

# Savjetovanje u terapiji mucanja

---

Salacan, Marija

Master's thesis / Diplomski rad

2023

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:158:319893>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-05-19**



Repository / Repozitorij:

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



Sveučilište u Zagrebu  
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

**Savjetovanje u terapiji mucanja**

Marija Salacan

Zagreb, rujan 2023.

Sveučilište u Zagrebu  
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

**Savjetovanje u terapiji mucanja**

Marija Salacan

mentorica: Izv. prof. dr. sc. Ana Leko Krhen

Zagreb, rujan 2023.

## IZJAVA O AUTORSTVU RADA

Potvrđujem da sam osobno napisala rad *Savjetovanje u terapiji mucanja* i da sam njegova autorica. Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: Marija Salacan

Mjesto i datum: Zagreb, 31.8.2023.

## SAŽETAK

Naslov rada: Savjetovanje u terapiji mucanja

Ime i prezime studentice: Marija Salacan

Ime i prezime mentorice: Izv. prof. dr. sc. Ana Leko Krhen

Studijski program/modul na kojem se polaže diplomski rad: Logopedija

Mucanje je komunikacijski poremećaj u kojem je tok govora prekinut ponavljanjima, produživanjima, oklijevanjima ili zastojećima. Iako točni uzroci mucanja još uvijek nisu u potpunosti definirani, posljedice ovog poremećaja vidljive su u mnogim područjima života osobe koja muca. Nepredvidljivost mucanja ono je što dodatno pojačava i primarne i sekundarne simptome. U strahu od nerazumijevanja i osude okoline, osobe koje mucaju nerijetko se povlače iz socijalnih situacija koje bi mogle biti okidač netečnosti, a one neizbježne, poput školskog ili radnog okruženja, za njih su veliki stresor. Anksioznost, frustracija, sram i strah često su glavni razlog traženja pomoći. Uzimajući u obzir izniman utjecaj koji mucanje može imati na samopoštovanje, emocije i opću dobrobit osobe, nužno je u terapiji uvesti savjetovanje, stoga je svrha ovog diplomskog rada osvijestiti važnost djelovanja na psihološke i emocionalne aspekte mucanja, ali i potrebu za radom s članovima obitelji. Savjetovanjem i uspostavljanjem partnerskog odnosa s onima koji su u najbližem kontaktu s osobom koja muca, neposredno djelujemo i na nju samu. Pregledom dostupne literature žele se pružiti smjernice stručnjacima, bliskim ljudima, ali i samim osobama koje mucaju kako bi se lakše mogli nositi s izazovima koje nosi mucanje, poboljšali komunikacijske vještine, a time i pozitivno djelovali na cjelokupnu kvalitetu života.

Ključne riječi: mucanje, emocije, savjetovanje, interpersonalni odnosi

## ABSTRACT

Title: Counseling in stuttering therapy

Student: Marija Salacan

Mentor: Assoc. prof. Ph.D. Ana Leko Krhen

Field of study: Speech and language pathology

Stuttering is a communication disorder in which the flow of speech is interrupted by repetitions, prolongations, hesitations or pauses. Although the exact causes of stuttering are still not fully defined, the consequences of disorder are present in many aspects of the stutterer's life. The unpredictability of stuttering is what further intensifies both the primary and secondary symptoms. In fear of misunderstanding and condemnation from society, people who stutter often withdraw from social situations that could be a trigger for disfluency, and the unavoidable ones, such as school or work environment, are a great stressor for them. Anxiety, frustration, shame, and fear are often the main reasons for seeking help. Considering the exceptional impact that stuttering can have on a person's self-esteem, emotions, and general well-being, it is necessary to introduce counseling in therapy, therefore the purpose of this thesis is to raise awareness of the importance of acting on the psychological and emotional aspects of stuttering, as well as the need to work with family members. By consulting and establishing a partnership with those who are in close contact with people who stutter, we indirectly affect them. By reviewing the available literature, the aim is to provide guidance to experts and family members, but also to people who stutter so that they can more easily cope with the challenges that come along with stuttering, improve communication skills, and thus have a positive effect on the overall quality of life.

Key words: stuttering, emotions, counseling, interpersonal relationships

## Sadržaj

1. UVOD.....	1
2. PROBLEMSKA PITANJA .....	2
3. PREGLED DOSADAŠNJIH SPOZNAJA .....	3
3.1. MUCANJE.....	3
3.1.1. Definicije.....	3
3.1.2. Etiologija.....	4
3.1.3. Incidencija i prevalencija .....	5
3.1.4. Simptomatologija i vrste .....	5
3.2. SAVJETOVANJE U TERAPIJI MUCANJA.....	7
3.2.1. Terapijski savez.....	7
3.2.2. Kako provoditi savjetovanje .....	9
3.2.3. Three-Stage Skilled-Helper Model .....	10
3.3. TEORIJE SAVJETOVANJA.....	13
3.3.1. Bihevioralno savjetovanje.....	13
3.3.2. Humanističko savjetovanje .....	14
3.3.3. Egzistencijalističko savjetovanje .....	15
3.3.4. Kognitivno savjetovanje .....	16
3.4. TEHNIKE SAVJETOVANJA .....	18
3.4.1. Uspostavljanje kontrole vrstom odgovora .....	18
3.4.2. Lokus kontrole i savjetovanje .....	21
3.4.3. Promjena jezika.....	22
3.4.4. Tišina.....	23
3.4.5. Ugovaranje i savjetovanje.....	24
3.4.6. Solution-focused Brief therapy (SBFT).....	25
3.5. ZAMKE SAVJETOVANJA .....	26
3.6. UČINKOVITOST SAVJETOVANJA.....	28
3.7. EMOCIJE U TERAPIJI MUCANJA.....	29
3.8. SAVJETI ZA OSOBE KOJE MUCAJU .....	32
3.9. GRUPNA TERAPIJA .....	35
3.9.1. Čimbenici napretka .....	35
3.9.2. Grupni ciljevi .....	37

3.10. RAD S OBITELJI.....	39
3.10.1. Roditelji.....	40
3.10.2. Braća i sestre .....	43
3.10.3. Partneri.....	44
3.11. SAVJETI ZA UČITELJE .....	46
4. ZAKLJUČAK.....	50
5. Literatura:.....	51



## 1. UVOD

Govor je osnovno sredstvo ljudske komunikacije, način izražavanja misli, osjećaja i želja te distinktivno obilježje svake osobe. Potreba za socijalnom interakcijom i ostvarivanjem bliskih odnosa u osnovi je ljudskog postojanja. Bilo kakvo odstupanje od normalnog govornog uzorka otežava uspostavu komunikacije i sudjelovanje u društvenim aktivnostima, što za sobom vuče drugi oblik posljedica, poznatih kao sekundarni simptomi. Definicija i simptomatologija mucanja, uz očigledne govorne teškoće u vidu zastoja, ponavljanja i produživanja rečeničnih jedinica, zbog toga se proširuje i na psihoemocionalnu domenu, a u terapijske postupke uvodi se i savjetovanje. Naglasak se prebacuje na izgradnju narušenog samopouzdanja i pozitivnih stavova, odnosno na osvještavanje da je osoba puno više od govorne netečnosti. S obzirom na težinu utjecaja koji okolina ima u oblikovanju osobe, nužno je u savjetovanje uključiti obitelj i bližnje. Dinamika svake obitelji i potrebe svakog pojedinca razlikuju se pa se prema tome i planiranju svakog terapijskog sata pristupa u skladu sa specifičnom situacijom svakog klijenta. Međutim, neovisno o odabranom terapijskom pristupu, temelj uspješnog savjetovanja uvijek je isti; kvalitetan i otvoren odnos između kliničara i klijenta koji počiva na međusobnom povjerenju i pruža sigurnost u izazovnim trenucima te partnerstvo s članovima obitelji koji iz prve ruke mogu vidjeti i djelovati na promjene.

## 2. PROBLEMSKA PITANJA

Mucanje je kompleksan poremećaj koji osim na govor pojedinca utječe i na emocije, kogniciju i socijalni život. Osobe koje mucaju često osjećaju strah, anksioznost, frustraciju i sram te se nerijetko susreću s negativnom reakcijom okoline, zadirivanjem, a ponekad i zlostavljanjem. Zbog svega toga izbjegavaju govor, što im onda stvara teškoće u socijalnom okruženju i u interpersonalnim odnosima, a narušeno je i sudjelovanje u svakodnevnim aktivnostima. Cilj ovog diplomskog rada je osvijestiti važnost savjetovanja u terapiji mucanja te da je ono više od samo govorne mane. Pregledom dosadašnjih spoznaja iz dostupne literature žele se pružiti osnovne smjernice stručnjacima u budućem radu kroz prikaz poznatih teorija savjetovanja i na njima utemeljenih tehnika. Naglašava se važnost educiranja i savjetovanja neposrednog okruženja osobe koja muca kako bi joj se olakšalo svakodnevno funkcioniranje i zajedničkim radom u zdravoj okolini podupro razvoj pozitivne slike o sebi, samoprihvatanje i samoostvarenje.

## 3. PREGLED DOSADAŠNJIH SPOZNAJA

### 3.1. MUCANJE

#### 3.1.1. Definicije

Brojne su definicije mucanja koje od sredine 20. stoljeća postavljaju uglavnom logopedi i psiholozi, za razliku od ranijih razdoblja kada su to činili liječnici ili psihijatri. Kroz povijest je definiranje mucanja stručnjacima predstavljalo veliki izazov zbog neslaganja u kategorizaciji kao psihičkog, jezičnog, motoričkog ili poremećaja učenja pa tako ni danas još uvijek ne postoji univerzalno prihvaćena definicija mucanja. Wingate (1964) je opisao mucanje kao prekid tečnosti koji karakteriziraju nenamjerna glasna ili tiha ponavljanja ili produžavanja glasova, slogova ili jednosložnih riječi koja je teško kontrolirati. Pojavljuju se često i mogu ih pratiti fizički ili emocionalni simptomi. Van Riper (1971) navodi da je mucanje privremena smetnja simultanog i uzastopnog programiranja mišićnih pokreta u proizvodnji govora, dok Brutten i Shoemaker (1967) mucanje opisuju kao oblik neuspješne tečnosti koji je uvjetovan negativnim emocijama (poremećaj učenja).

S godinama se mijenjala i klasifikacija Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (DSM-IV-TR, 2000; DSM-V, 2013). U DSM-V (2013), mucanje je definirano kao komunikacijski poremećaj s karakterističnim prekidima u fluentnosti govora, te se od prethodnog izdanja DSM-IV-TR (2000) razlikuje po tome što su anksioznost i izbjegavajuća ponašanja postala uvršteni kriteriji, a ubacivanja, s obzirom na to da nisu specifična za mucanje, već se mogu javiti i kod urednih, tečnih govornika, više ne čine jedan od kriterija. Također, više nije u uporabi termin „mucanje“ kao dijagnoza već se koristi fluentnost govora s početkom u djetinjstvu (Pinezić, 2022).

Međunarodna klasifikacija bolesti (ICD-11) mucanje klasificira kao druge poremećaje ponašanja i emocionalne poremećaje, koji obično počinju u djetinjstvu i adolescenciji, a karakteriziraju ih česta ponavljanja ili produljenja glasova, slogove ili riječi, česta oklijevanja ili stanke koje ometaju ritmički tok govora. Navedeni simptomi klasificiraju se kao poremećaj samo ako su izraženi u tolikoj mjeri da ozbiljno narušavaju tečnost govora (WHO, 2019; prema Pinezić, 2022).

Zbog izrazite kompleksnosti mucanja, potrebna je sveobuhvatna definicija onoga što mucanje predstavlja; vidljiva, ali i nevidljiva zbivanja tijekom komunikacije, odnosno otvorena govorna

ponašanja, fizičke i fiziološke popratne pojave, kognitivno-emocionalne i socijalne obrasce ponašanja.

### 3.1.2. Etiologija

Uzroci mucanja još uvijek nisu u potpunosti razjašnjeni, ali se pretpostavlja da je rezultat kombinacije genetskih i okolinskih faktora. Postoji veliki broj teorija koje se bave etiologijom mucanja, a Yairi i Seery (2015) grupirali su ih u dvije glavne skupine; biološke i psihološke teorije. Prve mucanje promatraju kroz neurofiziološku osnovu te uzorke pronalaze u genetici, strukturalnim i funkcionalnim razlikama u mozgu, razlikama u motoričkoj aktivnosti za vrijeme mucanja, mišićnoj aktivnosti za vrijeme tečnog govora, te u slušnom procesiranju. Psihološke teorije mucanja dijele se na psihobiheviornalne, psiholingvističke i psihoemocionalne. Prve na mucanje gledaju kao naučeno ponašanje kroz klasično i operantno uvjetovanje, odnosno kao stečeni poremećaj pod utjecajem okoline. Psiholingvističke naglašavaju kogniciju u podlozi jezične i govorne proizvodnje, a psihoemocionalne teorije uzroke mucanja pronalaze u psihološkim neprilagođenostima. (Yairi i Seery, 2015).

Shapiro (2011) etiologiju mucanja definira kroz tri skupine faktora; predispozicijske, precipitirajuće i perpetuirajuće. Predispozicijski su oni čimbenici zbog kojih je osoba sklonija mucanju, odnosno u većem riziku od pojave mucanja. Primjer takvog faktora bila bi pozitivna obiteljska anamneza na mucanje. Precipitirajući čimbenici su okidači, odnosno ono što zapravo uzrokuje iznenadnu pojavu mucanja, poput ubrzanog razvoja jezičnih i govornih vještina u predškolskoj dobi. Perpetuirajući faktori doprinose zadržavanju mucanja, a najvažniji među njima su okolina, odnosno negativne reakcije i loši govorni modeli te moć navike koja se stvara uporabom kompenzacijskih tehnika.

### 3.1.3. Incidencija i prevalencija

Mjere incidencije-broj novih osoba koje su počele mucati tijekom određenog razdoblja- i prevalencije-sve osobe koje su mucale tijekom nekog životnog razdoblja- proizlaze iz detaljnih znanstvenih istraživanja koja su pratila obilježja mucanja, način na koji se pojavljivalo, razvijalo i prestajalo (Galić-Jušić, 2021). Ključan trenutak u istraživanjima epidemiologije mucanja bio je pomak proučavanja poremećaja na najraniju dob od 25 do 48 mjeseci, kada se najčešće i javlja (Yairi i Ambrose, 2013).

Yairi i Seery (2015) iznose brojku od 5% za incidenciju mucanja te 1% za prevalenciju, s obzirom na to da će kod određenog postotka ljudi doći do spontanog oporavka. Boyle i sur. (2011) svojim istraživanjem prevalencije mucanja u SAD-u dobili su brojku od čak 1,6%. Rezultat je u skladu s očekivanjima s obzirom na to da se dob ispitanika kretala u rasponu od 3 do 17 godina i u istraživanje nisu uključili odrasle osobe koje mucaju.

Postotak incidencije i prevalencije može varirati pod utjecajem bioloških faktora (dob, spol, genetski faktori), geografskih, rasnih i kulturoloških faktora te u različitim subpopulacijama (osobe s intelektualnim teškoćama, oštećenjem sluha i slično). Osoba s pozitivnom obiteljskom anamnezom ima 3 do 4 puta veću šansu za razvoj mucanja. Jedan od rizičnih faktora je i dob, osobito predškolsko razdoblje između druge i četvrtne godine kada je incidencija posebno visoka, a onda s porastom dobi postepeno opada. U svim dobnim skupinama prisutne su razlike s obzirom na spol; dječaci, odnosno muškarci, mucaju čak tri do četiri puta češće od djevojčica ili žena (Bloodstein i Ratner, 2008). Oporavak je češći kod djevojčica, ali ako se ne dogodi u ranom djetinjstvu, iz zasad još nepoznatog razloga, postoji veća vjerojatnost prerastanja u kronični problem (Galić-Jušić, 2001).

### 3.1.4. Simptomatologija i vrste

Mucanje je poremećaj ritma i tempa govora, a najlakše ga prepoznajemo po produžavanjima ili ponavljanjima glasova, slogova ili riječi, blokadama i ubacivanjima. Prethodno navedeno nazivamo temeljnim, odnosno primarnim simptomima mucanja (Guitar, 2014). Međutim, ponekad veći problem osobama koje mucaju mogu predstavljati popratne pojave, odnosno sekundarni

simptomi. Sekundarna ponašanja reakcija su na primarne simptome koja nastaju kao rezultat unutarnjih konflikta zbog mucanja (Guitar, 2014). Najčešće se manifestiraju kroz bijeg i izbjegavanje. U prvom slučaju osoba koja muca grči čeljust, širi nosnice, trepće ili prekida kontakt očima kako bi lakše prevladala netečnost (Duranović i sur, 2018). Do izbjegavanja dolazi prije mucajućeg trenutka kada osoba, u očekivanju netečnosti, počinje primjenjivati ponašanja koja su se već pokazala učinkovitima, poput izbjegavanja određenih situacija ili zamjena riječi. Jednom kada se usvoje izbjegavajuća ponašanja, teško ih je u potpunosti otkloniti (Guitar, 2014). Popratne pojave mogu se javiti i na nesvjesnoj razini; pod utjecajem autonomnog živčanog sustava pojača se puls, znojenje, crvenilo, napetost mišića usana, jezika i lica, a mogu se razviti i tikovi (Galić-Jušić, 2001). Mucanje je intenzivnije u stresnim i emocionalno zahtjevnim situacijama, poput govorenja pred više ljudi, odgovaranja na pitanja, razgovora preko telefona i slično. Duranović i suradnici (2018) navode učestalije mucanje na početnom glasu u riječi ili u prvoj riječi u rečenici, najčešće kada su u pitanju glasovi p, b, d, t i k. Kao neizostavan dio kliničke slike mucanja, Guitar (2014) navodi negativne stavove i emocije poput srama, straha, frustracije, krivnje i anksioznosti. Iako nisu uvijek vidljivi, emocionalni simptomi imaju neizmjeran utjecaj na kvalitetu života osobe koja muca.

Mucajuća netečnost može se pojaviti u različitoj dobi, različite težine i trajanja i zbog različitih uzroka pa prema tome razlikujemo nekoliko vrsta. U djece niske kronološke dobi ponekad dolazi do normalne netečnosti koja je prolazna faza uslijed naglog jezično-govornog i motoričkog razvoja. Očituje se u oklijevanjima, produžavanjima i ponavljanjima kratkog trajanja, bez sekundarnih ponašanja. Ako netečnosti perzistiraju, radi se o razvojnom mucanju. U kliničkoj slici vidljiv je veći postotak netečnosti, svjesnost o mucanju i sekundarni simptomi, a sve navedeno nastavlja se i nakon automatizacije govora (Guitar, 2014). Iako je mnogo češće kod odraslih osoba, ponekad se i kod djece može razviti neurogeno mucanje kao posljedica oštećenja središnjeg živčanog sustava. Mucanje u odrasloj dobi može biti uzrokovano i psihološkim problemom nakon pretrpljene traume ili izloženosti visokoj razini stresa i anksioznosti. Kod psihogenog mucanja do izražaja dolaze i primarni i sekundarni simptomi, posebno emocionalne komponente koje dodatno otežavaju kliničku sliku (Ward, 2010). Mucanje mogu uzrokovati i određene vrste lijekova, no, za razliku od ostalih vrsta netečnosti, u ovom slučaju uzrok se može otkloniti (Van Borsel, 2014).

## 3.2. SAVJETOVANJE U TERAPIJI MUCANJA

Savjetovanje u komunikacijskim poremećajima može se definirati kao primijenjena društvena znanost i međuljudski odnos koji uključuje pomaganje klijentima i njihovim obiteljima razumjeti i spriječiti mogućnost daljnjeg pogoršanja komunikacijskih teškoća (Flasher i Fogel, 2012). Nadalje, savjetovanje uključuje osnaživanje klijenata da se nose s izazovima poremećaja govora i jezika i prilagode im se (Zebrowski i Schum, 1993).

Često se postavlja pitanje jesu li logopedi prave osobe za savjetovanje ili bi trebali problematiku emocija i kognitivnih promjena prepustiti psiholozima, psihijatrima ili licenciranim terapeutima. Ukoliko se radi o teškim slučajevima nemogućnosti prilagodbe na životne okolnosti, potrebna je pomoć izvan naše domene te je jedino ispravno osobu uputiti drugoj struci. Međutim, velika većina ljudi koji dolaze kod nas doživljavaju normalnu reakciju na komunikacijski poremećaj (Luterman, 2001). Odnosno, kao što Luterman (2017) navodi, takvi ljudi općenito proživljavaju normalne emocije stresa i tjeskobe kada su suočeni s problemom. Da bi osobi pružili sveobuhvatnu terapiju, u tim situacijama logoped uz redovni terapijski plan i tehnike uvodi i novi važan element, savjetovanje.

### 3.2.1. Terapijski savez

Terapijski savez izraz je za suradnju i odnos između savjetnika i klijenta koji se temelji na povjerenju, podršci i osjećaju sigurnosti. Uspješnost savjetovanja ovisi o kompetencijama terapeuta i terapijskom savezu, čak i više od bilo koje primijenjene tehnike (Wampold, 2001). Veća je vjerojatnost da će se klijenti u potpunosti uključiti u terapiju, podijeliti svoje misli i emocije i zajednički raditi na ciljevima kada osjete povezanost s terapeutom, stoga je važno kontinuirano njegovati i održavati ovaj savez tijekom cijelog terapijskog procesa. Uporište tim tvrdnjama možemo pronaći već u literaturi iz sredine prošlog stoljeća kada Backus (1957) navodi da je suština odnosa između klijenta i kliničara bitnija od tehnika ili materijala. Njegove teorije potvrđuje i Goleman (1985) koji je pregledom raznih istraživanja došao do istog zaključka, odnosno da je najbolji prediktor uspjeha u terapijskom procesu kvaliteta odnosa između klijenta i kliničara.

Kako bi bio učinkovit terapeut, kliničar mora imati dobru akademsku pozadinu, ali isto tako mora znati i ograničenja svoje profesije te nedostatke određenih strategija. Važno je biti svjestan vlastitih jačih i slabijih strana kao i klijentovih (Egan, 2007). Ponekad ćemo možda donijeti pogrešne

odluke na temelju krivih ili nepotpunih informacija, a nekad će nam objektivnost narušiti emocije koje su neizbježne u našem radu. Jedini način kako postići gore navedeno i moći kritički pristupiti određenoj vrsti terapije je stjecanjem iskustva (Manning, 2010).

Osobine kliničara imaju primarni utjecaj na prirodu terapijskog odnosa. Egan (1990) sugerira da nije niti realno niti nužno za učinkovitog kliničara da bude potpuno samoostvarena osoba, a Luteran (2001) navodi da kompetentan savjetnik treba biti brižna osoba koja ne nameće uvjerenja drugima i ima razvijenu samosvjesnost i samokritičnost. Van Riper (1975) kao najznačajnije osobine kliničara navodi empatiju, odnosno razumijevanje osjećaja i ponašanja osobe koja muca; toplinu u tonu glasa i neverbalnom ponašanju te iskrenost na kojoj se gradi povjerenje.

Egan (1990) također ističe da kliničari prije početka rada trebaju preispitati vlastita uvjerenja, vrijednosti, vještine, snage, slabosti i način rada. Kako bi započeli proces introspekcije, predlaže savjetnicima da sami sebi postave sljedeća pitanja:

- Zašto želite biti terapeut?
- S kojim se emocijama osjećate ugodno?
- Koje vam emocije – u vama ili drugima – stvaraju probleme?
- Koja su vaša očekivanja od klijenata?
- Kako ćete se nositi s osjećajima svojih klijenata prema vama?
- Kako ćete se nositi sa svojim osjećajima prema klijentima?
- Koliko ste prilagodljivi, blagi u pristupu te spremni prihvaćati različitosti klijenata?

Važna kvaliteta dobrog kliničara je kontinuirani razvoj stručnosti. Kompetencija je više od teorijskog znanja o modelima, strategijama i tehnikama, ona je sposobnost prenošenja naučenog ljudima kojima pokušavamo pomoći. Biti kompetentan ne znači imati rješenja za sve probleme s kojima nam klijenti dolaze. Luteran (2001) naglašava važnost prihvaćanja naših ograničenja i prepoznavanja da posebno teški slučajevi ponekad znače i neuspjeh koji može poljuljati naše samopouzdanje i vjeru u sebe kao stručnjaka. Učinkoviti savjetnici, kliničari i ljudi općenito trebali bi riskirati i povremeno griješiti, inače neće napredovati. Prolazak kroz ta iskustva daje nam priliku



da prepoznamo i prihvatimo neprivlačnu stranu sebe, naših klijenata i svijeta te da iz njih učimo i rastemo kao ljudi i kao stručnjaci (Egan, 1990).

Terapijski proces temelji se na nekoliko ključnih pretpostavki koje su prvi iznijeli Farrelly i Brandsma (1974):

- Ljudi se mogu promijeniti ako tako odluče.
- Klijenti imaju više sposobnosti i mogućnosti za rješavanje životnih problema nego što kliničari pretpostavljaju.
- Okolina i sami klijenti precjenjuju vlastitu psihološku krhkost.
- Neprilagođeni stavovi i ponašanja klijenata mogu se značajno promijeniti, bez obzira koliko teški ili kronični bili.
- Primjeren izazov može potaknuti na odluku o promjeni.

### 3.2.2. Kako provoditi savjetovanje

Provedba savjetovanja ovisi o ljudima koji su uključeni u proces, osobinama klijenta te o prirodi problema koji ga je doveo na savjetovanje. Kako bi kliničar mogao donijeti ispravne i razumne kliničke odluke, mora saznati koliko je klijent motiviran te razumjeti njegovu priču i situaciju kako bi razvio određenu razinu empatije za tu osobu. Važno je dobiti osjećaj do koje razine može poticati klijenta te koliko daleko može pomicati granice bez da se postigne suprotni učinak. S obzirom na to da je svaka osoba drugačija i zahtijeva poseban pristup, teško je ponuditi propisani/ univerzalni slijed aktivnosti kako provoditi savjetovanje (Manning, 2010).

Cilj profesionalnog savjetovanja nalazi se negdje na kontinuumu između sugeriranja ljudima što da rade i prepuštanja ih samima sebi. Idealan ishod bio bi pomoći ljudima da donesu vlastite odluke i postupe u skladu s njima (Egan, 2007). Karakteristika profesionalnog savjetovanja je ta da je primarni fokus na osobi, a sekundarni fokus na problemima. Često ne postoji jasan ili specifičan način postizanja cilja terapije. Potrebno je iskustvo i znanje kliničara da pomogne klijentu riješiti se osjećaja bespomoćnosti i pronađe bolje načine nošenja sa situacijom (Ivey, 1983). Ključna uloga savjetnika u terapijskom procesu je pružanje sigurnog okruženja, uvida u srž problema te empatije koji su potrebni klijentu za istraživanje novih mogućnosti i preuzimanje rizika.

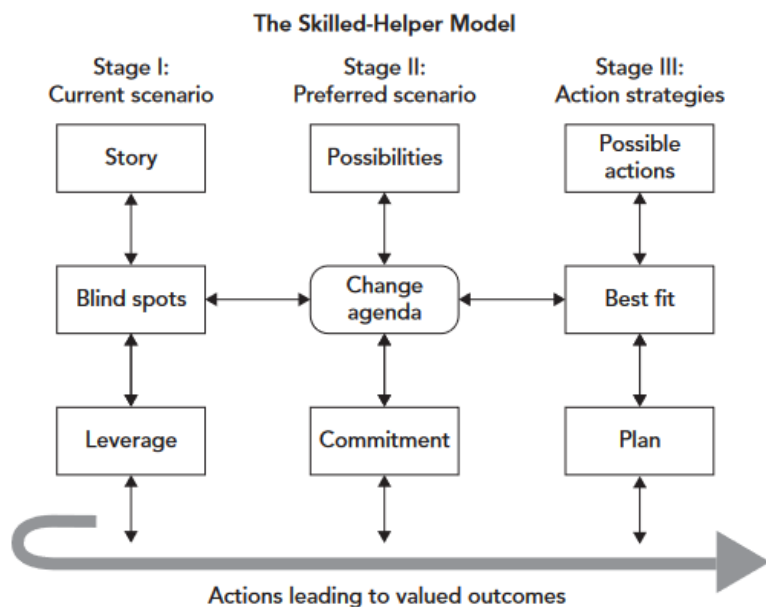
### 3.2.3. Three-Stage Skilled-Helper Model

Model u tri faze interaktivni je pristup koji je Egan (1998) osmislio kako bi pomogao ljudima razjasniti njihov(e) problem(e) i sustavno odabrati plan djelovanja prikladan za pojedinačne situacije. Cilj mu nije popravljavanje ili rješavanje problema, već pomoć ljudima u nošenju s teškim situacijama i preuzimanju kontrole na putu do ostvarenja cilja. Egan predlaže dva primarna cilja savjetovanja, a to su pomoći osobi živjeti učinkovitije i iskoristiti sve pružene mogućnosti te pomoći klijentima da postanu bolji u pomaganju sami sebi u svakodnevnom životu.

Prva faza osmišljena je tako da pomogne kliničaru i klijentu razumjeti trenutno stanje na način da klijent detaljno ispriča svoju priču kako bi i kliničar, a i sam klijent mogli u potpunosti razumjeti kako trenutno stvari stoje. Sljedeći korak je identifikacija „slijepe točke“ koja sprječava jasnije i objektivnije sagledavanje problema i neiskorištenih prilika. Na kraju prve faze, klijentu se pomaže izdvojiti bihevioralne i kognitivne odlike povezane s problemom koje imaju veliki utjecaj na trenutnu situaciju (Manning, 2010.).

U drugoj fazi otkriva se što klijent želi i treba za bolji život te kako zamišlja savršeni ishod terapije. Kada se identificira zamišljena budućnost, kliničar pomaže klijentu osmisliti plan, odnosno odrediti realne i izazovne ciljeve na putu do ostvarivanja glavnog cilja. Pritom ga se potiče na hrabrost i upornost u potrebnim naporima, a klijent mora odlučiti jesu li odabrani ishodi vrijedni truda koji će biti potreban za njihovo postizanje (Manning, 2010.).

Treća faza usmjerena je na razvijanje strategija djelovanja i aktivnosti koje će klijent morati provoditi kako bi ostvario cilj. Prvo kliničar i klijent zajedno promišljaju o mogućim načinima postizanja onoga što klijent želi, a zatim mu kliničar pomaže odabrati najbolji plan s obzirom na mogućnosti, okolnosti i osobine. Važno je uzeti u obzir da su, generalno gledajući, jednostavniji planovi obično bolji jer su lakše izvedivi. Naposljetku, kliničar pomaže klijentu u stvaranju specifičnog plana za postizanje ciljeva te mu pruža vodstvo u kreiranju malih koraka i razvijanju discipline, podršku kada se osjeća preopterećeno i pomoć u suočavanju s neočekivanim problemima (Manning, 2010.).



Slika 1

Dvosmjerne strelice prikazane na slici pokazuju da, iako ukupni smjer promjene općenito kreće od faze I do faze III, postoji mogućnost povratka na prethodnu fazu. To jest, ponekad će djelovanje prethoditi razumijevanju, a strategije će možda trebati doraditi kako bi se dogodile promjene. Klijenti moraju sami odlučiti djelovati kako bi promijenili svoju situaciju. Akcijska strelica također predstavlja prijelaz iz trenutnog stanja u željeni. Ovaj prijelaz sa sobom može donijeti određeni stupanj nelagode i tjeskobe, jer se klijenti počinju odmicati od poznatog, ali često disfunkcionalnog ponašanja i načina promatranja sebe i svog svijeta (Egan, 2007).

Osnovne stavke Eganovog modela dijele mnogo toga sa specifičnostima terapije mucanja. Bez obzira na kliničarev odabrani terapijski pristup za dijete, adolescenta ili odraslu osobu, on mora razumjeti cijelu priču. Iz toga razloga terapiju želimo započeti razumijevanjem klijentove povijesti mucanja, njihove svijesti o vlastitom ponašanju i dotadašnjem komunikacijskom uspjehu ili neuspjehu. Bitno je otkriti motivaciju za traženje naše pomoći, zašto su zatražili pomoć u tom trenutku te predanost procesu promjene. Želimo otkriti sve moguće zapreke, ali i potencijale koji možemo iskoristiti za ostvarivanje zadanog cilja (Manning, 2010).

Kliničari koji rade s osobama koje mučaju možda neće na početku uzeti u obzir probleme koji se mogu pojaviti u drugoj fazi. S terapijom krećemo s pretpostavkom da naši klijenti imaju unaprijed zamišljen ishod, odnosno da žele postati tečni. Osobama koje mučaju ponekad je teško vidjeti širu

sliku svojih teškoća i kako njihovi stavovi i odnos prema mucanju utječu na ostale aspekte života. Često rade podjelu na sebe i sve ostale tečne govornike u svojoj okolini, premda odrasle osobe koje mucaju ne moraju postići najvišu razinu spontane tečnosti kako bi ostvarili uspješnu komunikaciju (Manning, 2010). Za dugoročnu tečnost, potrebne su brojne kognitivne prilagodbe. Svaka će osoba izabrati različit program i tempo uvođenja promjena, kao i kratkoročne i dugoročne ciljeve, a na kliničarima je da procijene mogućnosti klijenta za primjenu aktivnosti treće faze.

Postoji mnoštvo terapijskih programa tijekom kojih se provodi niz različitih tehnika i aktivnosti koje su se pokazale izrazito korisnima. Međutim, još je korisnije u svakom terapijskom savezu zajedno promišljati o novim načinima i modifikacijama već poznatog kako bi se osmislio terapijski plan posebno prilagođen svakoj osobi individualno. Na samom početku većina klijenata očekuje da im kliničar kaže što da rade. No, kako terapija odmiče, potiče ih se na preuzimanje veće uloge u odlučivanju o smjeru i tempu aktivnosti, dok kliničar nastavlja pružati stručno vodstvo i podršku (Manning, 2010).

### 3.3. TEORIJE SAVJETOVANJA

Na početku terapije kliničari procjenjuju koji je pristup najkorisniji za postizanje cilja kod svakog klijenta individualno. Dobar kliničar s određenim iskustvom i stručnošću neće se ograničiti na samo jedan pristup djelovanja, nego će ponekad procijeniti veću korist od kombiniranja različitih ideja iz više teorijskih podloga. Ne postoji jedinstvena idealna strategija niti eksperimentalni dokazi najveće uspješnosti bilo koje od strategija savjetovanja (Wampold, 2001). Kliničarima koji nisu posve sigurni koju strategiju primijeniti, Webster (1966) preporučuje manje izravan pristup jer su tako manje šanse da se klijentu nanese bilo kakva šteta. Suprotno tom pogledu, Luterman (2001) smatra da potpuno nedirektan pristup nije i najsigurniji jer može izazvati ljutnju klijenta ako krši očekivanja koja ima od kliničara. U zamjenu predlaže kognitivni pristup koji klijente potiče na promjenu vlastitog viđenja situacije.

U nastavku slijedi kratki prikaz četiri opća pristupa savjetovanju: bihevioralni, humanistički, egzistencijalni i kognitivni.

#### 3.3.1. Bihevioralno savjetovanje

Bihevioralni pristup vodi se idejom da pojedinac ima malo ili nimalo izbora i da je njegovo cjelokupno ponašanje rezultat djelovanja okoline (Skinner, 1953). Terapija se provodi kroz niz koraka kojima se ponašanja pozitivno ili negativno potkrepljuju (ili kažnjavaju) prema točno određenom rasporedu, tako da osoba, svjesno ili nesvjesno, poveže potkrepljenje s određenim ponašanjem. Ono mora biti ili poželjno ili dovoljno odbojno da potakne promjenu ponašanja (Luterman, 2017). Mnoga su istraživanja pokazala uspješnost takvog pristupa u postizanju dugoročnih rezultata (Onslow, Packman i Harrison, 2003). Shames i Florance još davne 1982. godine prepoznali su bihevioralni pristup kao uspješan način oblikovanja tečnosti kod mladih koji mucaju, a zbog jednostavnosti učenja primjene i strukture koja pomaže ublažiti terapeutsku tjeskobu, tehnike modificiranja ponašanja i danas se koriste u logopediji. Perkins (1977) smatra da je u osnovi većine metoda za ispravljanje govornih teškoća ista teorijska podloga, budući da je govorna terapija jednako bihevioralna kao i modifikacija devijantnog ponašanja.

Kliničar započinje sa zadacima koje njegov klijent može uspješno odraditi i pažljivo bira potkrepljenja koja će uvesti u precizno određenom trenutku. Novi zadaci ne uvode se dok nije

moguće njihovo uspješno izvođenje, a na prvi znak neuspjeha vraća se korak unazad, odnosno na razinu uspješnosti (Perkins, 1977). Jedno od otvorenih pitanja koje biheviorna terapija nije odgovorila je prijenos naučenog iz kliničkog u svakodnevno okruženje. Pretpostavka bihevizma je da bi negativna potkrepljenja iz okoline poticala devijantno ponašanje te da se taj problem ne može riješiti radom isključivo s klijentom. Ostaje za vidjeti može li dijete, primjerice, dobar govor vidjeti kao nešto vrijedno samo po sebi ili kao zamoran preduvjet za dobivanje nagrade. Ako je potonje, mala je vjerojatnost prenošenja izvan terapijske sobe. Također je jasno da ljudi imaju izbore o svom ponašanju, što je ideja kojoj se bihevizisti opiru. Upravo ta svijest o tome što se događa i spremnost da se preuzme odgovornost za ponašanje omogućuje kontrolu nad okolinskim pojačivačima (Luterman, 2001).

### 3.3.2. Humanističko savjetovanje

U osnovi humanističkog pristupa savjetovanju koji su razvili Carl Rogers (1951) i Abraham Maslow (1968) koncept je urođenog nagona prema samoostvarenju, a uloga kliničara je pomoći osobi u uklanjanju potencijalnih prepreka. Najveći naglasak je na kvalitetnom terapijskom savezu kao sredstvu za poticanje rasta klijenta, dok su dijagnostički postupak i testiranja u drugom planu (Rogers, 1951). Tri su preduvjeta nužna za promjenu unutar terapijskog okruženja; kliničarevo bezuvjetno poštovanje i prihvaćanje kako bi se klijent osjećao slobodnim izraziti što god želi bez straha od osuđivanja; empatično, odnosno reflektivno slušanje; kompatibilnost kliničara i klijenta (Rogers, 1951).

Rogersovu teoriju potvrđuju Backus i Beasley (1951) koji također smatraju da se logopedska terapija sve manje oslanja na sredstva, a sve više na ljudske odnose. Cooper (1966) uz prethodno navodi i da je za osobe koje mučaju napredak bio povezan s interpersonalnom razmjenom između klijenta i kliničara.

Problem s humanističkim pristupom javlja se u primjeni na područje komunikacijskih poremećaja. Koncepti podudarnih karaktera i samoostvarenja nejasno su razrađeni i prilično subjektivni te nisu lako mjerljivi. Velika odgovornost stavlja se na klijenta koji ravnopravno s kliničarem planira tijek terapije. Humanistički pristup je vrlo težak, posebno za mladog terapeuta bez dovoljno iskustva i samopouzdanja za nestrukturiranu spontanu razmjenu s klijentom (Luterman, 2017)

### 3.3.3. Egzistencijalističko savjetovanje

Egzistencijalisti smatraju se da su mnogi problemi rezultat tjeskobe zbog osnova ljudskog postojanja; slobode izbora, samoće, besmislenosti i neizbježne smrti. Egzistencijalna psihoterapija dinamična je terapija koja predstavlja anksioznost kao pokretačku snagu kada se osoba suoči s činjenicama postojanja, a neurotično ponašanje proizlazi iz izbjegavanja suočavanja sa strahovima (Luterman, 2017). U egzistencijalnoj teoriji razumijevanje klijentove prošlosti ili ponašanja nema kliničke vrijednosti. Zanemarivanje povijesti ponašanja u suprotnosti je s tradicionalnom psihoterapijom koja se na tome temelji i nastoji pomoći pacijentima da steknu uvid u svoju prošlost kako bi razumjeli svoje sadašnje ponašanje. Egzistencijalizam zastupa „ovdje i sada“ terapiju koja se fokusira na sadašnjost i trenutno ponašanje klijenta kao odraz nekog sukoba s jednim od egzistencijalnih pitanja. Izbjegavanje egzistencijalnih problema smatra se uzrokom tjeskobe koja u konačnici dovodi pojedince u interpersonalne konflikte (Luterman, 2017). Ideje egzistencijalizma imaju vrlo široku primjenu u našem području. Spillers (2007) je otkrio da i model tugovanja i egzistencijalni model pružaju dobar uvid u klijentove probleme i da bavljenje tim problemima može poboljšati dugoročne rezultate liječenja. Ljudi su motivirani za naporan rad kada znaju da imaju ograničeno vrijeme s kliničarem. Shlien, Mosak i Dreikors (1962) otkrili su da su pacijenti unutar vremenski ograničenog programa savjetovanja postigli veći napredak nego pacijenti unutar programa savjetovanja bez nametnutih vremenskih ograničenja jer svijest o vremenskom ograničenju rezultira povećanjem aktivnosti i rizika. Pitanje slobode/odgovornosti ključno je za svaki terapijski napredak i za bilo kakvo prenošenje ponašanja u svakodnevni život klijenta.

Hornyak (1980) je prvi ukazao na probleme koji nastaju u logopedskim pokušajima „spašavanja“ klijenata; oduzimaju im autonomiju i ostavljaju osjećaj bespomoćnosti, ograničavaju rast i sprječavaju klijente da preuzmu odgovornost za vlastito ponašanje. Moraju shvatiti da promjena dolazi iznutra, a ne iz vanjskih izvora. Kada klijenti prepoznaju i iskuse vlastite moći i odgovornosti, mogu promijeniti specifično govorno ponašanje i održavati promjene izvan terapijskog odnosa.

### 3.3.4. Kognitivno savjetovanje

Iz kognitivističke perspektive savjetovanja mnogi ljudski problemi zapravo su odraz načina na koji razmišljamo o problemu. Kliničar pomaže klijentima prepoznati specifične pogrešne predodžbe i nerealna očekivanja koja su u pozadini njihove situacije i ponašanja. Ovaj proces može biti vrlo konfrontirajući, jer kliničar izaziva klijente da preispitaju iracionalne i netočne pretpostavke koje se odražavaju u njihovom jeziku i postupcima (Manning, 2010). Kognitivni pristup često se kroz povijest spominjao u području poremećaja tečnosti. Brojni autori zagovaraju korištenje nekog oblika kognitivnog restrukturiranja kao primarnog ili dopunskog pristupa liječenju, osobito za adolescente i odrasle (Emerick, 1988). Budući da govornici često pokazuju svoje kognitivne karakteristike kroz jezik koji koriste, važno je pažljivo slušati i uzeti u obzir ono što nam klijenti govore, svjesno ili nesvjesno.

Luterman (2001) piše da logopedi nesvjesno koriste ovaj pristup savjetovanju jer često pokušavamo uvjeriti naše klijente kako bi "trebali" razmišljati i ponašati se. Problem je u tome što rigidan kognitivni pristup podrazumijeva uvjeravanje klijenta da prihvati ono za što kliničar vjeruje da je utemeljen odgovor na problem. Kao što je ranije opisano, pristup koji naglašava percepciju i autoritet kliničara obično rezultira klijentovom ovisnošću o terapeutu. Luterman (2001) također upozorava da neke kognitivne terapije sprječavaju izražavanje stvarnih i prirodnih emocija koje prate komunikacijske probleme. Emocije su važna komponenta problema i važan aspekt procesa terapijske promjene.

Kognitivnu terapiju najbolje je opisati kao internalno usmjerenu i orijentiranu na probleme koja naglašava mijenjanje nerealnih negativnih misli i uvjerenja (Corey, 2013). Uvjerenja klijenata da se vlastita vrijednost mjeri pogreškama i slabostima, a ne uspjesima, smatraju se glavnim uzrokom disfunkcije i od posebne su važnosti za kliničare.

Temeljni koncept kognitivne terapije je da je emocionalni poremećaj u osnovi poremećaj mišljenja. Kognitivni terapeut pomaže klijentima identificirati specifične pogrešne predodžbe i nerealna očekivanja u razmišljanju koji su u pozadini njihovog ponašanja, a zatim zahtijeva od klijenata da testiraju valjanost svojih pretpostavki u odnosu na stvarnost. To je konfrontacijski pristup u smislu da je klijent uvijek izazvan da ispita temeljne iracionalne pretpostavke koje se odražavaju u njegovom ili njezinom jeziku i ponašanju. Kognitivni terapeut se ne bavi prošlošću osobe, već



samo značenjem koje klijent pripisuje događaju. Nije izravno zainteresiran ni za emocije. Temeljna pretpostavka je da "ono što mislite tako se i osjećate", a ako se vaše razmišljanje ispravi, ispravit će se i vaši osjećaji (Luterman, 2017).

Kognitivna terapija često se koristi u logopedskom radu, posebice s poremećajima tečnosti. Maxwell (1982) je izvijestio da je većina njegovih klijenata pokazala značajno smanjenje ozbiljnosti mucanja i stresa povezanog s govorom pod terapijskim režimom koji je koristio različite strategije samokontrole.

### 3.4. TEHNIKE SAVJETOVANJA

Tehnika savjetovanja ne bi trebala biti vezana za određenu filozofiju, a profesionalac koji provodi savjetovanje ne bi trebao birati terapijske tehnike zbog poistovjećivanja s određenom filozofijom, već zbog dokaza temeljenih na kliničkom iskustvu koji pokazuju da je to ispravan način da se klijentu najviše pomogne. Arbuckle (1970) je napisao da je, dugoročno gledano, učinkovit savjetnik onaj koji je kroz vlastito eksperimentiranje razradio tehnike kojima se može najučinkovitije koristiti u savjetovanju. Otvoren je za isprobavanje različitih načina koji će bolje funkcionirati s određenim klijentom i svjestan je da su njegova vlastita ograničenja takva da ne može svaka tehnika biti za sve ljude.

#### 3.4.1. Uspostavljanje kontrole vrstom odgovora

Prije donošenja kliničke odluke kako pristupiti terapiji, moramo znati klijentovo „stanje uma“ odnosno što ga najviše muči. Nedirektivan pristup ili pristup usmjeren na osobu pruža savjetniku mogućnost kontrole, a način na koji odabere odgovoriti u velikoj će mjeri odrediti budući tijek interakcije s klijentom. Kliničar treba odabrati koji bi tip odgovora bio najprimjereniji u komunikaciji s određenim klijentom, što zahtijeva pažljivo slušanje. Nijedna pojedinačna vrsta odgovora nije nužno najbolja i svaki je odgovor prikladan u određenom kontekstu ako pomiče interakciju na višu razinu (Luterman, 2017). Vrijeme odgovora je ključno, kao i mnoge značajke neverbalnog odgovora; ton glasa, izraz lica i govor tijela. Postoji šest mogućih odgovora za koje se čini da su klinički najprihvatljiviji: Odgovor sadržajem, odgovor protupitanjem, afektivni odgovor, odgovor preoblikovanjem, odgovor osobnim dijeljenjem, afirmacijski/potvrđni odgovor.

##### **Odgovor sadržajem**(*Content response*)

Odgovor sadržajem najčešće je korišten oblik jer održava odnos na očekivanoj i prilično predvidljivoj razini. U početnim fazama odnosa, stručnjak pruža sadržaj za uspostavljanje vjerodostojnosti; u kasnijim fazama, sadržaj je neophodan kako bi pomogao klijentu donijeti odgovarajuće odluke. Općenito, odnosi temeljeni na sadržaju kratkotrajni su. Na terapeutu je odgovornost biti u tijeku s informacijama i odvojiti činjenice od vlastitog mišljenja, što nije uvijek

lagan zadatak. Sadržaj ima ogromnu vrijednost kada se koristi na odgovarajući način, ali sadržaj se ne može uvijek procesuirati ispravno kada su emocije jake (Luterman, 2017)

### **Odgovor protupitanjem** (*Counterquestion response*)

Ljudi rijetko žele čuti savjet, čak i kada se čini da ga traže izravnim postavljanjem pitanja. Na taj način najčešće traže potvrdu nekog stava ili odluke koju su već donijeli. Umjesto da otkriju tu odluku, postavljaju pitanje u nadi da će je druga osoba potvrditi. Protupitanje je često najprimjereniji i najlakši odgovor koji se može dati na takvo pitanje. Upravo ono prisiljava osobu da otkrije svoj stav. Pitanje je niskorizični doprinos interakciji. Osoba koja postavlja pitanje ne mora otkriti osobna razmišljanja ili stavove, umjesto toga traži drugu osobu da nešto otkrije. Najbolji pokazatelj razine povjerenja u odnosu profesionalac – klijent je količina pitanja i odgovora u interakciji. U početnim fazama, kada povjerenje još nije potpuno razvijeno, obično postoji jako puno pitanja. Kako se odnos razvija i raste, klijent postaje spremniji ponuditi izjave i zapažanja koja uključuju veći rizik, a protupitanje postaje koristan način za podizanje odnosa na višu razinu (Luterman, 2017)

### **Afektivni odgovor** (*Affect response*)

Pažljivim slušanjem, pokušavajući vidjeti svijet iz klijentove perspektive te uvažavanjem njegovih osjećaja, kliničar pomaže u stvaranju dobrog odnosa. Prikladan odgovor značajno povećava razinu bliskosti u odnosu jer se klijent osjeća saslušan. Čak i netočan odgovor nije štetan jer tjera ljude da dodatno razjasne svoje osjećaje. Rogers (1951) je to nazvao "empatičnim slušanjem", što se na prvi pogled činilo tehnikom koju je lako naučiti. Reagiranje na razini afekta obično je korisnije u početnim susretima jer omogućuje izbacivanje prikrivenih emocija i ublažavanje nekih sekundarnih osjećaja koji prate dobivanje dijagnoze (Luterman, 2017).

### **Odgovor preoblikovanjem** (*Reframing response*)

Vrijeme preoblikovanja mora biti precizno i ne smije se koristiti prečesto. Tehnika je naročito učinkovita u poticanju osobe na pozitivnije razmišljanje. Dobro izvedeno preoblikovanje trebalo bi natjerati osobu na preispitivanje vlastitih izjava. Kada se usredotočimo na prednosti klijenta, problem kao da počinje nestajati puno brže nego kada naglašavamo nedostatke. Preoblikovanje kao tehnika u savjetovanju, ali i općenito u životu iznimno je moćan alat, ali samo ako se provede

u ključnom trenutku. Neodgovarajući ili loše preoblikovani odgovor u lošem trenutku može se smatrati uvredljivim. Krajnji cilj savjetovanja je pomoći klijentima da preoblikuju svoje životne situacije u nešto pozitivno, a kada to odrade sami, posao savjetnika je gotov (Luterman, 2017).

### **Odgovor osobnim dijeljenjem** (*Self-sharing response*)

Prema standardnoj kliničkoj praksi, kliničari bi svoje osobne živote i probleme trebali skrivati od klijenata. Međutim, ponekad može biti korisno s njima podijeliti vlastite sumnje i nesigurnosti. Ako se čini da uvijek imamo sve pod kontrolom, osobama koje savjetujemo to može izazvati osjećaj nesposobnosti. Osobno dijeljenje također znači i dijeljenje osjećaja vezanih uz određenog klijenta i terapiju. Ovo je prilika za rješavanje potencijalnih problema u odnosu. Rijetko koji profesionalac bi si dozvolio izravno se naljutiti na klijente. Češće izbacuju frustracije s kolegama i obitelji ili potiskuju ljutnju koja onda negativno utječe na terapijski savez. Većina kliničara, posebno početnika, ima strah od plakanja s klijentom kada se otvori bolna tema. No, plakanje se može promatrati kao osobno dijeljenje koje posljedično zbližava klijenta i kliničara. Tim činom, kliničar pokazuje brižnost i suosjećanje, što može samo produbiti odnos. Za klijenta je korisno vidjeti terapeuta kao normalnu osobu koja ima vlastite brige, strahove i život izvan klinike. Vrijeme korištenja ovog odgovora posebno je važno. Ako se to učini prerano, stručnjak će izgubiti vjerodostojnost u trenutku kada je njezino uspostavljanje ključno za odnos. Odgovori osobnim dijeljenjem obično bi se trebali koristiti tek u kasnijim fazama terapije kada se uspostavi povjerenje i s klijentima koji imaju relativno visok stupanj samopoštovanja (Luterman, 2017)

### **Potvrdni odgovori** (*Affirmation response*)

Često u terapiji klijent u kliničaru traži samo osobu s kojom će moći normalno razgovarati i izraziti osjećaje bez osuđivanja. Potvrdni odgovori mogu biti izjava kao što je "to mora biti jako teško", što je empatični odgovor, ili "u redu je". Kad ste u nedoumici, najbolje je samo potvrditi. Odgovor "aha" s odgovarajućim neverbalnim ponašanjem može biti od velike pomoći klijentu za oslobađanje osjećaja, a također služi kao potvrda da je kliničar čuo klijenta i poziva ga da nastavi. Ponekad su najprikladnije primjedbe one koje se niti ne iznesu (Luterman, 2017)

### **Kako odabrati prikladan odgovor**

Kliničar bira između više različitih vrsta odgovora, a onaj koji odabere može odrediti smjer odnosa s klijentom. Pomicanje odnosa u pozitivnom smjeru smatra se potvrdom ispravnog odabira. Ako se odluka pokaže pogrešnom, može se ispraviti jer se važne stvari u terapiji stalno ponavljaju (Luterman, 2017). Bitno je naglasiti da su neverbalni elementi u interakcijama iznimno važni, ponekad i više od onoga što je stvarno rečeno. Nema točnih ili krivih odgovora, ali različiti će odgovori pokrenuti kliničku interakciju u različitim smjerovima, a kontekst je taj koji će odrediti vrijednost odgovora. Kliničari neprestano rade izbore, čak i ako ih u tom trenutku nisu svjesni. Umijeće savjetovanja je u čitanju konteksta i odabiru najboljeg odgovora. Ova se vještina ne može naučiti, već se stječe iskustvom (Luterman, 2017).

#### **3.4.2. Lokus kontrole i savjetovanje**

Središnji dio svih tehnika savjetovanja je pojam lokusa kontrole. Rotter (1966) je razvio ljestvicu koja mjeri ima li pojedinac unutarnji ili vanjski lokus kontrole. Prema njoj, ljudi s unutarnjim lokusom kontrole osjećaju postojanje osobne moći i sposobnosti kontroliranja vlastite sudbine, dok ljudi s vanjskim lokusom kontrole osjećaju da ih kontroliraju drugi. Potonji vjeruju da im se stvari događaju kao rezultat sreće, sudbine ili intervencija više sile, a suprotno tome internisti (ljudi s unutarnjim lokusom kontrole) vjeruju da svatko kroji svoj život. Lokus kontrole zamišljen je kao kontinuum u kojem se većina ljudi nalazi između krajnosti potpune kontrole i potpune nemoći. Tehnika profesionalnog savjetovanja trebala bi težiti postepenom prepuštanju kontrole klijentu tako da se u konačnici osjeća odgovornim i kao da dio moći leži u njegovim rukama. Savjetovanje treba osnažiti klijente pomicanjem lokusa kontrole prema unutra (Luterman, 2001). Tehnike bihevioralnog savjetovanja, ako se koriste neprikladno, mogu potaknuti klijenta na vanjski lokus kontrole, zbog svojih uvjetovanih odgovora koje kontroliraju drugi. Oprezan bihevioralni savjetnik uči klijenta identificirati potkrepljivače u okolini, a zatim ga podučava tehnikama protuuvjetovanja. U humanističkom savjetovanju kontrolu uvijek imaju klijenti, stoga im je u takvom okruženju lakše razviti unutarnji lokus jer su od početka terapije preuzeli odgovornost za vlastiti napredak. U egzistencijalnoj terapiji lokus kontrole poklapa se s konceptom odgovornosti/slobode (Luterman, 2001).

Lokus kontrole ponašanja proučavao se i kod osoba koje mučaju. Craig, Franklin i Andrews (1985) koristili su posebno konstruiranu skalu na 17 osoba i otkrili su da su klijenti koji su se pomaknuli prema unutrašnjem lokusu kontrole pokazali veću vjerojatnost održavanja napretka tijekom vremena. Madison, Budd i Itzkowitz (1986) otkrili su da su djeca koja su mucala i koja su pokazala veću internost također postigla veće poboljšanje nakon tretmana od one djece s relativno vanjskim lokusom kontrole. Činjenica da populacija osoba s nekim oblikom teškoće pretežno ima vanjski lokus kontrole ne začuđuje kada se uzme u obzir kako stručnjaci i obitelji pristupaju interakciji s njima. Nije neuobičajeno vidjeti profesionalce koji neprestano “spašavaju” klijente jer ih ne žele izložiti dodatnom neuspjehu ili boli. Čineći to, međutim, kliničar promiče vanjski lokus kontrole zbog kojeg se klijent osjeća kao da su drugi moćniji i sposobniji od njih. Stav koji moramo prenijeti klijentima je da su sposobni i da imaju kontrolu nad mnogim aspektima svog života. Kliničke tehnike koje se koriste općenito bi trebale biti neočigledne i klijentima i promatračima. Mnogo puta možemo biti od velike pomoći ako ne radimo ništa osim što smo prisutni, slušamo i pustimo klijentima da sami riješe aktualne probleme. Ponekad kliničar stvara vakuum koji klijent mora popuniti, tjerajući ga na djelovanje i preuzimanje odgovornosti za svoje postupke. Pitati djecu s kojim bi se igračkama željeli igrati ili prilikom dovršetka dijagnostike pitati klijente što žele znati o terapiji omogućuje im određenu kontrolu i odgovornost (Luterman, 2017).

### 3.4.3. Promjena jezika

Promjena jezika kognitivna je tehnika utemeljena na racionalno-emotivnoj terapiji koju je razvio Ellis (1977). Jezik kojim naši klijenti opisuju sebe i svoje iskustvo pokazuje nam njihovu verziju stvarnosti na koju utječu mnogi iskustveni čimbenici kao što su kultura, spol, dob, a posebno odnosi s drugim ljudima. Iako se neke riječi koje koriste klijent i kliničar mogu činiti nevažnima, one često čine razliku (Manning, 2010). Zadatak terapeuta je pomoći klijentima prepoznati vlastite izbore. Uvijek moramo ispitati jezik klijenta kako bismo vidjeli gdje se pojavljuje izbjegavanje odgovornosti. Izbjegavanje se često događa kada klijenti koriste zamjenicu "mi" umjesto "ja." Jedan pokazatelj pomaka u lokusu kontrole je spontana upotreba zamjenice "ja", koja odražava prihvaćanje odgovornosti za neko ponašanje. Kada klijenti naprave taj pomak, znamo da smo na putu prema uspješnom ishodu savjetovanja. Jezične promjene potrebno je napraviti oprezno i

postepeno, a kao i kod mnogih tehnika savjetovanja, vrijeme je ključno. Profesionalci ne bi trebali raditi jezične promjene tijekom početnih faza terapije ili kada su emocije jake. Leahy (2004) daje primjere kako se uloge sudionika mogu dogovoriti na načine koji razrađuju ulogu klijenta kao kompetentnog komunikatora. Kliničar može postati osjetljiv u korištenju zamjenica (ja, ti, mi), pratiti klijentovo vodstvo razgovora te sažeti njegove komentare kao način prepoznavanja doprinosa interakciji.

#### 3.4.4. Tišina

Tišina je važna komponenta svakog terapijskog odnosa. Duga neugodna šutnja česta je na početku terapije. Općenito se od stručnjaka očekuje da bude onaj koji će usmjeravati razgovor. Stoga je bitno da kliničar ne prekida šutnju jer će na taj način dati do znanja klijentu da je on taj koji mora djelovati ako želi da se nešto promijeni. Šutnja je primarno sredstvo za preuzimanje odgovornosti i bitno je da tu odgovornost ne preuzimamo od klijenata (Luterman, 2017). Neugoda koju tišina stvara u početku često natjera mnoge mlade kliničare na djelovanje, što ih posljedično stavi u ulogu pokretača promjene dok klijent mirno promatra. Ta ista nelagoda može se koristiti za motiviranje klijenata na djelovanje. Tišina na početku odraz je nepostojanja određenog programa i čekanja da klijent odredi tempo rada. Opća reakcija na početnu šutnju je ljutnja, a kada ispliva na površinu, postaje korisno sredstvo za raspravu o ulogama u terapiji (Luterman, 2017)

U kasnijim fazama terapije tišina koja se javlja više je reflektivna i ugodna. Kako se razvija bliskost, tišina postaje vrijeme za razmišljanje i procesuiranje informacija. Cook (1964) je analizirao količinu tišine u snimljenim terapijama i otkrio da su one koje su ocijenjene kao uspješnije uključivale više tišine od onih koje se smatralo manje uspješnima. Postoje četiri različite vrste tišine koje se javljaju u terapijskom savezu; neugodna tišina, tišina kao vrijeme za mijenjanje teme, reflektivna tišina i tišina za kraj. Za kliničara je važno znati prepoznati vrstu i kvalitetu svake šutnje.

### **Neugodna tišina** (*Embarrassed silence*)

Neugodna ili sramežljiva šutnja obično se javlja rano u interakciji; klijent očekuje da kliničar djeluje i popuni prazninu, a kliničar ne čini kako se očekuje. Nelagoda koju stvara tišina postaje snažan motivator za djelovanje klijenta. Neugodne šutnje uglavnom nestanu tijekom terapije i u funkcionalnom terapijskom savezu sudionici uživaju u tišini kao vremenu za razmišljanje (Luterman, 2017).

### **Tišina za promjenu teme** (*Topic-changing silence*)

Tišina za promjenu teme događa se i u grupnom i u savjetovanju jedan-na-jedan dok pojedinci razmišljaju imaju li još što za reći o raspravljanoj temi. Savjetnik može iskoristiti tišinu kako bi načeo temu koja ga brine, iako je najbolje to učiniti nakon što nastupi dovoljno tišine da grupa ili pojedinac shvati da savjetnik ne preuzima odgovornost za ispunjavanje tišine (Luterman, 2017).

### **Reflektivna tišina** (*Reflective silence*)

Reflektivna tišina uvijek slijedi temu koja izaziva snažne emocije. Služi kao vrijeme za razmišljanje i doživljavanje najdubljih osjećaja koji su izbili na površinu, a potreban je veliki napor kako bi se prekinula. Grupni sastanci vrlo često završavaju ovom šutnjom, a o osjećajima koji su iz nje proizašli raspravlja se na sljedećem sastanku (Luterman, 2017).

### **Tišina za kraj** (*Termination silence*)

Ponekad klijent ili grupa utonu u tišinu pred kraj terapijskog sata koju kliničar može pogrešno protumačiti kao šutnju prije promjene teme. Stoga, terapeuti trebaju provjeriti s klijentom ili grupom u tim prilikama kako bi utvrdili jesu li završili (Luterman, 2017).

## **3.4.5. Ugovaranje i savjetovanje**

Ugovaranje je tehnika koja se često koristi u bihevioralnom pristupu savjetovanju. Od klijenta se zahtijeva da bude izričit u očekivanjima od kliničara, a kliničar u onome što hoće ili neće učiniti za klijenta. Početni terapijski sati posvećeni su gotovo isključivo pitanju ugovaranja. Vrlo je važno pažljivo razgraničiti što očekujemo od klijenata jer se mnogi odnosi s vremenom naruše zbog nejasno i nepotpuno definiranih očekivanja. Klijenti koji u terapeutu traže spasitelja i terapeut koji



od klijenta očekuje proaktivnost i neće biti poteškoća osim ako ne mogu pregovarati razlike. Neriješena pitanja pogoduju razvijanju ljutnje, koja vrlo često bude usmjerena na pogrešan izvor. Ugovaranje s klijentima specificira detalje konkretnog terapijskog odnosa; trajanje, sadržaj i svrhu. Kako se mijenja odnos, s njim se mijenjaju i potrebe te se o njima ponovo treba razgovarati i postići zajednički dogovor (Luterman, 2017).

#### 3.4.6. Solution-focused Brief therapy (SBFT)

Terapija usmjerena prema rješavanju problema uključuje sve elemente, vještine, stavove, sredstva prethodno navedenih tehnika i pokazala se iznimno učinkovitom u radu s klijentima i obiteljima. SBFT model omogućuje klijentu da zajedno s kliničarom kreira viziju za budućnost i pomaže u pronalaženju novih načina za rješavanje poteškoća. Usmjeren je na ono što dobro funkcionira i što klijent dobro radi (Stein-Rubin i Adler, 2017). Kliničar koji se vodi medicinskim modelom terapiju obično započne rečenicom: „Zbog čega ste ovdje?“, jer je glavni fokus na problemu. Suprotno tome, SBFT kliničar prvo bi pitao kako može pomoći, čime terapiju usmjerava prema pronalasku rješenja (Ouellette, 2004). Upravo taj pomak s problema na rješenje ono je što izdvaja SBFT od ostalih tehnika. Terapija može obuhvatiti sljedeće elemente: definiranje problema, utvrđivanje kratkoročnih i dugoročnih ciljeva, priznanje neočekivanih uspjeha, pogled u budućnost.

### 3.5. ZAMKE SAVJETOVANJA

U savjetovanju je često jednako važno ono što ne napravimo kao i ono što zapravo radimo. Slijedi opis nekih uobičajenih zamki savjetovanja.

#### **Stereotipi**

Stereotipi su učinkovit, ali pogrešan način svrstavanja klijenata u određene kategorije. Ako to činimo dovoljno dugo, prestajemo vidjeti osobu kakva zapravo jest i fokusiramo se na sliku koju smo sami stvorili o nekome. Kada se susrećemo s novim klijentom ili obitelji, moramo ostaviti po strani sve predrasude koje možda imamo o određenoj kulturi ili populaciji. Neke obitelji su kognitivno usredotočene i treba im mnogo sadržaja na početku kako bi se osjećale sigurno, dok bi druge bile preplavljene istim u ranim fazama dijagnoze. Bitno je pažljivo slušati svakog klijenta od samog početka kako bismo bili istinski osjetljivi na potrebe svake osobe individualno, a oni će nas onda sami naučiti kako im pomoći (Luterman, 2017).

#### **Projekcija**

Projekcija je pripisivanje vlastitih ideja, osjećaja, vrijednosti ili stavova klijentu, najčešće nesvjesno. Uvijek dovodi do osuđujućeg stava koji ozbiljno ograničava našu sposobnost savjetovanja. Moramo prihvatiti klijente i obitelji onakvima kakve jesu, a ne ih pokušavati preoblikovati u ono što bismo mi željeli da budu. Kad počnemo misliti o tome kako bi netko trebao nešto učiniti, moramo stati i razmisliti projiciramo li vlastite vrijednosti na klijenta. Profesionalci moraju nadići egocentrični pogled na svijet i tek kada zaista prihvate drugu osobu terapija može napredovati (Luterman, 2017).

#### **Implicitna očekivanja**

Implicitna, odnosno, neizrečena očekivanja o ponašanju druge osobe mogu biti jako štetna u terapijskom savezu. Ovaj se problem često javlja u odnosima roditelj-profesionalac oko pitanja preuzimanja odgovornosti. Roditelji često kreću s terapijom očekujući od terapeuta da „popravi“ njihovo dijete, dok kliničar traži više suradnički odnos u kojem je roditelj aktivan u terapijskom procesu. Ako niti jedna strana nije jasno izrazila svoja očekivanja, dogodi se niz razočarenja koje onda prati neizraženi potisnuti bijes, a komunikacija postaje ograničena. Na samom početku terapije, kliničar treba od klijenata ispitati njihova očekivanja i provjeriti poklapaju li se s onima

koje on sam ima. Razlika se može pregovarati i postići zajednički dogovor koji je unutar kliničkih i profesionalnih ograničenja terapeuta te poštuje potrebe i želje klijenta (Luterman, 2017).

### **Indirektna kritika**

Kada komunikacija nije otvorena i izravna, moramo pogađati značenje izjave druge osobe. Ova vrsta razmjene događa se u radnom okruženju kada, primjerice, klijent hvali nekog drugog terapeuta ili drugi program, a kliničar to protumači kao osobnu kritiku. Traženje povratnih informacija očito je rješenje za probleme uzrokovane impliciranom kritikom. Otvorena i jasna komunikacija nužna je od samog početka terapijskog odnosa, a profesionalci će često morati modelirati otvoren komunikacijski stil za klijente (Luterman, 2017).

### **Pretjerano pomaganje**

Ako preuzmemo previše odgovornosti za klinički ishod, klijent se može naučiti bespomoćnosti. Što više pomažemo ljudima, manja je vjerojatnost da će sami učiniti nešto za sebe i dobit će manje prilika za razvoj vlastitih vještina. U mnogim slučajevima upravo nepovoljne ili neočekivane okolnosti izvuku najveći potencijal iz osobe koji bi u drugačijim uvjetima ostao prikriven. Kliničari moraju pronaći najpogodniju metodu za pomoć svakom klijentu i obitelji na način da oni vjeruju da su sami zaslužni za svoj uspjeh. Nekim će obiteljima trebati više pomoći, drugima manje, a dobar kliničar uvijek treba djelovati unutar onoga što je obitelj spremna i u mogućnosti naučiti. Naš je cilj osnažiti ih, a to najbolje činimo pružajući jako puno podrške. Pronalaženje odgovarajuće polazne točke za svaku obitelj ono je što izdvaja vrhunskog kliničara (Luterman, 2017).

### **Poricanje**

Poricanje je strategija nošenja s teškoćama koja proizlazi iz straha i ponekad je jedini način na koji se klijent ili obitelj mogu nositi s poremećajem u određenom trenutku. Neosjetljivom kliničaru može se činiti da se ne slijede njegove preporuke, što može izazvati ljutnju. U takvim situacijama obično će opomenuti klijenta, što onda dovodi do pasivno agresivnog ponašanja druge strane. Kliničar mora shvatiti što se nalazi u pozadini takvog ponašanja, odnosno prepoznati tjeskobu, strah i sve prekrivene emocije koje aktiviraju poricanje kao obrambeni mehanizam. Tek kada se osvijeste sve emocije, kliničar može pomoći klijentu izgraditi samopouzdanje i osnažiti ga da se nosi s problemom na proaktivniji način (Luterman, 2017).

## Tješnje

Kao pomagačka struka, želimo klijentima otkloniti bol. Želimo ih bodriti, reći im da ne brinu i da će sve biti u redu. Međutim, na taj način obezvrjeđujemo njihove osjećaje i kao da im poručujemo da nemaju razloga osjećati se loše. Iako bismo mogli privremeno pomoći da se osjećaju bolje, negativne emocije će se vratiti, a s njima i osjećaj krivnje što se tako osjećaju. Najbolje što možemo učiniti je suosjećajno slušati klijente koji prolaze kroz bolno iskustvo i na taj način priznati im da je svaka emocija koju doživljavaju normalna i prihvaćena (Luterman, 2017).

## 3.6. UČINKOVITOST SAVJETOVANJA

Česta pogreška kliničara početnika je uvjerenje da je cilj savjetovanja otkloniti bol klijenta. Ova ideja je vrlo prirodna u pomagačkim strukama, međutim, dugoročno nije korisno preuzimanje odgovornosti za tuđu bol i činiti sve samo da se osoba osjeća bolje (Luterman, 2001). Nipošto ne bismo smjeli indicirati da osoba ne bi trebala osjećati bol niti poništavati nečije osjećaje. To joj može samo izazvati krivnju što se tako osjeća. Kada ljudi do kojih nam je stalo pate, čini nam se kao da smo podbacili, a ako oni osjete našu nelagodu, oklijevaju podijeliti svoje osjećaje s nama. Emocionalna bol je normalna i očekivano je da će ljudi biti tužni kad im se loše stvari dogode. Mi kao profesionalci možemo biti od najveće pomoći klijentima radeći na nadilaženju negativnog mišljenja o boli koju doživljavaju, dok u isto vrijeme prihvaćamo da ne možemo ukloniti bol. Osjećaje nikada ne smijemo osuđivati, oni jednostavno postoje i moramo ih prihvatiti. Klijenti s vremenom i uz brižnu profesionalnu podršku dođu do točke gdje ih osjećaji više ne kontroliraju, već ih preusmjere u produktivno ponašanje, a upravo ponašanje klijenta je krajnji kriterij prema kojem procjenjujemo učinkovitost savjetovanja (Luterman, 2001).

### 3.7. EMOCIJE U TERAPIJI MUCANJA

Emocije su neodvojiv element svakog ljudskog bića. Mogu biti više ili manje uočljive, ali su sveprisutne i svatko ih proživljava na drugačiji način, ovisno o situaciji, ali i karakteru i temperamentu osobe. S mucanjem najčešće povezujemo strah, anksioznost i paniku u trenucima prije netečnosti, frustraciju za vrijeme netečnosti te sram, neugodu i ljutnju nakon netečnosti (Yairi i Seery, 2015).

Kao što Prizant (2001) ističe, suočavanje s tjeskobom i emocijama povezanim s komunikacijskim problemom često je najizazovniji dio terapije za kliničare jer mogu izazvati veći stres kod govornika nego sam problem. Neki kliničari smatraju da bi, zbog izražene osjetljivosti klijenta, otvoreno razgovaranje o mucanju i povezanim emocijama moglo rezultirati povećanjem mucanja (Cooper i Cooper, 1992). Tijekom terapije, različite emocije proživljavaju i roditelji, supružnici, ali i kliničar, no, zbog prethodno navedenog, često su oprezni u otkrivanju vlastitih osjećaja.

Prema Lutermanu (2001), osnovno načelo savjetovanja je da emocije nisu ni dobre ni loše i nikad ne bismo trebali nekome govoriti kako bi se trebali osjećati. Emocije su normalna reakcija na neželjenu situaciju te se trebaju priznati i prihvatiti, kako klijentove tako i kliničareve. Međutim, emocije osoba uključenih u komunikacijski poremećaj često otežavaju taj proces. U nastavku slijedi Lutermanov (2001) kratki prikaz najčešće izražavanih emocija u terapiji (koje nisu specifične za određeni poremećaj):

Tuga : uz komunikacijske teškoće češće se javlja ako se dogodi relativno iznenadan početak, primjerice kao posljedica moždanog udara ili traumatske ozljede mozga, ali nije isključena ni uz druge probleme, poput poremećaja tečnosti. U potonjem slučaju, klijenti i obitelj uglavnom ne prolaze kroz faze tugovanja (poricanje, ljutnja, pregovaranje, depresija i prihvaćanje) postupno, nego je proces cikličan bez razdvajanja faza, uz vraćanje na faze koje su već prošli. Prepoznavanjem i suočavanjem s tugom osoba postepeno počinje cijeniti vlastita postignuća i uspjehe.

Neadekvatnost: kliničari kao i roditelji izrazito su motivirani u namjeri da pomognu osobi s problemom, a u nedostatku rješenja za ostvarivanje tog cilja često se javlja frustracija. Međutim, Luterman (2001) skreće pozornost na opasnost koja leži u „spašavanju“ klijenata. Velika je razlika između osnaživanja klijenta ili roditelja da sami riješe problem i preuzimanja

kontrole nad situacijom ili osobom. Krajnji je cilj dobrog kliničara da osoba koju savjetuje postigne neovisnost. Kliničari moraju biti svjesni vlastite potrebe da budu potrebni, a klijenti moraju biti svjesni da je njihova situacija njihova odgovornost.

Ljutnja: Klijenti, članovi njihove obitelji i kliničari imaju mnoga očekivanja od sebe i jedni od drugih. Ako se ta očekivanja ne ostvare ili terapija ne ide zamišljenim tijekom, često se kao rezultat pojavi osjećaj ljutnje, kako na sebe, tako i na ostale uključene u proces. Ograničenja u svakodnevnom životu koja dolaze s komunikacijskim teškoćama stalni su izvor frustracija, a neprestane frustracije onda posljedično izazivaju ljutnju. Briga za voljenu osobu, posebno dijete ili supružnika, koji su na neki način povrijeđeni i nemoć jer nemamo nikakve kontrole nad problemom također su čest izvor ljutnje koja se može kanalizirati na druge ili okrenuti prema unutra i postati depresija. Umjesto potiskivanja ljutnje, općenito je bolje prepoznati je i razumjeti okolnosti koje su dovele do nje. U nekim slučajevima, ljutnja može biti zdrava, jer kao što Luterman (2001) ističe, prati je velika količina brige i energije koja onda može biti pokretač promjena.

Krivnja: Obitelji klijenata često doživljavaju osjećaj krivnje, posebice roditelji koji ponekad također mogu doživjeti oblik sekundarne krivnje jer se srame ili im je neugodno zbog svog djeteta. Neki roditelji počnu vjerovati da su oni na neki način uzrokovali djetetovo mucanje ili se osjećaju krivima što su dugo čekali da potraže pomoć. Ponekad se taj osjećaj povuče kako roditelji uče o prirodi mucanja. Luterman (2001) ističe da roditelji koji osjećaju krivnju mogu pretjerano zaštititi svoju djecu ili postati "superposvećeni" roditelji koje kliničari ili učitelji cijene zbog njihove predanosti i napornog rada za svoje dijete. Međutim, ako se krivnja ne riješi, može dovesti do ugrožavanja obiteljske strukture i odnosa. Priznavanje i prihvaćanje ovih osjećaja koji se prirodno javljaju tijekom sastanaka roditeljske grupe za podršku može biti od posebne pomoći u smanjenju krivnje.

Ranjivost: Osobe koje mucaju mogu biti posebno ranjive u određenim socijalnim situacijama. Sposobnost odvajanja problema (mucanja) od klijentove reakcije na problem (osjećaja ranjivosti) jedan je od pokazatelja napretka. Jednom kada osoba prihvati svoju ranjivu stranu može je preusmjeriti u pozitivnom smjeru i poduzeti određene korake prema promjeni.

Zbunjenost: Kada roditelji shvate da njihovo dijete ima komunikacijski poremećaj, isprva su prilično zbunjeni jer ne znaju što učiniti i kome se obratiti za pomoć. Osjećaju zbunjenosti mogu pridodati i kliničari s mnoštvom informacija koje odjednom izlože roditeljima, a koji u tom trenutku nisu još spremni sve to procesuirati. Međutim, početna zbunjenost vrlo brzo može se pretvoriti u pokretačku snagu za promjenu (Luterman, 2001).

Kliničar kao stručnjak ne bi trebao pokušavati mijenjati svog klijenta, nego prepoznati i prihvatiti njegove emocije kao važnu sastavnicu terapije. Ključno je primjereno reagirati na njih te spriječiti razvijanje dubljih problema, poput depresije, koje negativne emocije mogu izazvati te preusmjeriti negativni naboj u motivaciju za rad na sebi (Manning, 2010).

### 3.8. SAVJETI ZA OSOBE KOJE MUCAJU

Promjena percepcije, osobnosti i načina na koji reagiramo u izazovnim situacijama, odnosno kontrola vlastitih emocija ili samoregulacija iznimno je težak zadatak, osobito ako je uzrok naše ranjivosti i nesigurnosti nemoguće prekriti, kako je slučaj s mucanjem. Takva promjena zahtijeva jako puno truda i rada kako bi došli do točke gdje se osjećamo ugodno u vlastitoj koži, ne sramimo se sami sebe nego se prihvaćamo sa svim manama i vrlinama. Iz toga razloga, stručnjaci koji su i sami mucali i susreli se sa svim negativnim stranama mucanja odlučili su na temelju vlastitog iskustva javno podijeliti savjete kako prebroditi strahove i prepreke, a neki od njih slijede u nastavku;

U najblažem obliku, mucanje može biti samo manja neugodnost, a u najtežem uvelike može utjecati na komunikaciju i svakodnevni život. Jedan od koncepata koji je OKM najteže shvatiti je da ponašanje u trenutku kada se najviše trudite ne zamucati zapravo pridonosi težini mucanja. Proučavajte podražaje i reakcije i naučite kako možete određeno ponašanje ojačati, oslabiti ili protuuvjetovati (Stuttering foundation of America).

Osvijestite emocije povezane s mucanjem. Govor je zrcalo onoga kako se osjećamo u bilo kojem trenutku. Slušatelji reagiraju na način na koji se čini da vi reagirate sami na sebe. Ako ste napeti, uspaničeni i čini vam se da nemate kontrolu, to će se odraziti i na njihovo ponašanje, na što vi reagirate tako da postanete još napetiji. To je kružni proces koji možete naučiti kontrolirati (Stuttering foundation of America).

Često se može činiti da vas govorne poteškoće toliko obuzimaju da ne možete objektivno procijeniti emocije koje su usko povezane s njima. Tjeskoba, krivnja i sram obično su povezani s teškim blokadama govora. Jedan od načina kako utjecati na emocije je izravno djelovanje na vanjska ponašanja koja su povezana s unutarnjim stanjem (Stuttering foundation of America).

Strah od mucanja uglavnom se razvija iz srama i pretvaranja da mucanje ne postoji. On ometa racionalno razmišljanje i voljne motoričke pokrete, uključujući i govor. Ako strah od mucanja dosegne kritičnu razinu, postaje nemoguće izvršiti bilo koju tehniku modifikacije govora koju ste naučili, stoga je važno naučiti kontrolirati ga unutar podnošljivih granica. Pokušajte ne prepustiti se panici prije izazovne govorne situacije i vježbajte nadjačavanje straha. Budite otvoreni o svom mucanju, suočite se sa strahom i govorite iako znate da ćete zamucati. Uvijek je bolje nastaviti



govoriti čak i ako mucate, nego šutjeti iz straha. To će vam svaki sljedeći put dati malo više hrabrosti. Možda nemate izbora hoćete li mucati, ali imate izbora kako ćete mucati. Mnoge OKM naučile su kako mucati bez mučenja i napetosti kada su ga prihvatile i otvoreno o tome razgovarale. Ako uspješno odvojite osjećaje od netečnosti na pola ste puta prema uspjehu (Stuttering foundation of America).

Postavite realne i dostižne ciljeve. Mnogi od vas žele postići potpunu tečnost, bez ikakvog zamuckivanja. Sve manje od toga smatra se neuspjehom. Stavljanje mucanja u realniju perspektivu može smanjiti napetost i olakšati vam rad na problemu. Kada shvatite da svi ponekad govorimo netečno i da je nerealan očekivati brzo i potpuno rješenje problema s kojim ste godinama živjeli, pronaći ćete zadovoljstvo u malim pobjedama i imati veću toleranciju za one poteškoće s kojima se još uvijek susrećete. Osjećat ćete se manje posramljeno kada dođe do mucanja, nećete više razmišljati o sebi kao o hendikepiranoj osobi i poboljšat ćete svoje cjelokupno samopouzdanje (Stuttering foundation of America).

Ne zaboravite da svatko ponekad ima osjećaj nedostatnosti i nesigurnosti iz različitih razloga, bez obzira kako se prezentira u javnosti. Tjeskoba i osjećaj bezvrijednosti umanjuju pozitivna razmišljanja i sprječavaju vas da uživete u životu (Stuttering foundation of America).

Pridružite se grupi podrške ili samopomoći za osobe koje mucaju. To je mjesto na kojem ćete pronaći najviše motivacije za terapiju, društvene podrške i prilika za učenje od drugih (Stuttering foundation of America).

Sljedeće smjernice mogu vam pomoći u ostvarenju cilja:

1. Mucanje uglavnom prate naučena ponašanja koja se mogu odučiti.
2. Iako ne može izabrati da ne mucate, možete odabrati kako ćete mucati
3. Emocije se mogu promijeniti modificiranjem simptoma povezanih s njima.
4. Prihvatite identitet "osobe koja muca" kako biste smanjili negativne emocije povezane s mucanjem. Kako se mucanje smanjuje, tako mijenjajte ulogu prema učinkovitom komunikatoru.
5. Preuzmite odgovornost za razgovor. Odobravanje proizlazi iz sadržaja vašeg govora, a ne iz tečnosti.

6. Riskirajte s govorom i lažnim mucanjem.
7. Povećajte toleranciju na pogreške; cijenite vlastiti trud i napredak.
8. Učite iz neuspjeha.
9. Primijenite samodisciplinu u svakodnevnoj praksi.
10. Dugotrajno poboljšanje neće se dogoditi trudom samo u terapijskom okruženju ako ne prenesete naučeno u svakodnevne situacije.
11. Prepoznajte humoristične elemente svojih pogrešaka u govoru. Mnoge stvari u vezi s mucanjem mogu biti smiješne.
12. Oporavak će vjerojatno biti dug i postupan proces. Imajte strpljenja i ne gubite samopoštovanje.  
(Stuttering foundation of America).

### 3.9. GRUPNA TERAPIJA

Grupna terapija učinkovito je sredstvo savjetovanja jer su unutar grupnog okruženja dostupni razni resursi i sav teret ne pada isključivo na terapeuta, već se difuzira na cijelu grupu. Nuland (1994) je napisala da je snaga grupe u brojevima, čak i kada su prisutni samo jedan ili dvoje ljudi puni razumijevanja koji mogu ublažiti tjeskobu jednostavnim slušanjem.

U logopediji razlikujemo dvije vrste grupnih terapija; komunikacijske i savjetodavne, odnosno grupe podrške. Potonje su zamišljene kao mjesta na kojima pojedinci mogu razgovarati o osjećajima izazvanima jezično-govornim teškoćama, vlastitim ili onima bliskih osoba. Mogu se primijeniti u raznim kontekstima, kao što su roditelji djece s govornim manama, odrasle osobe koje mucaju, ali i njihovi supružnici (Ginsberg i Wexler, 1999). Fry i sur. (2014) zamijetili su veliki uspjeh intenzivnih grupa podrške i u radu s adolescentima koji mucaju. Uz primarnu terapeutsku svrhu, grupe su i mjesto za prenošenje informacija, interpersonalno učenje i rješavanje egzistencijalnih problema.

#### 3.9.1. Čimbenici napretka

Yalom (1975) je identificirao međuovisne čimbenike napretka u grupnoj terapiji za područje psihoterapije, od kojih mnogi imaju široku primjenjivost u grupama podrške unutar područja komunikacijskih poremećaja;

**Nada:** Gledajući napredak drugih članova grupe, klijenti osjete nadu i za sebe. U skupini ljudi uvijek postoji netko tko je prevladao nedaće, što podiže motivaciju i drugima. Ponekad vjera i nada mogu biti jedino što osobi u određenom trenutku treba, što potvrđuje učinkovitost placebo terapije. Važno je i da je sam terapeut uvjeren u uspjeh grupne terapije jer se njegov pozitivan stav prenosi i na klijente (Yalom, 1975).

**Univerzalnost:** Uključenost u grupu pomaže pojedincima samom činjenicom da nisu sami u svojim osjećajima i strahovima. Roditelji djeteta s nekim oblikom teškoća često misle da nije u redu osjećati se na određeni način i da je problem u njima. Kada shvate da su i drugi roditelji prolazili kroz isto kao i oni osjete ogromno olakšanje. Univerzalnost je osjećaj koji možete dobiti samo unutar grupe i značajan je faktor u suočavanju s egzistencijalnim pitanjem usamljenosti (Yalom, 1975).

**Altruizam:** Prijenosom informacija, članovi grupe mogu pomoći jedni drugima bez da se netko osjeća manje vrijednim ili sposobnim jer je pomoć recipročna. Dodatno, međusobno si pružaju podršku, sigurnost i daju drugačiju perspektivu iste situacije. Roditelji djece s teškoćama pažljivije slušaju drugog roditelja koji prolazi kroz isto nego savjetnika. Drugi roditelj ima kredibilitet koji ga stavlja iznad terapeuta. Uspješne grupe podrške često rezultiraju željom članova koji su nadišli vlastite probleme da pomognu drugim ljudima u sličnim borbama (Yalom, 1975).

**Kohezivnost:** Kohezivnost kao osnovno svojstvo grupa podrške teško je definirati, ali je neupitno važan čimbenik za postizanje cilja. Slično kao i u individualnoj terapiji, kohezivnost sama po sebi nije faktor napretka, već preduvjet uspješnom ishodu terapije. Povezana je s privlačnošću grupe njezinim članovima i međusobnim povjerenjem; gdje ima povjerenja, ima i napretka. Kada netko u grupi otkrije nešto sasvim osobno ili neku dugo čuvanu tajnu, a drugi članovi reagiraju prihvaćanjem i podrškom, povećava se kohezivnost grupe, odnosno bliskost njenih članova. Neke grupe prije će se povezati zbog sličnih vrijednosti ili doprinosa grupi, dobre zastupljenosti govornika i slušatelja, općenito bolje „kemije“ među ljudima. U drugima veću ulogu preuzima terapeut na kojeg pada zadatak izgradnje sigurne i poticajne okoline u kojoj se lakše otvoriti i podijeliti svoje probleme (Yalom, 1975).

**Katarza:** Gotovo svi članovi grupe podrške dođu u terapiju sa skrivenim emocijama koje nisu imali gdje izraziti. Grupa im pruža sigurnu okolinu za oslobađanje i dijeljenje tih osjećaja i ljudi koji mucaju ili njihove obitelji znaju da tu mogu otvoreno razgovarati jer će ih se razumjeti. Učinak grupe je izbacivanje osjećaja neadekvatnosti pojedinaca u prvi plan koje prati veliko olakšanje. Katarza sama po sebi nije faktor napretka jer samo izražavanje osjećaja nije dovoljno za poticanje rasta. To je, međutim, uvod u mogućnost oslobađanja od nezdravog ponašanja (Yalom, 1975).

**Dijeljenje informacija:** Iako su mnoge grupe podrške strukturirane na način da voditelj osigurava većinu sadržaja, puno je korisnije kada su u procesu uključeni svi članovi. Ponekad oni koji su se najmanje isticali u grupi smisle jedinstvena rješenja i savjete koji su izravno korisni drugom članu grupe. Savjet je neizravno prenošenje obostranog interesa i brige, i kao takav ima značajnu ulogu u grupi. Međutim, puno trajniju vrijednost ima znanje stečeno razmjenom iskustava. Članovi svih grupa na kraju terapije trebali bi otići bogatiji za pregršt novih informacija koje će im u budućnosti olakšavati nošenje s teškoćama i svakodnevnim stresorima (Yalom, 1975).

**Razvoj socijalnih vještina:** Ljudski opstanak ovisi o sposobnosti života u skupinama. Ponekad, ljudi s kojima dolazimo u kontakt nemaju razvijene dobre interpersonalne vještine, najčešće zbog lošeg modela i ranog učenja unutar obitelji. Imaju poteškoća u komunikaciji, povjerenju i iskrenošću s drugima. Ništa od navedenog ne smatra se patologijom u smislu da su ti ljudi nefunkcionalni. Međutim, bolje razvijene međuljudske vještine omogućile bi im više radosti i zadovoljstva u odnosima s drugim ljudima. Grupa može biti vrlo učinkovito sredstvo za poboljšanje interpersonalnih vještina. Mogu naučiti, ili možda ponovno naučiti, kako biti otvoreniji i prihvaćati druge te prenijeti to znanje iz konteksta grupe u svoje druge odnose (Yalom, 1975).

**Suočavanje sa strahovima:** Grupe podrške pružaju ljudima priliku da rade na svojim strahovima po pitanju smrti/poboljšanju života, preuzimanju odgovornosti/ovisnosti o drugima, usamljenosti/ljubavi i besmislu/predanosti. Gotovo sav osobni rast koji se događa u grupama može se klasificirati pod ova egzistencijalna pitanja. Ona su korisno sredstvo upoznavanja pojedinca i procjenjivanja osobnog napretka. Kada su grupe i pojedinci unutar grupa voljni suočiti se s tim egzistencijalnim problemima, tada počinju rast i promjena (Yalom, 1975).

### 3.9.2. Grupni ciljevi

Yalomovi (1975) čimbenici napretka mogu se svrstati u 3 kategorije koje se odnose na ciljeve grupa podrške unutar područja komunikacijskih poremećaja; prenošenje sadržaja, dijeljenje afekta/emocija i osobni rast.

**Sadržaj:** Sve grupe podrške moraju u nekoj mjeri obuhvatiti određeni sadržaj, odnosno okupljanje grupe omogućuje razmjenu informacija i iskustava članova. Učenje je neizbježno unutar grupnog konteksta, iako je ponekad nešto što se nauči ono što voditelj nije očekivao niti namjeravao. Grupe najbolje napreduju kada se vođa ne doživljava kao jedini izvor sadržaja. To možda nije u skladu s očekivanjima članova, ali dugoročno je korisnije učenje iz grupnog iskustva kada postoji kolektivna odgovornost da podučavaju jedni druge (Yalom, 1975).

**Dijeljenje emocija:** Biti roditelj djeteta s komunikacijskim poremećajem ili sami imati poremećaj komunikacije izaziva mnoge emocije koje se najčešće ne mogu izraziti na zdrav način, barem na početku. Nerijetko se osjećaji, posebice ljutnja, potiskuju, što rezultira depresijom, ili se

reflektiraju na druge, što narušava međuljudske odnose. Grupa podrške može postati sigurno okruženje za oslobađanje emocija među ljudima koji ih najbolje razumiju (Yalom, 1975).

**Osobni razvoj:** O osobnom se razvoju obično ne razmišlja kao o odgovornosti unutar područja komunikacijskih poremećaja, ali moramo se pozabaviti ovim problemom kako bismo bili učinkovitiji kao stručnjaci. Na nama je zadatak da podučimo roditelje djece s teškoćama kako postati asertivniji i manje popustljivi. Da bi se to dogodilo, roditelji, kao i sve osobe s komunikacijskim poremećajima, moraju imati visoko samopoštovanje i unutarnji lokus kontrole. Osobe s komunikacijskim poremećajima moraju naučiti preuzeti odgovornost za svoje probleme kako bi smanjili negativne učinke na osobni život. Oni mogu naučiti kako iskoristiti svoje teškoće da pomognu drugima, primjerice, formiranjem grupe za samopomoć i političke akcijske grupe koja se zalaže za prava osoba s invaliditetom ili teškoćama. Grupa može poslužiti kao moćno sredstvo osobnog rasta dopuštajući pojedincima da pomažu drugima, a ako je voditelj grupe voljan, članovi mogu preuzeti kontrolu i na taj način naučiti preuzimanje odgovornosti koje će s vremenom prenijeti u svakodnevni život (Yalom, 1975).

### 3.10. RAD S OBITELJI

Osnovna ideja na kojoj se temelji obiteljska terapija jest da je obitelj sustav u kojem su sve komponente međusobno ovisne. Svaki član obitelji utječe na svaku drugu komponentu i kad god se promjena dogodi jednom članu, svi u obitelji su pogođeni. Obiteljski terapeuti smatraju da je puno učinkovitije raditi na razini sustava nego samo s pojedincima. U logopediji radimo s obiteljima koje su pod velikim stresom zbog pojedinca s komunikacijskim poremećajem. To nisu nužno i disfunkcionalne obitelji, samo obitelji koje još uvijek traže najbolji način nošenja s izazovnom situacijom (Luterman, 2001).

Egolf, Shames, Johnson i Kasprisin-Burrell (1972) otkrili su da rad s mladim osobama koje mucaju samo unutar klinike nije dovoljan za postizanje cilja i preporučili su da kliničari rade i s dijadom roditelj-dijete. Ako se dijete mucanjem prilagođava okolini, onda i roditelji moraju napraviti jednaku prilagodbu u održavanju mucanja – dakle dijada je u ravnoteži. Ako tretman promijeni jednog člana dijade, dijete, koje postane tečno, dijada je u neravnoteži i zahtijeva nove promjene i kod roditelja i kod djeteta (Egolf i sur. 1972).

Superior i Leichook (1986) smatrali su da povećano znanje roditelja o jezičnom poremećaju i uključivanje roditelja u terapiju pomaže prijenos u kućno okruženje.

Millard, Nicholas i Cook (2008) izvijestili su o programu interaktivne terapije roditelj-dijete koji je imao za cilj osnažiti roditelje da upravljaju mucanjem svog djeteta. Opisali su istraživanje provedeno na šest obitelji djece koja mucaju, kojim su potvrdili smanjenje netečnosti primjenom kognitivno bihevioralne terapije i intenzivnim radom s roditeljima. Novija literatura opisuje više programa koji su usmjereni na obitelj. Dobri programi za rad s roditeljima i djecom imaju učinak snježne grude; stvaraju samouvjerene, pozitivne i asertivne roditelje koji će raditi kao partneri sa stručnjacima (Luterman, 2001).

U praksi je teško fokusirati se na potrebe drugih članova obitelji i mnogi terapeuti nisu za to obučeni. Da bismo to uspješno učinili, moramo razumjeti kako funkcionira obiteljski sustav i različite uloge koje članovi obitelji imaju. Važno je uzeti u obzir specifičnosti obitelji o kojoj skrbimo. Svaka je obitelj drugačija, a razumijevanje struktura i dinamike unutar obiteljske jedinice pomoći će nam da pomognemo osobi s komunikacijskim poremećajem.

### 3.10.1. Roditelji

Roditelji djece koja mucaju ravnopravni su partneri u terapiji jer su važan izvor informacija i pružaju uvid u djetetovo funkcioniranje izvan kliničkog okruženja (Milard i Davis, 2016). S obzirom na nepredvidivost težine i trajanja mucanja, istraživanje koje su proveli Plexico i Burrus (2012) pokazalo je da su roditelji pod velikim stresom te da se često osjećaju preopterećeno, frustrirano, zabrinuto i anksiozno. Emocije koje proživljavaju roditelji djeteta s poteškoćama vrlo su intenzivne. Featherstone (1980) primijetio je da djetetove teškoće opterećuju brak izazivajući tako snažne emocije kod oba roditelja da postaju izvor sukoba i dugoročno remete organizaciju obitelji. Ljuttja je potencijalno najrazornija emocija u braku. Roditelji obično nemaju gdje izbaciti ljuttju ili je kanaliziraju na pogrešan način i ljude. Mnogi je niti ne prepoznaju, a drugi je potiskuju pa se može odraziti kao depresija. U ranim fazama dijagnoze i terapije, roditeljske svađe rijetko se vode oko onoga što ih zapravo ljuti. Strah, gubitak kontrole i nemoć koju osjećaju izazivaju mnoge svađe, a velik dio ljuttje također je usmjeren na profesionalce. Krivnja je također potencijalno opasna za brak ako se ne prepozna i na njoj se ne radi. Oba roditelja obično se osjećaju krivima, iako je najčešće izraženije kod majki, ali pokušavaju svaliti krivicu jedno na drugo (Luterman, 2001).

Kao stručnjaci trebamo upozoriti roditelje na važnost „teških“ razgovora sa svojom djecom. Roditelji djece koja mucaju najviše su zabrinuti da će pričanje o mucanju samo pogoršati tečnost (Johnson i suradnici, 1959), iako opravdanost takvog stava nije podržana literaturom (Yaruss, 2010). Interakcija svakog roditelja i djeteta je jedinstvena. Način na koji nešto radite jednako je važan kao i ono što radite. Jedina stvar koju možete kontrolirati i promijeniti i najvažniji je dio djetetovog okruženja, to ste vi sami. Za malu djecu, određene promjene koje napravite vi i drugi članovi obitelji najučinkovitiji su način poticanja normalne tečnosti. Iz tog razloga, svaki napor koji uložite značajno će pridonijeti normalnom, zdravom razvoju i dobrobiti vašeg djeteta.

#### **Slušanje**

Promjena načina na koji slušate jedna od najvažnijih stvari koje možete učiniti kako biste pomogli svom djetetu. Ne možete pažljivo slušati svaki put kad dijete progovori, niti biste trebali, ali možete procijeniti je li više ili manje pažnje bolje u različitim situacijama. Ako je potrebno, promijenite način na koji reagirate kada vas prekine. Umjesto da ga ignorirate ili se uzrujavate, dajte mu do znanja da ste ga čuli, ali da nije sada na njemu red da govori ili da ste zauzeti i da ćete ga poslušati



kasnije. Kako postajete svjesniji kada pažljivo slušati, a kada obraćati manje pozornosti, pronaći ćete načine da svom djetetu date do znanja da vaša različita pozornost nije odraz vaših promjenjivih osjećaja prema njemu. Povremeno namjerno prekidajte svoje druge aktivnosti kako biste pokazali interes i nježnost. Na taj način naučit će da će dobiti pažnju kada je stvarno treba (Stuttering foundation of America) .

Osluškujte način na koji vam se dijete obraća, odnosno osjećaje skrivene u riječima i pokretima. Pratite kako koristi glas, pauze i ponavljanja za pridobiti pozornost. Glasovni signali mogu biti drastična promjena u glasnoći ili neuobičajena oklijevanja i ponavljanja, a obično se javljaju prije plača. Kada se pojave, obratite pažnju na izraze lica, položaje i pokrete. Budući da je slušanje važan dio komunikacije i povezano s emocijama, poboljšanje navika slušanja ima izravan učinak na djetetovu tečnost (Stuttering Foundation of America).

### **Verbalno izražavanje osjećaja**

Dijete ne može naučiti izraziti osjećaje bez roditeljskog modela. Sljedeći put kad se naljuti, odvojite vrijeme da ga saslušate, odnosno razgovarate o tome što je razlog ljutnje, frustracije ili povrijeđenosti. Razgovarajte s djetetom o boljim načinima izražavanja osjećaja i pokažite mu da može dobiti ono što želi i bez emocionalnih ispada. Na taj način smanjuju se unutarnji sukobi koji uzrokuju netečnosti, a samim time i mucanje (Stuttering Foundation of America).

### **Smanjenje pritiska**

Zapitajte se kako djetetovo okruženje učiniti poticajnim, a da pritom nije previše zahtjevno. Razmislite o svakodnevnim obiteljskim obavezama i rasporedu i pokušajte uravnoteženo isplanirati vrijeme za aktivnosti i odmor. Prilagodite svoja očekivanja djetetovoj dobi i mogućnostima. Nemojte ga grditi ili tjerati na ponavljanje riječi ili rečenica više puta, misleći da će mu to pomoći. Osvijestite koji vaš stav ili ponašanje može kod djeteta uzrokovati osjećaje krivnje, srama, frustracije ili neadekvatnosti jer su upravo to glavni okidači netečnosti (Stuttering foundation of America).

## **Disciplina**

Dijete treba naučiti primjerenom ponašanju, a način na koji to činite, odnosno kako koristite govor za kaznu ili nagradu, izravno će utjecati na njegove osjećaje o sebi samom. Imajte na umu da su ponekad riječi bolnije od pljuske. Dajte mu do znanja da je njegovo ponašanje neprihvatljivo, ali da znate da može promijeniti način na koji se ponaša i da ga volite bez obzira na sve (Stuttering Foundation of America).

## **Braća i sestre**

Djeca se stalno natječu za vašu pažnju, a onaj koji govori najbrže i najglasnije često je u tome najuspješniji. Djetetu koje muca mora se dati prilika za govor kontroliranjem ostatka obitelji i vašim poticanjem i potporom. Ako vas braća ili sestre prekidaju, zaustavite ih i dajte im do znanja da moraju čekati svoj red. To ne znači da dijete koje muca uvijek treba imati prednost, nego da se moraju naučiti izmjenjivati. Ako ima krizu, posvetite mu više pažnje, kao i svakom drugom djetetu, ali samo ako je stvarna i opravdana. Iako komuniciraju na različite načine, sva bi vaša djeca trebala imati priliku da ih se čuje (Stuttering Foundation of America).

## **Reakcija na mucanje i prihvaćanje**

Pokažite djetetu svojim djelima i riječima da mucanje ne mijenja ono što osjećate prema njemu. Kada reagirate emocionalno, dijete još više pokušava zaustaviti, izbjeći ili prikriti svoje mucanje i tako ga samo pogoršava. Kada je mucanje intenzivno, izostanak reakcije bio bi neprikladan. U ovom slučaju, trebali biste djetetu dati do znanja da ste uočili što se dogodilo, a da pritom ne pokažete nimalo iznenađenja, kritike ili sažaljenja. Mogli biste reći nešto poput "Ta je riječ stvarno teška". Ponekad će kombinacije zvukova koje proizvede biti smiješne; nasmijte se s njim i nastavite s razgovorom. Normalno je da ćete biti zabrinuti ili da će vam biti žao djeteta kada se muči s govorom, ali pokušajte ne povećavati njegovu tjeskobu. Nipošto ne biste trebali potisnuti sve osjećaje prema djetetovom mucanju, ali ih pokušajte izraziti kroz konstruktivne komentare i na način da dijete osjeti vašu ljubav i empatiju te da mucanje ne definira vašu sliku o njemu (Stuttering foundation of America).

### 3.10.2. Braća i sestre

Braća i sestre iznimno su važni za razvoj društvenih vještina. Unutar sustava braće i sestara djeca uče kako rješavati sukobe i kako biti podrška jedno drugome. Uče kako steći prijatelje i saveznike, kako dostojanstveno gubiti i kako postići priznanje za svoje vještine. Također ih uči pregovaranju, suradnji i natjecanju. Kada djeca dođu u kontakt sa svijetom izvan obitelji, ona sa sobom nose znanje koje su naučila od svoje braće i sestara kako bi formirala svoje vršnjačke odnose (Minuchin, 1974.). U literaturi se malo govori o tome kako teškoće kod jednog djeteta utječu na braću i sestre te na njihov odnos. Grossman (1972.) je provela istraživanje na 83 studenta koji su imali braću i sestre s kašnjenjem u razvoju; otkrila je da je na 90% ispitanika prisutnost teškoća imala znatan utjecaj, a 10% ispitanika koji nisu bili pogođeni bila su najstarija muška djeca. Najviše su bile pogođene najstarije sestre od kojih se očekivalo da sudjeluju u aktivnostima odgoja djece i da preuzmu mnoge roditeljske funkcije.

Učinci na braću i sestre bili su i negativni i pozitivni, s ravnomjernom raspodjelom; 45% mišljenja da je to sveukupno negativno iskustvo i 45% da je bilo pozitivno. Grossman (1972) je zabilježila sljedeće negativne posljedice:

1. sram zbog brata ili sestre s teškoćama i krivnja zbog tog srama
2. krivnja što brat/sestra ima teškoće, a ono ne
3. zabrinuti da bi i oni sami mogli razviti teškoće ili da bi mogli imati djecu s teškoćama
4. krivnja zbog negativnih osjećaja prema bratu ili sestri s teškoćom
5. osjećaj zanemarenosti od strane roditelja
6. osjećaj izgubljenog vlastitog djetinjstva zbog preranog preuzimanja odgovornosti
7. vjerovanje da je brat/sestra s poteškoćama opteretio roditeljski odnos, što je negativno utjecalo na ostatak obitelji.

Pozitivne strane:

1. veće razumijevanje ljudi općenito, a posebno osoba s poteškoćama
2. više suosjećanja

3. više cijene to što sami nemaju teškoća
4. veća osjetljivost na predrasude
5. osjećaj da je iskustvo dodatno zblížilo obitelj
6. profesionalno usmjerenje (mnoga braća i sestre postaju učitelji djece s posebnim potrebama)

U skladu s očekivanjima, (Grossman 1972) je otkrila da što su roditelji otvorenije razgovarali o prihvaćanju djetetove teškoće, to su brat ili sestra bili sposobniji nositi se s njom. Ova spoznaja važna je za stručnjake koji rade s djecom s teškoćama u razvoju jer radeći s roditeljima, oni također mogu raditi i s braćom i sestrama.

Luterman (2017) tvrdi da ne postoji reakcija specifična za poremećaj i da će sva braća i sestre reagirati na gotovo isti način, ovisno o znakovima koje dobiju od svojih roditelja. Oni mogu biti od velike pomoći u provođenju dijagnostike i primjeni terapije. U obitelji se mora naći vrijeme za razgovor i braći i sestrama mora se dati prilika da izraze osjećaje ljutnje i krivnje. Nažalost, to nije lako postići, osobito u ranim godinama, jer roditelji nemaju puno energije i vremena ni za sebe, a kamoli za braću i sestre bez poteškoća. Roditelji često mogu prepoznati problem, ali, zbog ograničenih resursa i vremena ne mogu primijeniti rješenje. Tu bake i djedovi mogu biti od velike pomoći. Ako možemo naučiti roditelje da se brinu sami o sebi, ostat će im energija i vrijeme koje mogu provesti s djecom bez teškoća (Luterman, 2017).

### 3.10.3. Partneri

Mucanje može značajno utjecati na dinamiku romantičnog odnosa, posebice ako je žena ta koja muca. Dolazi do pomaka u "omjeru moći" pa tako, u pokušajima sakrivanja mucanja, žena prepušta glavnu riječ partneru, dok ona sluša i smješka se. Također će češće izabrati zaštitnički nastrojenog partnera s neutralnim ili pozitivnim stavom prema mucanju. Partneri osoba koje mucaju mogu imati iznimnu ulogu u ishodu terapije, stoga je jako važno uključiti ih u proces od samog početka. Često su partneri ključne karike u prijenosu sadržaja terapije iz kliničkog konteksta u svakodnevne situacije. To je ostvarivo jedino ako razumiju prirodu i varijabilnost mucanja i popratnih pojava te na temelju toga znanja mogu prepoznati specifične okolinske čimbenike koji utječu na partnerovu tečnost (Svenning, Panzarino, Vanryckeghem i Vestner, 2021). Kada se

upoznaju s cjelokupnom slikom mucanja, partneri su odlična podrška te smatraju da ih mucanje ne ograničava u vezi. Mucanje vide kao zajednički “problem” i s partnerom proživljavaju epizode jakog mucanja, kao i popratne negativne reakcije, a ponekad se zajedno i povlače iz socijalnih situacija koje bi partneru mogle uzrokovati anksioznost (Beilby, 2014).

Ramig (1993) predlaže da partneri u početku samo promatraju i onda postepeno postanu aktivni sudionici u terapiji. Razvijanjem sposobnosti opažanja bolje će moći prepoznati pozadinu emocionalnih reakcija, ponašanja i stavova OKM. Samim time moći će i doprinijeti postizanju i održavanju tečnosti, smanjenju negativnih reakcija te povećanju pozitivnih stavova povezanih s govorom. Često se OKM oslanjaju na partnere u izazovnim govornim situacijama, poput telefoniranja ili naručivanja u restoranu, što ima loš dugoročni učinak jer se stvara ovisnost o partneru.

Iako mogu uvelike pomoći OKM u podizanju samopouzdanja, ako umanjuju mucanje kao poremećaj ili podcjenjuju težinu negativnih emocionalnih učinaka, uključivanje partnera u terapiju donijelo bi više štete nego koristi (Nang i sur, 2018).

### 3.11. SAVJETI ZA UČITELJE

Tijekom školovanja, veliki je naglasak na verbalnim komunikacijskim vještinama; usmena ispitivanja, zahtjevi za čitanjem literature naglas, debate i slično. Osim za akademski uspjeh, verbalna komunikacija ključna je i za uspostavljanje socijalnih odnosa. Povećani zahtjevi okoline koji su iznad mogućnosti djeteta koje muca mogu dovesti do neuspjeha u ostvarivanju istih. Dijete postaje laka meta vršnjačkog nasilja, što se negativno odražava na izvršavanje školskih obaveza zbog izbjegavanja nastave ili grupnih aktivnosti. Jako je važno da učitelj prepozna pravi problem u pozadini takvog ponašanja i pravovremeno reagira prema smjernicama:

1. Saslušajte dijete i odmah mu pružite podršku. Nemojte ignorirati zadirkivanje jer "svi to rade."
2. Razgovarajte o rješavanju problema i strategijama suočavanja sa zadirkivanjem i maltretiranjem s djetetom i odaberite nekoliko onih koji mu odgovaraju.
3. Educirajte druge. Što više znaju o mucanju, to je manja vjerojatnost da će zadirkivati.
4. Razgovarajte s razredom o zadirkivanju i maltretiranju općenito. Dijete koje muca vjerojatno nije jedino koje mu je izloženo.
5. Razgovarajte s roditeljima, logopedom i drugim učiteljima kako biste svi bili uključeni u rješavanje problema.

(Stuttering foundation of America)

Neka djeca koja mucaju nemaju negativne emocije prema govoru, ali drugi se mogu osjećati frustrirano, tjeskobno, ili čak posramljeno. Važno je znati da djetetovi osjećaji o govoru možda nisu vezano uopće za to koliko muca. Odnosno, dijete za koje primijetite da muca često i ozbiljno možda se uopće ne osjeća loše zbog razgovora u razredu, dok drugo dijete čije se mucanje čini vrlo blagim može osjećati tjeskobu i strah. Ako dijete ima negativno mišljenje o svom govoru, možda neće htjeti dignuti ruku u učionici, pretvarat će se da ne zna odgovor kada ga netko prozove ili se povući iz društvenih situacija kao što je sjedenje s drugima za ručkom ili igranje s grupom na igralištu (Stuttering foundation of America).

Učitelji često imaju jako puno pitanja o tome kako se ponašati s djetetom koje muca te kako i oni sami mogu biti od pomoći. Odgovori se razlikuju od djeteta do djeteta. Moguće je da mucanje ne predstavlja problem ni za učitelja ni za ostalu djecu u razredu, ali jednako je moguće i da će druga

djeca reagirati na mucanje i da neće uvijek biti sigurni kako se najbolje nositi s problemom. ako je dijete uključeno u terapiju, najbolje se obratiti logopedu i pitati za savjet.

Pitanja koja učitelji često imaju o mucanju:

### 1. Što trebam učiniti kada dijete u mom razredu muca?

Najvažnija stvar koju treba učiniti kada dijete muca je da i sami budete dobar komunikator.

- Održavajte kontakt očima i dajte djetetu dovoljno vremena da završi govoriti.
- Pokušajte ne ispunjavati/završavati riječi ili rečenice.
- Svojim ponašanjem i postupcima dajte djetetu do znanja da slušate što kaže, a ne kako to kaže.
- Modelirajte vrijeme čekanja — pričekajte dvije sekunde prije nego odgovorite djetetu na pitanje i ubacite više pauza u vlastiti govor kako biste smanjili govorni pritisak. Nemojte davati primjedbe poput "uspori", "duboko udahni", "opusti se" ili "razmisli" o onome što ćeš reći, onda to reci." Često govorimo ove stvari djetetu jer to nama pomaže kada se osjećamo kao da imamo problema s izgovorom neke riječi. Mucanje je, međutim, druga vrsta govornog problema i ovakav savjet nije od pomoći djetetu koje muca (Stuttering foundation of America).

### 2. Trebam li podsjećati dijete da koristi tehnike s terapije mucanja u nastavi?

Osim ako vas dijete ili logoped izričito ne zamoli da pomognete podsjetiti dijete, to je najbolje ne činiti. U terapiji, djeca koja mucaju uče nekoliko različitih tehnika za kontroliranje mucanja. Međutim, učenje korištenja ovih govornih alata u različitim situacijama (npr. nastava naspram terapijskog sata) zahtijeva dosta vremena i prakse. Većinom djeca koja mucaju još uvijek nisu dovoljno zrela za praćenje vlastitog govora u svim situacijama. Stoga, ne možete očekivati da dijete primijeni olakšavajuće tehnike u vašoj učionici (Stuttering foundation of America).

### 3. Što raditi kada dijete ima loš govorni dan?

Djeca koja mucaju jako se razlikuju po tome kako žele da se učitelji i vršnjaci ponašaju prema njima kada im je teško razgovarati, stoga je najbolje pitati ih. Ponekad će to značiti da žele jednak tretman kao i bilo koji drugi dan, a nekad će biti potrebno na takve dane smanjiti očekivanja za verbalno sudjelovanje u nastavi (Stuttering foundation of America).

#### 4. Što učiniti kada dijete koje muca prekida drugo dijete?

Postupajte na isti način kao što biste i s djetetom koje ne muca. Djeca koja mucaju ponekad prekidaju druge jer im je lakše govoriti dok i netko drugi govori kako bi se manje pažnje usmjerilo na njih same, posebice u trenutku kada je najvjerojatnije da će se pojaviti mucanje. Iako oni u tome vide mogućnost lakog bijega, važno je da dijete koje muca nauči pravila dobre komunikacije kao i sva druga djeca u razredu (Stuttering foundation of America).

#### 5. Kako djetetu koje muca olakšati usmeno ispitivanje?

Kako biste otklonili dio stresa koje nosi usmeno ispitivanje, možete zajedno s djetetom (unaprijed) dogovoriti kako ćete provesti ispit, odnosno napraviti plan ispitivanja uzimajući u obzir faktore kao što su:

- Redoslijed—želi li odgovarati prvi, u sredini ili posljednji
- Prilike za vježbanje—načini na koje može vježbati, a koji će mu pomoći da se osjeća ugodnije tijekom ispitivanja (kod kuće, s vama, s prijateljem ili na govornoj terapiji)
- Veličina publike—hoće li odgovarati nasamo, u maloj grupi ili pred cijelim razredom
- Ostala pitanja—treba li i koje kriterije ocjenjivanja modificirati zbog mucanja.

(Stuttering foundation of America).

#### 6. Trebam li razgovarati s cijelim razredom o mucanju?

Neka djeca neće imati ništa protiv ako s njihovim vršnjacima razgovarate o mucanju. Drugi će, međutim, smatrati da je mucanje privatna stvar i neće htjeti javno o tome pričati, stoga bi prvo trebali razgovarati sa samim djetetom koje muca i posavjetovati se s logopedom. Ponekad dijete koje muca može napraviti prezentaciju u učionici o mucanju. Ova prezentacija omogućuje djetetu da podučava svoje vršnjake činjenicama o mucanju, daje im imena poznatih ljudi koji mucaju, prijedloge o tome kako bi voljela da njezini vršnjaci reagiraju kad ono muca pa čak i podučava druge različitim načinima mucanja. Uočeno je da kada dijete koje muca napravi prezentaciju u razredu, zadirkivanje se smanji. Ako druga djeca razumiju više o problemu, manja je vjerojatnost da će ismijavati ili zadirkivati. Ovo nije prikladna aktivnost za svu djecu koja mucaju, jer neka nisu spremna još se nositi s mucanjem na tako otvoren način (Stuttering foundation of America).



### 7. Kako se trebam nositi sa zadirivanjem?

Na zadirivanje djeteta koje muca reagirajte kao sa svakim drugim djetetom koje se zadiruje. Nažalost, zadirivanje je uobičajena pojava u školama. Kao što je ranije spomenuto, prezentacije u učionici mogu biti dobar način za smanjenje zadirivanja, ako je dijete koje muca spremno na takvu prezentaciju. U drugim slučajevima, zadirivanje će biti zaustavljeno samo vašom intervencijom (Stuttering foundation of America).

### 8. Kako mogu ohrabriti dijete koje muca na pričanje u razredu?

Najbolji način da potaknete dijete koje muca da govori u vašem razredu je da mu dokažete svojim riječima i postupcima da je važno ono ŠTO govori, a NE KAKO govori.

- Pohvalite ga što je podijelio svoje ideje
- Recite mu da vam mucanje ne smeta
- Dajte mu prilike za razgovor, na primjer, pozovite ga da odgovori ili pitajte za mišljenje
- Dajte mu do znanja da je u redu mucati

(Stuttering foundation of America).

### 9. Razmjena informacija s roditeljima

Roditelji često imaju mnogo pitanja o tome kako mucanje utječe na dijete i sudjelovanje u nastavi te je li dijete izloženo vršnjačkom nasilju. Razgovarajte s roditeljima otvoreno i iskreno jer im je vaš uvid potreban kako bi znali da mucanje ne ometa djetetovo funkcioniranje u školi, ali isto tako i ako moraju poduzeti dodatne korake ili potražiti dodatnu pomoć (Stuttering foundation of America).

#### 4. ZAKLJUČAK

S obzirom na opširnu kliničku sliku mucanja, poželjno je da savjetovanje postane sastavni element terapijskog procesa. Logopedski kabinet osobama koje mucaju predstavlja mjesto gdje bez osuđivanja mogu izraziti emocije, brige i frustracije povezane s vlastitim govorom. Savjetovanje im pruža mogućnost da istraže svoje osjećaje, identificiraju iskrivljene misli ili uvjerenja i razviju strategije za upravljanje negativnim emocijama povezanim s mucanjem. Cilj savjetovanja je poticanje samoprihvatanja i razvijanje pozitivne slike o sebi, naglašavajući da mucanje ne definira njihovu vrijednost kao pojedinca. Neizmijerna je uloga logopeda u tom procesu. Uspostavljanje snažnog terapijskog saveza koji se temelji na povjerenju, ali i stručnosti, odlučuje daljnji tijek terapije, o čemu u konačnosti ovisi i sam ishod. Brojne su teorije i tehnike koje se koriste kao uporište savjetovanju, ali važno je napomenuti da trebaju biti prilagođene jedinstvenim potrebama i preferencijama svakog pojedinca. Savjetnik mora definirati klijentove ciljeve, osobnosti i specifične izazove vezane uz mucanje te se, ponekad i metodom pokušaj-pogreška, odlučiti za određeni individualni, grupni ili kombinirani pristup. Pritom je važno biti svjestan vlastitih mogućnosti i ograničenja te unatoč prirodnom ljudskom porivu za pružanjem utjehe, ne upasti u zamke pretjeranih obećanja, ostati profesionalan, objektivan i nepristran. Osobe koje mucaju često doživljavaju svoj govor kao ograničavajući faktor u društvenim aktivnostima i prepreku u razvoju interpersonalnih odnosa pa je neizbježno uključivanje uže okoline u savjetovanje. Članovi obitelji u ulozi terapijskih partnera prilagodbom svog ponašanja i reakcija na mucanje mogu biti ključni pokretači pozitivnih promjena u terapiji. Educiranjem školskog osoblja i razrednih kolega, omogućuju se pravedniji uvjeti školovanja u kojima djeca koja mucaju mogu ostvariti puni potencijal. Uzimajući u obzir sve navedeno, jasna je potreba za izjednačavanjem važnosti savjetovanja s ostalim vrstama terapije mucanja jer terapija tehničke izvedbe nije jedina.

## 5. Literatura:

1. Arbuckle, D.S. (1970). *Counseling: Philosophy, theory and practice* (2nd ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
2. Backus, O. (1957). Group structure in speech therapy. In L.E. Travis (Ed.), *Handbook of speech pathology* (pp. 1025-1064). New York: Appleton-Century-Crofts, Inc.
3. Backus, O., & Beasley, J. (1951). *Speech therapy with children*. Cambridge, MA: Houghton Mifflin.
4. Beilby, J. (2014). Psychosocial impact of living with a stuttering disorder: knowing is
5. Bloodstein, O., Bernstein Ratner, N. (2008). *A handbook on stuttering*. (6th ed.). Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning.
6. Boyle, C. A., Boulet, S., Schieve, L. A., Cohen, R. A., Blumberg, S. J., Yeargin-Allsopp, M. Visser, S., Kogan, M. D. (2011). Trends in the Prevalence of Developmental Disabilities in US Children, 1997-2008 PEDIATRICS. 127(6), 1034–1042.
7. Brutten, E., Shoemaker, D. (1967). *The modification of stuttering*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
8. Cook, J. (1964). Silences in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 11, 42-46.
9. Cooper, E.B. (1966). Client-clinician relationship and concomitant factors in stuttering therapy. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 9, 194-199.
10. Cooper, E.B., & Cooper, C.S. (1992). Clinician attitudes toward stuttering: two decades of change. Presentation to the annual meeting of the American Speech-Language-Hearing Association, San Antonio, TX.
11. Corey, G. (2013). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (9th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole.
12. Craig, A., Franklin, J., & Andrews, G. (1985). The prediction and prevention of relapse in stuttering. *Behavior Modification*, 9, 422-442.
13. Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
14. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.

15. Duranović, M., Begić, L., Jovanović-Simić, N., & Rahmanović, D. (2018). Komunikacija i mucanje. (<http://erf.untz.ba/web/wp-content/uploads/2018/10/Komunikacija-i-mucanje.pdf>)
16. Egan, G. (1990). *The skilled helper: A systematic approach to effective helping* (4th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Co.
17. Egan, G. (2007). *The skilled helper: A problem-management and opportunity development approach to helping* (8th ed.). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.
18. Egan, G., (1998). *The Skilled Helper: A problem-management approach to helping* (6th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Co.
19. Egolf, D., Shames, G., Johnson, P., & Kasprisin-Burrell, S. (1972). The use of parent interaction patterns in therapy for young stutterers. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 37, 222-227.
20. Ellis, A. (1977). The basic clinical theory of rational-emotive therapy. In A. Ellis & R. Grieger (Eds.), *Handbook of rational-emotive therapy* (pp. 11-19). New York, NY: Springer.
21. Emerick, L. (1988). Counseling adults who stutter: A cognitive approach. *Seminars in Speech and Language*, 9, 257-267.
22. Farrelly, F., & Brandsma, J. (1974). *Provocative therapy*. Cupertino, CA: Meta Publications.
23. Featherstone, H., (1980). *A difference in the family*. New York, NY: Basic Books
24. Flasher, L. V., & Fogel, P. T. (2012). *Counseling skills for speech-language pathologists and audiologists*. Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning.
25. Fry, J., Millard, S., & Botterill, W. (2014). Effectiveness of intensive, group therapy for teenagers who stutter. *International Journal of Communication Disorders*, 49(1), 113-126.
26. Galić-Jušić, I. (2001). *Što učiniti s mucanjem: cjeloviti pristup govoru i psihi*. Lekenik: Ostvarenje.
27. Galić-Jušić, I. (2021). *Mucanje : etiologija, dijagnostika, intervencije*. Zagreb: Naklada Slap.
28. Ginsberg, A., & Wexler, K. (1999). Understanding stuttering and counseling clients who stutter. *Journal of Mental Health Counseling*, 22, 228-239.

29. Goleman, D. (1985). Switching therapists may be best. *Indianapolis News*, p.9.
30. Grossman, E. K. (1972). *Brothers and sisters of retarded children*. Syracuse, NY: Syracuse University Press.
31. Guitar, B. (2014). *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*. 4th edition. Lippincott, Williams & Wilkins. Baltimore.
32. Hornyak, A. (1980). The rescue game and the speech-language pathologist. *Asha*, 22(2), 86-94.
33. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.; ICD-11; World Health Organization, 2021).
34. Ivey, A. E., (1983). *International interviewing and counseling*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
35. Johnson, W., & Associates. (1959). *The onset of stuttering*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
36. Leahy, M. M. (2004). Therapy talk: Analyzing therapeutic discourse. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 35, 70-81.
37. Luterman, D. M. (2001). *Counseling persons with communication disorders and their families*. (4th ed.). Austin, TX: Pro-Ed.
38. Luterman, D. M. (2017). *Counseling persons with communication disorders and their families*. PRO-ED, Inc. 8700 Shoal Creek Boulevard, Austin, TX 78757-6897.
39. Madison, L., Budd, K., & Itzkowitz, J. (1986). Changes in stuttering in relation to children's locus of control. *Journal of Genetic Psychology*, 147(2), 233-240.
40. Manning, W.H. (2010). *Clinical Decision Making in Fluency Disorders* (3rd ed.). New York: Delmar, Cengage Learning.
41. Maslow, A. (1968). *Towards a Psychology of Being* (2nd ed.). Princeton, NJ: Van Nostrand.
42. Maxwell, D. (1982). Cognitive and behavioral self-control strategies: Applications for the clinical management of adult stutterers. *Journal of Fluency Disorders*, 7(4), 403-432.
43. Millard, S. K., & Davis, S. (2016). *The Palin Parent Rating Scales: Parents' Perspectives of Childhood Stuttering and Its Impact*. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 59(5), 950.

44. Millard, S., Nicholas, A., & Cook, F. (2008). Is parent-child interactive therapy effective in reducing stuttering? *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 51, 636-650.
45. Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
46. Nang, C., Hersh, D., Milton, K., & Lau, S. R. (2018). The impact of stuttering on not enough. *Seminars in Speech and Language*. 35 (2), 132-143.
47. Nuland, S.D. (1994). *How we die*. New York, NY: Knopf.
48. Onslow, M., Packman, A., & Harrison, E. (2003). *The Lidcombe Program of early stuttering intervention: A clinician`s guide*. Austin, TX: Pro-Ed.
49. Ouellette, S. E. (2004). Clinical issues: Applications of solution-focused concepts to the practice of speech-language pathology. *SIG 1 Perspectives on Language Learning and Education*, 11(1), 8-14.
50. Perkins, W.P. (1977). *Speech pathology: An applied behavioral science* (2nd ed.). St. Louis, MO: Mosby.
51. Pinezić, P. (2022). Utjecaj mucanja na svakodnevni život žena koje mucaju (Diplomski rad). Preuzeto s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:579024>
52. Plexico, L. W., & Burrus, E. (2012). *Coping with a child who stutters: A phenomenological analysis*. *Journal of Fluency Disorders*, 37(4), 275–288.
53. Prizant, B. (2001). Forward, In D.M. Luterman, (Ed.), *Counseling persons with communication disorders and their families*. (4th ed., pp. ix-xi). Austin, TX: Pro-Ed.
54. Ramig, P. (1993): The impact of self-help groups on persons who stutter: A call for research. *Journal of Fluency Disorders*, 18, 351-361.
55. Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
56. Rotter, S. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychology Monographs: General and Applied*, 8(1), 1-28.
57. Shames, G., & Florance, C. (1982). Disorders of fluency. In G. Shames & E. Wag (Eds.), *Human communication disorders* (pp. 86-110). Columbus, OH: Merrill.
58. Shapiro, D. A. (2011). *Stuttering intervention: A collaborative Journey to Fluency Freedom*, 2nd edition. Austin, TX: Pro-Ed.
59. Shlien, J., Mosak, H., & Dreikors, R. (1962). Effects of time limits: A comparison of the psychotherapies. *Journal of Counseling Psychology*, 9, 31-36.

60. Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York, NY: Macmillan.
61. Spillers, C. (2007). An existential framework for counseling. *American Journal of Speech Language Pathology*, 16, 191-197.
62. Stein-Rubin, C., & Adler, B. T. (2017). *Counseling in communication disorders : facilitating the therapeutic relationship*. SLACK Incorporated.
63. Superior, K., & Leichook, A. (1986). Family participation in school based programs. *Seminars in Speech and Language*, 7, 395-414.
64. Svenning, A., Panzarino, R., Vanryckeghem, M., & Vestner, T. (2021). Life partners' perceptions of the emotional, speech disruptive, and attitudinal correlates of stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 67, 105821.
65. Van Borsel, J. (2014). Acquired stuttering: A note on terminology. *Journal of Neurolinguistics*, 27(1), 41–49.
66. Van Riper, C. (1971). *The nature of stuttering*. Englewood Cliffs, NY: Prentice-Hall.
67. Van Riper, C. (1975). The stutterer's clinician. In Jon Eisenson (Ed.), *Stuttering, a second symposium* (pp. 453-492). New York: Harper & Row.
68. Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. Lawrence Erlbaum Associates: Mahwah, NJ.
69. Ward, D. (2010). Sudden onset stuttering in an adult: Neurogenic and psychogenic perspectives. *Journal of Neurolinguistics*, 23, 511-517.
70. Webster, E. (1966). Parent counseling by speech pathologists and audiologists. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 31, 331-345.
71. Wingate, M. (1964). A standard definition of stuttering. *Journal of Speech and Hearing Disorder*, 29, 484-489.
72. World Health Organization (2019). International Statistical Classification of Diseases
73. Yairi, E., Seery, H., C. (2015). *Stuttering: Foundations and Clinical Applications*, 2nd
74. Yairi, E., Ambrose, N. (2013). Epidemiology of Stuttering: 21st Century Advances. *Journal of Fluency Disorders*, 38(2), 66-87.
75. Yalom, I. (1975). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York, NY: Basic Books.
76. Yaruss, J. S. (2010). Assessing quality of life in stuttering treatment outcomes research.

77. Zebrowski, P. M., & Schum, R. L. (1993). *Counseling Parents of Children Who Stutter*. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 2(2), 65.

Mrežni izvori:

The Stuttering Foundation — Since 1947 Helping Those Who Stutter:

<https://www.stutteringhelp.org/free-e-books> (Posjećeno 15.7.2023.)