti strah od komunikacije i socijalizacije, obzirom da osobe koje mucaju strepe od mucajućih trenutaka te ih često i iščekuju. Sve to može stvoriti iznimno negativnu sliku o vlastitome govoru, pritom snižavajući samopouzdanje i povećavajući strah od budućih interakcija s okolinom. Takve popratne sastavnice i čimbenici mucanja, kod velikog broja pojedinaca koji mucaju dovode do razvoja socijalne anksioznosti. No, veza između socijalne anksioznosti i mucanja još uvijek nije u potpunosti razjašnjena, stoga će se u ovome radu nastojati dati dublji uvid u problematiku s ciljem osvještavanja postojanja značajnog postotka socijalne anksioznosti kod osoba koje mucaju.

2. PROBLEMSKA PITANJA

Pregledom novije dostupne literature, prikazat će se povezanost između mucanja i anksioznosti, odnosno socijalne anksioznosti kod djece i odraslih. Stoga je cilj ovoga rada, dati sveobuhvatan pregled odnosa između mucanja i anksioznosti, odnosno dati prikaz utjecaja anksioznosti i socijalne anksioznosti na samo mucanje.

Osim toga, u radu će biti prikazani rizični faktori, koji mogu dovesti do pojave anksioznosti kod osoba koje mucaju te će se prikazati istraživanja o utjecaju anksioznosti na učestalost i težinu mucanja.

Također, cilj je ovoga rada napraviti pregled terapijskih pristupa koji su učinkoviti za osobe koje mucaju te imaju anksioznost. Odnosno, cilj je prikazati kognitivno-bihevioralnu terapiju te prikazati istraživanja o njenoj učinkovitosti u prevenciji i otklanjanju socijalne anksioznosti kod osoba koje mucaju. Opisan će biti i online program za kognitivno-bihevioralnu terapiju te će biti prikazana njegova valjanost i primjenjivost.

Cilj je ovoga rada i prikazati važnost UTBAS ljestvice kao mjere kojom se ispituje učestalost razmišljanja i vjerovanja o mucanju te stupanj anksioznosti kojeg izazivaju takva razmišljanja. Također će biti opisana važnost šire primjene ljestvice u dijagnostici i terapiji, a bit će prikazana i hrvatska inačica ove ljestvice.

3. PREGLED DOSADAŠNJIH SPOZNAJA

3.1 MUCANJE

3.1.1 Definicije mucanja

Mucanje je poremećaj koji je česta tema znanstvenih istraživanja te je naizgled vrlo prepoznatljiv poremećaj, koji se čini jednostavnim za opisati. Najčešća je asocijacija pri spomenu riječi mucanje, atipičnost govornog obrasca ili netečan govor. No, brojni znanstvenici i osobe koje proučavaju mucanje, nipošto se ne slažu s tvrdnjom da je mucanje jednostavno definirati i objasniti. Naime, podrobnijim promatranjem mucanja, kompleksnost samog poremećaja raste te se doima sve teže objašnjivim. Shodno tome, još uvijek ne postoji jedinstvena definicija mucanja. Definicije mucanja mijenjale su se, obzirom na područja stručnosti, interese i potrebe osoba koje su izrađivale definicije; a na definicije su utjecale i karakteristike i dimenzije mucanja, poput tipične dobi pojave, obrazaca razvoja te pretpostavki o etiologiji mucanja (Yairi i Seery, 2015). No, ono što zasigurno možemo reći o mucanju jest, da je to multidimenzionalan poremećaj tečnosti govora, koji utječe na sve aspekte komunikacije i života osobe koja muca, ali i na druge koji komuniciraju s tom osobom (Shapiro, 2011). Autori Yairi i Seery (2015) izlažu šest potkategorija definicija mucanja, obzirom na različite teorijske stavove i perspektive, koji su utjecali na izrade samih definicija, a one su organske, psihopatogene, psihosocijalne, one usmjerene na učenje te perspektive utemeljene na slušateljima i govornicima. Upravo radi multidimenzionalnosti i kompleksnosti mucanja, nije začuđujuće što postoji iznimno velik broj definicija samoga poremećaja. Iako jedinstvena definicija mucanja još uvijek ne postoji, iznimno je važno promatrati mucanje kao složeni poremećaj, a ne samo kao poremećaj tečnosti govora, radi detaljnije i preciznije provedbe dijagnostike i terapije samoga poremećaja. Obzirom da mucanje uključuje mnogo više od uočljivih netečnosti govora, autori Yairi i Seery (2015) razlikuju šest glavnih dimenzija složenog poremećaja mucanja:

1. Uočljive govorne karakteristike: prekidi normalne tečnosti govora koji se javljaju na respiracijskoj, fonacijskoj i artikulacijskoj razini, ali se akustički očituju kao ponavljanje dijelova govora, produljenja i/ili prekida zvuka.
2. Popratne tjelesne pojave: napeti pokreti tijela, posebice glave i vrata, ali i drugih dijelova tijela, često se pojavljuju zajedno s uočljivim govornim karakteristikama.

Također se nazivaju i sekundarna ponašanja te se pojavljuju kada osoba pokušava prevladati trenutke netečnosti, no nisu nužna za postavljanje dijagnoze mucanja.

3. Fiziološka aktivnost: mucanje je povezano s promjenama krvnog tlaka, kožnim reakcijama, širenjem zjenica, aktivnošću moždanih valova i drugim fiziološkim promjenama.
4. Afektivne osobine: snažne emocionalne reakcije na govor, posebice strah od govora u mnoštvu situacija. Kada emocije postanu intenzivne, one često dovode do izbjegavanja govora.
5. Kognitivni procesi: kognitivni procesi poput odabira, planiranja, pripremanja i izvođenja govora često mogu predstavljati preopterećenje za osobe koje mucaju i mogu dovesti do samoga mucanja
6. Socijalna dinamika: obzirom da je svrha govora komunikacija sa sugovornicima, kod sugovornika koji komunicira s osobom koja muca, može doći do usmjeravanja na to kako osoba govori, a ne što osoba govori. Ova dinamika dovodi do snažne potrebe za sprječavanjem neželjenog društvenog utjecaja kod osoba koje mucaju, a koje su vođene strahom od samog mucanja. Nadalje, ovakva dinamika može utjecati na društvene interakcije osobe koja muca, poput sudjelovanja u nastavi, započinjanja razgovora, odgovaranja na telefon, prilagodbe novom okruženju i donošenja izbora u karijeri.

3.1.2 Etiologija mucanja

Iako precizan uzrok nastanka mucanja nije definiran, autori nude brojne teorije kojima se pojava samog poremećaja nastoji objasniti. Teorija je sustav znanja ili shvaćanja, zasnovana na proučavanju određene bitne zakonitosti; temeljni znanstveni pojmovi neke discipline, skup pravila koja služe kao vodič u praksi (Hrvatska enciklopedija). Upravo su teorije nastanka mucanja, kao što sama definicija teorije kaže, skup pravila koja služe kao vodič u praksi. Autor Barry Guitar (2014) dijeli teorije na dvije velike skupine – teorije konstitucijskih faktora i na teorije faktora razvoja, okoline i učenja. Konstitucijski faktori uključuju biološku pozadinu (nasljeđe ili genetika, struktura i funkcioniranje mozga), senzorne i senzo-motoričke faktore (senzorička obrada, senzo-motorička kontrola) te jezične i emocionalne faktore. A, drugu skupinu

teorija čine faktori razvoja (fizički razvoj i razvoj motoričkih vještina, razvoj govora i jezika, kognitivni razvoj, socijalni i emocionalni razvoj), faktori okoline (roditelji, govorno-jezično okruženje, životni događaji) te faktori učenja (klasično uvjetovanje, operantno uvjetovanje, uvjetovanje izbjegavanjem). Autori Yairi i Seery (2015), također dijele teorije etiologije mucanja na sličan način, odnosno na dvije velike skupine – psihološke i biološke. Psihološke teorije obuhvaćaju psihoemocionalne teorije, uz pretpostavku da se mucanje temelji na nekim psihološkim neprilagođenostima; psihobiheviornalne teorije mucanje pripisuju procesima učenja i uvjetovanja, a psiholingvističke teorije objašnjavaju mucanje pomoću kognitivnih sustava, koji su u podlozi govorne i jezične proizvodnje (Yairi i Seery, 2015). Biološke teorije u središte objašnjenja stavljaju genetske, neurološke, auditivne i motoričke faktore.

Etiologija je definirana predispozicijskim, ubrzavajućim i ustrajnim faktorima (Shapiro, 2011). Predispozicijski faktori su oni koji daju uvid u to hoće li osoba mucati te koji su faktori, koji određuju da neke osobe imaju veći rizik za pojavu mucanja od drugih. Primjer predispozicijskog faktora je genetika, odnosno nasljednost mucanja i činjenica da se mucanje pojavljuje u obiteljima. No, često su predispozicijski faktori u interakciji s okolinskim i razvojnim faktorima te upravo radi interakcije nekolicine faktora, dolazi do pojave mucanja. Ubrzavajući faktori smatraju se oni koji doprinose ispoljavanju samog mucanja, odnosno odgovaraju na pitanje što točno dovodi do pojave mucanja (Shapiro, 2011). Primjeri ubrzavajućih faktora su nagli razvoj govornih i jezičnih vještina tijekom predškolske dobi, natjecanje među braćom i sestrama za komunikaciju i govorne izmjene u zaposlenim kućanstvima te socijalne prilagodbe potrebne za ulazak u predškolska i školska okruženja (Shapiro, 2011). Ubrzavajući faktori stavljaju iznimno opterećenje na djetetove komunikacijske vještine u razvoju. Ustrajni faktori smatraju se onima koji doprinose nastavljanju i uzdržavanju samog mucanja. Kod ustrajnih faktora Haynes i Pindzola (2008; prema Shapiro, 2011) navode snagu navike kao najznačajniji faktor kod ustrajanja mucanja. Snaga navike stvara se radi nastanka kompenzacijskih tehnika koje uključuju i kognitivne i jezične strategije, zatim motoričke i druge prilagodbe. Ustrajni faktori gotovo su uvijek vidljivi i znani te kliničari, koji pružaju pomoć osobama koje mucaju, mogu jasno ukazati na te faktore. Negativni osjećaji i stavovi koji proizlaze iz frustracije i srama radi ponavljajućeg mucanja, mogu biti jedni od najzahtjevnijih ustrajnih faktora za promijeniti (Haynes i Pindzola, 2008; prema Shapiro, 2011).

3.1.3 Incidencija i prevalencija mucanja

Prema Yairi i Seery (2015), incidencija se može definirati kao vjerojatnost pojave novih slučajeva određenog poremećaja tijekom vremena, a prevalencija kao procijenjeni broj svih slučajeva određenog poremećaja u određenom vremenu. Informacije o incidenciji i prevalenciji mucanja imaju izravne učinke na razumijevanje opsega problema, kao i na uzroke i dinamiku (Yairi i Seery, 2015). Osim teorijskog značaja, također pružaju bitne smjernice u donošenju kliničkih odluka. Podaci o incidenciji i prevalenciji su od ključne važnosti prilikom istraživanja, stručnog osposobljavanja, pružanja kliničkih usluga, osvještavanja javnosti te financiranja kliničkih usluga i istraživanja (Yairi i Seery, 2015). Iako se 5% često navodi kao incidencija mucanja, nedavna istraživanja ukazuju na mogućnost, da ona iznosi čak 8% ili više (Yairi i Seery, 2015). Ukupna je prevalencija mucanja nešto niža od dosad prihvaćene razine od 1% te je vjerojatno bliža postotku od 0,70% (Yairi i Seery, 2015). Također, istraživanja pokazuju dokaze o faktoru dobi kod mucanja; incidencija i prevalencija opadaju tijekom životnog vijeka (Yairi i Seery, 2015). Na učestalost mucanja utječe i spol, muškarci imaju dvostruko veći rizik za pojavu mucanja od žena, a rizik za ustrajanje poremećaja do kraja života samo raste kod muškaraca (Yairi i Seery, 2015). Iako postoje neke naznake za razlike u pojavi mucanja u različitim kulturološkim i rasnim populacijama, velik dio dostupnih informacija nije adekvatno potvrđen (Yairi i Seery, 2015). Iako kultura može biti faktor, genetski čimbenici unutar specifičnih skupina mogu biti objašnjenje za incidenciju (Yairi i Seery, 2015).

Prema Guitar (2014), longitudinalno istraživanje Mansson (2000) ukazuje na incidenciju mucanja od čak 5% među 1,042 djece praćene 9 godina na danskom otoku Bornholm. Također, autori Andrews i sur. (1983; prema Guitar, 2014) u svojem istraživanju dolaze do istog postotka incidencije od 5%. No, Bloodstein i Ratner (2008; prema Guitar, 2014) u svojem istraživanju ukazuju na prevalenciju mucanja od 1%. Brojni istraživači koji su se bavili procjenom prevalencije mucanja, u svojim istraživanjima također dolaze do sličnog postotka. Obzirom da je incidencija (5%) znatno viša od prevalencije (1%), a incidencija se može objasniti kao broj ljudi koji su mucali i prevalencija kao broj ljudi koji trenutno mucaju, razlika u postocima može se objasniti kao mogućnost oporavka od mucanja (Guitar, 2014). Naime, ukoliko terapija nije jedini faktor oporavka od mucanja, u obzir treba uzeti i određene aspekte rasta i maturacije, koji dovode do spontanog oporavka od mucanja kod određenog broja pojedinaca (Guitar, 2014).

3.1.4 Simptomatologija mucanja

Prije samog objašnjenja simptomatologije mucanja, važno je objasniti tečnost govora. Tečnost govora čine brojni faktori poput pauza, ritma, intonacije, naglaska i brzine te na njih utječe kako i koliko se brzo pomiču dijelovi govornog aparata (Guitar, 2014). No, za tečnost nije važna samo zvučna tečnost, već i informacijska – oklijeva li govornik prilikom iznošenja informacija ili to čini bez poteškoća. Također, tečnost se može smatrati i lakoćom govora, odnosno govor pri kojemu se ne mora ulagati veliki fizički i psihički napor (Guitar, 2014).

Kliničari i istraživači još nisu došli do jedinstvene klasifikacije netečnosti (Yairi i Seery, 2015). Prekidi u tijeku govora, koji se često nazivaju netečnostima, glavno su obilježje mucanja. No, pojmovi netečnost i mucanje ne smiju se poistovjećivati (Yairi i Seery, 2015). Pojam netečnosti ima šire značenje, obzirom da obuhvaća sve oblike prekida govora. Neki od prekida govora smatraju se normalnima ili tipičnima, dok se drugi smatraju abnormalnima ili atipičnima, uglavnom mucajućima (Yairi i Seery, 2015). Zahtjevno je odrediti što su mucajuće netečnosti, a što normalne netečnosti, zato što ne moraju sve netečnosti u govoru osoba koje mucaju, biti mucajuće netečnosti (Yairi i Seery, 2015). Također, vrste netečnosti koje se smatraju mucajućima, mogu biti prisutne u govoru osoba koje ne mucaju.

Mucanje se očituje kroz primarna i sekundarna ponašanja. Primarna su ona ponašanja na koje osoba ne može svjesno utjecati, a to su ponavljanja, produžavanja i blokade u govoru (Guitar, 2014). Ponavljanja su najčešći oblici primarnih ponašanja kod osoba koje mucaju. Ponavljati mogu glas, slog ili jednosložnu riječ te najčešće izgleda, kao da su govornici „zapeli“ na tome zvuku te ga ponavljaju, sve dok se glas koji slijedi, ne uspije proizvesti (Guitar, 2014). Produžavanja se javljaju ili od samoga početka mucanja ili odmah nakon pojave ponavljanja. U nekim iznimnim slučajevima produžavanja mogu potrajati i do nekoliko minuta, a abnormalnim se može učiniti i produžavanje od samo pola sekunde (Guitar, 2014). Blokade su najčešće posljednje primarno ponašanje koje se javlja. One se javljaju kada osoba neprimjereno zaustavi protok zraka ili glasa, ali također i pokret artikulatora (Guitar, 2014). Blokade se mogu javiti na bilo kojoj od razina govorne produkcije – respiratornoj, laringealnoj ili artikulacijskoj (Guitar, 2014). Blokade često postaju sve duže i napetije, što osoba dulje muca. Rapidne oscilacije koje se najbolje mogu vidjeti

na usnama ili vilici, događaju se kada osoba zaustavi glas. Time se zatvara zračni put, povećava se tlak zraka iza blokade te dolazi do tenzije mišića (Guitar, 2014).

Sekundarna se ponašanja javljaju kao odgovor na primarna ponašanja, odnosno to su reakcije na ponavljanja, produžavanja i blokade te se u početku javljaju nesvjesno, kako bi si osobe koje mucaju olakšale netečnosti, ali mogu prerasti u naučene obrasce (Guitar, 2014). Sekundarna ponašanja mogu na početku pružiti emocionalno olakšanje od straha da će se mucanje javiti, no ubrzo postaju snažne navike koje je teško promijeniti (Guitar, 2014). To su razni pokreti i položaji tijela koji prate događaje mucanja. Sekundarnih ponašanja ima mnogo i pojavljuju se u brojnim varijacijama kod pojedinaca koji mucaju (Yairi i Seery, 2015). Česta je napetost pokreta tijela, posebice glave i vrata, ali mogu biti uključeni i drugi dijelovi tijela. Neke je lako uočiti, a neki su prikriveni te neprimjetni sugovorniku. Nesumnjivo je da sekundarna ponašanja doprinose učinku napetog, izmučenog govora te mogu utjecati na percepciju težine mucanja i sveukupnog stanja (Yairi i Seery, 2015). Neka od najčešćih sekundarnih ponašanja su trzaji i pokreti glave, napetost čela, sužavanje ili širenje nosnica, sužavanje ili širenje očiju, grčevi u licu, stiskanje usana ili vilice, abnormalni pokreti vilice i jezika, njihanje tijela, pokreti ruku, podizanje ramena, stiskanje šaka te nepravilno udisanje ili izdisanje tijekom govora (Yairi i Seery, 2015).

Osim primarnih ponašanja ili mucajućih netečnosti te sekundarnih ponašanja, na percepciju težine mucanja također mogu utjecati i druge dimenzije poremećaja, poput učestalosti netečnosti, trajanja netečnosti, *cluster*a, kvalitete glasa te brzine govora. Učestalost netečnosti može porasti radi vremenskog pritiska, količine značajnih informacija koje osoba mora prenijeti u poruci, jezične složenosti te veličine publike (Yairi i Seery, 2015). Trajanje netečnosti snažno utječe na percepciju govornika je li riječ o mucanju; naime, produžavanja od jedne sekunde ili više doživljavaju se kao mucanje (Lingwall i Bergstrant, 1979; prema Yairi i Seery, 2015). *Clusteri* označavaju dvije ili više vrsta netečnosti, koje se javljaju na istoj riječi te one značajno utječu na percepciju težine i trajanja mucajućih netečnosti (Yairi i Seery, 2015). Kvaliteta glasa također se može mijenjati pod utjecajem uznapređovalog mucanja te može doći do monotonije u glasu, oštih izmjena visine glasa, hrapavosti te vokalnog zamora (Yairi i Seery, 2015). Nadalje, govorna brzina ili tempo nešto je niži kod osoba koje mucaju radi brojnih ponavljanja i pauza u govoru te neka istraživanja pokazuju razlike između osoba koje mucaju i osoba koje ne mucaju, u brzini artikulacijskih pokreta, posebice na prijelazima između vokala i konsonanata (Yairi i Seery, 2015).

3.1.5 Emocije i kognicija kod mucanja

Emocije kod mucanja, iznimno su uočljive i često istraživane, kao pojava koja je gotovo neodvojiva od poremećaja. Emocije vezane za mucanje mogu uključivati strah, tjeskobu, zarobljenost, paniku, sram, poniženje, bijes, ogorčenost i druge neugodne osjećaje (Yairi i Seery, 2015). Vrste emocija mogu se mijenjati obzirom na vrijeme u kojemu se javljaju mucajuće netečnosti ili trenuci mucanja. Stoga, autori Yairi i Seery (2015), razlikuju emocije prije mucanja (strah, anksioznost, panika), emocije tijekom mucanja (osjećaj zarobljenosti, panika, frustracija, praznina) i emocije nakon mucanja (poniženje, sram, ljutnja, ozlojeđenost). U prošlosti je prevladavalo razmišljanje, da osobe mucaju radi emocionalnih neprilagođenosti i pretjerane emocionalnosti, no novija istraživanja ukazuju na činjenicu, da se pojačane emocionalne reakcije događaju upravo zato što osoba muca (Yairi i Seery, 2015).

Djeca niže kronološke dobi ne reagiraju na mucanje širokim rasponom emocija i intenzitetom kojim to čine starija djeca i odrasli. Na tu pojavu mogu utjecati tri čimbenika: osjetljivost djeteta na mucanje, reakcije drugih na mucanje i reakcije djeteta na druge (Yairi i Seery, 2015). Stoga se emocije pojavljuju, nakon što dijete osvijesti mucanje te s vremenom strah raste, radi prekida komunikacije netečnostima i stvarnih ili umišljenih negativnih reakcija sugovornika (Yairi i Seery, 2015).

Radi širokog raspona emocija i intenziteta koje osoba doživljava prije, tijekom i nakon mucanja, nije začuđujuće što veliki broj osoba koje mucaju izbjegavaju govoriti, prikrivaju mucanje drugim ponašanjima, izbjegavaju gledati u sugovornika, očekuju najgore od sugovornika te okolišaju u govoru (Yairi i Seery, 2015). Pojedinci se razlikuju u svojim emocionalnim reakcijama na mucanje kao i svi ljudi prema svojim negativnim iskustvima. Pojedinci koji mucaju mogu razviti strahove od specifičnih situacija, ljudi, riječi, pa čak i određenih glasova (Yairi i Seery, 2015). Primjeri specifičnih strahova mogu uključivati telefonske pozive, izgovaranje vlastitog imena pri upoznavanju, izgovaranje određenih glasova na kojima se često događaju mucajuće netečnosti, izlaganje pred drugim ljudima i govorenje u javnim situacijama. Dokazi istraživanja upućuju na to da mucanje povećava razine anksioznosti (Ezrati-Vinacour i Levin, 2004). Opseg negativne reakcije razlikuje se među ljudima koji mucaju, u rasponu od male do nikakve anksioznosti, pa sve do socijalne fobije (Yairi i Seery, 2015).

Kognitivni utjecaji mucanja nisu česta tema znanstvenih istraživanja, no nedavnih je godina zabilježen porast istraživanja, stoga nije iznenađujuće što rezultati istraživanja nisu dosljedni (Yairi i Seery, 2015). Pregledom brojnih istraživanja, postoji mogućnost da mucanje utječe na pažnju i uspješnost rješavanja zadataka. Neki autori smatraju da mucanje može utjecati i na razumijevanje pročitane teksta, brzinu rješavanja zadatka, sniženje vizualne i auditivne percepcije, no dokazi nisu sa sigurnošću potvrđeni (Yairi i Seery, 2015). Iako je anksioznost i sniženo samopouzdanje često povezano s mucanjem, neka istraživanja pokazuju oprečne rezultate (Yairi i Seery, 2015). No, istraživanja su dosljedna u pronalasku da osobe koje mucaju često izražavaju negativne stavove i razmišljanja prema vlastitome govoru i mucanju, a ta je pojava još uže vezana za teže oblike mucanja (Yairi i Seery, 2015).

3.2 ANKSIOZNOST

3.2.1 Definicije i vrste anksioznih poremećaja

Prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje (DSM-V) (2013), poremećaji anksioznosti uključuju poremećaje, koji dijele obilježja pretjeranog straha i tjeskobe te s njima povezane poremećaje u ponašanju. Strah je emocionalni odgovor na stvarnu ili percipiranu neposrednu prijetnju, dok je tjeskoba predviđanje buduće prijetnje. Očigledno je da se ova dva stanja preklapaju, ali se također i razlikuju, obzirom da je strah češće povezan s naletima autonomnog uzbuđenja potrebnog za borbu ili bijeg i mislima o neposrednoj opasnosti, dok je anksioznost češće vezana za napetost i budnost mišića u pripremi za buduću opasnost, uz oprezna ili izbjegavajuća ponašanja (DSM-V, 2013). Ponekad se razina straha ili anksioznost smanjuje sveprisutnim izbjegavajućim ponašanjima. Napadaji panike česta su pojava kod anksioznih poremećaja, kao određena vrsta odgovora na strah. Napadaji panike nisu ograničeni samo na anksiozne poremećaje, već se mogu pojaviti i kod drugih duševnih poremećaja (DSM-V, 2013).

Anksioznost uključuje kognitivne, bihevioralne i psihološke komponente te je vođena očekivanjem prijetnje (Pahl, Barrett i Gullo, 2012). Očekivanje prijetnje odnosi se na način na koji osoba tumači situacije i okolinske podražaje. U usporedbi s ostalima, osobe koje imaju anksioznost obrađuju podražaje na više prijeteci način. Djeca koja imaju anksioznost, često pokazuju

zabrinutost, prestrašenost, napetost i pretjeranu brigu za sebe i druge (Kefalianos i sur., 2012). Visoke razine anksioznosti kod djece i adolescenata mogu negativno utjecati na njihov socijalni i emocionalni razvoj te na akademska postignuća (Crawford i Manassis, 2011). Neki autori dijele poremećaj na anksioznost kao osobinu ličnosti i na anksioznost kao stanje. Anksioznost kao osobina ličnosti odnosi se na stabilnu predispoziciju uočavanja okolinskih prijetnji (Crawford i Manassis, 2011). Suprotno tome, postoji i anksioznost kao stanje, koja je privremeno iskustvo specifično za situaciju te se težina stanja može mijenjati s vremenom. Obje vrste anksioznosti mogu se objasniti multidimenzionalnim modelom, unutar kojega je anksioznost kao stanje pod utjecajem međusobne interakcije aspekata njihove anksioznosti kao osobine ličnosti i pretpostavljene prijetnje unutar situacije (Endler i Parker, 1990; prema Kefalianos i sur., 2012).

Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM-V) (2013), anksiozne poremećaje dijeli na:

1. Separacijski anksiozni poremećaj
2. Selektivni mutizam
3. Specifična fobija
4. Poremećaj socijalne anksioznosti (socijalna fobija)
5. Panični poremećaj
6. Agorafobija
7. Generalizirani poremećaj anksioznosti
8. Anksiozni poremećaji uzrokovan supstancijama/lijekovima
9. Anksiozni poremećaj uzrokovan drugim zdravstvenim stanjem
10. Drugi specificirani anksiozni poremećaj
11. Nespecificirani anksiozni poremećaj

3.3 SOCIJALNA ANKSIOZNOST

3.3.1 Definicije i simptomatologija socijalne anksioznosti

Osobe koje imaju poremećaj socijalne anksioznosti, izbjegavaju i osjećaju strah od evaluacije (Stein i Stein, 2008). Zabrinutost u socijalnim situacijama proizlazi iz straha da će

pojedinaac reći ili napraviti nešto, što će dovesti do srama ili poniženja (Stein i Stein, 2008). Zabrinutost može biti toliko izražena, da pojedinac u potpunosti odbija većinu socijalnih interakcija ili ih podnosi uz značajnu nelagodu (Stein i Stein, 2008). Osobe koje imaju poremećaj socijalne anksioznosti, uglavnom su sramežljive pri upoznavanju novih ljudi te su povučene u novim okruženjima i grupama. Tijekom interakcije s drugima, mogu pokazivati uočljive znakove nelagode, poput crvenila u licu i smanjenog kontakta očima, no gotovo uvijek doživljavaju snažne emocionalne ili fiziološke simptome, poput straha, tahikardije, znojenja, tremora te poteškoća u koncentraciji (Stein i Stein, 2008). Uglavnom izbjegavaju izlaganja u javnosti, iznošenje mišljenja, druženje s vršnjacima te često imaju sniženo samopouzdanje i povišenu samokritičnost (Stein i Stein, 2008).

Bitna značajka socijalnog anksioznog poremećaja je izražen ili intenzivan strah ili tjeskoba od socijalnih situacija, u kojima drugi mogu nadzirati ili nadgledati pojedinca (DSM-V, 2013). Pojedinci s poremećajem socijalne anksioznosti mogu biti neprimjereni asertivni ili submisivni ili, rjeđe, snažno kontrolirati razgovor (DSM-V, 2013). Osobe s poremećajem socijalne anksioznosti mogu imati pretjerano ukočeno držanje tijela, snižen kontakt očima te mogu govoriti izrazito tiho. Također, mogu biti sramežljivi ili povučeni te iznositi manje činjenica o sebi i biti manje otvoreni u komunikaciji (DSM-V, 2013). Nadalje, mogu biti skloniji traženju poslova koji ne zahtijevaju socijalan kontakt, a često je i samo-lijecenje supstancijama (DSM-V, 2013). Socijalna anksioznost kod odraslih osoba starije dobi također može uključivati pogoršanje zdravstvenih simptoma bolesti, kao što su pojačani tremor ili tahikardija, a crvenilo je u licu najčešći tjelesni odgovor na poremećaj socijalne anksioznosti (DSM-V, 2013).

3.3.2 Rizični faktori i prevalencija socijalne anksioznosti

Prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje (DSM-V) (2013), rizični se faktori za razvoj poremećaja socijalne anksioznosti mogu svrstati u tri skupine:

1. Temperament: Osobine koje mogu utjecati na razvoj poremećaja socijalne anksioznosti uključuju bihevioralnu inhibiciju i strah od negativne evaluacije.
2. Okolina: Iako povećane stope zlostavljanja u djetinjstvu ili druge psihosocijalne nedaće u ranom razvoju ne moraju nužno dovesti do razvoja socijalnog anksioznog poremećaja, mogu predstavljati rizične faktore.

3. Genetika i fiziologija: Osobine poput bihevioralne inhibicije, pod snažnim su genetskim utjecajem. Genetski je utjecaj podložan interakciji gena i okoliša; odnosno djeca s visokom bihevioralnom inhibicijom, osjetljivija su na utjecaj okoline, poput roditeljskog modela socijalne anksioznosti. Također, poremećaj socijalne anksioznosti je nasljedan; rođaci imaju dva do šest puta višu šansu za razvoj poremećaja socijalne anksioznosti (DSM-V, 2013).

Procijenjena 12-mjesečna prevalencija socijalnog anksioznog poremećaja u Sjedinjenim Američkim Državama iznosi približno 7% (DSM-V, 2013). Niže procjene prevalencije za 12 mjeseci u ostatku svijeta, koristeći iste dijagnostičke postupke, iznose približno 0,5% - 2,0%; dok je prevalencija u Europi približno 2,3% (DSM-V, 2013). Stope prevalencije poremećaja socijalne anksioznosti kod djece i adolescenata, usporedive su onima kod odraslih. Stope prevalencije opadaju porastom dobi. Prevalencija od 12 mjeseci za odrasle osobe starije dobi iznosi približno 2% - 5% (DSM-V, 2013). Općenito, nalaze se veće stope socijalnog anksioznog poremećaja kod žena, nego kod muškaraca u općoj populaciji (s omjerom vjerojatnosti u rasponu od 1,5 do 2,2), a spolna je razlika u prevalenciji izraženija kod adolescenata i odraslih osoba mlađe dobi (DSM-V, 2013).

3.3.3 Dijagnostički kriteriji socijalne anksioznosti

Dijagnostički kriteriji za poremećaj socijalne anksioznosti, prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje (DSM-V) (2013) su:

- A. Značajan strah ili tjeskoba zbog jedne ili više socijalnih situacija, u kojima druge osobe mogu nadgledati pojedinca. Primjeri uključuju socijalne interakcije (npr. vođenje razgovora, upoznavanje nepoznatih ljudi), promatranje (npr. jedenje ili pijeње) i izlaganje pred drugima (npr. držanje govora).
- B. Pojedinac se boji da će se ponašati na određeni način ili pokazati simptome anksioznosti, koji će biti negativno ocijenjeni (tj. bit će ponižavajući ili neugodni: dovest će do odbijanja ili uvrijediti druge).
- C. Društvene situacije gotovo uvijek izazivaju strah ili anksioznost.
- D. Društvene se situacije izbjegavaju ili podnose uz jaki strah ili anksioznost.

- E. Strah ili anksioznost nisu proporcionalni stvarnoj prijetnji koju predstavlja socijalna situacija i sociokulturni kontekst.
- F. Strah, anksioznost ili izbjegavanje trajni su, obično traju 6 mjeseci ili više.
- G. Strah, anksioznost ili izbjegavanje uzrokuju klinički značajnu uznemirenost ili poteškoće u socijalnim, profesionalnim i drugim važnim područjima funkcioniranja.
- H. Strah, anksioznost ili izbjegavanje ne mogu se pripisati fiziološkim učincima neke supstancije (npr. zlouporabe droga, lijekova) ili drugom zdravstvenom stanju.
- I. Strah, anksioznost ili izbjegavanje ne mogu se bolje objasniti simptomima drugog duševnog poremećaja, poput paničnog poremećaja, tjelesnog dismorfnog poremećaja ili poremećaja spektra autizma.
- J. Ukoliko postoji neko drugo zdravstveno stanje (npr. Parkinsonova bolest, pretilost, opekline ili ozljede), strah, anksioznost ili izbjegavanje očito nisu povezani ili su pretjerani.

3.4 MUCANJE I ANKSIOZNOST

3.4.1 Socijalna anksioznost i mucanje

Značajna količina literature ukazuje na činjenicu da postoji poveznica između mucanja i anksioznosti. Sukladno tome, populacija osoba koje mucaju imaju povišeni rizik za supostojanje poremećaja raspoloženja i osobnosti vezanih za anksioznost (Kefalianos i sur., 2012). Poremećaji anksioznosti javljaju se kod nekih odraslih osoba i adolescenata koji mucaju, a kod mnogih se osoba koje mucaju javljaju povišene razine anksioznosti, no nije poznato kada se početni simptomi anksioznosti počinju pojavljivati prilikom razvoja samog mucanja.

Prema Craig i Tran (2005) život s mucanjem može utjecati na povišenu razinu anksioznosti kao osobine ličnosti i socijalne anksioznosti, a taj rizik samo raste s godinama. Odrastanjem se potencijalni negativni utjecaj govornog poremećaja poput mucanja, može očitovati u iznimnim socijalnim i psihološkim poteškoćama, a ženske osobe koje mucaju imaju i povišeni rizik od anksioznosti kao osobine ličnosti. Također, negativan utjecaj mucanja prilikom odrastanja može

izazvati povišene razine anksioznosti kao osobine ličnosti, što može dovesti do stvaranja negativnih osobnih i socijalnih stereotipova (Craig i Tran, 2005).

Prema Ezrati-Vinacour i Levin (2004), osobe koje mucaju imaju više razine anksioznosti od osoba koje imaju tečan govor. Također, osobe koje mucaju pokazuju veću zastupljenost anksioznosti kao osobine ličnosti, a ne toliko anksioznosti kao stanja. No, rezultati anksioznosti kao stanja razlikuju se značajno obzirom na težinu mucanja. Anksioznost u socijalnoj komunikaciji i anksioznost kao stanje značajno je viša među osobama s težim mucanjem, za razliku od osoba s blažim mucanjem i osoba koje imaju tečan govor. Stoga, autori Ezrati-Vinacour i Levin (2004) navode da mucanje nije jedini faktor koji utječe na anksioznost kao stanje, već se i težina mucanja treba uzeti u obzir. Dakle, težina mucanja nije u korelaciji s anksioznošću kao osobinom ličnosti, ali je u korelaciji s anksioznošću kao stanjem te sa ispitnom anksioznošću nakon izloženosti govornim zadacima. Anksioznost kao osobina ličnosti, razvija se sporo tijekom godina te je utemeljena u osobnosti pojedinca i ne mijenja se pod utjecajem težine mucanja, poput anksioznosti kao stanja. Anksioznost kao stanje pod utjecajem je obilježja socijalne komunikacije, poput usmenog izlaganja, broja slušatelja, upoznatosti sa slušateljima te prisutnosti autoritativnih figura (Ezrati-Vinacour i Levin, 2004). Nadalje, autori navode poveznicu između ispitne anksioznosti i subjektivnih mjera mucanja, koje su mjerene nakon izvođenja govornih zadataka, a koje ukazuju na snažnu povezanost između razine anksioznosti i subjektivne procjene težine mucanja. Također, anksioznost ima utjecaj na izvedbu te je ona izražena u kvalitativnim promjenama aktivacije mišića (Denny i Smith, 1992; prema Ezrati-Vinacour i Levin, 2004). Voljne ili neautomatizirane radnje kojima za provedbu treba pažnja, mogu biti narušene pod utjecajem anksioznosti (Hasher i Zacks, 1979; prema Ezrati-Vinacour i Levin, 2004). Primjerice, prilikom proizvodnje govora, postoje nevoljne ili automatizirane radnje poput semantičkog odabira, sintakse i fonologije. No, radnja koja nije automatizirana te zahtjeva pažnju je posljednja faza produkcije govora, odnosno fonetska faza u kojoj se planiranju artikulacija te motorna kontrola (Bock, 1982; prema Ezrati-Vinacour i Levin, 2004). Navedeni faktori mogu biti objašnjenje za vezu između anksioznosti i težine mucanja. Rezultati ovoga istraživanja upućuju na činjenicu da je anksioznost dio osobnosti osoba koje mucaju te se može razviti kao posljedica netječnog govora, ali može biti i faktor koji doprinosi nastanku mucanja. Nadalje, osobe koje imaju više razine anksioznosti kao stanja, pokazuju i više razine ispitne anksioznosti prilikom govornih zadataka. Iako osobe koje mucaju pokazuju i anksioznost kao stanje i anksioznost kao osobinu ličnosti, anksioznost kao osobina ličnosti često

se javlja kao karakteristika kod osoba koje mucaju općenito, dok je anksioznost kao stanje vezana za težinu mucanja.

Autori Manning i Beck (2013) u svojem istraživanju o ulozi psiholoških procesa u određivanju težine mucanja, iznose rezultate koji ukazuju na važnost socijalne anksioznosti i anksioznosti kao osobine ličnosti kao prediktore jačine mucanja, a ne depresiju ili neke druge psihološke teškoće koje drugi autori navode. No nije pronađena poveznica između socijalne i anksioznosti kao osobine ličnosti i učestalosti mucanja ili drugih mucajućih ponašanja (Manning i Beck, 2013).

Prema Kraaimaat, Vanryckeghem i Van Dam-Baggen (2002), osobe koje mucaju doživljavaju značajno više razine emocionalne napetosti u socijalnim situacijama od osoba koje ne mucaju. Štoviše, učestalost uključivanja u socijalne interakcije značajno je niža kod osoba koje mucaju. Iako veliki broj osoba koje mucaju pokazuje visoke razine socijalne anksioznosti, važno je napomenuti da socijalnu anksioznost ne doživljava svaka osoba koja muca. Također, postoji podskupina osoba koje mucaju, sa iznimno visokom socijalnom anksioznošću usporedivom sa onom kod psihijatrijskih pacijenata. Obzirom na pronalazke postojanja visokih razina socijalne anksioznosti kod velikog broja osoba koje mucaju, autori predlažu uključivanje tehnika za smanjenje anksioznosti te trening socijalnih vještina u okvir terapije. Izlaganje socijalnim situacijama i socijalnim ponašanjima unutar terapije, može biti korisno za osobe koje mucaju radi straha i od socijalnih situacija, ali i od izvođenja socijalnih ponašanja u kontekstu socijalne anksioznosti (Kraaimaat i sur., 2002).

Značajke socijalne anksioznosti poput straha od negativne evaluacije i sigurnosna ponašanja posebice su prisutne kod mucanja, a mogu pridonijeti održavanju socijalne anksioznosti i pogoršavanju samoga mucanja (Iverach i Rapee, 2014). Također, moguće je da razvoju socijalne anksioznosti pridonose komunikacijske poteškoće i negativne posljedice mucanja s kojima se osobe koje mucaju susreću kroz život. Nadalje, prisutnost socijalne anksioznosti može pogoršati postojeće bihevioralne nedostatke u socijalnim situacijama te sniziti broj socijalnih interakcija, što može dovesti do funkcionalne onesposobljenosti (Craig i sur., 2009).

Craig i sur. (2003) provode istraživanje o razinama anksioznosti kod osoba koje mucaju, no istraživanje provode na velikom uzorku nasumično odabranih osoba koje mucaju, bez obzira na to jesu li pohađali terapiju ili ne. Time se nastoji vjerodostojnije prikazati populaciju koja muca

te dobiti realističnije podatke o anksioznosti kod osoba koje mucaju. Rezultati ukazuju na činjenicu, da je kod osoba koje mucaju znatno viši postotak anksioznosti, nego kod osoba koje ne mucaju, no razina anksioznosti također ovisi i o pohađanju terapije (Craig i sur., 2003). Naime, smatra se da osobe koje traže ili pohađaju terapiju, češće imaju teži oblik mucanja što može dovesti do veće socijalne i psihološke zabrinutosti, a posljedično i do anksioznosti. Dok, osobe koje imaju blaži oblik mucanja, rjeđe traže ili pohađaju terapiju, jer im mucanje ne predstavlja značajan problem ili poteškoće u svakodnevnom funkcioniranju, stoga dolazi i do nižih razina anksioznosti. No, iako razlike u razinama anksioznosti između osoba s blažim oblikom mucanja i osoba koje ne mucaju nisu statistički značajne, važno je napomenuti da su razine anksioznosti ipak nešto više kod osoba koje mucaju (Craig i sur., 2003). Ovime je potvrđeno općeprihvaćeno stajalište da se uz mucanje često javlja anksioznost, odnosno da populacija osoba koje mucaju ima povišeni rizik za razvoj anksioznosti, koja se treba procjenjivati i pratiti tijekom terapije.

3.4.2 Socijalna anksioznost i mucanje kod djece

Djeca koja imaju socijalnu anksioznost često pokazuju poteškoće u izvršavanju školskih obaveza, preuranjeno se povlače iz škole te pokazuju sniženi interes za vršnjačke ili socijalne situacije (Iverach i Rapee, 2014).

Autori Kefalianos i sur. (2012) navode dvije hipoteze o razlikama u temperamentu djece koja mucaju i djece koja ne mucaju te kako temperament utječe na pojavu anksioznosti. Prva je hipoteza ta, da je kod osoba koje mucaju temperament uzročni faktor pojave mucanja. Odnosno, da određene karakteristike temperamenta mogu povećati rizik za početak mucanja. Ukoliko je ta hipoteza točna, onda bi temperament mogao biti uzročno povezan s razvojem anksioznosti kod osoba koje mucaju. Druga hipoteza odbacuje uzročnu vrijednost temperamenta na mucanje te posljedično i na anksioznost, već tumači anksioznost kao učinak mucanja, koji se javlja kasnije tijekom života. Ova je hipoteza vjerodostojna, ukoliko uzmemo u obzir da se svjesnost o mucanju javlja već oko druge godine (Ambrose i Yairi, 1994; prema Kefalianos i sur., 2012), a negativna procjena mucanja oko četvrte godine (Ezrati-Vinacour, Platzky i Yairi, 2001; prema Kefalianos i sur., 2012). Također, neka predškolska djeca koja mucaju doživljavaju negativne odgovore i socijalne odnose s vršnjacima, a tomu je uzrok mucanje. Stoga, postoji mogućnost da su djeca koja

imaju „teži“ temperament po uzoru na dimenziju pristupanja/povlačenja Thomasa i Chessa (1977; prema Kefalianos i sur., 2012), podložnija vanjskim utjecajima koji potiču anksioznost prilikom razvoja osobnosti (Kefalianos i sur., 2012). Rezultati ovoga istraživanja ukazuju na mogućnost postojanja poveznice između temperamenta i mucanja u predškolskoj dobi. Dimenzije temperamenta u kojima je uočena statistički značajna razlika u odnosu na kontrolnu skupinu su dimenzija prilagodbe – djeca koja mucaju pokazala su niži stupanj prilagodbe, zatim dimenzija raspona pažnje/upornosti – djeca koja mucaju imaju snižene vrijednosti te dimenzija kvalitete raspoloženja – djeca koja mucaju imaju više negativnih kvaliteta raspoloženja od kontrolne skupine.

Autori Iverach i sur. (2016) navode da se kod djece koja mucaju, negativne socijalne posljedice mucanja javljaju već u predškolskoj dobi te se mogu zadržati čitav život. Obzirom na važnost dobrih komunikacijskih vještina kod djece školske dobi, kako bi mogli uspješno funkcionirati u učionici, koja je jedno iznimno socijalno okruženje, tečan govor postaje sve bitnijim. Upravo radi te rastuće važnosti dobrih komunikacijskih vještina u školskoj dobi, mucanje počinje stvarati sve veći problem značajnom broju djece. Naime, neka istraživanja upućuju na to da djeca koja mucaju, dobivaju negativne ocjene od svojih kolega koji imaju tečan govor na temelju popularnosti, mogućnosti vođenja te ih također ocjenjuju podložnijima vršnjačkom nasilju (Davis, Howell i Cooke, 2002; prema Iverach i sur., 2016).

Rezultati istraživanja Iverach i sur. (2016) ukazuju na statistički značajno višu stopu postojanja anksioznog poremećaja kod djece koja mucaju (32%) od djece koja ne mucaju (11%). Od svih anksioznih poremećaja, prevladava socijalni anksiozni poremećaj (čak 24%), obzirom na kontrolnu skupinu (5%). Osim socijalnog anksioznog poremećaja, kod djece koja mucaju potvrđeno je i postojanje subkliničkog generaliziranog anksioznog poremećaja (13%), a kod djece koja ne mucaju javlja se u znatno nižem postotku (2%) (Iverach i sur., 2016). Postojanje subkliničkog generaliziranog anksioznog poremećaja ukazuje na značajnu razinu anksioznosti i brige, ali ne zadovoljava dijagnostičke kriterije obzirom na broj ili težinu simptoma te razinu stresa i ometanja svakodnevnog funkcioniranja, stoga je iznimno bitno prepoznati ovakve početne simptome te ih pratiti, kako se oni ne bi pogoršali i uznapredovali porastom kronološke dobi (Iverach i sur., 2016). Također, i djeca i roditelji djece koja mucaju, prijavili su znatno više simptoma anksioznosti prilikom ispunjavanja podljestvice za socijalnu fobiju upitnika SCAS-C

(*Spence Children's Anxiety Scale, Child and Parent Report*), od roditelja i djece koja ne mucaju. Psiho-socijalne poteškoće poput emocionalnih teškoća – ponajviše anksioznosti i teškoća u ponašanju, posebice hiperaktivnosti i snižene pažnje, bile su znatno više kod djece koja mucaju, za razliku od kontrolne skupine. Poteškoće hiperaktivnosti i snižene pažnje ukazuju na moguću povezanost između razvojnog mucanja i ADHD-a, na što ukazuju i pronalasci nekih drugih istraživanja (Alm, 2014; Donaher i Richels, 2012; prema Iverach i sur., 2016). Iako djeca koja mucaju nisu prijavila značajne podatke o zadirkivanju i vršnjačkom nasilju, na upitniku *Culture Bullying Scale of the Personal Experiences Checklist* postizala su statistički značajno više rezultate od kontrolne skupine. Sveukupno, ovo istraživanje potvrđuje postojanje povišenog rizika za razvoj poremećaja socijalne anksioznosti kod djece koja mucaju, stoga je od iznimne važnosti uključiti specifične strategije ili pristupe za nošenje s anksioznošću, unutar redovne logopedске terapije (Iverach i sur., 2016). Jedan od takvih terapijskih pristupa je kognitivno – bihevioralna terapija, koja je osmišljena s ciljem poboljšanja emocionalnih, kognitivnih i bihevioralnih faktora koji doprinose razvoju, ustrajanju ili pogoršanju psiholoških stanja, kao što je poremećaj socijalne anksioznosti, no više o ovome terapijskome pristupu, bit će riječ u narednom poglavlju *Terapija*.

3.4.3 Socijalna anksioznost i mucanje kod adolescenata

Visoke razine anksioznosti mogu imati negativan učinak na razvoj i kasniji život djece i adolescenata. Istraživanja pokazuju da je moguća prevalencija anksioznog poremećaja kod djece i adolescenata čak 20% (Velting, Setzer i Albano, 2004; prema Blood i sur., 2007). Nadalje, brojna istraživanja ukazuju na činjenicu da djeca i adolescenti koji imaju anksiozni poremećaj, imaju veći rizik za slabija edukacijska postignuća, depresiju, slabiju socijalnu podršku te povišene obiteljske konflikte (Velting i sur., 2004; prema Blood i sur., 2007). Adolescenti s poteškoćama imaju povišeni rizik za razvoj anksioznosti i anksioznih poremećaja (Hommel i sur., 2003; prema Blood i sur., 2007), a njihova je pojava iznimno česta kod adolescenata i djece s komunikacijskim poteškoćama (Beitchman i sur., 2001; prema Blood i sur., 2007). Obzirom na ovakve pronalasci, iznimno je važno pratiti pojavu i razvoj anksioznosti kod adolescenata koji mucaju, stoga će u ovome poglavlju biti riječ o pronalascima novijih istraživanja o vezi između anksioznosti i mucanja kod adolescenata.

Mulcahy i sur. (2008) provode istraživanje o odnosu između anksioznosti, komunikacijskih stavova i simptomatologije mucanja kod adolescenata koji mucaju te pronalasci ukazuju na značajne razlike rezultata anksioznosti i komunikacijskih stavova adolescenata, između onih koji mucaju i kontrolne skupine. Adolescenti koji mucaju, pokazali su značajno višu anksioznost kao osobinu ličnosti, anksioznost kao stanje te socijalnu anksioznost, što ukazuje na povišeni rizik od razvoja anksioznosti kod adolescenata koji mucaju, za razliku od njihovih vršnjaka koji ne mucaju. Nadalje, smatra se da povišena razina anksioznosti kod adolescenata koji mucaju u ovome istraživanju, možda proizlazi iz generalizacije negativnih emocija povezanih s govorom, obzirom na značajne poveznice koje su pronađene između teškoća u komunikaciji i anksioznosti (Mulcahy i sur., 2008). Također, pronađena je poveznica između povišene razine anksioznosti i negativne samoprocjene funkcionalne komunikacije kod adolescenata koji mucaju. Štoviše, negativan stav prema komunikaciji može unaprijediti socijalnu anksioznost osoba koje mucaju (Blood i sur., 2001; prema Mulcahy i sur., 2008) te se smatra da negativan stav prema komunikaciji može biti rezultat uvjetovanja, koje se javlja kada je komunikacijska aktivnost popraćena negativnim i otegotnim posljedicama (Daly i sur., 1997; prema Mulcahy i sur., 2008). Zanimljivo je, da je anksioznost kao osobina ličnosti, mjera koja se pokazala najznačajnijom u ovome istraživanju, obzirom na snažnu povezanost s teškoćama funkcionalne komunikacije i anksioznosti kod adolescenata koji mucaju. Autori Mulcahy i sur. (2008) smatraju da je anksioznost kod adolescenata koji mucaju, samo popratna pojava mucanja, a ne uzrok koji pogoršava mucajuća ponašanja, obzirom na činjenicu da su anksioznost i komunikacijski stavovi bili neovisni o težini i tipografiji mucanja.

U istraživanju autora Blood i sur. (2007) o razini anksioznosti kod adolescenata koji mucaju, rezultati ukazuju na povišenu razinu anksioznosti kod adolescenata koji mucaju, za razliku od adolescenata koji ne mucaju, no svi su rezultati bili unutar „normalnih“ granica. Važno je za napomenuti da su razine anksioznosti kod adolescenta koji mucaju te imaju supostojeće govorne i/ili jezične teškoće, bile značajno više od adolescenata koji mucaju te nemaju pridružene teškoće (Blood i sur., 2007). Također, oni adolescenti koji mucaju te imaju visoke razine anksioznosti, odnosno barem jednu standardnu devijaciju više od prosjeka, pokazivali su najveći broj pridruženih poremećaja (Blood i sur., 2007). Nadalje, rezultati istraživanja ukazuju na uredno samopouzdanje kod adolescenata koji mucaju, ali i na značajan odnos između samopouzdanja i razine anksioznosti u svim skupinama ispitanika. Adolescenti koji mucaju i oni koji ne mucaju, ali

imaju više razine anksioznosti, negativnije ocjenjuju vlastito samopouzdanje. Stoga, visoka razina anksioznosti može doprinijeti niskome samopouzdanju, ali i nisko samopouzdanje visokim razinama anksioznosti, neovisno o govornim ili jezičnim poremećajima (Blood i sur., 2007). Iako autori Blood i sur. (2007) nisu pronašli značajnu korelaciju između anksioznosti i težine mucanja, napominju na nedostatak istraživanja koji je mogao utjecati na ovakve rezultate, a to je činjenica da su svi ispitanici koji mucaju, trenutno ili prethodno bili u terapiji.

Blood i sur. (2003) ispitali su stavove adolescenata koji mucaju o samopoštovanju, percepciji stigme i razotkrivanju poremećaja. Ispitanici su podijeljeni u dvije skupine po dobi, odnosno na mlađe (13, 14 i 15 godina) i starije (16, 17 i 18 godina) adolescente. Rezultati pokazuju da 85% sudionika ima pozitivno samopoštovanje te da mucanje ne predstavlja stigmatizirajuće stanje za većinu (65%) adolescenata koji mucaju. Međutim, 60% sudionika izjavljuje da „rijetko“ ili „nikad“ ne razgovaraju o svojem mucanju. Također, zanimljivo je da mlađi adolescenti doživljavaju mucanje znatno negativnijim od starijih adolescenata (Blood i sur., 2003).

3.4.4 Socijalna anksioznost i mucanje kod odraslih

Odrasle osobe koje mucaju pokazuju znatno viši postotak anksioznosti kao osobine ličnosti i anksioznosti kao stanja od kontrolnih skupina (Ezrati-Vinacour i Levin, 2004). Također, odrasle osobe koje mucaju pokazuju znatno više razine emocionalnog stresa u socijalnim okruženjima te veće promjene raspoloženja od kontrolnih skupina. Osim toga, kod odrasle populacije koja muca, javlja se i socijalna fobija (Iverach i sur., 2009). Socijalna fobija može se opisati kao ustrajan strah od jedne ili više socijalnih situacija u kojima je osoba izložena nepoznatim ljudima ili mogućem kritiziranju od ostalih. Osobe koje imaju socijalnu fobiju mogu izbjegavati socijalne situacije ili ih mogu doživljavati uz iznimno visoke razine stresa i nemira. Prijetnja od društvenog poniženja i sramoćenja potpuno je iracionalna te pretjerana obzirom na stvarnu situaciju. Stoga, socijalna fobija može uzrokovati socijalnu izolaciju, odnosno povlačenje iz društva te poteškoće u izvršavanju poslova (Iverach i sur., 2009).

Craig, Blumgart i Tran (2009) u svojem istraživanju o utjecaju mucanja na kvalitetu života odraslih osoba koje mucaju, iznose podatke da odrasle osobe koje mucaju imaju statistički

značajnu nižu kvalitetu života od svojih vršnjaka koji ne mucaju. Razlike u kvaliteti života najviše se očituju u domenama vitalnosti, socijalnog funkcioniranja, emocionalnog funkcioniranja te mentalnog zdravlja. Mucanje može biti neugodno i frustrirajuće za odrasle osobe koje mucaju prilikom socijalnih interakcija i govora, a obzirom da oni očekuju mucanje u mnogim socijalnim kontekstima, upravo anticipacijska anksioznost može utjecati na povlačenje iz socijalnih situacija koje uključuju razgovor ili govor (Bloodstein i Bernstein Ratner, 2008; prema Craig i sur., 2009). Obzirom da rezultati ukazuju na smanjenu vitalnost kod odraslih osoba koje mucaju, one imaju povišeni rizik za iscrpljenost koja se može definirati kao subjektivno umorno stanje, pri kojemu se javljaju osjećaji uznemirenosti i loše raspoloženje, a ne toliko kao fizički aspekti umora poput dremljivosti i pospanosti (Craig i sur., 2006; prema Craig i sur., 2009). Nadalje, odrasle osobe koje mucaju pokazuju sniženo socijalno funkcioniranje, stoga mucanje može dovesti do negativnog učinka na sposobnosti socijalnih interakcija. Osim vitalnosti i socijalnog funkcioniranja, mucanje kod odraslih osoba ima negativne učinke na emocionalnu stabilnost i mentalno zdravlje. U ovome su istraživanju rezultati mentalnog zdravlja kod osoba koje mucaju, usporedivi s mentalnim zdravljem kod osoba koje su doživjele neurotraumu, poput tetraplegije ili traumatske ozljede mozga (Craig i sur., 2009).

Autori Iverach i sur. (2009) provode istraživanje o prevalenciji anksioznih poremećaja kod odraslih osoba koje mucaju i traže terapiju. Rezultati ukazuju na činjenicu da su odrasle osobe koje mucaju čak šest do sedam puta podložnije zadovoljavanju kriterija na ICD-10 (*International Classification of Diseases*) i DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*) za dijagnozu anksioznog poremećaja. Što se tiče specifičnih poremećaja anksioznosti, autori Iverach i sur. (2009) navode da čak petina ispitanika zadovoljava kriterije ICD-10 i DSM-IV za dijagnozu socijalne fobije. No, za razliku od ICD-10, DSM-IV ne dozvoljava postavljanje dijagnoze socijalne fobije, ukoliko je anksioznost vezana isključivo za strah od mucanja (Moutier i Stein, 1999; prema Iverach i sur., 2009). Obzirom da statistički značajan broj odraslih osoba koje mucaju, doživljava klinički relevantne razine socijalne anksioznosti (Iverach i sur., 2009), autori predlažu da se odbaci isključujući kriterij u DSM-IV za anksioznost glede mucanja. Nadalje, odrasle osobe koje mucaju pokazuju i značajne razine generalnog anksioznog poremećaja, što može ukazivati na to da osobe koje mucaju doživljavaju anksioznost svakodnevno, kao pojavu koja nije isključivo povezana s mucanjem (Iverach i sur., 2009). Što se samoprocjene tiče, odrasle osobe koje mucaju pokazuju povišene razine samopoimanja anksioznosti i straha od

negativne evaluacije (Iverach i sur., 2009). Pronalazak visoke stope anksioznog poremećaja kod odraslih koji mucaju i traže terapiju je iznimno značajan i ima učinke na kliničku praksu u odabiru i planiranju terapije, koja bi dugoročno smanjila socijalnu fobiju i poboljšala sveukupno funkcioniranje i uključivanje u svakodnevne aktivnosti (Menzies i sur., 2008; prema Iverach i sur., 2009).

Važnost za promjenom dijagnostičkih kriterija anksioznosti u DSM-IV, osim autora Iverach i sur. (2009), podupiru i autori Blumgart, Tran i Craig (2010) svojim istraživanjem o socijalnom anksioznom poremećaju kod odraslih osoba koje mucaju. Naime, rezultati istraživanja ukazuju na činjenicu da mucanje utječe na anksioznost kao osobinu ličnosti i na socijalnu anksioznost, a odrasle osobe koje mucaju, ponajviše mlađe odrasle osobe (ispod 60 godina), također pokazuju znatno viši postotak socijalne fobije od svojih vršnjaka koji ne mucaju. Obzirom da je u prethodno prikazanom članku autora Craig i sur. (2009) prikazan negativan utjecaj mucanja na kvalitetu života odraslih osoba koje mucaju, važno je napomenuti da ukoliko osobe koje mucaju, ne zadovolje dijagnozu socijalne fobije prema smjernicama DSM-IV, može doći do ograničavanja mogućnosti prilikom traženja terapije i pomoći (Craig i sur., 2003). Dakle, ukoliko odrasle osobe koje mucaju ne dobiju priliku za snižavanje razina socijalne fobije, dolazi do većeg rizika za povišenu anksioznost i sniženu kvalitetu života. Također, osim socijalne fobije, postoji i povišeni rizik za generaliziranu socijalnu fobiju, koja je ozbiljniji oblik te se odnosi na strah od većine socijalnih situacija, dok socijalnu fobiju karakteriziraju specifični i ograničeni socijalni strahovi (Craig i sur., 2003). Radi ovakvih pronalazaka, bitno je da se odrasle osobe koje mucaju redovito procjenjuju prije, tijekom i nakon terapije, radi postojanja visokog rizika za razvoj socijalne anksioznosti.

3.5 TERAPIJA

Autor Guitar (2014) navodi četiri važne stavke za uspješnu terapiju mucanja, a one su atributi kliničara, uvjerenja kliničara, terapijski ciljevi te terapijski postupci. Atributi kliničara čine jednu od najvažnijih stavki prilikom terapije mucanja, obzirom da znanja, vještine i osobnost kliničara imaju direktan učinak na ishod terapije. Kao najznačajnije karakteristike kliničara, Van Riper (1975a; prema Guitar, 2014) navodi empatiju, toplinu i iskrenost. Empatija označava

moćnost razumijevanja osjećaja, promišljanja i ponašanja osoba koje mucaju. Toplina se očituje u tonu glasa, facijalnim ekspresijama i u govoru tijela te doprinosi osjećaju prihvaćenosti kod osoba koje mucaju. Također, toplina stvara ugodnu okolinu u kojoj osoba koja muca može lakše učiti i postati spremnijom na zahtjevne promjene. Iskrenost je važna, jer doprinosi stvaranju povjerenja u odnosu između kliničara i osobe koje muca. Također, iskrenost promiče slobodnije izražavanje osjećaja osobe koja muca, posebice osjećaja frustracije, straha i ljutnje, znajući da će ih kliničar razumjeti i prihvatiti (Guitar, 2014). Osim navedenih atributa, iznimno je važno da se kliničar vodi načelom prakse utemeljene na dokazima te da odabire materijale i pristupe koji su se pokazali učinkovitim i primjerenim. Nadalje, od iznimne je važnosti da kliničari učestalo obnavljaju svoja znanja i nastavljaju učiti tijekom cijeloga života te da posjeduju kritičko promišljanje i kreativnost, kako bi pospješili kvalitetu same terapije (Guitar, 2014). Uvjerenja kliničara odnose se na uvjerenja o etiologiji i razvoju mucanja, sukladno dostupnim podacima i istraživanjima te ona utječu na pristup terapiji, odabir materijala za procjenu te na savjetovanje roditelja djece koja mucaju.

Terapijski ciljevi razlikuju se obzirom na uvjerenja kliničara, dob osobe koja muca te težinu samoga poremećaja, ali i na ono što osoba koja muca očekuje od terapije (Guitar, 2014). Autor Guitar (2014) navodi ciljeve terapije mucanja, prema uzoru na ASHA-ine *Guidelines for Practice in Stuttering Treatment* (1995):

1. Smanjenje učestalosti mucanja: smanjenje učestalosti mucanja, bez stvaranja drugih ponašanja, koja mogu biti ometajuća za sugovornika
2. Smanjenje sekundarnih ponašanja: smanjenje napetosti, kako bi mucanje bilo što ugodnije i za govornika i za sugovornika
3. Smanjenje negativnih emocija vezanih za mucanje i govorenje: direktni ili indirektni pristupi koji omogućuju učinkovitu komunikaciju i lakoću govora
4. Smanjenje negativnih razmišljanja i stavova o mucanju i govorenju: zamjena očekivanja mucanja s očekivanjem tečnosti
5. Smanjenje izbjegavajućih ponašanja: povećanje tečnosti, kako bi se smanjio strah, a potom i izbjegavajuća ponašanja

6. Pобољшanje komunikacijskih sposobnosti: kod nekih osoba, побољшanje komunikacije dolazi kada se težina mucanja snizi i stavovi o govoru i mucanju побољшaju, dok je nekima potreban izravan trening komunikacijskih vještina
7. Stvaranje okoline koja olakšava tečnost: pomaganje obitelji, učiteljima i osobama uključenima u djetetov život smanjiti pritisak na govor djeteta te pojačati pozitivne aspekte

Terapijski postupci označavaju alate i strategije kojima se kliničari služe pri postizanju terapijskih ciljeva (Guitar, 2014), a one koje autor navodi su:

1. Postupci koji pomažu osobi koja muca i obitelji da se nose s emocijama vezanim za mucanje
2. Postupci koji smanjuju učestalost mucanja
3. Postupci koji smanjuju sekundarna ponašanja
4. Postupci koji smanjuju negativna razmišljanja i stavove o mucanju i govorenju
5. Postupci koji smanjuju izbjegavajuća ponašanja
6. Postupci koji побољšavaju komunikacijske sposobnosti
7. Postupci stvaranja okoline koja olakšava tečnost
8. Postupci motoričkog učenja

Kod osoba koje mucaju te imaju anksioznost, iznimno je važno umanjiti negativna razmišljanja i stavove o mucanju i govorenju, a jedan od terapijskih pristupa koji tome pridonosi je kognitivno-bihevioralna terapija. Pomoću kognitivne terapije, osoba koja muca može побољшati razmišljanja i osjećaje vezane za vlastiti govor te za situacije, koje su u prošlosti prouzročile negativne emocije (Guitar, 2014). Također, pomoću ovoga pristupa, osobe koje mucaju mogu naučiti kako njihova razmišljanja utječu na njihove emocije i ponašanja, poput sekundarnih ponašanja. Neki kliničari koriste isključivo kognitivno-bihevioralnu terapiju, dok se neki odlučuju za kombinaciju ovoga pristupa i pristupa koji pospješuju tečnost i lakoću govora (Guitar, 2014).

3.5.1 Kognitivno-bihevioralna terapija

Kognitivno-bihevioralna terapija široko je poznata i dobro razvijena intervencija, koja se često koristi u terapiji mucanja kod osoba koje imaju socijalnu anksioznost (Menzies i sur., 2009). Strukturu kognitivno-bihevioralne terapije čine izlaganje, kognitivno restrukturiranje, bihevioralni eksperimenti i trening pažnje (Menzies i sur., 2009). Izlaganje predstavlja govorenje u situacijama, u kojima osobe koje mucaju osjećaju strah i anksioznost te ih inače izbjegavaju. Uobičajeno je da se izlaganje takvim situacijama vodi hijerarhijom od najmanje stresnih, prema sve stresnijim situacijama za određenog pojedinca. Neki od primjera takvih situacija su telefoniranje, komuniciranje s osobama koje su autoritet, upoznavanje novih ljudi, susretanje s poznatim ljudima, koje osoba koja muca nije odavno vidjela te grupna izlaganja. Nakon izlaganja stresnim situacijama, slijedi razgovor u kojemu osoba koja muca procjenjuje, jesu li očekivani ishodi jednaki stvarnim ishodima tih situacija (Menzies i sur., 2009). Kognitivno restrukturiranje iznimno je važna stavka kognitivno-bihevioralne terapije, jer zahtijeva kritičko promišljanje pojedinca o negativnim razmišljanjima i stavovima vezanim za govor i mucanje. Prilikom kognitivnog restrukturiranja koriste se učestale izjave o negativnim stavovima i razmišljanjima vezanim za mucanje, a autori Menzies i sur. (2009) predlažu korištenje UTBAS ljestvice odnosno Upitnika Negativni stavovi i uvjerenja o mucanju, koji se primjenjuje radi ispitivanja učestalosti razmišljanja i vjerovanja o mucanju te stupnja anksioznosti kojeg izazivaju takva razmišljanja (Klarin, Leko Krhen i Jelčić Jakšić, 2018). Nakon što osoba ispuni UTBAS ljestvicu, razgovara s kliničarom o određenim stavkama ljestvice, s ciljem osvještavanja i sistematične izmjene iracionalnih misli vezanih za anksioznost i mucanje te primjene restrukturiranih razmišljanja i stavova u svakodnevnim situacijama (Menzies i sur., 2009). Bihevioralni eksperimenti, poput izlaganja, zahtijevaju od osobe koja muca da komunicira u socijalnim situacijama, prilikom kojih dolazi do anksioznosti ili straha od negativne evaluacije od drugih. No, za razliku od izlaganja, u provedbi bihevioralnih eksperimenata, osoba treba „odglumiti“ mucanje, po mogućnosti izraženije nego što je uobičajeno, u različitim socijalnim situacijama. Osoba navodi očekivane ishode prije provedbe eksperimenta te ih uspoređuje sa stvarnim ishodima nakon provedbe. Potom, uzima stvarne ishode interakcije i primjenjuje ih na buduće socijalne situacije (Menzies i sur., 2009). Posljednja je stavka kognitivno-bihevioralne terapije trening pažnje, pri kojemu osoba primjenjuje jednostavnu meditaciju u obliku brojanja na svakom udisaju i ponavljanja riječi za opuštanje na svakom izdisaju. Ova jednostavna vježba snižava učestalost pojave nametljivih misli o mucanju i anksioznosti, usmjeravanjem pažnje na druge kognitivne radnje (Menzies i sur., 2009). Na

učinkovitost treninga pažnje ukazuju i rezultati istraživanja autora Gupta i sur. (2016), obzirom da je skupina osoba koja je pohađala kognitivno-bihevioralnu terapiju uz dodatak treninga pažnje, značajno poboljšala kvalitetu života, komunikacijske stavove i samopouzdanje od skupine koja je pohađala samo kognitivno-bihevioralnu terapiju. Također, došlo je i do snižavanja anksioznosti i mucajućih ponašanja kod skupine s dodanim treningom pažnje (Gupta i sur., 2016).

Anksioznost vezana za govor može biti posljedica težeg mucanja, obzirom da veliki broj adolescenata koji mucaju imaju komunikacijske poteškoće u javnim situacijama. Brojna istraživanja ukazuju na snažnu povezanost između mucanja i anksioznosti te na utjecaj kognitivnih faktora na razvoj anksioznosti vezane za govor (Nnamani i sur., 2019). Obzirom da kognitivni procesi poput poimanja negativne evaluacije govora od drugih, negativne samoprocjene govora te pristrane obrade informacija mogu dovesti do povišenja anksioznosti, a posljedično i do pogoršanja mucanja, u terapiji je važno usmjeriti pažnju i na kognitivne procese (Nnamani i sur., 2019). Jedan od pristupa koji je usmjeren na kognitivne procese, a također dovodi do snižavanja anksioznosti u govoru kod osoba koje mucaju je kognitivno-bihevioralna terapija. Istraživanja pokazuju da, kognitivno-bihevioralna terapija umanjuje negativna razmišljanja koja mogu dovesti do anksioznosti (Nnamani i sur., 2019). U istraživanju o učinkovitosti kognitivno-bihevioralne terapije kod govorne anksioznosti, Nnamani i sur. (2019) potvrđuju uspješnost terapijskog pristupa u snižavanju govorne anksioznosti kod adolescenata koji mucaju. Njihovi rezultati također upućuju i na činjenicu da kognitivni procesi, poput negativne samoprocjene, utječu na anksioznost vezanu za govor.

Unatoč velikom postotku poteškoća mentalnoga zdravlja kod odraslih osoba koje mucaju, postoji mali broj istraživanja koja ispituju učinkovitost terapijskih pristupa za navedenu skupinu (Helgadóttir i sur., 2009). Kognitivno-bihevioralna terapija jedan je od rijetkih terapijskih pristupa čija je učinkovitost utvrđena te istraživanja pokazuju značajno sniženje socijalne anksioznosti i veći broj uključivanja u svakodnevne aktivnosti, uz smanjenje izbjegavajućih ponašanja, kod osoba koje su primile kognitivno-bihevioralnu terapiju (Menzies i sur., 2008; prema Helgadóttir i sur., 2009). Obzirom da terapiju mucanja uglavnom pružaju logopedi, a ne psiholozi, autori Helgadóttir i sur. (2009) nalažu da bi postojanje online kognitivno-bihevioralnog programa, omogućilo logopedu pružanje integrirane terapije. Odnosno, logoped bi mogao pružati usluge terapije mucanja uz online programe, koji su primjereni za psihološke intervencije. Stoga su autori

Helgadóttir i sur. (2009) razvili online program za provedbu kognitivno-bihevioralne terapije, koji se naziva CBTpsych.com (kasnije naziv mijenjaju u iGlebe). CBTpsych.com na početku sastavlja individualizirani profil osobe, na temelju opsežnih upitnika o negativnim razmišljanjima, stavovima i emocionalnim odgovorima, a sastoji se od sedam odjeljaka (Helgadóttir i sur., 2009):

1. Odjeljak 1: Korisnik se upoznaje s kognitivnim modelom emocija te su opisane česte kognitivne pogreške. Također, uspostavlja se terapijski odnos upoznavanjem kliničara putem fotografije i snimljenog zvučnog zapisa. Nadalje, u ovome se odjeljku korisnik upoznaje s tehnološkim aspektima programa.
2. Odjeljak 2: 528 različitih uzoraka odgovora kognitivnog restrukturiranja, napravljenih na temelju UTBAS ljestvice. Pomoću ovih odgovora, osoba dobiva povratne informacije kako restrukturirati negativna razmišljanja i stavove.
3. Odjeljak 3: Osoba označava na listi koje simptome socijalne anksioznosti doživljava, kako bi se stvorio model prema kojemu se kasnije odabiru bihevioralni eksperimenti.
4. Odjeljak 4: Prema modelu iz odjeljka 3, stvara se lista izbjegavajućih ponašanja koje osoba može izabrati. Potom, program kreira bihevioralne eksperimente koje osoba treba provesti. Očekivani je broj provedenih bihevioralnih eksperimenata deset za svakog korisnika, uz dodatne vježbe kognitivnog restrukturiranja. Također, program odlučuje treba li se jedan od eksperimenata ponoviti, obzirom na odgovor bi li osoba ponovno izbjegla odabranu situaciju.
5. Odjeljak 5: Trening pažnje usmjeren na vještine primjenjuje se, radi povećanja kontrole pažnje u socijalnim situacijama. Također, metode prepravljavanja pomažu kod pogrešnih ili beskorisnih razmišljanja. U ovome odjeljku, pomažu zvučni zapisi koji restrukturiraju razmišljanja i stavove temeljene na odjeljku 3.
6. Odjeljak 6: Nastavak rada na strahu od negativne evaluacije, pisanjem eseja pod naslovom „Zašto nije važno što drugi ljudi misle o meni“. Potom je korisniku, radi usporedbe, prikazan unaprijed napisan esej. Nadalje, korisnik odabire 3 od 17 tvrdnji koje počinju riječju „trebam“ te program nudi odgovore koji zahtijevaju kritičko promišljanje pojedinca o važnosti tih tvrdnji.
7. Odjeljak 7: Posljednji je odjeljak namijenjen prevenciji i održavanju terapijskih postignuća, ali služi i pregledu prijašnjih odjeljaka programa.

U kasnijim istraživanjima Menzies i sur. (2019) o učinkovitosti online programa kognitivno-bihevioralne terapije CBTpsych.com ili iGlebe, autori nalažu da nije pronađena statistički značajna razlika među rezultatima kognitivno-bihevioralne terapije, obzirom na modalitet provedbe (online ili uživo). Također, kod osoba koje su završile iGlebe program, znatno su sniženi ili otklonjeni anksioznost i poremećaji raspoloženja (Menzies i sur., 2019). Obzirom da je iGlebe besplatan program, koji ne zahtijeva kliničku podršku, iznimno je ekonomičan i lako primjenjiv. Također, obzirom na jasnu strukturu programa, ne dolazi do pojave odstupanja od prakse utemeljene na dokazima (Menzies i sur., 2019).

3.6 UTBAS LJESTVICA

St Clare i sur. (2009) razvili su upitnik Negativni stavovi i uvjerenja o mucanju (*Unhelpful Thoughts and Beliefs about Stuttering – UTBAS*) s ciljem samoprocjene negativnih uvjerenja i razmišljanja, vezanih za govornu anksioznost kod osoba koje mucaju. UTBAS ljestvica sadrži 66 tvrdnji koje procjenjuju učestalost negativnih stavova i uvjerenja. Tvrdnje su izrađene sveobuhvatnom revizijom datoteka svih slučajeva mucanja, uključenih u kognitivno-bihevioralnu terapiju, u vremenskom razdoblju od deset godina (St Clare i sur., 2009). UTBAS ljestvica pokazuje snažnu pouzdanost i valjanost kao mjerni instrument, pruža razlikovanje među skupinama osoba koje mucaju i osoba koje ne mucaju, obzirom na negativne kognitivne procese vezane za socijalnu anksioznost te je osjetljiva na promjene uzrokovane kognitivno-bihevioralnom terapijom (St Clare i sur., 2009).

Autori Iverach i sur. (2010) provode istraživanje provjere valjanosti i pouzdanosti UTBAS ljestvice na znatno većem uzorku (140 ispitanika). Rezultati istraživanja potvrđuju one autora St Clare i sur. (2009), odnosno potvrđuju valjanost i pouzdanost UTBAS ljestvice kao mjernog instrumenta. Obzirom na značajnost govorne anksioznosti kod osoba koje mucaju, uporaba UTBAS ljestvice može imati utjecaj na bolje teorijsko i kliničko razumijevanje odnosa između mucanja i anksioznosti (Iverach i sur., 2010). Također, ljestvica može imati pozitivan učinak na identifikaciju onih negativnih stavova i razmišljanja, koja mogu imati utjecaja na terapijske ishode. Nadalje, UTBAS ljestvica može služiti prepoznavanju pojedinaca s izraženom govornom anksioznošću prije početka terapije, radi poboljšanja i unaprjeđenja psihičkih i govornih ishoda

(Iverach i sur., 2010). UTBAS ljestvica također doprinosi razumijevanju odnosa između anksioznosti i mucanja, obzirom da značajan postotak ispitanika zadovoljava dijagnostičke kriterije socijalne anksioznosti i poremećaja anksioznosti (Iverach i sur., 2010). UTBAS ljestvica je nadasve učinkovita mjera strahova vezanih uz govor, anksioznosti i negativnih kognitivnih procesa kod osoba koje mucaju te ima širu primjenu, kao mjera učinkovitosti i napretka kognitivno-bihevioralne terapije (Iverach i sur., 2010).

Autorice Klarin, Leko Krhen i Jelčić Jakšić (2018) provode istraživanje s ciljem ispitivanja hrvatske inačice UTBAS-C upitnika, uključujući ispitanike koji mucaju i koji ne mucaju, kako bi utvrdile postoji li statistički značajna razlika među skupinama. U istraživanju su sudjelovala 32 ispitanika, od kojih je bilo 16 osoba koje mucaju i 16 osoba koje ne mucaju, izjednačenih po spolu. Sve osobe koje mucaju, počele su mucati u ranoj dobi te su imale dijagnozu mucanja, no nisu pohađale terapiju. Autorice su, uz dopuštenje autora izvorne UTBAS ljestvice, prevele ljestvicu na hrvatski jezik te su elektronskom poštom poslale novu inačicu svim sudionicima istraživanja. Rezultati istraživanja ukazuju na činjenicu, da je hrvatska inačica UTBAS ljestvice, dobar mjerni instrument za procjenu socijalne anksioznosti kod osoba koje mucaju (Klarin, Leko Krhen i Jelčić Jakšić, 2018). Također, rezultati ovoga istraživanja su dosljedni s rezultatima drugih istraživanja o UTBAS ljestvici, obzirom na statistički značajne razlike u rezultatima upitnika osoba koje mucaju i osoba koje ne mucaju. Odnosno, dokazano je da su osobe koje mucaju statistički značajno više anksiozne od osoba koje ne mucaju. Iako je ovo istraživanje prvo kao takvo u Hrvatskoj, rezultati su dosljedni s ostalim istraživanjima o odnosu između anksioznosti i mucanja, a također i s onima o UTBAS ljestvici (Klarin, Leko Krhen i Jelčić Jakšić, 2018). Nadalje, rezultati istraživanja ukazuju na činjenicu da su osobe koje mucaju znatno više anksiozne od osoba koje ne mucaju te se mogu javiti nelagoda, osjećaj bespomoćnosti, sram, frustracija, ljutnja, tuga i nervoza (Klarin, Leko Krhen i Jelčić Jakšić, 2018). Također, stavke socijalne anksioznosti, poput straha od negativne evaluacije i straha od govora mogu pridonijeti održavanju socijalne anksioznosti, time narušavajući težinu mucanja (Iverach i Rapee, 2014). Stoga, jedna od glavnih stavki terapije, procjene ili dijagnostike, treba biti i procjena razine socijalne anksioznosti osoba koje mucaju (Klarin, Leko Krhen i Jelčić Jakšić, 2018). U Hrvatskoj postoji nedostatak mjernih instrumenata za procjenu mucanja te socijalne anksioznosti, stoga je ovo istraživanje iznimno značajan pomak prema stvaranju učinkovitih instrumenata, koji pomažu i stručnjacima i osobama koje mucaju.

Koristeći sljedeću tablicu, molim pročitajte svaku navedenu stavku i zaokružite broj koji najvjernije opisuje Vas u smislu: (1) koliko često imam ove misli, (2) koliko vjerujem u ove misli, (3) koliko anksioznim me čine ove misli.															
1= nikad ili nikako 2= rijetko ili malo 3= ponekad ili ponešto 4= često ili puno 5= stalno ili u potpunosti		Koliko ČESTO imam ove misli?					Koliko VJERUJEM u ove misli?					Koliko ANKSIOZNIM me čine ove misli?			
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5				
1	Ljudi će sumnjati u moje sposobnosti jer mucam														
2	Nemoguće je biti uspješan u životu ako mucaš														
3	Neću moći zadržati posao jer mucam														
4	Sve je moja greška- trebao/la bih moći kontrolirati svoje mucanje														
5	Ja sam slaba osoba jer mucam														
6	Nikome se neću svidjeti ako mucam														
7	Mogao/la bih mucati														
8	Ljudi se usredotočuju na svaku riječ koju kažem														
9	Nesposoban/na sam														
10	Nitko ne može voljeti osobu koja muca														
11	Mucat ću														
12	Svi u prostoriji će čuti kako mucam														
13	Glup/a sam														

Slika 1. Dio izjava hrvatske inačice upitnika Negativni stavovi i uvjerenja o mucanju (UTBAS-C ljestvica) (Iverach i sur., 2010; prema Klarin, Leko Krhen i Jelčić Jakšić, 2018)

4. ZAKLJUČAK

Mucanje je multidimenzionalan poremećaj u kojemu je tijekom govora prekinut ponavljanjima riječi, slogova i glasova, produžavanjima glasova ili abnormalnim zastojima te napetim pauzama. No, mucanje utječe na mnogo aspekata života i funkcioniranja pojedinca, poput emocionalnih i psihičkih poteškoća, a ne samo na govor. Pregledom novije znanstvene literature, utvrđeno je da osobe koje mucaju, doživljavaju znatno veću emocionalnu napetost u socijalnim situacijama, što može dovesti do razvoja socijalne anksioznosti. Postoji značajan postotak osoba koje mucaju, a koje imaju poremećaj socijalne anksioznosti te, iako još uvijek ne postoji precizno objašnjenje o odnosu među dvama poremećajima, veliki broj autora smatra da upravo mucanje dovodi do razvoja socijalne anksioznosti. Faktori koji su se pokazali značajnima za razvoj i pogoršanje socijalne anksioznosti, kod osoba koje mucaju su temperament, strah od negativne evaluacije, strah od prijašnjih negativnih iskustava vezanih za govor te negativno samopoimanje vlastitog govora i negativni stavovi i razmišljanja o mucanju.

Kod djece koja mucaju, negativne socijalne posljedice mucanja javljaju već u predškolskoj dobi te se mogu zadržati čitav život. Postoji statistički značajno viša stopa anksioznog poremećaja kod djece koja mucaju, a od svih anksioznih poremećaja, prevladava socijalni anksiozni poremećaj te je potvrđeno i postojanje subkliničkog generaliziranog anksioznog poremećaja. Postojanje subkliničkog generaliziranog anksioznog poremećaja ukazuje na značajnu razinu anksioznosti i brige, ali ne zadovoljava dijagnostičke kriterije, stoga je iznimno bitno prepoznati ovakve početne simptome te ih pratiti, kako se oni ne bi pogoršali i uznapredovali porastom kronološke dobi. Osim anksioznosti, pronađene su i psiho-socijalne poteškoće poput teškoća u ponašanju, hiperaktivnosti i snižene pažnje. Poteškoće hiperaktivnosti i snižene pažnje ukazuju na moguću povezanost između razvojnog mucanja i ADHD-a.

Djeca i adolescenti koji imaju anksiozni poremećaj, imaju veći rizik za slabija edukacijska postignuća, depresiju, slabiju socijalnu podršku te povišene obiteljske konflikte. Pronađena je poveznica između povišene razine anksioznosti i negativne samoprocjene funkcionalne komunikacije kod adolescenata koji mucaju. Štoviše, negativan stav prema komunikaciji može unaprijediti socijalnu anksioznost kod osoba koje mucaju. Stoga, visoka razina anksioznosti može doprinijeti niskome samopouzdanju, ali i nisko samopouzdanje visokim razinama anksioznosti,

neovisno o govornim ili jezičnim poremećajima. Pronađeno je da mlađi adolescenti doživljavaju mucanje znatno negativnijim od starijih adolescenata.

Odrasle osobe koje mucaju pokazuju znatno više razine emocionalnog stresa u socijalnim okruženjima od svojih vršnjaka koji ne mucaju, a može se javiti i socijalna fobija. Socijalna fobija može uzrokovati socijalnu izolaciju, odnosno povlačenje iz društva te poteškoće u izvršavanju poslova. To sve može utjecati na sniženje kvalitete života, posebice u domenama vitalnosti, socijalnog funkcioniranja, emocionalnog funkcioniranja te mentalnog zdravlja. Osim vitalnosti i socijalnog funkcioniranja, mucanje kod odraslih osoba ima negativne učinke na emocionalnu stabilnost i mentalno zdravlje. Mentalno zdravlje osoba koje mucaju, usporedivo je s mentalnim zdravljem osoba koje su doživjele neurotraumu, poput tetraplegije ili traumatske ozljede mozga. Ovaj je podatak iznimno značajan, jer ukazuje na nužnost da se pri radu s odraslim osobama koje mucaju, stručnjaci trebaju češće osvrnuti na mentalno zdravlje i sveukupnu sliku pojedinaca te na pristupe koji uključuju poboljšanje iscrpljenosti, socijalnog funkcioniranja te nestabilnog emocionalnog i mentalnog zdravlja.

Kognitivno-bihevioralna terapija pokazala se iznimno učinkovitim i znanstveno utemeljenim pristupom tretiranja socijalne anksioznosti kod osoba koje mucaju. Postojanje online programa kognitivno-bihevioralne terapije doprinosi jednostavnijoj integraciji psiholoških aspekata terapije u logopedsku terapiju te znači širu primjenu programa, koji je iznimno ekonomičan i lako primjenjiv.

Sukladno mnogobrojnim pronalascima dokaza o postojanju značajnih razina socijalne anksioznosti kod osoba koje mucaju, očigledno je da stručnjaci, koji se bave mucanjem i rade s osobama koje mucaju, trebaju usmjeriti više pažnje na psihološke aspekte ovog kompleksnog poremećaja, prilikom procjene, dijagnostike i terapije. Premda postoji nedostatak istraživanja o socijalnoj anksioznosti kod osoba koje mucaju na hrvatskome jeziku, rastući broj istraživanja u svijetu mogao bi dovesti i do poboljšanja situacije u Hrvatskoj.

5. LITERATURA

1. Blood, G., Blood, I., Maloney, K., Meyer, C., i Qualls, C. (2007). Anxiety levels in adolescents who stutter. *Journal Of Communication Disorders*, 40(6)
2. Blood, G., Blood, I., Tellis, G., i Gabel, R. (2003). A preliminary study of self-esteem, stigma, and disclosure in adolescents who stutter. *Journal Of Fluency Disorders*, 28(2)
3. Blumgart, E., Tran, Y. i Craig, A., 2010. Social anxiety disorder in adults who stutter. *Depression and Anxiety*, 27(7)
4. Craig, A. i Tran, Y., 2005. The epidemiology of stuttering: The need for reliable estimates of prevalence and anxiety levels over the lifespan. *Advances in Speech Language Pathology*, 7(1)
5. Craig, A., Blumgart, E. i Tran, Y., 2009. The impact of stuttering on the quality of life in adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 34(2)
6. Craig, A., Hancock, K., Tran, Y. i Craig, M., 2003. Anxiety Levels in People Who Stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 46(5)
7. Crawford, A. i Manassis, K., 2011. Anxiety, social skills, friendship quality, and peer victimization: An integrated model. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(7)
8. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.

9. Ezrati-Vinacour, R. i Levin, I., 2004. The relationship between anxiety and stuttering: a multidimensional approach. *Journal of Fluency Disorders*, 29(2)
10. Guitar, B. (2014). *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment* (4.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
11. Gupta S. K., Yashodharakumar G. Y. i Vasudha H. H, 2016. Cognitive Behavior Therapy and Mindfulness Training in the Treatment of Adults Who Stutter. *International Journal of Indian Psychology*, 3(3)
12. Helgadóttir, F., Menzies, R., Onslow, M., Packman, A. i O'Brian, S., 2009. Online CBT II: A Phase I Trial of a Standalone, Online CBT Treatment Program for Social Anxiety in Stuttering. *Behaviour Change*, 26(4)
13. Iverach, L. i Rapee, R., 2014. Social anxiety disorder and stuttering: Current status and future directions. *Journal of Fluency Disorders*, 40
14. Iverach, L., Jones, M., McLellan, L., Lyneham, H., Menzies, R., Onslow, M. i Rapee, R., 2016. Prevalence of anxiety disorders among children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 49
15. Iverach, L., Menzies, R., Jones, M., O'Brian, S., Packman, A. i Onslow, M., 2010. Further development and validation of the Unhelpful Thoughts and Beliefs About Stuttering (UTBAS) scales: relationship to anxiety and social phobia among adults who stutter. *International Journal of Language & Communication Disorders*
16. Iverach, L., O'Brian, S., Jones, M., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., Hewat, S., Menzies, R., Packman, A. i Onslow, M., 2009. Prevalence of anxiety disorders among adults seeking speech therapy for stuttering. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(7)

17. Kefalianos, E., Onslow, M., Block, S., Menzies, R. i Reilly, S., 2012. Early stuttering, temperament and anxiety: Two hypotheses. *Journal of Fluency Disorders*, 37(3)
18. Klarin, E., Leko Krhen, A. i Jelčić Jakšić, S., 2018. A preliminary study on the Unhelpful Thoughts and Beliefs about Stuttering (UTBAS) questionnaire in Croatia. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 54(1)
19. Kraaimaat, F., Vanryckeghem, M. i Van Dam-Baggen, R., 2002. Stuttering and social anxiety. *Journal of Fluency Disorders*, 27(4)
20. Manning, W. i Gayle Beck, J., 2013. The role of psychological processes in estimates of stuttering severity. *Journal of Fluency Disorders*, 38(4)
21. Menzies, R., O'Brian, S., Packman, A., Jones, M., Helgadóttir, F. i Onslow, M., 2019. Supplementing stuttering treatment with online cognitive behavior therapy: An experimental trial. *Journal of Communication Disorders*, 80
22. Menzies, R., Onslow, M., Packman, A. i O'Brian, S., 2009. Cognitive behavior therapy for adults who stutter: A tutorial for speech-language pathologists. *Journal of Fluency Disorders*, 34(3)
23. Menzies, R., Packman, A., Onslow, M., O'Brian, S., Jones, M. i Helgadóttir, F., 2019. In-Clinic and Standalone Internet Cognitive Behavior Therapy Treatment for Social Anxiety in Stuttering: A Randomized Trial of iGlebe. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 62(6)

24. Mulcahy, K., Hennessey, N., Beilby, J. i Byrnes, M., 2008. Social anxiety and the severity and typography of stuttering in adolescents. *Journal of Fluency Disorders*, 33(4)
25. Nnamani, A., Akabogu, J., Otu, M., Ukoha, E., Uloh-Bethels, A., Omile, J., Obiezu, M., Dike, A., Ike, C. i Iyekekpolor, O., 2019. Cognitive behaviour language therapy for speech anxiety among stuttering school adolescents. *Journal of International Medical Research*, 47(7)
26. Pahl, K., Barrett, P. i Gullo, M., 2012. Examining potential risk factors for anxiety in early childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(2)
27. Shapiro, D. (2011). *Stuttering intervention*. Austin: PRO-ED.
28. St Clare, T., Menzies, R., Onslow, M., Packman, A., Thompson, R. i Block, S., 2009. Unhelpful thoughts and beliefs linked to social anxiety in stuttering: development of a measure. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 44(3)
29. Stein, M. i Stein, D. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*, 371(9618)
30. Teorija. *Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje*. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2021. Pristupljeno 3. 5. 2021. <http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=60872>
31. Yairi, E. i Seery, C., 2015. *Stuttering Foundations and Clinical Applications (2.)*. Harlow, United Kingdom: Pearson Education Limited.

6. POPIS SLIKA

Slika 1: Dio izjava hrvatske inačice upitnika Negativni stavovi i uvjerenja o mucanju (UTBAS-C ljestvica).....	30
--	----