



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



KOMUNIKACIJA I MUCANJE

Mirela Duranović, Leila Begić, Nadica Jovanović-Simić, Dijana Rahmanović

2018. godina

Autori:

Prof. dr Mirela Duranović

Doc. dr Leila Begić

Prof. dr Nadica Jovanović-Simić

Dijana Rahmanović, asistent

Recenzenti:

Prof. dr Nevzeta Salihović

Prof. dr Zamir Mrkonjić

Izdavač:

Univerzitet u Istočnom Sarajevu

Medicinski fakultet Foča

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна и универзитетска библиотека
Републике Српске, Бања Лука

616.22-008.5
616.89-008.434

КОМУНИКАЦИЈА и муцање
Komunikacija i mucanje [Elektronski izvor] / Mirela Duranović ...
[et al.]. - Foča : Medicinski fakultet, 2018

Način pristupa (URL):
<http://www.mef.ues.rs.ba/nauka/projekti/erasmus-projekat-abc/>. -
Bibliografija: str. 104-114.

ISBN 978-99976-753-2-3

1. Дурановић, Мирела [аутор] 2. Бегећ, Леила [аутор] 3. Јовановић
Симић, Надица [аутор] 4. Рахмановић, Дијана [аутор]

COBISS.RS-ID 7748888

Knjiga je nastala u okviru Erasmus+ projekta „Pomaganje boljoj komunikaciji“ (Assisting Better Communication - ABC) (Broj projekta: 573610-EPP-1-2016-1-GE-EPPKA2-CBHE-JP.), koji je finansiran od strane Evropske komisije.

Ovaj materijal prikazuje gledišta partnera i ne predstavlja mišljenje Komisije. Evropska komisija nije odgovorna za bilo kakvu upotrebu informacija koje se ovdje nalaze.

SADRŽAJ

UVOD:KOMUNIKACIJA	6
MUCANJE	8
UZROCI MUCANJA	16
<i>Genetika</i>	16
<i>Neuralni i motorički korelati</i>	17
<i>Kongenitalni</i>	18
<i>Auditivni</i>	18
<i>Okruženje</i>	18
PREGLED I DIJAGNOSTIČKA PROCJENA	20
TERAPIJA MUCANJA	31
<i>Protokol za provođenje tretmana</i>	33
<i>Opći vodič za praktičan rad</i>	33
<i>Određivanje tretmana</i>	34
<i>Dužina trajanja tretmana</i>	34
<i>Kompleksnost tretmana</i>	35
<i>Specifični vodič za praktičan rad</i>	35
<i>Ciljevi, procesi i kompetencije</i>	35
<i>Željeni ciljevi u procjeni poremećaja fluentnosti govora</i>	36
<i>Procesi za postizanje ciljeva procjene</i>	37
<i>Procesi ostvarenja ciljeva menadžmenta</i>	40
TRETMANI ZA DJECU PREDŠKOLSKE DOBI KOJA MUCAJU.....	48
<i>Lidcombe Program</i>	48
<i>Starkweatherovi zahtjevi i Model kapaciteta mucanja (DCM)</i>	50
TRETMAN ZA DJECU ŠKOLSKE DOBI KOJA MUCAJU	51
<i>Restruktuiranje govora</i>	52
<i>Kongenitalna stimulacija verbalnog odgovora</i>	52
<i>Govor ograničen na slogove</i>	52
<i>Strategije za pružanje podrške djeci koja mucaju osnovnoškolskog uzrasta</i>	54
<i>Osnovni principi terapije</i>	54
<i>Osnovni principi terapije školske djece koja mucaju</i>	54
<i>Pristupi u tretmanu mucanja</i>	56
<i>Integrativni pristup</i>	57
<i>Prva faza</i>	57
<i>Druga faza</i>	60

<i>Tehnike oblikovanja govora.....</i>	60
<i>Reducirana lingvistička dužina i kompleksnost.....</i>	61
<i>Smanjenje brzine govora.....</i>	62
<i>Regulisanje protoka zraka.....</i>	64
<i>Lagani početak fonacije.....</i>	65
<i>Blagi kontakti artikulatora.....</i>	66
<i>Tehnike modifikacije mucanja.....</i>	66
<i>Podučavanje laganom mucanju.....</i>	67
<i>Otkazivanje.....</i>	67
<i>Dobrovoljno mucanje.....</i>	68
<i>Treća faza.....</i>	68
STRATEGIJE ZA UČITELJE KAKO BI POMOGLI UČENICIMA KOJI MUCAJU	72
DVANAEST KOMPONENTNI PROGRAM TRETMANA ZA UČENIKE KOJI MUCAJU....	75
<i>Osnovni principi terapije.....</i>	75
<i>Komponenta 1: Uspostavljanje fluentnosti kroz povećanje dugih i kompleksnih lingvističkih podražaja.....</i>	76
<i>Komponenta 2: Regulisanje i kontrolisanje zračne struje.....</i>	80
<i>Komponenta 3: Uspostavljanje laganih artikulatornih kontakata.....</i>	82
<i>Komponenta 4: Kontrolirana brzina govora.....</i>	84
<i>Komponenta 5: Olakšavanje govorno-motornog planiranja i koordinacije.....</i>	85
<i>Komponenta 6: Terapija desentizacijom.....</i>	86
<i>Komponenta 7: Modifikacija momenta mucanja.....</i>	87
<i>Komponenta 8: Redukcija ponašanja izbjegavanja.....</i>	88
<i>Komponenta 9: Olakšavanje razvoja vještina samosvijesti i samokontrole.....</i>	89
<i>Komponenta 10: Razvoj pozitivnog stava prema komunikaciji.....</i>	90
<i>Komponenta 11: Prijenos i održavanje tečnosti govora.....</i>	91
<i>Komponenta 12: Uključenost roditelja.....</i>	92
SAMOTERAPIJA MUCANJA.....	94
<i>Terapijska procedura.....</i>	95
<i>Specifičnosti.....</i>	95
<i>Značajna pravila.....</i>	95
<i>Ciljevi i izazovi.....</i>	101
<i>Razvoj hijerarhijski: Uхватiti se u koštac s problemom.....</i>	102
<i>Postaviti svoju dnevnu kvotu.....</i>	102
<i>Minimalni i maksimalni ciljevi.....</i>	102
<i>Literatura.....</i>	104

PREDGOVOR

Mucanje je poremećaj kojeg je lako prepoznati. Knjiga je prije svega usmjerena na traženje načina kako pružiti pomoć i podršku osobi koja muca, odnosno koji su oblici tretmana na raspolaganju logopedima, roditeljima djece koja mucaju a i samim osobama koje mucaju.

Mucanje utječe na tečnost govora. Počinje tokom djetinjstva i, u nekim slučajevima, traje tokom cijelog života. Poremećaj je karakteriziran poremećajima u produkciji govornih glasova, koji se nazivaju i "disfluentnosti". Većina osoba s vremena na vrijeme proizvodi kratke disfluencije. Disfluencije nisu nužno problem, međutim, mogu ometati komunikaciju kada osoba proizvodi previše njih.

U fokusu ove knjige nalaze se spoznaje koje su preživjele različite analize. Posebna pažnja je posvećena tretmanu mucanja, od predškolskog doba pa sve do odrasloga. Osim tretmana koje pružaju logopedi, neke osobe koje mucaju otkrili su pomoć u rješavanju svog problema kroz samopomoć. Savjeti za pružanje samopomoći za osobe koje mucaju detaljno su prikazani u knjizi. Analizirana je relevantna literatura i praksa zasnovana na dokazima. Kao veoma važan aspekt obrađen u ovoj knjizi jeste protokol rada sa osobama koje mucaju.

Knjiga je prvenstveno namijenjena studentima Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta, Odsjek logopedija i audiologija. Materijali prezentirani u knjizi će biti od velike koristi i diplomiranim logopedima u njihovom praktičnom radu. Knjiga je namijenjena i nastavnicima i saradnicima zaposlenim u školama, s obzirom da sadrži korisne savjete kako pružiti podršku učenicima koji mucaju u učionici. Savjeti koji su prezentirani rezultat su detaljne analize naučnih članaka koji su se bavili ovom problematikom.

Nadamo se da će ova knjiga omogućiti lakše sticanje znanja o mucanju, da će pomoći studentima da lakše prolaze kroz nastavni proces, te da će pomoći logopedima u praksi da unaprijede svoj rad.

Zahvalni smo mnogim nastavnicima, saradnicima i studentima za razgovore i komentare koji su nas mnogo toga naučili i obogatili na mnoge načine i pomogli u odabiru tema prilikom pisanja ove knjige.

Autori

UVOD: KOMUNIKACIJA

Jezik je kolekcija riječi, povezanih pravilima gramatike i sredstvo izražavanja određene zajednice (Katičić, 1971; Škiljan, 1980; Stančić i Ljubešić, 1994; prema Blaži, 1999). Ferdinand de Saussure (2000; prema Radovančić, 1995) navodi da je jezik historijsko nastali objektivni sustav znakova, skup lingvističkih znakova, neka vrsta dogovora među članovima određene zajednice. Jezik je sistem znakova koji služi za izražavanje misli. Jezik ima svoje zakonitosti, svoje norme, pa se kaže da je on i normativna kategorija (Pjanić, 1998). Cilj (i svrha) jezika je komunikacija (Kasumović, 2007). Komunicirati znači biti sposoban da primiš, razumiješ i preneseš informaciju. Jezik je sredstvo kojim se ovaj proces sporazumijevanja odvija, usmenim ili pismenim putem (Čengić, 2005).

Čovjek je rođen kao prosocijalno biće. Ono što socijalno biće povezuje s bićima koja ga okružuju je komunikacija (Ljubešić i Cepanec, 2012). Komunicirati znači živjeti. Ono što je disanje za biološki život, to je komuniciranje za društveni. Na biološkom planu važno je dišemo li čisti, svjež zrak ili zrak koji je onečišćen plinovima i ugljičnim dioksidom. Tako je na psihičkom i duhovnom planu podjednako važno ozračje u kojem međusobno komuniciramo, kako se jedni prema drugima odnosimo, koje riječi koristimo, kako teče komunikacija na verbalnom i neverbalnom planu (Bratanić, 2002). Reardon (1998, prema Ljubešić i Cepanec, 2012) definira komunikaciju kao sredstvo pomoću kojega dvije ili više osoba razmjenjuju informacije i međusobno utječu na svoja mišljenja i ponašanja, a King (1979, prema Ljubešić i Cepanec, 2012) kao proces u kojem je odgovor izazivan porukom koja se šalje i prima. Zajedničko mnogim definicijama jeste to da komunikacijom osobe utječu jedna na drugu na mentalnoj razini, tj. razmjenjuju obavijesti koje mijenjaju njihovu svijest i ponašanje (Ljubešić i Cepanec, 2012).

Komunikaciju možemo promatrati kroz različite aspekte. Verbalna komunikacija je sastavni dio svakog oblika neverbalne komunikacije pa ih je teško jasno razlikovati, međutim može se reći da verbalna komunikacija služi za izražavanje ideja, stavova, mišljenja i emocija upotrebom jezika odnosno riječi, dok neverbalna služi za istu svrhu ali se pritom ne koriste isključivo riječi već govor tijela. Termin neverbalno najčešće se koristi kako bi se opisalo sve što se događa u ljudskoj komunikaciji mimo izgovorenih ili napisanih riječi (Knapp i Hall, 2010).

Schiffman i Kanuk (2000) navode da komunikacijski proces možemo podijeliti na

sljedeće elemente:

- Pošiljalac: osoba koja inicira komunikaciju, može biti formalan (npr. profitna organizacija) ili neformalan izvor (npr. roditelj, prijatelj).
- Primalac: osoba koja prima određenu poruku u komunikaciji s pošiljateljem;
- Poruka: niz simbola koje šalje pošiljalac, može biti verbalna (usmena ili pismena), neverbalna (fotografija, ilustracija ili simbol) i kombinacija tih dvaju tipova poruka;
- Kodiranje: postupak prenošenja zamisli u simbole;
- Medij: komunikacijski kanal kojim prolazi poruka od pošiljatelja do primalca. Može biti neosobni (npr. masovni mediji) ili međuljudski (npr. razgovor između prodavača i kupca). Neverbalne informacije nalaze se i u međuljudskim i neosobnim kanalima, a često poprimaju oblik simbolične komunikacije;
- Dekodiranje: postupak kojim si primalac objašnjava poruku tj. značenje simbola koje je pošiljalac odaslao;
- Odgovor: niz reakcija primalca nakon primanja određene poruke;
- Feedback ili povratna informacija: način na koji primalac poruke odgovara pošiljatelju poruke na poslanu informaciju. Trenutna povratna informacija omogućava pošiljatelju da pojača, promijeni ili modificira poruku kako bi bio siguran da je primalac razumije na željen način;
- Smetnja: „neplanirani zastoje ili iskrivljenost poruke tijekom procesa komuniciranja, a može biti posljedica zvučnih, mehaničkih, psiholoških i socioloških uzroka“ (Miroslavljević, 2010).

Komunikacija postavlja temelje na kojima se gradi usvajanje jezika i razvoj govora. Gotovo sva djeca s teškoćama socijalne komunikacije, stoga, posljedično pokazuju atipičnosti i/ili kašnjenje u usvajanju jezika, posebno u području jezičkog razumijevanja (Ljubešić i Cepanec, 2012).

MUCANJE

Tečan govor podrazumijeva uravnoteženo održavanje mnogih elemenata govora: intonacije, pauza, tempa, ritma, naglasaka. Tečan govor uključuje jednostavnost i lakoću njegova izvođenja. Međutim, složeno balansiranje spomenutih elemenata je neophodno za uspješnu realizaciju govora, te nije neočekivano da mnogi s vremena na vrijeme izgube ovu ravnotežu i "spotaknu" se u govoru. Kada su ove neravnoteže u govoru učestale, možemo posumnjati na mucanje (Jelčić-Jakšić, 2014).

Komunikacijski poremećaj mucanje utječe na fluentnost govora osobe. Osoba koja ima ovaj poremećaj nije sposobna da izgovori fluentno jednostavnu izjavu. Mucanje ometa fluentan govor i za posljedicu ima utjecaj na procese učenja (Khan, 2015). Mucanje je poremećaj koji se inače prikazuje kao atipičan govor, ali uključuje i utječe na druge bitne spekte ljudskog života kao što su: emocije, kognicija i socijalni aspekti života (Yairi i Seery, 2015).

Prema posljednjem Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje DSM-V (2013) mucanje se definira kao komunikacijski poremećaj koji karakterizira prekid u normalnoj tečnosti govora, pri čemu brzina govorenja nije u skladu s onom koja se očekuje s obzirom na dob. Učestala su ponavljanja glasova, slogova i jednosložnih riječi, produžavanja glasova, umetanja, pauze unutar riječi, čujne ili tihe blokade, napetosti i cirkumlokucije, odnosno zamjene riječi. Sve navedeno uočava se već tokom ranog razvoja i utječe na školski uspjeh i socijalnu komunikaciju. Prema već spomenutom DSM-V (2013), u dijagnostičke su kriterije uvršteni i tjeskoba i izbjegavanje govorenja.

Mucanje ili dječiji poremećaj tečnosti početka govorenja (prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje DSM-V, 2013) je neurorazvojni poremećaj koji počinje kada se neuronske mreže koje podržavaju govorne, jezičke i emocionalne funkcije brzo razvijaju. Teorija multifaktorijskog dinamičkog puta motivira eksperimentalni i klinički rad na određivanju specifičnih faktora koji doprinosi putanji svakog pojedinog djeteta ka dijagnozi mucanja i onih koji podstiču oporavak (Smith i Weber, 2017).

Postoje primarna i sekundarna obilježja mucanja. Primarna obilježja mucanja odnose se na mucajuće netečnosti, dok se sekundarna obilježja mucanja javljaju kao reakcija na ove netečnosti. To su naučena ponašanja ili popratni pokreti i tikovi koji se javljaju

kao pokušaj da se izbjegne primarno mucanje: izbjegavanje kontakta očima, učestalo treptanje, kočenje čeljusti, treperenje nosnica i slično (Ward, 2006).

Lakše forme mucanja uglavnom karakterizira govorna nefluentnost. Razvijeniji oblici mucanja uključuju i negativne somato – psihološko-socijalne karakteristike kao što su anksioznost, izbjegavanje govora i govornih situacija, izbjegavanje vizuelnog kontakta sa sagovornikom, ubrzan rad srca, povećana kožna provodljivost, tikovi, popratni pokreti glave, tijela i ekstremiteta, neprimjereno govorno disanje i slično (Sardelić i Heðever, 1989).

Mucanje može ugroziti funkciju u svakom aspektu života koja uključuje usmeni oblik komunikacije. To može dovesti do različitih negativnih afektivnih reakcija, poput frustracije, ljutnje, krivnje i srama (Daniels i Gabel, 2004). Unutarnje i vanjske posljedice mucanja često počinju u ranom djetinjstvu i mogu se nastaviti kroz cijeli životni vijek. Djeca su često svjesna i frustrirana zbog svog mucanja još od rane dobi (Boey i sar., 2009; Ezrati-Vinacour, Platzky i Yairi, 2001; Langevin, Packman i Onslow, 2009); mogu se povući iz razgovora sa svojom obitelji i čak se mogu povući iz igre s vršnjacima (Langevin i sar., 2009).

Utvrđeno je da mucanje započinje u predškolskom periodu (Langevin i sar., 2009) i nastavlja se kroz školsku dob (Langevin, Bortnick, Hammer i Wiebe, 1998) i adolescenciju (Blood i Blood, 2004). Za neke, te rane negativne posljedice mucanja nastavljaju se u odrasloj dobi (Hugh-Jones i Smith, 1999). Adolescenti koji mucaju također mogu iskusiti nižu razinu samopoštovanja i optimizma (Blood i sar., 2011), strah od negativne evaluacije (Bricker-Katz, Lincoln i McCabe, 2009), i ugrožene mogućnosti zapošljavanja i obrazovanja (Klein i Hood, 2004; O'Brian, Jones, Packman, Menzies, i Onslow, 2011). Neki pojedinci koji mucaju mogu se također suočiti s izazovima s razvojem vlastitog identiteta (Daniels i Gabel, 2004).

Iako povećana razina anksioznosti može biti samo stvarnost za određene pojedince (Kraaimaat, Janssen i Van Dam-Baggen, 1991, Kraaimaat, Vanryckeghem i Van Dam-Baggen, 2002), socijalna anksioznost čini se da je jedna od najčešćih poremećaja anksioznosti koje su iskusile odrasle osobe koje mucaju (Iverach i sar., 2009). Pokazalo se da je društvena anksioznost povezana s mucanjem kod adolescenata (Gunn i sar., 2014) i djece u dobi od 7 do 12 godina (Iverach i sar., 2016).

Mucanje je povezano sa lošim uspjehom na zadacima koji mjere sposobnost pažnje. Navedeno se dobro uklapa u teoretske modele identificiranja govorne produkcije kao naročito zahtjevne s aspekta pažnje kod mucanja ili pristupa koji smještaju disfunkciju

pažnje u srce ovog stanja. Navedeno ima praktične implikacije za korištenje treninga pažnje za poboljšanje fluentnosti govora (Doneva, Davis i Cavenagh, 2017).

Odrasle osobe koje mucaju imaju negativnije stavove prema svom govoru od onih koji nemaju teškoća u govoru. Mnogi istraživači su vjerovali da se ovaj stav nije razvio odmah, nekoliko godina nakon početka mucanja, ili barem u osnovnoj školi (Ambrose i Yairi, 1994). Međutim, skorašnji rezultati ukazuju na to da djeca koja mucaju čak i na uzrastu od dvije godine i djeca koja ne mucaju na uzrastu od tri godine mogu uočiti mucanje i u sopstvenom govoru i kod drugih (Ambrose i Yairi, 1994; Ezrati-Vinacour, Platzky, i Yairi, 2001). Moguće je da navedeno može doprinjeti razvoju negativnih stavova prema vlastitom govoru u ranom dobu (Vanryckeghem i Brutten, 1997, prema Vanryckeghem, Brutten, i Hernandez, 2005; Yairi i Ambrose, 2005). Groner, Walden i Jones (2016) pronašli su da stavovi, da je govor težak, nisu povezani sa sličnim aspektima komunikacije i kod djece koja mucaju i kod djece koja nemaju teškoća u govoru. Uzrast značajno doprinosi negativnim stavovima o govoru kod djece koja ne mucaju, dok uzrast, repeticije i artikulacijske greške doprinose negativnim stavovima u govoru kod djece koja mucaju.

Mucanje se najčešće pojavljuje između druge i pete godine života paralelno sa razvojem govornih sposobnosti. Većina djece 'preraste' mucanje, ali u 1% slučajeva zadrži se tokom cijeloga života. Iako se još uvijek ne zna koji je tačan uzrok mucanja, predloženi su različiti modeli koji uzimaju u obzir više faktora. Oni uključuju postojanje neurološkog deficita u procesiranju govornog jezika što dovodi do nestabilnosti sustava za izgovaranje riječi, 'okidača' odnosno svakodnevnih sastavnica jezika (različiti suglasnici b, d, p, t, k) koji povećavaju zahtjeve na motorički sustav pri izgovaranju riječi i modulacijskih faktora koji određuju prag aktivacije 'okidača' (Packman, 2012).

U cilju ispitivanja prevalence mucanja na području Tuzlanskog kantona, u Bosni i Hercegovini, Salihović (2001) je na uzorku od 32.933 djece i adolescenata, utvrdila prevalencu mucanja od 1,15%. Incidenca mucanja je indeks koliko je ljudi mucalo u nekom periodu svog života. Kao ni podaci o prevalenci, tako ni brojevi o incidenci nisu "čvrsti" jer razni istraživači koriste različite definicije mucanja, a problem kod utvrđivanja incidence mucanja proizilazi i iz činjenice da veliki broj onih koji počnu da mucaju u bilo koje doba prestaje da muca dok ne odraste. Vrlo rano, prolazno mucanje, ima tendenciju da bude zaboravljeno od strane onih koji su ga imali. Neki istraživači računaju samo ono mucanje koje je trajalo šest mjeseci ili duže, a ne žele da uključe

kraće epizode disfluentnosti. Ostali računaju sva govorna odstupanja koja informatori ili roditelji smatraju mucanjem. Procjene o incidenci, kada se uzmu u obzir podaci dobijeni od informanata ili roditelja, iznose oko 15%, broj koji uključuje i onu djecu koja su samo kraći vremenski period mucala. Bloodstein (1995, prema Salihović, 2005) navodi da je 10% vjerovatan procenat za incidencu mucanja za čitav život onih koji su ili smatrali sami sebe ili koje su roditelji smatrali osobama koje mucaju. Kada se računa samo ono mucanje koje je trajalo duže od šest mjeseci, incidenca je oko 5%. Razlika između incidence (5%) i prevalence (1%) pokazuje da se mnoge osobe koje mucaju u jednom periodu svog života oporavljaju, a prevalenca počinje da opada nakon puberteta (Salihović, 2005).

Incidenca i prevalence poremećaja u općoj populaciji može mnogo varirati, ovisno o vremenskom okviru koji je razmatran. U okviru od 24 mjeseci između drugog i četvrtog rođendana, incidenca (samo novi slučajevi) i prevalenca (oni koji mucaju u trenutku istraživanja) će biti bliži nego na bilo kojem drugom uzrastu. Razlog je što, dok se pojavljuju novi slučajevi, djelimično su izbalansirani postojećim slučajevima koji se prirodno oporavljaju (Yairi i Ambrose, 2014).

Spolni omjer kod mucanja je predmet različitih špekulacija, kao i sam uzrok mucanja. Rezultati mnogih istraživanja pokazuju da je omjer oko 3 muške osobe koje mucaju naspram 3 ženske osobe koje mucaju. Također su dosljedni podaci o tome da se ovaj omjer povećava kako djeca postaju starija. Višu prevalencu mucanja u muškoj populaciji su neki naučnici smatrali za dokaz spolno ograničene predispozicije za mucanje te da se spolni omjer kod mucanja može posmatrati kao direktan ili indirektan odraz široke kongenitalne osjetljivosti muške konstitucije (veća smrtnost muške djece, više povreda u toku poroda, veća osjetljivost na većinu dječjih bolesti, itd.) (Salihović, 2005).

Iako su neke studije pronašle okolinske karakteristike kao što su socioekonomski status, traumatska iskustva, i roditeljsko-dječje veze povezane sa početkom mucanja (Yairi, Ambrose, i Niermann, 1993), drugi nisu našli nikakve dokaze za neke od ovih faktora. Na primjer, Reilly i sar. (2013) nisu pronašli nikakav dokaz o socioekonomskom statusu kao prediktoru početka mucanja. Postoje dokazi za povezanost početka mucanja kod drugo rođenog djeteta sa porodičnim riziko faktorima, uključujući muški spol, obrazovni status majke i blizanaštvo (Reilly i sar., 2009).

Pored ovih faktora rizika, studije su ispitivale da li su jezičke sposobnosti povezane sa početkom mucanja. Razvijenije jezičke sposobnosti kod djece koja mucaju u poređenju sa njihovim vršnjacima koji ne mucaju utvrđene su u nekim istraživanjima (Watkins, Yairi, i Ambrose, 1999), druga su utvrdila da djeca koja mucaju imaju lošije jezičke sposobnosti u odnosu na djecu koja ne mucaju (Anderson i Conture, 2000; Pellowski i Conture, 2005) ili da nema razlika između ove dvije grupe (Nippold i Schwarz, 1991). Istraživanja djece koja su počela mucati do četvrte godine su pokazala bolje jezičke i neverbalne kognitivne sposobnosti i bolji kvalitet života u poređenju sa djecom koja nisu mucala na uzrastu od 4 godine (Reilly i sar., 2013). Kefalianos i sar. (2017) navode da rezultati istraživanja sugerišu da mogu postojati asocijacije između razvijenosti jezičkih sposobnosti i oporavka mucanja. Buduća istraživanja trebala bi biti usmjerena da jasno utvrde smjernicu ove veze.

Postoje brojne osobe koje su unatoč mucanju postali uspješni i slavni u poslovima koji zahtijevaju sposobnost držanja javnih govora kao primjerice: Željko Rohatinski, Isaac Newton, George Washington, Charles Darwin, Marilyn Manroe, Anthony Quinn, Bruce Willis, Kylie Minogue, Mike Tyson i mnogi drugi.

Sheehan (2008) na jednostavan način objašnjava šta se dešava sa osobom koja muca. Prenosimo njegovu poruku u cjelosti:

Ako je vaše iskustvo kao osobe koja muca imalo slično mom osobnom iskustvu, onda ste proveli dobar dio vašeg života slušajući sugestije kao što su: "opusti se, razmisli što želiš reći, imaj hrabrosti, udahni duboko", ili čak "pokušaj govoriti s kamenčićima u ustima" itd. I do sada ste već spoznali da ove stvari ne pomažu; što više, one samo pogoršavaju stanje.

Postoji dobar razlog zašto ove stvari ne funkcioniraju, stoga što su sve usmjerene na potiskivanje i prikrivanje vašeg mucanja, na činjenje nečega što nije prirodno. A što više prikrivate i pokušavate da izbjegnute mucanje, više ćete mucati.

Vaše mucanje je kao ledeni brijeg (ledena santa). Dio koji je iznad površine, ono što ljudi vide i čuju kada mucate, je u stvari manji dio. Mnogo veći dio je onaj koji se nalazi ispod površine - sram, strah, krivnja, i svi ostali osjećaji koji se javljaju kada pokušamo izgovoriti jednostavnu rečenicu i ne uspijemo u tome.

Kao i ja, vjerojatno ste pokušavali održati što veći dio tog ledenog brijega ispod površine. Pokušavali ste prikrivati vaše mucanje, pretvarati se da normalno govorite, usprkos dugih govornih blokada i zastoja, previše bolnih da bi ih vi ili vaši sugovornici mogli ignorirati. Vjerojatno ste postali umorni od ovog pretvaranja. Čak i kad uspješno

koristite vaše govorne trikove, ne osjećate se dobro u vezi s tim. A kada vas vaši trikovi iznevjere, osjećate se još gore. Što više, vjerojatno i ne uviđate u kolikoj mjeri vas vaše prikrivanje i izbjegavanje zadržava u začaranom krugu mucanja.

Istraživanjima smo otkrili dokaze da je mucanje konflikt, posebna vrsta konflikta između kretanja naprijed i oklijevanja - konflikt tipa "govoriti - izbjegavati govorne situacije". Želite se izraziti ali vas razdire jak osjećaj oklijevanja, uzrokovan strahom. Ovaj strah ima mnogo izvora i razina. Najneposredniji i najjači strah je onaj od samog mucanja, i on je vjerojatno sekundarnog karaktera u odnosu na ono što je uzrokovalo mucanje u samom početku.

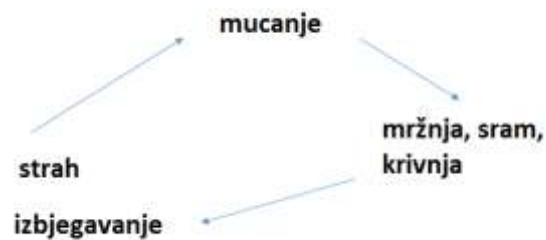
Vaš strah od mucanja je u velikoj mjeri baziran na vašem osjećaju srama i mržnji prema samom mucanju. Strah je također baziran i na izigravanju lažne uloge, pretvaranju da vaše mucanje ne postoji. Možete učiniti nešto u vezi ovog straha ukoliko imate dovoljno hrabrosti. Možete biti otvoreniji u vezi vašeg mucanja. Možete naučiti da se ne ustručavate govoriti, da se hrabro suočite sa strahom. Ukratko, možete biti ono što jeste. Tada će nestati ona nesigurnost koja se uvijek javlja kada se pretvarate da ste nešto što niste. Tada ćete reducirati veličinu onog dijela ledenog brijega koji je ispod površine. A to je dio koji je najprije potrebno ukloniti. Znatno ćete umanjiti napetost ako budete otvoreni u vezi vašeg mucanja, ako budete ono što jeste.

Dva principa koja možete upotrijebiti u vašu korist jednom kada ih shvatite, a to su:

- vaše mucanje vas ne može povrijediti;
- nemate ništa posebno od toga kada govorite savršeno fluentno.

Nemate se čega stidjeti kada mucate, i nemate na što biti ponosni kada govorite potpuno fluentno.

Većina ljudi koji mucaju ustuknu nakon svake govorne blokade, doživljavajući je kao neuspjeh i grešku. Iz tog razloga oni, uz velike napore, nastoje da ne mucaju i zato, na kraju, mucaju još više. Oni zapadaju u začarani krug koji se može prikazati sljedećim dijagramom:



Slika 1. Dijagram začaranog kruga (Sheehan, 2008)

Mucanje je, u neku ruku, izolirajuće iskustvo. Vjerojatno niste susreli mnogo drugih osoba koje mucaju, a one koje ste susreli ste izbjegavali kao da imaju kugu. Isto kao što možda ima ljudi koji vas poznaju a koji nisu primijetili ništa neobično u vezi vašeg govora, tako ima i drugih ljudi koji imaju sličan govorni poremećaj kao i vi a koji ga isto tako prikrivaju. Iz tog razloga, mali broj ljudi razumije da gotovo 1% cjelokupne populacije muca, da u SAD-u ima više od 3 miliona osoba koje mucaju; da su mnogi poznati ljudi u povijesti imali problema s mucanjem, kao što su Mojsije, Demosthenes, Charles Lamb, Charles Darwin, i Engleski kralj Charles I. U skorije vrijeme to su bili Engleski kralj George VI, Marilyn Monroe, Garry Moore. Možda ipak niste tako usamljeni s vašim problemom kao što ste mislili.

Svaka odrasla osoba koja muca ima osoben stil u smislu korištenja trikova koji olakšavaju govor, a koji su postali automatske radnje utemeljene na strahu. Ipak svi oni pate od, u osnovi, istog poremećaja, bez obzira da li ga nazivaju mucanje, govorni nedostatak, ili nešto drugo. Vrlo je bitno kako mucate. Ne možete birati da li mucati ili ne, ali možete birati kako ćete mucati. Mnoge osobe koje mucaju su spoznale ono što sam i ja spoznao, a to je da se može lakše mucati, uz manje napetosti i naprezanja. Najvažnija stvar kod ovoga je otvorenost: izvlačenje većeg dijela ledenog brijega iznad površine, biti ono što jeste, suočavanje s govornim blokadama i gledanje sugovornika u oči, ne odustajanje od govora koji je započet, ne izbjegavanje riječi ili govornih situacija, preuzimanje inicijative u razgovoru bez obzira na učestalost mucanja. Ovo su temeljni aspekti koje je potrebno adresirati ukoliko se mucanje želi uspješno prevladati.

Vi možete prevladati vaš problem. Sve dok su vaše govorne blokade popraćene sa osjećajima kao što su sram, mržnja i krivnja, osjećat ćete strah i potrebu da izbjegavate govorne situacije. Taj strah, izbjegavanje i krivnja će voditi do još više mucanja, i tako u krug. Većina starih terapijskih pristupa nije uspjela raskinuti ovaj začarani krug

odnosno trougao, jer su bili usmjereni na prevenciju i eliminiranje samo učestalosti mucanja. Bolji rezultati se mogu postići ukoliko se reduciraju neposredni uzroci straha kao što su sram, krivnja i mržnja usmjereni na mucanje. Mnoge odrasle osobe koje mucaju mogle bi u velikoj mjeri prevladati govorne poteškoće ukoliko bi prihvatile svoje mucanje, ostale otvorene u vezi njega, te učinile sve što mogu kako bi umanjile mržnju prema mucanju.

Neki pojedinci, pod uvjetom da idu u pravom smjeru, mogu samostalno ostvariti veliki napredak. Dok drugi trebaju sveobuhvatnu i formalnu govornu terapiju.

Možete pokušati učinit ovo. Idući put kada odete u prodavaonicu ili se javite na telefon, razmislite u kojoj se mjeri možete suprotstaviti strahu. Pokušajte prihvatiti vaše govorne blokade i opustite se, kako bi se i vaš sugovornik mogao opustiti; i u svim ostalim situacijama pokušajte otvoreno prihvatiti vašu ulogu kao osobe koja će još neko vrijeme mucati i imati strahove i blokade u govoru. Ali pokažite svima da ne namjeravate dopustiti mucanju da vas spriječi da preuzmete vašu ulogu u životu. Izražavajte se na svaki mogući i praktičan način. Ne dopustite da se mucanje ispriječi između vas i drugih ljudi. Pokušajte doći do točke u kojoj ćete u bitnim situacijama imati malo ili nimalo potrebe da izbjegavate ili prikrivate vaše mucanje. A kada budete mucali, a mucat ćete, nemojte previše mariti za to. Ne trošite vaše vrijeme uludo pokušavajući da savršeno govorite. Ako ste odrasla osoba koja muca, šanse su da ćete, na određen način, uvijek biti osoba koja muca.

Možete prevladati vaše mucanje ukoliko budete hrabri i otvoreni.

Zaključak:

Vaše mucanje je kao ledeni brijeg.

Imate mogućnost izbora u vezi toga kako ćete mucati.

Govorite što više možete i izrazite se na svaki mogući način.

UZROCI MUCANJA

Jedna od hipoteza jeste da je mucanje povezano sa karakteristikama temperamenta i karakteristikama ličnosti koje uključuju stidljivost ili anksioznost (Alm, 2014). Sljedeća hipoteza jeste da osobe koje mucaju znaju kada će zamucati i ova svjesnost utječe na pojavu mucanja i na sam tretman (Garcia-Barrera i Davidow, 2015; Jackson, Yaruss, Quesal, Terranova i Whalen, 2015). Treća hipoteza je da razvoj mucanja se pojavljuje uslijed defekta bazalnih ganglija uključujući deficit mreže možanog proračuna vremena (Etchell, Johnson i Sowman, 2014) i/ili zbog razlika u strukturalnoj moždanoj povezanosti povezanoj sa teškoćama auditivno-motorne integracije (Chang, Zhu, Choo, Angstadt, 2015; Ludlow i Loucks, 2003; Watkins, 2011).

Smith i Weber (2016) navode da je u posljednja dva desetljeća napravljen zadivljujući napredak u razumijevanju mucanja kao neuroznanstvenog poremećaja. Tokom tog razdoblja, jasno je utvrđeno da je mucanje neurološki poremećaj na temelju mnogih eksperimentalnih rezultata. Svaki uzrok mucanja mora objasniti neuroznanstvene procese koji generiraju atipično funkcioniranje motoričkog govornog sustava koji je osjetljiv na promjene uslijed povećanih jezičkih, drugih kognitivnih i emocionalnih zahtjeva. Došlo je do velikog napretka i proširenja našeg znanja o početku i razvoju mucanja. Dosta istraživanja je zabilježeno na području procjene ponašanja vezanih uz mucanje (Ambrose i Yairi, 1999, prema Smith i Weber, 2016), fizioloških karakteristika mucanja, uključujući lingvističke i motoričke procese (Walsh, Mettel, Smith, 2015; Weber-Fox, Hampton Wray, Arnold, 2013, prema Smith i Weber, 2016), te neuroimaging studije koje su dokumentirale anatomske i funkcionalne neuralne korelate mucanja (Chang, Zhu, Choo, Angstadt, 2015).

Genetika

Postoji genetska predispozicija za mucanje, što je dokazano studijama sa porodicama i blizancima. Djeca čiji rođaci prvog koljena mucaju imaju tri puta veću šansu da razviju mucanje (Khan, 2015). Drayna (2007) je identifikovao mutacije u genu poznatom kao GNPTAB kod članova porodice koji mucaju. Ovaj GNPTAB gen pomaže kodiranju enzima koji pomaže u razbijanju i reciklaži ćelijskih komponenti, procesa koji se odvija unutar ćelijske strukture koja se naziva lizozom.

Međutim, unutar različitih obiteljskih stabala, geni koji se odnose na mucanje variraju,

tako da nema jedinstvene ili dosljedne genetske osnove za sklonost mucanju. Također je jasno da geni ne uzrokuju mucanje. Osobe s istovjetnim genima pri rođenju, to jest monozigotski blizanci, nisu predodređeni da dijele svojstvo mucanja ili ne mucanja. Zapravo, monozigotski blizanci su samo oko 50% do 60% sukladni za mucanje (Felsenfeld i sar., 2000), što znači da ako jedan blizanac muca, ima 50 do 60% šanse da i njegov brat blizanac muca. Također, monozigotski blizanci mogu početi mucati, a jedan se može oporaviti dok drugi ne. Dojenčad se ne rađa programirano da muca; prije se mucanje pojavljuje tokom razvoja (Smith i Weber, 2016).

Neuralni i motorički korelati

Tokom protekla dva desetljeća bilo je stotinu neuroimaging studija odraslih koji mucaju, a nedavno i nekoliko studija djece koja mucaju (Chang i sar., 2015). Studije su ispitale anatomske razlike između osoba koje mucaju i normalno fluentnih pojedinaca i funkcionalne razlike u aktivnostima mozga tokom izvođenja različitih zadataka i za vrijeme odmora. Ove studije su proizvele mnoge proturječne rezultate u anatomskim i funkcionalnim pojedinostima neuronskih baza mucanja. Međutim, zajedničko je mnogim istraživanjima nalaz atipične povezanosti i funkcioniranja među lijevim inferior frontalnim područjima obično specijaliziranim za produkciju govora i drugih područja uključenih u auditivnu i lingvističku obradu (Smith i Weber, 2016).

U istraživanjima mozga za vrijeme mucanja, abnormalne mreže moždane aktivacije pokazale su se povezane sa jačinom mucanja prije nego abnormalnost u jednom određenom dijelu mozga (Ludlow, 2002, prema Khan, 2015). Otkrića ukazuju na povećanje moždane aktivnosti u regionima koja su inače manje aktivna tokom govora povezanog sa govornom nefluentnosti (Braun i sar., 1997; Fox i sar., 2000, prema Khan, 2015). Dodatno, deficiti u senzornom procesiranju (u mozgu) su pronađeni kod osoba koje mucaju (DeNil i Abbs, 1991, prema Khan, 2015). Sommer (2011, prema Khan, 2015) otkrio je niz struktura u lijevoj hemisferi mozga kod osoba koje mucaju koje su značajno se razlikovale od kontrolne grupe. Chang i sar. (2011) obezbjedili su dokaz o deficientnoj lijevoj hemisfernoj inferior frontal do premotornoj povezljivosti kao neuralne veze kod mucanja.

Fluentna govorna produkcija zasniva se na koordiniranom procesiranju više regiona mozga. Ovo naglašava ulogu neuronskih puteva koji povezuju različite moždane

regione tokom produkcije fluentnog govora. Kronfeld-Duenias i sar. (2017) istraživali su ulogu puteva bijele materije kod perzistentnog razvojnog mucanja, gdje je poremećena fluentnost govora. Perzistentno razvojno mucanje je konstatno povezano sa razlikama u bilateralnim distribuiranim mrežama. Istraživanja su pokazala da perzistentno razvojno mucanje podrazumijeva razlike u bilateralnim dorsalnim fronto-temporalnim i fronto-parietalnim putevima, u kalosalnim putevima, u nekoliko motornih puteva i u vezama bazalne ganglije. To podrazumijeva važnu ulogu za dalje rastojanje bijele materije kod ovog poremećaja.

Kongenitalni

Kongenitalni faktori mogu imati važnu ulogu. Mogu uključivati fizičku traumu za vrijeme rođenja, uključujući cerebralnu paralizu, intelektualne teškoće, ili stresne situacije, kao što su rođenje brata ili sestre, preseljenje ili iznenadan porast lingvističkih sposobnosti (Khan, 2015).

Auditivni

Deficiti auditivnog procesiranja predloženi su kao uzrok mucanja. Mucanje je manje učestao poremećaj kod osoba oštećena sluha i mucanje može biti poboljšano kada je auditivna povratna sprega izmjenjena, odložena auditivna povratna informacija ili frekvencija izmjenjene povratne informacije. Postoje i dokazi o drugačijoj organizaciji auditivnog korteksa kod osoba koje mucaju (Khan, 2015).

Okruženje

Nekoliko modela predlaže genetiku i kućno okruženje kao istaknute faktore povezane sa mucanjem (Adams, 1993; Conture, Walden, Arnold, Graham, Karrass, i Hartifield, 2006). Okruženje ima značajan utjecaj na razvoj mucanja. Okruženje koje je stresno ili zahtjevno može uzrokovati teškoće u razvoju fluentnog govora (Khan, 2015).

Potencijalna povezanost između genetike, socio-ekonomskog statusa, i mucanja na predškolskom uzrastu kod djece koja mucaju navodi na potrebu istraživanja povezanosti socio-ekonomskog statusa i obrazovnog nivoa roditelja, sa jezičkim sposobnostima i frekvencijom/jačinom mucanja kod djece koja mucaju i njihovih

vršnjaka bez teškoća. Rezultati su pokazali da obrazovni nivo i majke i oca može utjecati na povezanost između rječnika/jezičkih sposobnosti i mucanja (Richels, Johnson, Walden i Conture, 2013).

Modifikacija djetetovog okruženja u smislu roditeljske interakcije sa djetetom koje muca je jedan cilj koji je zajednički za mnoge oblike intervencija sa djecom koja mucaju predškolskog uzrasta (Botterill i Kelman, 2010; Gottwald, 2010; Harrison i Onslow, 2010; Richels i Conture, 2007, prema Richels i sar., 2013).

Jedna od najčešće prijavljenih sredstava za indeksiranje utjecaja dječjeg okruženja na njihov razvoj govora, jezika i kognicije je količina i kvalitet inputa datih od strane majki djeci, a ne od oca (Dollaghan i sar., 1999; Hoff, 2003; Huttenlocher, Vasilyeva, Waterfall, i Vevea, 2007; Qi, Kaiser, Milan i Hancock, 2006). Iako ovaj tradicionalni stav o roditeljstvu gleda na majke kao primarne njegovatelje male djece, sasvim je moguće da očevi pružaju jedinstveni doprinos dječjem rječniku, razvoju jezika (Pancsofar i Vernon-Feagans, 2006; 2010), kao i na ishod tretmana mucanja (Richels i sar., 2013).

Danas je široko prihvaćeno da mucanje predstavlja višedimenzionalni poremećaj. Također je široko prihvaćeno da mucanje predstavlja neurološki poremećaj, što znači da nastaje tokom razvoja u djetinjstvu. Središnje načelo Teorije razvojnih puteva mucanja (DPS), je razumijevanje razvoja mucanja, ne samo da se usredotočimo na razvojnu putanju ponašanja mucanja, već i na sustave zajedničkog razvoja koji mogu potencijalno komunicirati na kritične načine s neuronskim mrežama uključenim u produkciju govora. Tokom vremenskog perioda kada se mucanje pojavljuje, kada se oporavlja ili perzistira, približno od 2. do 6. godine, dramatične su i brze promjene u mnogim sustavima ponašanja i temeljnim neuronskim procesima koji ih podržavaju. Na primjer, postoje znatne promjene u mnogim dimenzijama temperamenta, jezičkim sposobnostima i iznimno brzo poboljšanje u motoričkim sposobnostima govora. Dakle, prema ovoj teoriji ključno je istražiti mucanje unutar razvojnog konteksta unutar kojeg počinje i slijedi njegov konačni put do ustrajnosti ili oporavka (Smith i Weber, 2016).

PREGLED I DIJAGNOSTIČKA PROCJENA

Jedna od komponenti redovitih pedijatrijskih pregleda u dobi od 3, 4 i 5 godina trebala bi biti pitanje roditeljima da li njihovo dijete muca, zajedno s procjenom razvoja djetetovog govora. Bochum-Aachen instrument za ispitivanje mucanja (BASS) za liječnike preporučuje se za detaljni ili univerzalni skrining. Može se koristiti za pedijatrijski skrining ili za procjenu prilikom upisa u školu (Neumann, Euler i Schneider, 2017). Instrument se može pronaći na njemačkom jeziku na veb stranici: www.bvss.de/images/stories/projekte/BASS_2017.pdf.

Ako postoji rizik ili sumnja na mucanje, dostupna je Skrining lista za mucanje (SLS) (Riley i Riley, 1989). Za objektivnu procjenu, reprezentativni uzorak od najmanje 300 slogova tokom povezanog govora bi trebao biti snimljen kroz audio ili video zapis. Snimke bi trebale biti analizirane tako što će se utvrditi učestalost mucanja (% složenih slogova), trajanje najdužeg mucanja, fizičke konkomitante i tako omogućiti klasifikaciju u odnosu na težinu mucanja. Osim toga, jedan od dva psihometrijska testa, Mjerni instrument jakosti mucanja, četvrto izdanje (SSI-4) (Riley, 2009) ili Test mucanja (TOCS) (Gillam, Loga, i Pearson, 2009), trebalo bi primijeniti. Procjena iskustva govornika u odnosu na mucanje (OASES), naveden u članku autora Yaruss i Quesal (2006), treba primijeniti kako bi utvrdili kvalitetu života klijenta.

Nadalje, procjenu prirodnosti govora treba provoditi neprofesionalni slušatelji. Ako je potrebno, ocjenu jačine mucanja bi trebali provesti profesionalci koji nisu uključeni u tretman. U svakom slučaju, takve ocjene ne bi trebale biti jedina mjera ako dolaze od terapeuta koji provodi tretman. Ako postoji sumnja na psihološki poremećaj, pacijenti trebaju biti upućeni na dijagnostičku procjenu kod psihologa. Ako se sumnja na skriveno mucanje, trebalo bi izazvati simptome putem komunikacijskih stresora, kao što su prekidi ili zahtjevi za bržim govorom i psihološki stres trebalo bi dokumentirati u jednom od prethodno spomenutih upitnika (Neumann i sar., 2017).

Upitnik za Procjenu iskustva govornika u odnosu na mucanje (OASES) (Yaruss i Quesal, 2006) navodimo u nastavku.

Procjena iskustva govornika u odnosu na mucanje (OASES) (Yaruss i Quesal, 2006)

Ime:

Uzrast:

Spol: M Ž

Datum:

Upute: Test se sastoji of četiri sekcije koje ispituju različite aspekte vašeg iskustva sa mucanjem. Molim vas da svaku stavku popunite tako što ćete zaokružiti odgovarajući broj. Ako vam neka od stavki ne odgovara, ostavite prazno i pređite na sljedeću.

Sekcija 1. Opće informacije

A. Opće informacije o vašem govoru.	Uvijek	Često	Ponekad	Rijetko	Nikada
1. Koliko često pričate fluentno?	1	2	3	4	5
2. Koliko često vam vaš govor zvuči "prirodno" (npr. Kao govor drugih ljudi)?	1	2	3	4	5
3. Koliko konzistentno ste sposobni održavati fluentnost iz dana u dan?	1	2	3	4	5
4. Koliko često koristite tehnike, strategije, ili alate koje ste naučili kod logopeda?	1	2	3	4	5
5. Koliko često kažete ono što ste zaista htjeli reći čak i kada mislite da ćete mucati dok to govorite?	1	2	3	4	5

B. Koliko ste educirani o...?	Ekstremno	Veoma	Ponekad	Malo	Nikako
1. Uopće o mucanju	1	2	3	4	5
2. Faktorima koji utječu na mucanje	1	2	3	4	5
3. Šta se dešava sa vašim govorom dok mucate	1	2	3	4	5
4. Tretmanskim opcijama za osobe koje mucaju	1	2	3	4	5
5. Samopomoći ili grupama za podršku za osobe koje mucaju	1	2	3	4	5

C. Općenito, kako se osjećate o...?	Veoma pozitivno	Ponekad pozitivno	Neutralno	Ponekad negativno	Veoma negativno
1. Vašim govornim sposobnostima	1	2	3	4	5
2. Vašoj sposobnosti da komunicirate (npr. da prenesete vašu poruku bez obzira na vaše mucanje)	1	2	3	4	5
3. Načinu kako zvučite dok govorite	1	2	3	4	5
4. Tehnikama za fluentan govor (npr. tehnike naučene tokom terapije)	1	2	3	4	5
5. Vašoj sposobnosti da koristite tehnike koje ste naučili na logopedskoj terapiji	1	2	3	4	5
6. Da ste osoba koja muca	1	2	3	4	5
7. Programu logopedske terapije u koji ste nedavno bili uključeni	1	2	3	4	5
8. Da ste identificirani od strane drugih ljudi kao osoba koja muca	1	2	3	4	5
9. Varijacijama u fluentnosti govora u različitim situacijama	1	2	3	4	5
10. Samopomoći ili grupama za podršku za osobe koje mucaju	1	2	3	4	5

Sekcija 2. Vaše reakcije na mucanje

A. Kada razmišljate o vašem mucanju, koliko često osjećate...?					
	Nikada	Rijetko	Ponekad	Često	Uvijek
1. bespomoćno	1	2	3	4	5
2. ljuto	1	2	3	4	5
3. posramljeno	1	2	3	4	5
4. usamljeno	1	2	3	4	5
5. anksiozno	1	2	3	4	5
6. depresivno	1	2	3	4	5
7. defenzivno	1	2	3	4	5
8. osramoćeno	1	2	3	4	5
9. kriv	1	2	3	4	5
10. frustrirano	1	2	3	4	5

B. Koliko često...?	Nikada	Rijetko	Ponekad	Često	Uvijek
1. Osjećate fizičku tenziju dok mucate	1	2	3	4	5
2. Osjećate fizičku tenziju dok pričate tečno	1	2	3	4	5
3. Trepćete očima, pravite grimase lica, pokrete ruku itd. dok mucate	1	2	3	4	5
4. Izbjegavate kontakt očima ili gledanje u sagovornika	1	2	3	4	5
5. Izbjegavate da govorite u određenim situacijama ili sa određenim ljudima	1	2	3	4	5
6. Napuštate određene situacije jer mislite da ćete mucati	1	2	3	4	5
7. Ne kažete ono što ste željeli reći (npr. izbjegavate ili zamjenjujete riječi, odbijate da odgovorite na pitanje, naručujete nešto što ne želite jer vam je to lakše reći)	1	2	3	4	5
8. Ubacujete riječi ili dijelove riječi (npr. «um») ili mijenjate svoj govor (npr. koristite drugi akcent) kako bi tečnije govorili (ovo ne uključuje tehnike koje ste naučili na terapiji)	1	2	3	4	5
9. Doživljavate period pojačanog mucanja odmah nakon što ste zamucali na nekoj riječi	1	2	3	4	5
10. Dajete nekom drugom da govori za vas	1	2	3	4	5

C. Koliko se slažete ili ne sa sljedećim izjavama:	Ne slažem se u potpunosti	Djelimično se ne slažem	Neutralno	Djelimično se slažem	U potpunosti se slažem
1. Mislim o svom mucanju gotovo cijelo vrijeme	1	2	3	4	5
2. Mišljenje drugih ljudi je prije svega zasnovano na načinu na koji pričam	1	2	3	4	5
3. Ako ne bih mucao/la bio/bila bih sposobniji/sposobnija da ostvarim svoje ciljeve	1	2	3	4	5
4. Ne želim da ljudi znaju da mucam	1	2	3	4	5
5. Kada mucam ništa ne mogu učiniti po tom pitanju	1	2	3	4	5
6. Ljudi bi trebali učiniti sve da se zaštite od mucanja	1	2	3	4	5
7. Osobe koje mucaju trebaju izbjegavati posao gdje se puno priča	1	2	3	4	5
8. Ne govorim kao većina drugih ljudi	1	2	3	4	5
9. Ne mogu prihvatiti činjenicu da mucam	1	2	3	4	5
10. Nemam povjerenja u moje sposobnosti kao govornika	1	2	3	4	5

Sekcija 3. Komunikacija u svakodnevnim situacijama

(u ovom dijelu navedite šta osjećate vezano za vaše teškoće u navedenim situacijama, ne koliko tečno govorite)

A. Koliko vam je teško da govorite u sljedećim situacijama?	Uopće nije teško	Nije puno teško	Ponekad je teško	Veoma teško	Izuzetno teško
1. Razgovarati sa drugim ljudima «jedan na jedan»	1	2	3	4	5
2. Razgovarati pod pritiskom vremena	1	2	3	4	5
3. Govoriti pred manjom grupom ljudi	1	2	3	4	5
4. Govoriti pred većom grupom ljudi	1	2	3	4	5
5. Govoriti pred ljudima koje dobro poznajete (prijateljima)	1	2	3	4	5
6. Govoriti pred ljudima koje dobro ne poznajete (strancima)	1	2	3	4	5
7. Govoriti na telefon	1	2	3	4	5
8. Započeti razgovor sa drugim ljudima (npr. predstaviti se)	1	2	3	4	5
9. Nastaviti govoriti bez obzira kako vaš slušalac reaguje	1	2	3	4	5
10. Braniti svoje stavove verbalno	1	2	3	4	5

B. Koliko vam je teško da govorite u sljedećim situacijama na poslu	Uopće nije teško	Nije puno teško	Ponekad je teško	Veoma teško	Izuzetno teško
1. Da koristite telefon na poslu?	1	2	3	4	5
2. Da imate oralne prezentacije ili govorite pred drugim ljudima na poslu?	1	2	3	4	5
3. Da govorite sa saradnicima ili drugim ljudima na poslu? (npr. učešće na sastancima)	1	2	3	4	5
4. Da razgovarate sa kupcima ili klijentima?	1	2	3	4	5
5. Da razgovarate sa vašim šefom?	1	2	3	4	5

C. Koliko vam je teško da govorite u sljedećim društvenim situacijama	Ekstremno	Veoma	Ponekad	Malo	Nikako
1. Tokom učešća na društvenim događajima (kratki govor na zabavama)	1	2	3	4	5
2. Pričanje priča ili šala	1	2	3	4	5
3. Traženje informacija (pitanje za pravac kuda ići ili traženje mišljenja drugih ljudi)	1	2	3	4	5
4. Naručivanje hrane u restoranu	1	2	3	4	5
5. Naručivanje hrane u drive-thru restoranu	1	2	3	4	5

D. Koliko vam je teško da govorite u sljedećim situacijama kod kuće	Ekstremno	Veoma	Ponekad	Malo	Nikako
1. Na telefon	1	2	3	4	5
2. Razgovarati sa suprugom	1	2	3	4	5
3. Razgovarati sa djecom	1	2	3	4	5
4. Razgovarati sa članovima šire familije	1	2	3	4	5
5. Učestvovati u porodičnim diskusijama	1	2	3	4	5

Sekcija 4. Kvalitet života

	Mucanje negativno utječe na moj kvalitet života				
A. Koliko negativno utječe na vaš kvalitet života...	Nikako	Malo	Ponekad	Puno	U potpunosti
1. Samo mucanje	1	2	3	4	5
2. Vaše reakcije na vaše mucanje	1	2	3	4	5
3. Reakcije drugih ljudi na vaše mucanje	1	2	3	4	5

	Mucanje interferira sa mojim zadovoljstvom sa komunikacijom				
B. Koliko mucanje interferira sa vašim zadovoljstvom sa komunikacijom...	Nikako	Malo	Ponekad	Puno	U potpunosti
1. Generalno	1	2	3	4	5
2. Na poslu	1	2	3	4	5
3. U društvenim situacijama	1	2	3	4	5
4. Kod kuće	1	2	3	4	5

	Mucanje interferira sa mojim vezama...				
C. Koliko mucanje interferira sa...	Nikako	Malo	Ponekad	Puno	U potpunosti
1. Vezama sa porodicom	1	2	3	4	5
2. Vezama sa prijateljima	1	2	3	4	5
3. Vezama sa drugim ljudima	1	2	3	4	5
4. Intimnim vezama	1	2	3	4	5
5. Sposobnošću da funkcioniram u društvu	1	2	3	4	5

	Mucanje interferira sa mojom karijerom...				
D. Koliko mucanje interferira sa...	Nikako	Malo	Ponekad	Puno	U potpunosti
1. Sposobnošću da obavljam svoj posao	1	2	3	4	5
2. Zadovoljstvom sa mojim poslom	1	2	3	4	5
3. U sposobnošću da napredujem u karijeri	1	2	3	4	5
4. Obrazovnim mogućnostima	1	2	3	4	5
5. Sposobnošću da zaradim onoliko koliko mislim da bi trebao	1	2	3	4	5

	Mucanje interferira sa mojom privatnim životom...				
E. Koliko mucanje interferira sa...	Nikako	Malo	Ponekad	Puno	U potpunosti
1. Osjećajem vrijednosti ili samopoštovanjem	1	2	3	4	5
2. Uopće pogledom na život	1	2	3	4	5
3. Vjerom u samoga sebe	1	2	3	4	5
4. Entuzijazmom u životu	1	2	3	4	5
5. Općim zdravstvenim i fizičkim stanjem					
6. Općom izdržljivošću i nivoom energije	1	2	3	4	5
7. Osjećajem kontrole vlastitog života	1	2	3	4	5
8. Spirtualnim stanjem	1	2	3	4	5

Bodovanje

Upute: Izračunajte **Rezultat utjecaja** za sve 4 sekcije na OASES kroz: a) ukupan broj bodova za svaku sekciju i b) broj stavki odrađenih za svaku stavku. Utvrdite **Ocjenu utjecaja** za svaku sekciju zasnovanu na bodovima na kraju svake sekcije.

Primjer

Sekcija I. Opće informacije (Ukupno 20 stavki)

Sekcija 1 bodovi: 76 Broj stavki odrađenih u Sekciji 1 : 20

Sekcija 1 Mogući bodovi (Sekcija 1 stavke odrađene x 5) : 100

Sekcija 1 Rezultat utjecaja: 76

Ocjena utjecaja: Ozbiljan

Sekcija II. Reakcije na mucanje (Ukupno 30 stavki)

Sekcija 2 bodovi: 117 Broj stavki odrađenih u Sekciji 2 : 30

Sekcija 2 Mogući bodovi (Sekcija 2 stavke odrađene x 5) : 150

Sekcija 2 Rezultat utjecaja: 78

Ocjena utjecaja: Ozbiljan

Sekcija III. Komunikacija u svakodnevnim situacijama (Ukupno 25 stavki)

Sekcija 3 bodovi: 74 Broj stavki odrađenih u Sekciji 3: 24

Sekcija 3 Mogući bodovi (Sekcija 3 stavke odrađene x 5): 120

Sekcija 3 Rezultat utjecaja: 61.7 Ocjena utjecaja: umjeren do ozbiljan

Sekcija IV. Kvalitet života (Ukupno 25 stavki)

Sekcija 4 bodovi: 740 Broj stavki odrađenih u Sekciji 4: 24

Sekcija 4 Mogući bodovi (Sekcija 3 stavke odrađene x 5): 120

Sekcija 4 Rezultat utjecaja: 58.3 Ocjena utjecaja: umjeren

UKUPAN REZULTAT UTJECAJA (100 stavki ukupno)

Ukupno bodova: 337 Ukupno odrađenih stavki: 98

(Ukupno bodova= Sekcija I bodovi + Sekcija II bodovi + Sekcija III bodovi + Sekcija IV bodovi)

(Ukupan broj odrađenih stavki = Sekcija I ukupan broj odrađenih stavki + Sekcija II ukupan broj odrađenih stavki + Sekcija III ukupan broj odrađenih stavki + Sekcija IV ukupan broj odrađenih stavki)

Ukupan mogući broj bodova (ukupan broj odrađenih stavki x 5): 490

Ukupan Rezultat utjecaja: 68.8 Ocjena utjecaja: umjeren do ozbiljan

Ocjena utjecaja	Bodovi
Blag	20.0 – 29.9
Blagi do umjeren	30.0 – 44.9
Umjeren	45.0 – 59.9
Umjeren do ozbiljan	60.0 – 74.9
Ozbiljan	75.0 - 100

TERAPIJA MUCANJA

Mucanje prate emocije nelagode i straha prije govora kao i srama poslije govora. Česta je i potisnuta ljutnja na sagovornika koji pokazuje nestrpljenje, nerazumijevanje ili pretjerano zaštitnički stav u komunikaciji. Zbog svega navedenog može se zaključiti koliko je mucanje složena pojava iz čega proizlazi da terapija ne može biti niti samo logopedске niti psihološke naravi. Najdjelotvornije terapije su integrativne, one koje objedinjuju elemente logopedije i psihoterapije.

U radu s djecom elementi terapije igrom i obiteljske psihoterapije u mnogome pomažu roditeljima da steknu bolje razumijevanje faktora koji pomažu i odmažu razvoju tečnoga govora. U radu sa starijom školskom djecom, adolescentima i odraslima objedinjavanje dvaju terapijskih područja je gotovo neizostavno. Znanstvenici koji se bave istraživanjima mucanja, ukazuju na mnogostrukost uzroka koja dovodi do mucanja. Spoj neuroloških, psiholoških, socijalnih i lingvističkih faktora pridonijet će njegovom početku i razvoju. Tako će malo dijete početi netečno govoriti zbog konstitucije tj. nasljedno stečene predispozicije.

No za nastanak mucanja i njegov razvoj važni su neki drugi faktori. Ono će se pogoršavati, ne više samo zbog predispozicije, već zbog zbivanja unutar obitelji (to može biti i rođenje brata ili sestre), reakcija sugovornika, pa čak i zbog učenja složenijih jezičkih konstrukcija, kojem je dijete te dobi svakodnevno izloženo. Često se čini da ono prolazi samo od sebe. Neka djeca, čiji se govor smatrao mucanjem u dobi od dvije ili tri godine, u četvrtoj ili petoj godini tečno govore. Drugoj, koja započinju mucati treba rana terapijska intervencija da bi se potaknula i razvila govorna tečnost. Bez te intervencije nije moguće izbjeći ozbiljnije probleme u govorno-jezičkoj produkciji u školskoj i kasnijoj dobi.

Ponekad mucanje ostaje prisutno u svojoj blažoj početnoj formi ne prerastajući u učestalije i napetije oblike netečnosti. S druge strane, kod neke djece se već i prije dobi koja se uzima za početak složenijih faza mucanja, učvrste i pojačaju govorna i negovorna ponašanja karakteristična za uznapredovalo mucanje. Vrlo je specifičan prijelaz prema mucanju u djece koja su na početku svoga govornog razvoja brzopleta i imaju poremećaje pažnje.

Iz početka njihov netečan govor odražava nedorečenost i ubrzanost njihovih misli i nema one tipične oznake mucanja. No, nakon nekog vremena, uz takav se govor počinju povezivati i svi elementi pravoga mucanja, šireći mrežu vrlo složenog govornog

i negovornog ponašanja u kojem terapeut pronalazi put za djelotvoran pristup baš takvom tipu mucanja s brzopletošću.

Mucanje u adolescenata i odraslih osoba posve je različit proces od onoga u djece i za promjenu načina govora zahtijeva preuzimanje vlastite odgovornosti, kao i snagu volje osobe koja muca. Postoje mnoge kombinacije terapijskih pristupa, mnogi oblici rada kao i različiti ciljevi koji sežu od promjene načina govora do otpuštanja negativnih emocija vezanih uz mucanje, povećanja samopoštovanja i sigurnosti u sebe.

Terapija mucanja je stoga individualiziran skup postupaka, složen i različit za svaku osobu. Zahtijeva integrativni pristup i primjenu logopedskih i psihoterapijskih postupaka.

Istraživanja naglašavaju potrebu za promjenom naglaska na strogim pravilima u interakciji s osobama koje mucaju usmjeravajući se na fleksibilnije principe koji zadovoljavaju potrebe osoba koje mucaju (St Louis i sar., 2017).

Sve više, današnji tretmani mucanja koje provode logopedi integriraju oblikovanje tečnosti govora i tehnike modifikacije mucanja s kognitivnom-bihevioralnom terapijom kako bi se riješile psihološke, emocionalne i društvene posljedice mucanja (Bloodstein i Bernstein Ratner, 2008, Irani, Gabel, Daniels i Hughes, 2012, prema Lindsay i Langevin, 2017). Međutim, kako su pokazali Iverach i Rapee (2014), saradnja između logpeda i psihologa bolje može pomoći odraslima koji mucaju koji traže sveobuhvatne pristupe tretmanu. Nedavni primjer takve saradnje je saradnja terapije prihvatanja i predanosti (ACT) u kombinaciji s tehnikama povećavanja tečnosti od strane logopeda i kliničkog psihologa (Beilby, Byrnes i Yarus, 2012). Tretman se sastojao od osam 2-satnih sesija koje su vodili jedan logped i jedan psiholog. Tokom sesija klijenti su prakticirali specifične vještine za povećanje tečnosti govora tokom obavljanja aktivnosti koje su fokusirane na šest ključnih ACT procesa koji doprinose psihološkoj fleksibilnosti: samokoncept, prihvatanje, svjesnost, vrijednosti i počinjeno djelovanje (Beilby i sar., 2012; Hayes, Strosahl, i Wilson, 1999, prema Lindsay i Langevin, 2017). Beilby i sar. (2012) su izjavili: "ACT se ne usredotočuje na kontrolu ili regulaciju mišljenja, već predlaže drukčiji pristup upravljanju iskustvenim izbjegavanjem i emocionalnom nestabilnošću".

Drugi primjer integriranog pristupa jeste Sveobuhvatni program mucanja (CSP) (Boberg i Kully, 1994; Kully, Langevin, i Lomheim, 2007, prema Lindsay i Langevin, 2017). Prepoznavajući da neki klijenti mogu imati koristi od savjetovanja izvan onoga što se pruža u programu, oni koji su razvili CSP-a ponudili su besplatno

savjetovanje svim klijentima koji su sudjelovali u programima intenzivnog tretmana. Tretman se odnosi na trosedmični intenzivni grupni program i nekoliko neintenzivnih formata (npr., polu-intenzivna, sedmična ili neka kombinacija polu-intenzivnih i sedmičnih sesija). Dokazna osnova za intenzivan program dobro je uspostavljena (Langevin i Kully, 2012; Langevin, Kully, Teshima, Hagler i Prasad, 2010).

Protokol za provođenje tretmana mucanja

Američko udruženje logopeda (1995) daje jasan vodič kako provoditi tretman mucanja, koji predstavljamo u nastavku.

Opći vodič za praktični rad

Dužina i trajanje sesije

Postoje značajne varijacije u dužini i trajanju tretmana i u ukupnom trajanju tretmana. Neki rezidencijalni programi veoma intenzivno tretiraju klijente, 6 ili više sati dnevno tokom nekoliko nedelja. Kliničari koji rade privatno mogu vidjeti klijente jedan, dva ili tri puta nedeljno u dužem vremenskom periodu. U školama i bolnicama vrijeme i trajanje sesija su ograničene prevelikim rasporedom logopeda. Očekuje se intenzivan tretman da se postigne brža promjena, ali intenzivno liječenje sve obuhvatnije mijenja svakodnevnu aktivnost klijenta, stvarajući prepreku za prenos koji kliničar uzima u obzir prilikom planiranja tretmana. Neintenzivni tretman, s druge strane, narušava svakodnevni život klijenta daleko manje, ali može postići promjene tako sporo da klijent postane obeshrabren. Kliničari koji se češće susreću sa klijentima mogu da sekvencioniraju aktivnosti tretmana za rani uspjeh ili da obezbjede druge motivacione aktivnosti kako bi zadržali klijenta i njegovu zainteresovanost za nastavak tretmana.

Određivanje tretmana

Klijenti se mogu uključiti u širok raspon usluga. Neki programi su rezidencijalni, obezbjeđuju tretman, obično intenzivan, u okruženju izvan svakodnevnog života klijenta. Drugi tretmani su u zajednicama u kojima klijenti žive. Oba programa tretmana obezbjeđuju aktivnosti za učinkovito prenošenje novih ponašanja u uobičajene društvene situacije svakodnevnog života. Transfer se može postići pažljivo sekvenciranom, praćenom praksom u stvarnim društvenim situacijama. Programi koji tretiraju klijente samo u ograničenom okruženju i ne predviđaju praćenu praksu novootvorenih ponašanja u prirodnim okruženjima spadaju izvan smjernica dobre prakse. Postoji nekoliko načina praćenja prakse klijenta: (1) direktno promatranje, u kojem je kliničar prisutan tokom praktične sesije, (2) intervju s klijentom nakon praktične sesije, i (3) slušanje, sa klijentom, audiozapisa snimke praktične sesije. U svakom slučaju, monitoring bi trebao uključiti mogućnosti da kliničar raspravlja s klijentom o praktičnoj sesiji kako bi se povećalo razumijevanje i mogućnosti pružanja povratne informacije o izvedbi klijenta. Slušanje audiozapisa koji se šalju mailom i odgovori s pisanim komentarima kliničara, spada izvan smjernica dobre prakse, ako je to jedina metoda prijenosa. Treba priznati, međutim, da postoje okolnosti - kada klijent živi u udaljenom području, na primjer - gdje je možda nemoguće pružiti uslugu koja je unutar smjernica. Najbolja je praksa u takvim okolnostima osigurati da su klijent i kliničar svjesni svih neophodnih ograničenja za tretman.

Postoje također i varijacije u trajanju pojedinih sesija. Općenito, kliničari planiraju sesije tako da su dovoljno duge da ostvare određeni cilj, ali ne tako duge da gube pažnju klijenata kroz umor ili dosadu. Starost klijenta i sposobnost prisustvovanja uzimaju se u obzir pri određivanju trajanja sesija.

Dužina trajanja tretmana

Ukupno trajanje tretmana važna je varijabla u praksi. Kliničari žele biti sigurni da liječenje traje dovoljno dugo za učinkovite promjene, ali i ne žele nastaviti sa tretmanom kada više nema dodatne koristi. Čini se jasnim da intenzivnija terapija obezbjeđuje bržu promjenu od neintenzivne (Prins, 1970, prema Američko udruženje logopeda, 1995). Također, složenost problema klijenta može utjecati na trajanje tretmana. Osobe koje mučaju na način koji je neuobičajeno složen bihevioralno ili koji

imaju druge dodatne probleme ili poremećaje, vjerojatno će zahtijevati znatno duži tretman. Očekuje se da će oni koji imaju kognitivne teškoće ili koji su neredovno dolaziti imati duži tretman. Također, prisutnost jezičkih ili poremećaja artikulacije ili psihoemocionalnog poremećaja može produžiti tretman.

Klijentova osobna razina motivacije i predanost procesu tretmana također će utjecati na trajanje tretmana. Djeca školske dobi, adolescenati i odrasli zahtijevaju duže trajanje tretmana od djece predškolske dobi. Unatoč neizvjesnosti koja ostaje na ovom području, kliničari pokušavaju pružiti klijentima i njihovim obiteljima osjećaj koliko dugo će trajati tretman, uključujući procese održavanja i praćenja.

Kompleksnost tretmana

Mucanje je tipično složeni problem. Može započeti jednostavno, ali obično, i ponekad brzo, postaje složen zbog reakcija, odbrambenih ponašanja i strategija suočavanja osobe koja muca i reakcije drugih u okruženju. Nadalje, kod starije djece i odraslih, komunikacijske teškoće koje mucanje stvara postavljaju barijere u društvenom, obrazovnom i strukovnom životu koje mogu uveliko komplicirati problem. U nekim slučajevima može doći do ozbiljnih emocionalnih poremećaja, poput depresije ili sociopatskog ponašanja. O navedenom treba voditi računa tokom tretmana. Tretmani mucanja koji se ne bave cjelovitim problemom bez obzira na njihovu složenost, nisu primjer dobre prakse.

Specifični vodič za praktičan rad – ciljevi, procesi i kompetencije

Filozofija tretmana u koju kliničar vjeruje, naravno, snažno određuje koji se ciljevi smatraju najvažnijima. Ovaj popis treba uključiti sve ciljeve koji se smatraju prikladnima za sve filozofije tretmana koje trenutno provode logopedi koji rade s osobama koje mucaju. Redoslijed ciljeva navedenih u ovom dokumentu ne odražava njihov redoslijed po važnosti. Priznato je da određeni ciljevi mogu biti poželjni za (neke) klijente, ali ipak su izvan dosega prakse za većinu logopeda. Npr. psihoterapijski ciljevi koji nisu povezani s fluentnošću govora ili roditeljska pitanja koja nisu povezana s djetetovom fluentnošću govora.

Drugi dio navodi procese koji su korisni za postizanje određenih ciljeva. Uključivanje procesa na ovaj popis ni na koji način ne zahtijeva njihovu upotrebu od strane kliničara.

Neki kliničari će se oslanjati isključivo na nekoliko procesa; drugi će kombinirati mnoge različite procese. Popis je pokušaj postavljanja procesa koji su u širokoj upotrebi kod logopeda.

Kriteriji za odabir procesa kombiniraju empirijsko znanje, teoriju i uobičajenu praksu. Na primjer, jedan cilj je smanjenje učestalosti ponašanja mucanja. Procesi koji su se pokazali empirijski u smanjenju ponašanja mucanja na trajni način, primjerice, usporili su roditeljsku brzinu govora, obično su uvijek uključeni. Drugi proces, na primjer smanjenje mucanja uz primjenu instrumentalne metode, može biti uključen iz teorijskih razloga. U nekim slučajevima, empirijska ili teorijska potpora je slaba, a ta je slabost istaknuta u dokumentu.

Treći dio identificira kompetencije - vještine i znanje - koje kliničari mogu koristiti za uključivanje u procese identificirane u drugom dijelu. Kriteriji za uključivanje u ovaj popis kompetencija jednostavno su logički. Ako je promjena kognitivnih struktura koje otežavaju klijentima da razmišljaju o svom govoru na produktivan način, poželjan cilj, onda je kognitivno restrukturiranje koristan proces, a kompetencija u toj tehnici korisna je za kliničare. Razumljivo je da svi kliničari neće imati sve kompetencije, iako se očekuje da će kliničari nastaviti povećavati svoje trenutne sposobnosti kroz stalno obrazovanje.

Željeni ciljevi u procjeni poremećaja fluentnosti govora:

Procjena Cilj 1

Dobiti uzorak govora koji je što je moguće reprezentativniji govor klijenta u svakodnevnoj upotrebi.

Procjena Cilj 2

Dobiti uzorak govora klijenta pod okolnostima koje su konstantne od jednog klijenta do drugog.

Procjena Cilj 3

Generirati, od dobijenog govornog uzorka i incidentalnih observacija, kvantitativnih i kvalitativnih opisa od strane klijentovih fluentnih i nefluentnih govornih ponašanja koji mogu biti povezani sa fiziologijom vokalnog trakta i koje su prenosive drugim zainteresiranim stručnjacima.

Procjena Cilj 4

Dobiti informacije o varijablama koje utječu na razinu fluentnosti govora klijenta i primijeniti na planiranje tretmana.

Procjena Cilj 5

Dobiti informacije o ranom društvenom, fizičkom, bihevioralnom razvoju i razvoju govora klijenta, uključujući informacije o varijablama koje se mogu povezati s porijeklom poremećaja ili njenim razvojem, te ih primijenite na planiranje tretmana.

Procjena Cilj 6

Dobiti informacije o varijablama koje bi mogle utjecati na klinički ishod i/ili prognozu tretmana i primijeniti na planiranje tretmana.

Procjena Cilj 7

Dobiti informacije o drugim komunikacijskim problemima ili poremećajima koji mogu biti ili ne moraju biti povezani s fluentnošću govora.

Procjena Cilj 8

Generirati opise rezultata procjene koji su prenosivi drugim profesionalcima.

Procesi za postizanje ciljeva procjene

Procesi za ostvarenje Cilja 1 – obezbjediti reprezentativan uzorak govora.

Promatranje i snimanje govora klijenta tokom intervju s kliničarom o poremećaju govora, mucanju, kod klijenta.

Promatranje i snimanje klijenta u razgovoru s rođakom ili prijateljicom prije sastanka s kliničarom.

Promatranje i snimanje djeteta koje se igra s roditeljima nakon instrukcija roditeljima da se igraju s djetetom kao što bi inače igrali se kod kuće.

Snimak koji je klijent napravio, razgovor tokom dnevnih aktivnosti na poslu, kod kuće ili bilo gdje.

Procesi za ostvarenje Cilja 2 – uzorak govora iz konstatnih okolnosti

Promatranje i bilježenje govora klijenta kao odgovor na upit za opisivanje standardne, poticajne slike.

Promatranje i bilježenje govora klijenta tokom čitanja standardnog odlomka.

Promatranje i bilježenje govora klijenta dok klijent igra određenu igru sa kliničarem ili, po mogućnosti, s trećom stranom.

Promatranje i bilježenje govora klijenta tokom strukturiranog intervjua, u kojem kliničar postavlja isto pitanje svakom klijentu unošenjem podataka u obrazac za intervju.

Promatranje i bilježenje govora klijenta pri obavljanju određenog govornog zadatka, kao što je opisivanje posla ili omiljene aktivnosti ili školskog predmeta.

Procesi za ostvarenje Cilja 3 – kvantitativni i kvalitativni opis klijentove tečnosti govora

Upravljanje bilo kojim od objavljenih testova za procjenu fluentnosti govora, težine mucanja, stavova prema mucanju i govoru, samoučinkovitosti kao govornika, situacijskim strahovima i ponašanju izbjegavanja.

Upravljanje bilo kojim od različitih sustavnih protokola za kodiranje govornih uzoraka govora tako da odražava kategorije odstupanja, opseg tečnosti govora ili nefluentnosti, te prisutnost i vrsta sekundarnih ponašanja.

Transkripcija govornog uzorka na takav način da tačno odražava svo fluentno i nefluentno govorno ponašanje.

Prepoznavanje i brojanje učestalosti primarnih i sekundarnih ponašanja mucanja.

Mjerenje trajanja diskontinuiranih i kontinuiranih govornih elemenata.

Mjerenje brzine govora (slogovi u sekundi s uključenim pauzama) i artikulacijska stopa (slogovi u sekundi s isključenim pauzama).

Promatranje i bilježenje bihevioralnih i/ili fizioloških mjerenja oralnog, laringealnog i respiratornog ponašanja kako bi se povezalo specifično ponašanje mucanja na moguće događaje vokalnog trakta i procjenjivanje sposobnosti za tečno govorno stvaranje.

Opisati kvalitativno bilo koji od aspekata fluentnosti govora koje nije moguće mjeriti, kao što su razine mišićne napetosti, emocionalne reaktivnosti na govor ili ponašanja mucanja, neverbalnih aspekata ponašanja mucanja, ili anomalija socijalne interakcije kao što je slab kontakt očima, generalizirano nizak mišićni tonus, loš položaj tijela.

Procesi za ostvarenje Cilja 4 –procjenjivanje varijabli koje utječu na fluentnost govora

Razvijati i sustavno testirati hipoteze o varijablama koje bi mogle utjecati na razinu fluentnosti govora, na primjer, polako razgovarati s djetetom koje muca kako bi se vidjelo može li se dobiti mjerljivo poboljšanje tečnosti govora.

Intervjuiranje klijenta ili obitelji klijenta o društvenim okolnostima, riječima, slušateljima, vrstama rečenica, govornim glasovima koji poboljšavaju ili pogoršavaju tečnost govora.

Reprodukcija videokaseta ili audio kaseta interakcija roditelja sa djetetom sa potencijalnim ili aktuelnim poremećajem fluentnosti govora.

Provođenje raznih kratkih postupaka tretmana, kao što su odgođeni auditivni feedback, šaptanje, modifikacija brzine govora.

Procesi za ostvarenje Cilja 5 - dobivanje i korištenje historije razvoja

Razvijanje upitnika ili drugih pisanih materijala (npr. Autobiografija fluentnosti govora) osmišljenih za dobivanje potencijalno relevantnih pozadinskih informacija. Intervjuiranje klijenta, obitelji klijenta ili drugih o razvojnim koracima motoričke kontrole, socijalno-emocionalnog ponašanja, govora i jezika te kognitivne razine.

Procesi za ostvarenje Cilja 6 - dobivanje i korištenje prognostičkih informacija i informacija koje će optimizirati planiranje tretmana

Upravljanje testovima ili čitanje izvješća drugih koji su proveli formalne testove za procjenu inteligencije, stavova, motivacije, razumijevanja, ili drugih prognostičkih pokazatelja.

Izrada neformalnih testova i posmatranja povezanih s inteligencijom, stavovima, motivacijom, razumijevanjem, ili drugih prognostičkih pokazatelja.

Procesi za ostvarenje Cilja 7 - dobivanje i korištenje informacija o zajedničkim problemima

Upravljanje testovima ili čitanje izvješća drugih koji su proveli formalne testove za

procjenu jezika, glasa, artikulacije, psihoemocionalne funkcije, teškoća u učenju, kognitivne razine, ili auditivnih ili vizuelnih nedostataka te korištenje tih informacija za planiranje tretmana i pružanje prognostičkih informacija.

Obavljanje neformalnih promatranja jezika, glasa, artikulacije, psihoemocionalne funkcije, teškoća učenja, kognitivne razine, ili auditivnih ili vizuelnih nedostataka, te korištenje tih informacija za planiranje tretmana i pružanje prognostičkih informacija.

Procesi za ostvarenje Cilja 8 – priopćavanje rezultata procjene

Pisanje izvještaja o procesu procjene koji trebaju pročitati liječnici, psiholozi i drugi stručnjaci koji nisu logopedi.

Pisanje sveobuhvatnog izvješća o procesu procjene koje trebaju proučiti trenutni ili budući kliničari.

Izvještavanje o rezultatima procesa procjene, formalno ili neformalno, klijenta i/ ili klijentove obitelji.

Procesi ostvarenja ciljeva menadžmenta

Nije namjera ovog dokumenta tvrditi da se svi procesi trebaju koristiti sa svim klijentima. Postupak za smanjenje uzbuđenja je koristan samo kod klijenta čija je fluentnost govora pod negativnim utjecajem uzbuđenja. Za svakog klijenta kliničari odabiru skup prikladnih ciljeva, temeljenih na pažljivoj procjeni klijenta. Nakon što se utvrdi koji su prikladni ciljevi za klijenta, pravi se izbor procesa za postizanje tih ciljeva. Ponekad tokom tretmana potrebno je ponovno procijeniti ciljeve i procese, a nakon tretmana također je potrebno pregledati odabir ciljeva i procesa i ocijeniti ih s obzirom na ishod tretmana.

Proces za ostvarivanje Cilja 1 menadžmenta – Smanjenje učestalosti mucanja

Pristup oblikovanju fluentnosti govora:

Usporena brzina govornih pokreta.

Obično se poučava u fazi brzine (npr., brzina I, brzina II i spora-normalna brzina)

Spori početak glasanja.

Usporeno udisanje.

Mekan glas koji se mijenja do punog glasa prije inicijacije samog vokala.

Praksa kako bi se skratilo vrijeme koje je uzeto prije početka glasanja.

Rastavljanje ili kontinuirano izgovaranje.

Lagani artikulacijski kontakti.

Glatki, spori pokreti govora.

Korištenje kompjuterski potpomognutog feedbacka kako bi se klijenti obučili o fluentnosti govora–produkcija koordiniranih pokreta govorne produkcije.

Tretman vokalne kontrole.

Bolji vokalni ton, podrška dahom, puna rezonancija, učinkovit i opušten glas, adekvatna glasnoća.

Tipično praćen sustavnom desenzitizacijom.

Upravljanje izvanrednim okolnostima:

Kombinirana pojačanja za tečno govorenje i blaga, nepristrana kazna za ponašanje mucanja.

Uzastopna aproksimacija (oblikovanje) prema tečnom govoru.

Praksa u sustavno sekvenciranom nizu koraka odakle je najlakše ostvariti fluentan govor prema tamo gdje je teško postići tečnost, na primjer, kroz postupno povećavanje dužine i složenosti govora ili hijerarhijom društvenih situacija koje izazivaju strah.

Korištenje poboljšanja tečnosti govora, u klinici ili putem uređaja za nošenje.

Korištenje računalnih uređaja kako bi se osigurala brza i dosljedna povratna informacija.

Sustavno primjenjeno pojačanje za prirodnije govorenje.

Smanjenje anksioznosti povezane sa govorom:

Sustavna desenzibilizacija u društvenim situacijama.

Desenzitiziranje do iskustva mucanja (suočavanje).

Pseudomucanje (dobrovoljno mucanje ili zavaravanje).

Kroz savjetovanje roditelja, smanjenje ili uklanjanje događaja koji izazivaju anksioznost.

Za prevenciju, obučiti roditelje da pričaju sporije, ali s uobičajenom intonacijom, vremenom i naglaskom.

Za prevenciju, obučiti roditelje da rjeđe razgovaraju, i jednostavnijim jezikom, rjeđe prekidaju i da postavljaju manje pitanja koja zahtijevaju duge složene odgovore.

Proces za ostvarivanje Cilja 2 menadžmenta – smanjenje abnormalnosti, jačine ili trajanja mucanja

Oblikovanje nefluentnosti:

Pomozite klijentu da nauči načine da se razbjesni na uobičajeniji način.

Smanjenje napetosti mišića:

Smanjenje oralne i vokalne mišićne napetosti tokom govora.

Usporena brzina i kontrola brzine.

Izravni prijedlog za smanjenje napetosti mišića u određenim dijelovima vokalnog trakta.

Preporuke za moguću uporabu lijekova kako bi se postiglo opuštanje mišića.

Modifikacija stavova putem tehnika opisanih u nastavku.

Primjena tretmana:

Naučite klijenta razne vrste govornih glasova i kako se fluentno proizvode.

Naučite klijenta vrstama ponašanja mucanja koje klijent koristi.

Naučite tipove unapređenja klijenata - načine mijenjanja od mucanja do fluentnog govora.

Praksa unapređenja u različitim okruženjima.

Radite na jednom ili dva specifična glasa ili glasovnih kategorija odjednom.

Sekvence modifikacije mucanja:

Modifikacija ili poništavanje nakon blokade.

Modifikacija tokom blokade ili izvlačenje.

Modifikacija prije blokade ili pripremni set.

Tehnike:

Povezivanje mucanja s ugodnim događajima, ili igranje igrice.

Dobrovoljno mucanje.

Suprotstavljive (neizbježne) tehnike:

Rasprava s klijentom o specifičnim ponašanjima, okolnostima u kojima su se dogodili i varijablama koje su mogle utjecati na njih.

Slušanje klijenata ili gledanje audio ili videokseta dok govore i raspravljaju o specifičnim ponašanjima i reakcijama.

Proces za ostvarivanje Cilja 3 menadžmenta – smanjenje odbrambenih ponašanja

Izbacivanje odbrambenih ponašanja:

Za sekundarno ponašanje (izbjegavanje):

izravne upute za zaustavljanje sekundarnog ponašanja, uz alternativu ponašanju mucanja, na primjer, modifikacija u blokadi (povlačenja) ili usporen govor ili nadzirana vokalizacija, kaznu (vremensko ograničenje, odgovor ili druga nepristrana kazna) uz alternativu ponašanju mucanja.

Za primarno ponašanje (bježanje), tj. sekvenca modifikacije mucanja poslije blokade, tokom blokade, prije blokade, modeliranje mucanja koje je lako i bez borbe, potom ojačavati klijenta zbog smanjenja ne fluentnosti, izravni prijedlozi, i podsjetnici rasprave o klijentovom mucanju, približavanje situacija straha, ojačati stavove prema mucanju.

Za prevenciju, trening roditelja o opuštenoj proizvodnji povremenih disfluentnosti koji su normalni za djetetovu dob.

Proces za ostvarivanje Cilja 4 menadžmenta –otklanjanje procesa koji možda održavaju ponašanja mucanja

Instrumentalno (operantno) kondicioniranje:

Prepoznajte šta pojačava mucanje.

Ukloniti uvjete u okolini, uključujući i "unutarnje okruženje" klijenta koji pojačavaju mucanje ili obrambeno ponašanje.

Obrambeno protuprovaljivanje:

Utvrđite neželjene posljedice mucanja.

Utvrđite podražaje ili konstelacije podražaja (situacija) koje su povezane s prediktivnim ili nepredvidivim posljedicama, kao hijerarhiju govornih situacija.

Utvrđite ponašanja koja završavaju ili izbjegavaju neželjene posljedice.

Pružite iskustva klijentu u kojem se pojavljuju uvjetovani podražaji, ali ponašanje izbjegavanja NIJE izvršeno i ne dolazi do neželjenih posljedica.

Pomozite klijentu da nauči kako se nositi s stresnim situacijama dok još upotrebljava nove vještine fluentnog govora.

Vicarious uređaj:

Odredite govorne modele koji jačaju fluentan govor ili koji utiču na izbjegavanje mucanja ili pokušavaju izbjeći mucanje (tj. upotrebljavaju odbrambeno ponašanje) ili koji pokazuju negativne emocionalne reakcije na odstupanje.

Savjetujte, trenirajte ili izmijenite ponašanje tih modela kako biste uklonili ili smanjili pojavu posrednog kondicioniranja.

Manipuliranje okoline:

Promijenite okolinu klijenta, vanjsku ili unutarnju, kako biste uklonili bilo koji postupak kondicioniranja koji pogoršava ili održava ponašanje mucanja:

savjetovanjem drugih

savjetovanjem klijenta

osigurati iskustva koja će promijeniti stavove ili uvjerenja koja rezultiraju štetnim procesima kondicioniranja.

Proces za ostvarivanje Cilja 5 menadžmenta - pomaganje klijentima naučiti kako donositi odluke o svakodnevnim govornim situacijama

Identificiranje određenih odluka o društvenom ponašanju koje mogu utjecati na fluentnost govora, na primjer, odlučivanje da li dopustiti kolegi da odgovori na telefon, iako je klijent bliži telefonu.

Savjetovanje, uključujući i osjetljiva objašnjenja o tome kako odluke temeljene na obrambenim reakcijama služe za povećanje straha i smanjenje samopouzdanja.

Identificirati, uz pomoć klijenta, ostvarive ciljeve ponašanja za učinkovitije donošenje odluka.

Planirati aktivnosti koje će pružiti priliku da klijent donese bolje odluke.

Ojačajte klijenta za donošenje odluka koje pridonose većem i sigurnijem govorenju.

Pomoći klijentima predvidjeti prirodne posljedice svojih odluka da koriste ili ne koriste naučene tehnike obrade u svakodnevnim aktivnostima.

Sudjelovanje u grupi za podršku s drugim ljudima koji mučaju.

Proces za ostvarivanje Cilja 6 menadžmenta – povećanje društvenih aktivnosti i ponašanja govorenja

Ulazak u govorne situacije kojih su se prethodno bojali.

Poticanje i pojačanje za češće razgovore u širem rasponu situacija, strukturirano hijerarhijski od najmanje do najstresnije ili zastrašujuće.

Potaknite klijenta da sudjeluje u grupi za samopomoć.

Korištenje uređaja za povećanje tečnosti govora kako bi se omogućila bolja društvena aktivnost koja bi inače bila previše zastrašujuća za klijenta.

Proces za ostvarivanje Cilja 7 menadžmenta – povećanje samopoštovanja ili revizija perfekcionistačkog stava prema govoru

Savjetujte klijenta kako biste osigurali uspješna iskustva bilo koje vrste.

Savjetujte klijenta kako biste osigurali uspješna govorna iskustva.

Validacija klijenta kao osobe i govornika:

Slušajte klijenta i pokažite zahvalnost klijentu kao osobi.

Poslušajte klijenta i potvrdite aspekte govora koji nisu povezani s tečnošću govora, kroz izraženu zahvalnost za aspekte govora klijenta koji su normalni ili superiorni, npr. kvaliteta glasa, izražajnost, izbor riječi, artikulacija.

Poslušajte klijenta i provjerite tečnost govora, tamo gdje je to prikladno, izraženom zahvalom za situacije gdje se mucanje smanjilo.

Prijenos sličnih vještina slušanja klijentu (samo-slušanje).

Pomoći klijentu postići bolju identifikaciju samoga sebe kroz grupu za podršku ili druge aktivnosti.

Osigurati povećanu toleranciju nedostataka kroz savjetovanje, modeliranje.

Pozitivan trening samorazgovora i afirmacije.

Proces za ostvarivanje Cilja 8 menadžmenta – smanjenje negativnih reakcija na mucanje i društvene situacije koje su uključivale mucanje u prošlosti

Sukobna desenzibilizacija na mucanje:

Razgovarajte o mucanju s klijentom na objektivan način.

Neka klijenti nauče, kroz samo-demonstracije, da se govor poboljšava kad "daju dopuštenje za mucanje" ili mucaju namjerno.

Namjerno mucanje u kliničkoj situaciji.

Namjerno mucanje u stvarnim situacijama.

Vodite evidenciju o situacijama u kojima su klijenti namjerno ubrzavali ili su dopustili da mučaju.

Desenzibilizacija u situacijama koje izazivaju anksioznost:

Tradicionalna sustavna desenzibilizacija:

stvaranje hijerarhije riječi koje izazivaju strah, slušatelja i situacija potičući fizičko i emocionalno opušteno stanje, zamišljanje situacija koje izazivaju strah u opuštenoj situaciji,

zamišljanje sebe u razgovoru sa slušateljima koji izaziva strah dok je u opuštenom stanju,

zamišljanje sebe stvarajući riječi koje izazivaju strah dok je u opuštenom stanju
zamišljanje mucanja dok je u opuštenom stanju,

testiranje učinaka tih iskustava u stvarnim situacijama,

in vivo sustavna desenzibilizacija:

... riječi koje izazivaju strah, slušatelji i situacije

sustavno govoriti u stvarnim životnim situacijama, počevši od najlakših elemenata u hijerarhiji, i postupno povećavajući razinu težine. Uređaj za poticanje fluentnosti govora može pružiti mjesto za početak ovog postupka, iako će biti važno odučiti klijenta od uređaja kako ne bi stvorili ovisnost o njemu.

Proces za ostvarivanje Cilja 9 menadžmenta – nošenje sa udruženim problemima

Upućivanje na druge stručnjake u pogledu psihoemocionalnih ili teškoća u učenju.

Timski tretman s drugim logopedom kako bi istovremeno radili na jezičkim, fonološkim ili glasovnim problemima.

Sinkronizacijski tretman kako bi se riješio problem po problem. Obično to znači odgađanje rada na jeziku, ili artikulaciji sve dok fluentnost ne bude pod kontrolom, ali ponekad to znači odgađanje rada na fluentnosti dok se ne postigne napredak na drugom poremećaju, na primjer, poboljšanju razumljivosti govora.

Proces za ostvarivanje Cilja 9 menadžmenta – obezbjeđivanje informacija koji su značajni za druge:

Izravno savjetovanje roditelja, supružnika, braće i sestara i drugih.

Biblioterapija za roditelje, supružnike, liječnike, psihologe i druge.

Korištenje audio i video vrpce kako bi klijentima i roditeljima klijenata predstavili primjere specifičnih ponašanja i reakcija.

Pružite informacije o drugim pristupima liječenju, uređajima za liječenje, samopomoći i grupama za podršku.

TRETMANI ZA DJECU PREDŠKOLSKE DOBI KOJA MUCAJU

Lidcombe Program

Lidcombe Program (LP) je tretman za rano mucanje koje uključuje verbalne kontigencije roditelja prema djetetu, za tečan govor i za mucanje (Arnott i sar., 2014). Program je namijenjen za upotrebu kod djece mlađe od 6 godina (Packman i sar., 2011), ali se koristi i kod djece u osnovnoj školi (Bakhtiar i Packman, 2009; Koushik, Shenker, i Onslow, 2009; Lincoln, Onslow, Lewis, i Wilson, 1996; Miller i Gitara, 2009). Tokom sedmične posjete klinici s djetetom, logoped trenira roditelje kako primjeniti tretman. Roditelji koriste verbalne kontigencije tokom faze 1 i povremeno tokom faze 2 programa. Verbalne kontigencije roditelja odnose na komentarisanje kada dijete muca ili govori tečno. Verbalne kontigencije za fluentan govor mogu uključivati pohvale, kao što je "super tečan razgovor". Kontigencije za mucanje mogu uključivati zahtjev za samoregulacijom - na primjer, "Možete li reći tu riječ ponovo?" Kontigencije se daju tokom strukturiranog razgovora 10-15 minuta dnevno. Također se javljaju tokom nestrukturiranih razgovora kao što je putovanje u predškolsku ustanovu ili tokom kupanja, sve dok mucanje nije rijetkost (Arnott i sar., 2014).

Arnott i sar. (2014) opisujući LP dalje navode da, roditelji bilježe jačinu mucanja tokom dana (SR), što, u kombinaciji sa sličnim mjerama kliničara, dokumentira odgovor na tretman i obavještava o procesu tretmana. SR ljestvica s 10-tački definira 1 kao nema mucanja, 2 kao ekstremno blago mucanje, a 10 kao izrazito teško mucanje. Za vrijeme Faze 1 tretmana, djeca nastoje postići da uopće ne mucaju ili da budu gotovo bez mucanja. Kriteriji govora za napredovanje u Fazu 2 su tri uzastopne posjete klinici gdje je logoped ocijenio SR sa 1 ili 2 i tri uzastopne posjete gdje je roditelj označio na dnevnoj osnovi SR sa 1 ili 2, pri čemu su najmanje četiri od njih 1. Faza 2 je faza održavanja tretmana, koja je dizajnirana kako bi se osiguralo da dobiveni tretmani, kako su određeni tim kriterijima, budu izdržljivi. Faza 2 zahtijeva rjeđe posjete klinici nego Faza 1, obično u razdoblju od 12 mjeseci. Tokom faze 2, liječenje se postupno povlači, s ciljem održavanja govora bez mucanja ili gotovo bez mucanja.

Na veb stranici Australijskog centra za istraživanje mucanja može se pronaći grafikon u koji se unosi jačina mucanja tokom dana za LP (http://sydney.edu.au/health-sciences/asrc/docs/severity_rating_chart_2015.pdf)

Ime

Str.

Ocjena jačine mucanja
 SR 0 = nema mucanja; SR 1= ekstremno blago mucanje
 SR 9 = ekstremno jako mucanje

9 8 7 6 5 4 3 2 1 0						9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

Slika 2. Grafikon u koji se unosi jačina mucanja tokom dana za LP (http://sydney.edu.au/health-sciences/asrc/docs/severity_rating_chart_2015.pdf)

Arnott i sar. (2014) su utvrdili da grupna primjena Lidcombe programa je učinkovita alternativa individualnoj primjeni. Roditelji su se pozitivno ocijenili grupni model i tretman, logopedi su pronašli da je ovakva terapija klinički zadovoljavajuća.

LP je zasnovan na dokazima koji uključuju tri faze prvog pokusa (Harrison, Wilson, i Onslow, 1999; Onslow, Costa i Rue, 1990; Wilson, Onslow, Lincoln, 2004), pet faza drugog pokusa (Jones i sar., 2008; Lewis, Packman, Onslow, Simpson i Jones, 2008; Lincoln i Onslow, 1997; Onslow, Andrews, i Lincoln, 1994; Rousseau, Packman, Onslow, Harrison, i Jones, 2007) i jedna faza trećeg randomiziranog kontroliranog ispitivanja (Jones i sar., 2005). Faza I odnosi se na preliminarna ispitivanja novog tretmana. Ispitivanja u fazi II obično imaju veći broj sudionika i istražuju vjerovatnost i relativnu veličinu efekata tretmana, dok je faza III randomizirano kontrolirano ispitivanje što se smatra "najboljim izvorom dokaza o učinku intervencije" (NHMRC, 2000, str.9). Meta-analiza randomiziranog kontroliranog dokaza o tretmanu (N = 134; Onslow, Jones, Menzies, O'Brian, i Packman, 2012, prema Arnott i sar., 2014) je izvijestila o omjeru vjerojatnosti od 7,5; to jest, oni koji su koristili LP su imali 7,5 puta veću vjerojatnost oporavka od mucanja u periodu od 9 mjeseci u usporedbi s onima koji nisu bili uključeni u tretman.

Starkweatherovi zahtjevi i Model kapaciteta mucanja (DCM)

U Holandiji standardna praksa tretmana za predškolski uzrast jeste tretman pod nazivom Starkweatherovi zahtjevi i Model kapaciteta mucanja (DCM) (Gottwald i Starkweather, 1999; Starkweather, 1987, 1997; Starkweather i sar., 1990, prema Franken, Kielstra-Van der Schalk, i Boelens, 2005). Ključna pretpostavka ovog modela je da se mucanje promovira kada zahtjevi za tečnim govorom prekoračuju kapacitete djeteta za tečnošću. Zahtjevi i kapaciteti su kategorizirani kao motorički, emocionalni, lingvistički ili kognitivni. Tretman ima za cilj smanjenje zahtjeva i povećanje kapaciteta u ove četiri domene razvoja. Kao i kod LP, primjena DCM-a se provodi od strane roditelja. Na primjer, roditelji govore polako i daju djetetu više vremena za govor kako bi se smanjili zahtjevi za govornu motoriku (Franken i sar., 2005).

Franken i sar. (2005) poredili su dva tretmana mucanja u djece predškolske dobi. Trideset djece slučajno su određeni i kod njih primjenjen ili LP ili DCM. Učestalost i jačina mucanja značajno je smanjena za obje skupine. Nisu pronađene razlike među uspjehnosti u navedene dvije metode.

TRETMANI ZA DJECU ŠKOLSKE DOBI KOJA MUCAJU

Andrews i sar. (2016) navode da postoji mali broj kliničkih dokaza koji bi vodili logopede kako liječiti mucanje. Ova je situacija istaknuta u uredništvu časopisa *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, gdje je izjavljeno da "...tokom proteklih 10 godina, ni jedna studija temeljena na podacima koji su se usredotočili na izgradnju tečnog govora kod djece školske dobi nije objavljena u časopisima Američkog udruženja logopeda, i samo jedna takva studija (Koushik, Shenker, i Onslow, 2009) objavljena je u časopisu *Journal of Fluency Disorders*" (Nippold, 2011).

Andrews i sar. (2016) daju pregled tretmana koji se mogu koristiti kod djece školske dobi koja mucaju, uz opis njihove primjene i sa dokazima o njihovoj učinkoviti.

Restrukturiranje govora

Povijesno gledano, tretmani restrukturiranja govora (Onslow i Menzies, 2010) imaju naj snažniji dokaz o uspješnosti za školsku populaciju (Boberg i Kully, 1994; Craig i sar., 1996; Hancock i sar., 1998; Kully i Boberg, 1991, Ryan i Van Kirk Ryan, 1995, prema Andrews i sar., 2016). Međutim, postoji niz problema s ovim pristupom. Prvo, neprestana upotreba neprirodnog govornog obrasca vjerojatno neće privući djecu. Za osobe koje su izložene riziku od društvene anksioznosti zbog negativnog socijalnog uvjetovanja, neobičan uzorak koji bi mogao privući pažnju na govornika, klinički je kontraindiciran. Drugo, liječenje je povezano s relapsom za sve dobne skupine. Konačno, tretmani restrukturiranja govora koje su Craig i sar. (1996) razvili za upotrebu za intenzivne oblike liječenja, zahtijevaju značajnu kliničku infrastrukturu i vrijeme. Navedeno predstavlja barijeru prevođenja rezultata kliničkih ispitivanja, jer većina logopeda ne bi imala infrastrukturu za korištenje takvog logističkog formata.

Craig i sar. (1996) prikazali su rezultate kontroliranog ispitivanja dječjeg mucanja. Cilj istraživanja bio je, prvo, uporediti učinkovitost tri tretmana, te, drugo, uporediti ta tri tretmana s kontrolnom skupinom koja nije uopće bila uključena u tretmanski postupak. Tri tretmana uključivala su intenzivan miran, nesmetan govor, intenzivnu povratnu elektromiografsku (EMG) informaciju i miran, nesmetan govor kod kuće. Djeca/adolescenti procjenjivani su u tri govorna konteksta, i to postotak slogova na kojima se muca (% SS) i broj slogova izgovorenih u minuti (SPM), a rezultati su procijenjeni ponovo 12 mjeseci kasnije. Analize su pokazale značajne razlike između kontrolne

skupine i svih triju skupina uključenih u tretman, i to tokom razgovora na klinici, na telefonu i kod kuće. Rezultati sugeriraju da su sva tri tretmana za djecu u dobi od 9 do 14 godina koja mucaju, dugoročno kod više od 70% ispitanika, iako su EMG povratne informacije i tretmani kod kuće bili superiorniji.

Kontingentna stimulacija verbalnog odgovora

Pokazalo se da kontingentna stimulacija verbalnog odgovora ima kliničku vrijednost za djecu predškolske dobi koja mucaju, posebno za Lidcombe program. Postoji pitanje o tome jesu li takvi mehanizmi izravno povezani s roditeljskom upotrebom kontingentne stimulacije verbalnog odgovora (Donaghy i sar., 2015). Pretpostavlja se, na primjer, da tretman ima efekat na govor, uslijed djetetovog prakticiranja fluentnog govora, kao odgovor na roditeljske kontingente, dok je mozak još uvijek visoko plastičan (Venkatagari, 2005). Bez obzira na to, klinička ispitivanja stimulacije izazvane verbalnim odgovorom s djecom školske dobi pokazuju neke dokaze o djelovanju tretmana (de Kinkelder i Boelens, 1998; Hewat, Onslow, Packman i O'Brian, 2006; Lincoln, Onslow, Lewis i Wilson, 1996; Ryan i Van Kirk Ryan, 1983, prema Andrews i sar., 2016) s dokazima o smanjenju učinka liječenja sa starijom dobi (Koushik i sar., 2009).

Govor ograničen na slogove

Drugi tretman koji je posljednjih godina dobio obnovljenu pažnju za školsku populaciju je slogovno – ograničen govor (STS). Stoljećima je poznato da govorenje svakog sloga u ritmu smanjuje mucanje. Preporučuje se kao tretman mucanja tokom ranog 20. stoljeća. Postoje tri izvješća o upotrebi STS-a kao tretmana za djecu školske dobi (Alford i Ingham, 1969; Andrews i Harris, 1964; Greenberg, 1970, prema Andrews i sar., 2016). Andrews i Harris (1964, prema Andrews i sar., 2016) koristili su STS za tretman djece i odraslih i promatrao grupu djece (pet 11-godišnjaka) koji su pokazali bolji odgovor nego adolescenti ili odrasli. Ubrzo nakon toga, Alford i Ingham (1969, prema Andrews i sar., 2016) koristili su STS u tretmanu devetero djece u dobi od 7-10 godina, opet s obećavajućim rezultatima za neku djecu u toj dobnoj skupini. Konačno, Greenberg (1970, prema Andrews i sar., 2016) proveo je studiju s 20 djece u dobi od 9 do 11 godina. Deset je bilo upućeno da usklade svoj govor prema metronomu koji je

postavljen na 98 otkucaja u minuti, dok je za ostale 10 metronom otkucavao u pozadini, ali nisu dobili upute da se njihov govor uskladi s tim. Mucanje je smanjeno za obje skupine za oko 50%.

U skorije vrijeme, Andrews i sar. (2012) istraživali su STS kod desetero djece u dobi od 6-11 godina. Tretman je uključivao obuku djece i njihovih roditelja da koriste STS pri normalnoj brzini govora. Primijenjen je neprogramirani format tretmana koji nije uključivao sustavno, postupno povećanje brzine govora. Tehnika je prakticirana u klinici i kod kuće tokom svakodnevnih razgovora djeteta i roditelja. Rezultati su pokazali značajno smanjenje mucanja kod 4 od 10 sudionika, iako je došlo do znatne razlike u odgovoru na tretman. Međutim, interesantno je da je devet sudionika pokazalo značajno smanjenje mucanja tokom prvih 6 sedmica tretmana, što ukazuje da je STS imao neke zasluge za to. Međutim, činilo se da je jednostavno prakticiranje STS-a kod kuće svaki dan, što se dogodilo u ovom ispitivanju, nije bilo dovoljno za daljnje smanjenje mucanja ili za održavanje početnih dobitaka za većinu ispitanika. Značajno, nije bilo dokaza o bilo kakvom rezidualnom uzorku govora nakon tretmana. Andrews i sar. (2016) proveli su istraživanje gdje su trenirali djecu i njihove roditelje da koriste STS u razgovoru. Roditelji su također učili koristiti verbalne kontigencije (roditelji komentiraju kada dijete muca ili ne), kao odgovor na govor njihovog djeteta za vrijeme mucanja i tečnog govora, i da pohvale korištenje STS-a kod djeteta. Procjene ishoda provedene su prije tretmana, na završetku Faze 1 programa i 6 mjeseci i 12 mjeseci nakon Faze 1. Utvrđeno je 77% smanjenja mucanja 12 mjeseci nakon tretmana za cijelu grupu, a 82% kada su isključeni rezultati dva ispitanika. Pokazalo se da je kod jedanaestero djece smanjeno izbjegavanje govornih situacija, a 18 je bilo zadovoljnije svojom tečnošću govora nakon tretmana. Međutim, bilo je nekih sugestija da kontrola mucanja nije bila dovoljna kako bi u potpunosti eliminirala izbjegavanje govornih situacija.

Strategije za pružanje podrške djeci koja mucaju osnovnoškolskog uzrasta

U nastavku navodimo strategije za pružanje podrške djeci koja mucaju osnovnoškolskog uzrasta koje navode Healey i Scott (1995).

Osnovni principi terapije

Logopedi koji rade u školama imaju važnu ulogu u pružanju pomoći djeci koja imaju poremećaj fluentnosti govora, naročito u ranoj fazi pojave poremećaja. Istraživači Mallard, Gardner, i Downey (1988) su utvrdili da se samo 24% logopeda koji rade u školama osjeća samouvjereno u svojoj sposobnosti da provode terapiju ovog poremećaja. Približno 60% njih je izjavilo da "treba pravac" u razvoju i implementaciji programa tretmana za djecu koja mucaju.

Često se čini kao najbolja alternativa korištenje istih pristupa, strategija ili programa za svu djecu koja mucaju. Međutim, iako jedan program ili pristup može biti odgovarajući za neku djecu koja mucaju, sigurno će biti neodgovarajući za neku drugu djecu koja mucaju. Kada ta djeca ne pokažu poboljšanja logopedi počinju da postavljaju pitanja da li metode, programi i/ili motivacija djeteta utječu na uspjeh ili neuspjeh terapije. Promjene u pristupu tretmanu su neophodne u zavisnosti od uzrasta djeteta i okolnostima koje okružuju poremećaj. Naprimjer, terapija za dijete prvog razreda se značajno razlikuje od terapije djeteta petog razreda.

Učenici prvog razreda ne pokazuju strah, stid i obično ne izbjegavaju govoriti zbog mucanja, dok učenici petog i šestog razreda su obično već razvili strah od govora i izbjegavaju govoriti i već imaju negativne stavove prema terapiji.

Dakle, naponi direktno usmjereni na poboljšanje fluentnosti govora kod starijih učenika su neproduktivni ukoliko ne uključimo i istraživanje emocija i stavova djeteta prema mucanju. Kod starijih učenika svaka sesija treba predstavljati priliku za dijete da se osjeća prihvaćenim i da ima osjećaj da ga neko razumije.

Logopedi u školama trebaju biti osobe u djetetovom životu koje slušaju njihove poruke i osjećaje, možda prije nego neko ko poboljšava kvalitet njihove fluentnosti govora. U tom smislu, školski logoped predstavlja susosjećajnu osobu koju dijete ne može naći nigdje drugo.

Ni u kom slučaju školski logoped ne smije vidjeti ovakvu formu terapije kao "gubljenje vremena". Stvaranje mjesta gdje se dijete može suočiti sa svojim mucanjem i gdje

može slobodno komunicirati je korisno na duge staze. Logoped treba biti aktivan i suosjećajan slušatelj kada god se ukaže potreba.

Osnovni principi terapije školske djece koja mucaju

Postoji nekoliko principa za provođenje tretmana školske djece koja mucaju.

Navest ćemo 8 principa za koja se vjeruje da su značajna u tretmanu školske djece koja mucaju:

Logoped treba da bude fleksibilan u dizajniranju i implementaciji programa tretmana.

Navedeno se odnosi na to da logoped treba da ima široko znanje o različitim pristupima u tretmanu mucanja. Neće sva djeca koja mucaju imati uspjeha ukoliko koristio jedan te isti pristup. Logoped treba prilagoditi program djetetu a ne dijete programu.

Dobra povezanost treba biti uspostavljena između djeteta i logopeda. To znači da logoped treba odvojiti vrijeme da upozna dijete i njegove interese. Snažna veza povjerenja i poštovanja treba biti uspostavljena. Iznošenje osjećanja, stavova će pomoći u izgradnji snažne veze između logopeda i djeteta.

Logoped treba odvojiti vrijeme za razumijevanje kako dijete kognitivno percipira događaje i iskustva oko sebe. Kognitivna komponenta terapije mucanja (npr., konceptualno znanje i razumijevanje "sporog govora" i "laganog početka glasanja") je ključno za uspjeh.

Kada su dugotrajne promjene u fluentnosti govora napravljene javlja se osjećaj kontrole govornog procesa, pozitivne reakcije u odnosu na mucanje, povezanost s govorom ili osjećaj da je mucanje reducirano i odgovarajuće promjene u načinu govora su odabrane. Često, "uspješna terapija" ne znači da će dijete smanjiti disfluentnosti u govornim situacijama. Prije se može reći da je tretman efektivan ako dijete komunicira lako u situacijama kada god ili s kim god to ono odabere.

Logično je da će se plan terapije razvijati na temelju podataka prikupljenih tokom procjene. Ipak, ako je procjena provedena da bi se samo utvrdilo da li je dijete potrebno uključiti u terapiju, onda podaci potrebni za provođenje tretmana mogu biti nekompletni.

Procjena i dublja analiza nefluentnosti govora treba biti urađena u početnoj fazi terapije. Ham (1990, prema Healey, i Scott, 1995) navodi brojne faktore koje je potrebno uzeti u obzir prilikom procjene. Navodi procjenu oblika mucanja, kvantitativne i kvalitativne pokazatelje djetetove fluentnosti govora, odgovor djeteta na stres,

reakcije roditelja na mucanje i prisustvo artikulacijskih i/ili jezičkih poremećaja uz mucanje.

Terapija treba biti planirana prema raspoloživom vremenu logopeda, rasporedu terapije i količini uključenosti roditelja. Uspjeh terapije može biti ograničen ukoliko je prisutno previše ograničenja i ukoliko izostane podrška roditelja.

Promjene u fluentnosti govora ne mogu se napraviti ukoliko ne postoji direktno rukovođenje problemom. Ovaj princip odnosi se na to da logoped ima znanje da može donijeti odluku o tretmanu zasnovanom na podacima dobivenim prilikom procjene na osnovu faktora koji doprinose mucanju. Ovi faktori bi trebali biti reevaluirani periodično tokom tretmana kako bi se blagovremeno, ukoliko je potrebno, uvodile promjene u tretman.

Neophodno je i razumno očekivati da dijete školskog uzrasta može pretpostaviti odgovornost za promjene u rukovođenju mucanja. Svako dijete treba naučiti i pokazati samokorektivno ponašanje a ne da logoped provodi sav monitoring. Drugim riječima, svako dijete treba biti aktivan učesnik u terapiji.

Pristupi u tretmanu mucanja

Tretman djeteta školskog uzrasta koje muca je fokusiran na "oblikovanje fluentnosti," "modifikaciju mucanja," ili integraciju dva pristupa tretmanu.

Oblikovanja fluenosti govora - uspostavljanje fluentnosti u kontroliranim stimuliranim situacijama.

Modifikacija mucanja - redukcija u jačini mucajućih pokreta ili negativnih emocija.

Ukoliko radimo samo na fizičkim promjenama neophodnim za fluentan govor i ignoriramo efekat negativnih stavova i emocionalnih odgovora nećemo imati uspjeha. Trening fluentnosti ne može biti bez razmatranja djetetove samouvjerenosti kao govornika.

Psihološki i emocionalni faktori su pod utjecajem toga kako dijete vjeruje da se može nositi sa nefluentnošću u govoru u određenim situacijama. Samopouzdanje i pozitivna slika o samom sebi će u većini slučajeva odrediti fluentnost govora djeteta u datim govornim situacijama. Neka djeca su naučena da sasvim fluentno govore u ordinaciji logopeda kada su emocionalno prirodne situacije razmotrene sa logopedom. Ali, kada emocionalna poruka poraste dolazi do smanjivanja fluentnosti govora djeteta.

Također je dokazano da neće ni jedan tretman biti uspješan dok se ne uzmu u obzir kognitivne sposobnosti djeteta. To se odnosi na činjenicu kako dijete rješava probleme, konceptualizira i dodjeljuje značenja objektima i događajima. Djeca uzrasta između 7 i 11 godina su orijetirana na događaje koji su se skoro desili prije nego na događaje koji su se davno desili. Povrh toga, događaji trebaju biti prezentirani konkretno, a ne apstraktno kako bi dijete to razumilo. Dakle, djeca ovog uzrasta trebaju razumnu strukturu i višestruka ponavljanja događaja.

Djetetova nesposobnost da razumije koncepte ili tehnike može biti usljed neodgovarajućeg broja ponavljanja koja nisu u skladu sa djetetovim kognitivnim razumijevanjem.

Na kraju, važno je zapamtiti da uspješnost tretmana ovisi o brojnim faktorima kao što su dužina i redovnost dolaska na tretman, odgovor djeteta na program, podrška roditelja, odgovornost djeteta pokazuje se u promjenama i rukovođenju samog mucanja. Treba naglasiti da terapija zahtjeva jako puno vremena s obzirom da se promjene u ponašanju i stavovima ne mogu desiti brzo. Djeca u školama su obično uključena u tretman godinu dana, nekada i duže, u zavisnosti od broja seansi koje je bilo moguće organizirati sedmično.

Integrativni pristup tretmanu

Ovaj pristup tretmanu odnosi se na integraciju oblikovanja mucanja i modifikaciji mucanja. Pristup je podijeljen u tri faze. Prva faza uključuje identifikaciju i razumijevanje fluenosti i mucanja. Druga faza fokusira se na instrukcije i integraciju procedura oblikovanja mucanja i modifikaciji mucanja. Treća faza odnosi se na transfer poboljšanja na području govora u govorne situacije izvan kliničkog okruženja.

Prva faza

Cilj prve faze programa jeste da se logoped upozna sa djetetom koje muca i da razumije prirodu problema mucanja. Da bi to bilo uspješno, prvo se fokusiramo na uspostavljanje dobre veze sa djetetom. Intencija je razumjeti sve o djetetu kao osobi. Jedan od načina jeste da razgovaramo s djetetom o njegovim interesima kao što su omiljeni sport, igrice, filmovi, tv programi. Informacije dobivene iz diskusije o ovim

temama mogu poslužiti kao osnova za neformalnu konverzaciju sa djetetom, aktivnostima treninga fluentnosti, aktivnosti transfera kasnije u terapijskom programu. Sljedeći korak za logopeda jeste da istraži stupanj svjesnosti djeteta o poremećaju fluentnosti. Emocionalna svjesnost se odnosi na to kako se dijete nosi sa problemima mucanja na dnevnoj bazi. Inteliktualna svjesnost odnosi se na stupanj u kojem dijete shvaća kada se javlja momenat mucanja i šta doživljava u tom momentu.

Nije neuobičajeno da dijete školskog uzrasta nije svjesno da govori drugačije od ostale djece i koje ima neki stupanj emoconalne reakcije kada se mucanje javlja. Za procjenu reakcija i stavova o mucanju može se koristiti Children's Attitudes About Talking-Revised (De Nil i Brutten, 1991). Istraživanje svjesnosti djeteta o mucanju je zasnovano na tome da dijete ne može adresirati problem dok ga ne prepozna ili ne prizna otvoreno.

Za djecu koja nisu svjesna ili imaju teškoće da otvoreno razgovaraju o njihovom mucanju, korisno je uspostaviti stupanj svjesnosti ili neki stupanj otvorenosti prije nego se diskutuje o procesima uključenim u fluentan govor i mucanje.

Kada razgovaramo o djetetovoj svjesnosti o mucanju može biti korisno utvrditi kako dijete doživljava momente mucanja imitirane od strane logopeda. Prvo neko vrijeme radimo s djetetom na identificiranju imitiranih momenata mucanja iz govora logopeda. Također tražimo od djeteta da prepozna naše imitiranje sekundarnih ponašanja koje dijete pravi kako bi izbjeglo ili prikrilo mucanje.

Van Riper (1982, prema Healey, i Scott, 1995) navodi ovaj model kao način da se reduciraju negativne emocije povezane sa mucanjem. Dell (1979, prema Healey, i Scott, 1995) naglašava da povećanje djetetove svjesnosti o mucanju je važna faza kognitivnog razumijevanja razlika između fluentnog govora i mucanja. Također pomaže i u razvoju općeg "jezika mucanja" između logopeda i djeteta.

Za neku djecu koja mucaju ova aktivnost povećat će svjesnost o mucanju u govoru drugih ljudi kao i u vlastitom govoru. Ipak, tokom treninga svjesnosti, bilo je primjera gdje dijete kaže "Ja čujem tebe kada mucaš, ali ne i sebe kada mucam." Za ovakvo dijete treba koristiti audio i video snimke djetetovog mucanja unutar spontanog govora. Djetetu treba pustiti segmente govora gdje je mucalo. Kada dijete počinje prepoznavati momente mucanja uspostaviti ćemo signal, kao što je podizanje ruke, kada se oboje slažemo da se javlja momenat mucanja.

Sljedeći korak uključuje diskusiju i analizu govornog ponašanja povezanog s mucanjem ili fluentnošću. Intencija nije da se poveća osjetljivost djeteta na mucanje

niti detaljno ocjenjuje mucanje. Ustvari, zainteresirani smo za poznavanje kako se dijete osjeća vezano za njegovo mucanje. Da li se stidi, da li je ljuto, bespomoćno?

Također želimo pomoći djetetu da razumije vezu između straha od govora i promjena koje se javljaju u govornom mehanizmu tokom momenata straha ili negativne samopercepcije. Želimo naglasiti da normalna reakcija tokom situacija straha jeste povećanje mišićne napetosti po cijelom tijelu. Većina napetosti se osjeća u muskulaturi vrata, jezika ili vilice.

U ovoj fazi, logoped može razviti opći “jezik fluentnosti”. Jezik fluentnosti odnosi se na različite sposobnosti kao što su spora brzina, kontrola izlaznog zraka tokom govora, lagan početak fonacije, odgovarajuća glasnoća koja je neophodna za fluentan govor. Važno je naglasiti da koordinirani pokreti govornog mehanizma javljaju se kada se ove sposobnosti fluentnog govora koriste.

Kako bi povećali djetetovu kognitivnu svjesnost o ovom konceptu, trebamo uzeti u obzir uzrast djeteta. Za djecu do trećeg razreda koristimo slike i crteže govornog mehanizma i objašnjavamo na jednostavan način termine kao što su respiracija, fonacija, artikulacijski sistem. Naprimjer, stavimo ruku djeteta na prsa kako bi osjetilo pokrete tokom udisaja i izdisaja. Također treba da osjeti vibracije iz vlastitog larinksa dok broji ili izgovara dane u sedmici uz kontinuiranu fonaciju.

Za djecu 4. – 6. razreda koristimo crteže ili slike govornog mehanizma kao i kod mlađe djece, ali koristimo i video segmente gdje kliničar imitira momente mucanja. Dijete tada može razgovarati o dijelovima govornog sistema koji su poremećeni u govoru logopeda. Logoped ne treba da procjenjuje ili komentariše djetetovu sposobnost da analizira, procjenjuje ili razumije ponašanje za vrijeme mucanja.

Za stariju djecu, pomažemo im da razumiju procese potrebne za normalnu fluentnost govora. Djeca trebaju naučiti o normalnim procesima govora i kako se mucanje uklapa u taj model.

Normalno govorenje uključuje korištenje zračne struje i stupnjeva napetosti govorne muskulature, glasanje, kao i pokrete i pravilno smještanje artikulatora. Ovi govorni parametri mogu biti povezani sa bilo kojim poremećajem govornog procesa.

Ova ponašanja uključuju korištenje neodgovarajućeg početka fonacije i/ili napeto držanje artikulatora tokom produžavanja glasova. Važno je za logopede da demonstriraju model ponašanja, a ne samo da razgovaraju o vezi između poremećenog procesa i promjena koje se javljaju za vrijeme normalnog funkcioniranja govornog mehanizma. Npr. djeca uče kako protok zraka, poput vode, može biti

isključen iz slavine (grkljan), koju pregiba crijevo (jezik), ili zatvaranjem u otvor (zatvaranjem usne).

Kada dijete može opisati osnovne koncepte naučene u ovoj fazi na razuman način, logoped može preći na drugu fazu. Važno je obezbjediti da dijete razumije i adekvatno konceptualizira promjene koje su potrebne da se javljaju u govornom sistemu. U tom slučaju, dijete će imati razumijevanje različitih tehnika i metoda dizajniranih za obezbjeđivanje fluentnosti govora i/ili modifikacije mucanja.

Druga faza

Cilj druge faze jeste pristup tretmanu koji uključuje instrukcije kako koristiti procedure oblikovanja mucanja i modifikacije mucanja. Koriste se različite tehnike koje se čine odgovarajućim za određenu vrstu poremećaja fluentnosti.

Kada se podučavaju ove procedure treba obratiti pažnju na djetetovo kognitivno razumijevanje kako i zašto se određene tehnike ili metode koriste i poboljšava fluentnost govora. Ipak, čak i ako dijete razumije kako i zašto određena metoda pomaže nema garancije da će uvijek biti uspješna u svim govornim situacijama.

Tehnike oblikovanja govora

Neke od najčešćih tehnika oblikovanja govora uključuju manipulaciju lingvističkom dužinom i kompleksnošću, redukciju govorne brzine, kontrolu zračne struje, lagan početak fonacije, lagane kontakte artikulatora. Ove procedure fluentnog govora proizašle su iz drugih tehnika kao što su lagana tranzicija među glasovima, odgovarajuće fraziranje, kontrola glasnoće. Ove procedure također dozvoljavaju povećanje motornog i lingvističkog planiranja vremena potrebnog za koordiniranu respiraciju, fonaciju i artikulaciju.

Reducirana lingvistička dužina i kompleksnost

Smanjenje dužine izgovora i sintaktičke složenosti ima pozitivan utjecaj na stupanj fluentnog ponašanja. Također je pokazano da kratak izgovor može biti lingvistički kompleksniji povećanjem sintaktičke složenosti. Iz navedenih razloga, kontrola dužine

izgovora i kompleksnosti predstavlja jednu od fundamentalnih procedura u većini programa za djecu koja mučaju.

Postupno povećanje dužine i kompleksnosti izgovora može biti korišteno kako bi se uspostavila fluentnost govora ili korištena u vezi sa treningom drugih tehnika oblikovanja govora. Dakle, lingvistička dužina i kompleksnost povećavaju se kako dijete postaje iskusnije u produciranju fluentnog odgovora ili sticanju sposobnosti potrebnih za nove tehnike. Logopedi također mogu vježbati kontrolu indirektno preko dužine i kompleksnosti odgovora modulirajući sporiju prije nego normalnu brzinu govora.

Ratner (1992) je utvrdio da kada su majke upućene da govore sporije one automatski reduciraju dužinu i sintaktičku kompleksnost izgovorene poruke. Ovaj efekat je isti kao kada govorimo sa osobom iz druge države koja nije dobar govornik našeg jezika. Poruka je kratka, jednostavna, usmjerena tačno na poentu. Logopedi trebaju usvojiti ovu vrstu govora tokom svih interakcija sa djecom školskog uzrasta koja mučaju. Kako bi izazvali fluentan odgovor, logoped bi mogao započeti trening na nivou jedne riječi ili nivou fraze.

Za djecu osnovnoškolskog uzrasta koja mučaju korištenje rime može biti korisno da izazove fluentne odgovore. Za djecu kojoj je to nastavak tretmana ili koja su u višim razredima, preporučuje se da trening započne na lingvističkom nivou na kojem dijete može doživjeti fluentnost ili blage momente mucanja. Logoped treba da omogućiti pojavu lingvistički kompleksnih odgovora tokom sesije kako bi dijete shvatilo dužinu i kompleksnost izgovora koji se očekuje.

Dijete treba znati koji stupanj odgovora se od njega očekuje tokom tretmana. Kada je fluentnost stvorena na nivou riječi logoped može postepeno preći na kraće rečenice, fraze i struktuiranu konverzaciju. Kada je dostignut nivo struktuirane konverzacije, logoped može koristiti otvorena-zatvorena pitanja o uobičajenim objektima ili poznatim ličnostima (npr. fudbal, moda, pjevači...). Naprimjer, možemo pitati dijete da kaže sve što zna o objektu i da napravi vlastitu priču o tom objektu. Na nivou rečenice i fraze dijete treba prenijeti jednu centralnu poruku o rečenici ili frazi, te nakon toga dodati drugu misao. Ista procedura može biti korištena kada se čita duži paragraf ili kraća priča.

Umjesto da pitamo dijete da nam ispriča cijelu priču, mi ćemo je podijeliti na manje deskriptivne jedinice, te onda dijete treba da prepriča priču sa svim kombiniranim jedinicima. Promjene priče su dozvoljene. U poređenju sa konverzacijom,

prepričavanje priče može povećati fluentnost zbog smanjene dužine i kompleksnosti narativnog izraza. Naracija se smatra kao koristan način za stimulaciju organizacije misli i kontrolu fluentnosti govora tokom konverzacije izvan terapije.

Smanjenje brzine govora

Sporija brzina govora je jedna od uobičajenih tehnika korištenih u terapiji mucanja. Zato što je tako često korištena za dobijanje fluentnih odgovora, Runyan i Runyan (1993, prema Healey, i Scott, 1995) su nazvali kontrolu brzine kao *univerzalna* (fundamentalna) procedura u treatmentu u njihovom Programu fluentnosti govora.

Obrazloženje za korištenje smanjenje brzine govora je snažan efekat koji ima za cilj koordinaciju kompleksnih pokreta i vremena povezanog s respiracijom, fonacijom i artikulacijskom aktivnošću. Indirektna korist povezana sa smanjenom brzinom govora je spor, opušten tempo konverzacije. Sporiji, prije nego normalni, tempo konverzacije ima fizički i emocionalni smirujući efekat.

Kod djece osnovnoškolskog uzrasta utvrđeno je da ovaj smirujući efekat je prisutan i kod govornih i kod negovornih ponašanja. Dakle, logoped treba da koristi sporiji stil interakcije kao i sporiji tempo tokom prezentacije materijala i aktivnosti tokom tretmana. Vjeruje se da je ključno za logopeda da kontrolira tempo konverzacije i sesije.

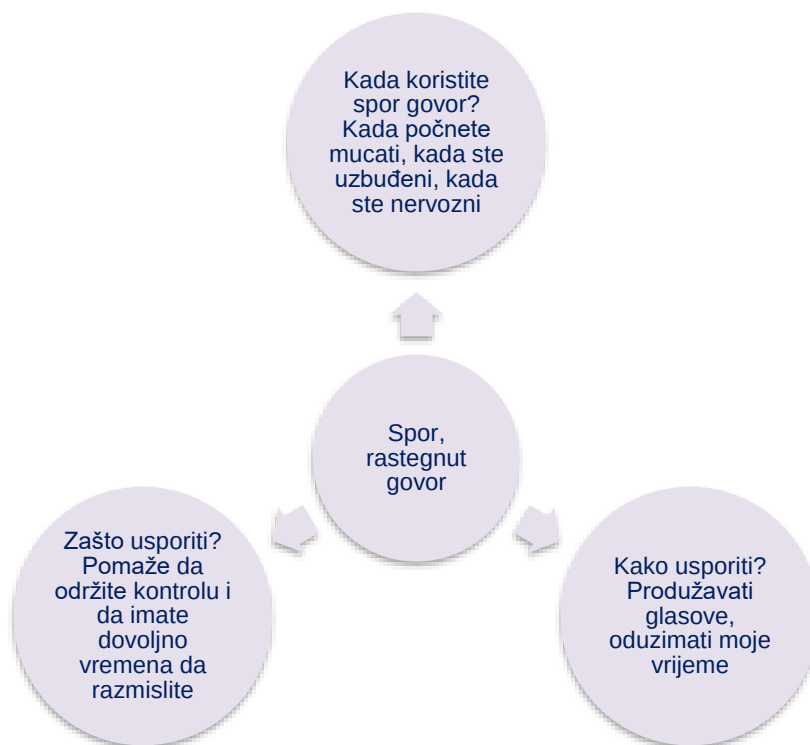
Podučavanje nekoga ko muca da smanji brzinu govora nije jednostavan zadatak jer većina ljudi, posebno djece, nerado govori polako. Dakle, vjeruje se da naglasak koji koristi usporena brzina govora će obezbjediti da dijete poveća "osjećaj kontrole" mucanja.

Kada dijete počne govoriti fluentnije ili lakše, brzinu bi trebalo postepeno povećavati na približno normalan stupanj. Govorna brzina sporija od uobičajene može biti naučena korištenjem različitih aparata. Drugi način da se reducira brzina govora jeste produžavanje pauze između riječi ili korištenje kombinacija produžene pauze i prolongiranog govora.

Istraživanja su pokazala da kontrola brzine kroz prolongirani govor je efikasan način za kontrolu mucanja ako rezultira tečnošću koja je oblikovana kao normalan govor. Bez obzira da li je metoda pauziranja ili kontrola prolongirane brzine korištena, važno je da je djetetu u potpunosti jasno kako to utječe na njegov govor i kako mu to pomaže da se nosi sa problemom mucanja.

Kod mlađe djece preporučuje se korištenje termina “rastegnut govor”, a kod starije “spor, lagan govor”. Može se spor govor vezivati za sporo hodanje, ili izgovaranje imena objekata polako, dok u isto vrijeme dijete polako smješta objekte ili slike u kutiju.

Semantička mapa koncepta podučavanja povezana sa sporijom brzinom govora



Slika 3. Semantička mapa prema Healey i Scott (1995)

Od djeteta se traži da opiše svojim riječima informacije iz svake kategorije. Na taj način percepcija mucanja i kontrola fluentnosti će iskrsnuti iz perspektive djeteta, a ne logopeda. Kada je mapa kompletirana, može biti korištena kao osnova za instrukciju sporije brzine govora.

Istraživanje je pokazalo da 7 godina stara djevojčica sa umjerenim mucanjem je naučila dvije forme smanjenja i prolongiranja brzine glasova pomoću znakova iz semantičke mape. Osnovna brzina govora prije instrukcije prolongiranja glasova je bila 4,4 sloga po sekundi. Brzina govora djeteta tokom tretmana prolongiranja glasova je bila 2,5 slogova po sekundi. Prateći drugi period gdje je govorila na brzini od 4,1 sloga po sekundi dijete je naučeno da koristi znakove iz semantičke mape da uspori brzinu. Djetetova brzina govora tokom ovog tretmana je bila 2,8 slogova po sekundi. Tokom

trećeg tretmana, nakon provedenih svih metoda kontrole brzine, dijete je govorilo 4,9 slogova po sekundi.

Ovi podaci pokazuju da znakovi iz semantičke mape su efikasni u podučavanju sporije brzine govora kao tradicionalna metoda prolongiranja glasova. Jedan od najvećih problema vezano za korištenje bilo koje forme smanjene brzine govora jeste umjetna fluentnost koja je kreirana. Zbog toga, mali broj djece koja mucaju odabiru da koriste sporiju brzinu govora na konzistentnoj osnovi.

Druga metoda za podučavanje kontrole brzine jeste prolongiranje samo inicijalnih segmenata iskaza zato što inicijalni segment je mjesto većine momenata mucanja. Nakon što je prvi glas izgovoren preostale riječi u frazi su izgovorene sa produženom fonacijom i približno normalnom brzinom i prozodijom. Treba napomenuti da ova metoda inkorporira normalizaciju visine i glasnoće nakon inicijalnog segmenta iskaza. Normalizacija visine i glasnoće dozvoljava djetetu da zadrži melodijski aspekt govora dok kontrolira brzinu.

Regulisanje protoka zraka

Ova tehnika je korisna za onu djecu koja pokazuju česta zadržavanja daha, zvučni protok zračne struje bez prateće fonacije na početku fraze, govor na udisaju i/ili plitko disanje. U tretmanu naglasak je dat na puni udisaj sa sporim izdisajem zraka. Može se povezati sa programom koji na monitoru vizuelno prikazuje karakteristike udisaja i izdisaja.

Ako je djetetu potrebna vježba da kontroliše zračnu struju, crteži planina mogu se vizuelno prikazati kao tipična krivulja udisaja/izdisaja. Može se dati primjer da djeca polako udišu kao da se penju na planinu. Ovo je praćeno neposrednim, sporim, konstantnim ispuštanjem zraka kao da silazi sa planine. Pri tome dijete može povlačiti prstom po planini kako bi dobilo i taktilnu povratnu informaciju. Preporučuje se da dijete stavi jednu ruku na planinu, a drugu na prsa, na abdominalno područje.

Na vrhu udisaja i tačno prije nego što krene izdisaj, logoped blago stisne ruku djeteta kao signal da počne govoriti. Taktila povratna informacija ovog tipa pomaže djetetu u ostvarivanju odgovarajućeg vremena povezanog sa protokom zraka i početkom fonacije.

Lagani početak fonacije

Mnoga djeca koja mucaju imaju teškoće sa započinjanjem fonacije na komandu. Teškoće sa započinjanjem vokalizacije su reflektirane prisustvom naglog započinjanja fonacije, napetim pauzama i vokalnom napetošću tokom fluentnih i momenata mucanja. Djeca koja pokazuju neke od ovih teškoća u fonaciji mogu koristiti ovu tehniku. Postoje dva načina podučavanja laganog početka fonacije.

Prvi najčešći način uključuje namjerno korištenje zraka prilikom izdisaja tokom inicijalnog početka fonacije. Ova metoda je uspješno korištena kod predškolske djece fokusirajući se na zvučni izdisaj zraka kao što je "stavljanje glasa /h/ ispred riječi." Dijete se upoznaje sa kontrastom između riječi kao što su "hop/op", što pomaže djetetu da osjeti i čuje razliku između laganog i normalnog početka fonacije.

Starija djeca osnovnoškolskog uzrasta imaju malo teškoća sa produkcijom laganog početka fonacije ako postoji odgovarajuće modeliranje ponašanja. Jednom kada dijete osjeti prikladno korištenje ove tehnike, logoped bi trebao raditi na normalizaciji laganog početka fonacije.

Eliminacija zvučnog korištenja zračne struje povezana sa laganim početkom fonacije trebala bi biti napravljena postepeno kako bi dijete moglo naučiti kako da koristi tehnike bez abnormalne zvučne fulentnosti.

Drugi način podučavanja laganog početka fonacije jeste postepeno povećavanje vokalnog intenziteta na početku segmenta riječi. S obzirom da je teško djecu podučiti ovoj metodi mnogi logopedi se fokusiraju na produžavanje prvog sloga u riječi normalnim vokalnim intenzitetom.

Blagi kontakti artikulatora

Ova tehnika je često korištena za reduciranje artikulatorne napetosti koja se javlja za vrijeme momenata mucanja. To omogućava djetetu da minimizira napetost mišića potrebnu za kontakte artikulatora za vrijeme izgovora.

Održavanje labavih kontakata smanjuje začepljenje protoka zraka, što čini pravilnu kontrolu nad fonacijom, snižava unutar oralni pritisak tokom proizvodnje ploziva i omogućava glatke prijelaze između glasova.

Važno je najprije podučiti dijete konceptima da dijete o njima razmišlja kao što je doticanje nečega što je "mekano" ili "lagano", kao što je padanje lišća na zemlju, let leptira na cvijeće, ili lagano pljeskanje rukama. Ponovo, semantičko mapiranje može pomoći djetetu da shvati ovaj koncept.

Stvari koje lagano dodirujemo su suprotne od stvari koje stvaraju snažne i teške kontakte, kao što je padanje jake kiše, ili stvaranje jakih zvukova kroz snažno pljeskenje rukama. Jednom kada je ovaj koncept shvaćen prelazimo na stvaranje laganih i snažnih kontakata povezanih sa govornim zvukovima.

Započinjemo trening sa bilabijalnim glasovima, a onda pomjeramo prema alveolarnim glasovima unutar jedne riječi. Dijete je najprije fokusirano na osjećaj za mekani bilabijalni kontakt za glas kao što je /p/ u "papir." Nakon nekoliko ponavljanja i modeliranja laganih kontakata, snažno zatvaranje usana demonstrira se na istom glasu.

Želimo da dijete otkrije razliku između laganog kontakta i snažnog kontakta usana ili jezika. Tokom snažnog kontakta dijete se ohrabluje da relaksira artikulatorni kontakt postepeno i nastavlja dalje to sa riječju.

Korištenje negativne prakse koja zahtjeva od djeteta da pravi naizmjenične pokrete laganog i snažnog kontakta, povećava djetetovu svjesnost o fizičkoj razlici između laganog i mekanog kontakta.

Tehnike modifikacije mucanja

Sa mnogom starijom djecom školskog uzrasta može biti neophodno koristiti nekoliko tehnika poboljšanja fluetnosti sa metodama koja podučavaju djecu kako modificirati momenat mucanja. Peters i Guitar (1991, prema Healey, i Scott, 1995) predlažu da djeca školskog uzrasta koja mucaju treba da nauče da modificiraju rezidualno, napeto mucanje.

Utvrđeno je da neka djeca koja mucaju nekoliko godina i doživljavaju ponašanja izbjegavanja, ne uspijevaju da dožive uspjeh u rukovođenju fluentnosti kroz korištenje procedura jačanja fluentnosti. Dakle, pored korištenja sposobnosti jačanja fluentnosti,

neka djeca bi trebala naučiti kako da vrate momente napetosti za vrijeme mucanja u "lagano" mucanje i prekinu mucanje kada se pojavi.

Podučavanje laganom mucanju

Ova metoda modifikacije mucanja trebala bi biti podučavana tako što se prati prijedlog Della (1979, prema Healey, i Scott, 1995) da dijete uči da kaže riječ na tri načina. Riječ može biti izgovorena fluentno, na lagani "mucajući" način, i sa napetošću. Logoped može odabrati jednostavnu riječ kao što je "pas" i zatim dati model fluentne produkcije riječi.

Zatim, od djeteta se traži da sluša logopeda kako izgovara lagano, produženo ili ponovljen glas ili slog /p/. Na kraju, logoped kaže "pas" sa napetošću i blokadom na glasu /p/ ili blokadom zračne struje i glasanje tokom višestrukih jedinica, ponavljanje dijela riječi, odnosno sloga /pa/.

Slijedeći ovaj primjer, logoped i dijete mogu igrati igru gdje dijete identificira način na koji logoped producira riječ, odnosno da prepozna disfluentne momente u govoru logopeda. Kada se dijete osjeća ugodno sa stupnjem monitoring, logoped može tražiti od djeteta da vježba tri načina da kaže riječ.

Fokusiramo se na pomaganje djetetu da nauči kako da napravi promjenu iz napetog mucanja do laganog mucanja tako što produciraju lagane artikulatorne pokrete na određenim segmentima riječi. Nakon što je dijete uspješno u laganijem mucanju na riječima i frazama, logoped može provesti primjeniti tehniku modificiranog mucanja tokom čitanja i spontanog govora.

Otkazivanje

Ovo je jedna od ključnih tehnika pristupa u tretmanu modifikacije mucanja i nastavak je tehnike laganog mucanja. Uključuje otkazivanje ili prekid disfluentnih riječi praćenih drugim pokušajem izgovora riječi koristeći lagano mucanje.

Tehnika otkazivanja zahtjeva korištenje lagane pauze, tokom koje dijete treba otpustiti napetost u govornom mehanizmu i onda pokušat da kaže riječ drugi put. Također se predlaže da nakon otkazivanja i prije druge produkcije riječi, djeca koriste lagan početak fonacije ili spore rastegnute pokrete za preostale slogove.

Logoped bi trebao utvrditi da li dijete razumije da drugi pokušaj izgovora riječi uključuje promjene nekih aspekata govora (npr., od napetog držanja tijela do više relaksiranog držanja tijela) prije nego jednostavno kaže riječ ponovo.

Dobrovoljno mucanje

Druga tehnika koja je često korištena kao način da reducira osjećaj stida ili straha od mucanja jeste da uvedemo dijete u dobrovoljno mucanje koje uključuje relaksirano, lagano ponavljanje ili prolongiranje glasova ili slogova. Ova tehnika se ciljano koristi tokom spontanog govora.

Peters i Guitar (1991, prema Healey, i Scott, 1995) su predložili da se ova tehnika koristi tokom neke ugodne govorne aktivnosti kao što je igranje neke igre. Neki autori predlažu da se podvuku neke riječi u odlomku koji se čita, te da dijete dobrovoljno zamuca na tim riječima. Svaki put kada dijete pokaže da pokušava proizvesti lagano, relaksirano ponavljanje ili prolongiranje, logoped ga treba pohvaliti i ohrabrivati. Ovo bi pomoglo da dijete stekne povjerenje u korištenje dobrovoljnog mucanja. Podsjetite dijete da obrati pažnju na osjećaj ugone pri korištenju namjernog mucanja prije nego na teškoće i zapinjanje tokom momenata mucanja.

Treća faza

Ova faza tretmana uključuje transfer i održavanje sposobnosti naučenih u prve dvije faze programa. Većina programa za djecu zahtijeva održavanje izvedbe sve do 2 godine nakon prestanka terapije. Da bi ovaj dugoročni prijenos i potrebno održavanje bili uspješni, dijete treba imati značajan napredak u kontroli mucanja i/ili učinkovito koristiti određene procedure poboljšanja tečnosti govora.

Ova faza tretmana usredotočuje se na pomaganje djetetu da održi vještine koje je naučilo, poticanje generalizacije govornih promjena iz kliničkih uvjeta u realne govorne situacije, te povećanje samokontrole i samoregistriranje izvedbe.

Logoped također treba uzeti u obzir rad sa roditeljima da prepoznaju promjene u djetetovom govornom ponašanju koji upozoravaju na povratak mucanja (primjerice, izbjegavanje govornih situacija, razvijanje negativnih stavova i suptilnih znakova ponašanja borbe da govore fluentno).

Što se tiče transfera odgovornost je logopeda da pruži mogućnosti za proširenje tečnosti govora na situacije izvan kliničkih uslova. Trening bi trebao uključivati upotrebu vještina tečnosti govora u uslovima koji predstavljaju uobičajene govorne situacije u školi (odnosno, učionica, sala, veliki odmor) i kućnom okruženju. Želimo da dijete koristiti oblikovanje fluentnosti i tehnike modifikacije mucanja izvan sobe logopeda, kao i u drugim komunikacijskim situacijama. Ovo je također dobro vrijeme da zatražite da dijete dovede prijatelja na terapiju.

Interakcija s prijateljem u kliničkim uvjetima može pomoći djetetu da se osjeća ugodno pri korištenju novostečene vještine fluentnog govora i modificirane govorne strategije. Vršnjak može poslužiti i kao "klinički asistent" pomažući djetetu koje muca da prati korištenje vještina potrebnih za učinkovitu komunikaciju izvan sobe logopeda. Transfer faza također pruža mogućnost logopedu da uključi govorne situacije koje ometaju tečnost govora.

Ovakve situacije mogu uključivati razgovor s učiteljem ili roditeljem, odgovaranje na pitanja, govor pod pritiskom vremena, ili telefonski poziv. Logoped bi trebao težiti da ove situacije budu što je moguće realnije. Trebalo bi isplanirati unaprijed djetetovu izloženost prema stvarnim jezičkim situacijama. Naprimjer, logoped može raditi s djetetom i njegovim učiteljem na nekom zadatku iz prirode i društva ili nešto drugo.

Dijete može donijeti zadatak na terapiju i koristiti ga kao temelj za raspravu s logopedom tokom terapije. Prije napuštanja logopedске sobe, dijete i logoped mogu sažeti materijal i dogovoriti se o vrsti i količini informacija koje će podijeliti s nastavnikom u učionici. Na taj način, dijete ima strukturirani kontekst iz kojeg se mogu izvući informacije, ali je slobodno birati kako će informacije biti poslane. Uloga nastavnika je da se potvrdi da je informacija tačna i da bude pažljiv slušatelj.

Nakon što djeca prođu kroz sve aspekte ovakve i drugih sličnih govornih situacija treba im pomoći u smanjenju straha i nesigurnosti koja je povezana s tim situacijama. Korištenje vizuelne slike (odnosno, mentalno vizualizirati sve dijelove govornih situacija) i igranje uloga socijalne interakcije je dio ove faze terapije. Osim toga, učinkovito je korištenje kontakata ponašanja za koje se navodi cilj tečnosti/modificiranja mucanja za novu govornu situaciju koja se može prakticirati izvan terapije. Trebalo bi napisati zajedno s djetetom zadatke koji će biti izvedeni.

Nakon toga treba raspraviti s djetetom o uspjehu ili neuspjehu izvršenja tih napisanih zadataka koji su se dogodili u određenoj govornoj situaciji. Semantičke mape se mogu

koristiti u ovoj fazi kako bi dijete shvatilo situaciju i razvilo strategije za nošenje sa situacijama koje narušavaju fluatnost njegova govora.

Pitanja za djecu usmjerena su na veze između unutrašnjih osjećaja o govornoj situaciji i kako bi mogli upravljati svojim mucanjem u toj situaciji. Prolaženje kroz govorne situacije treba im pomoći u tome da budu psihički spremni za tu situaciju.



Slika 4. Primjer semantičke mape prema Healey i Scott (1995)

Kako dijete održava poboljšane govorne vještine u različitim situacijama, također smo zabrinuti za održavanje pozitivnih stavova o svom govoru. Utvrđeno je da su neka djeca imala dobar stav o sebi i svom mucanju, ali su i dalje pokazivala visoku učestalost mucanja. Dijete i dalje treba biti uključeno u logopedsku terapiju, ali se treba postupno smanjivati vrijeme terapije na jednom sedmično mjesec dana, pa onda svake 2 sedmice 2 do 3 mjeseca.

Djeca mogu biti nemotivirana za nastavak liječenja, jer oni ne izražavaju zabrinutost zbog njihovog mucanja. Ipak, manje intenzivan raspored omogućava logopedu da održava kontakt s djetetom u cilju praćenja napretka. Djetetov recidiv na području

tečnosti govora ili sposobnosti modifikacije trenutaka mucanja obično će zahtijevati ponovno pohađanje terapije. Kada se to dogodi, trebamo informacije od roditelja i nastavnika o djetetovom govoru kod kuće i u učionici.

Trebamo istražili ponašanja izbjegavanja, faktore koji su povezani sa lošim upravljanjem govornog sistema, te promjene u djetetovom životu, kao što su smrt člana obitelji, razvod roditelja, ili druge socijalne i emocionalne faktore. Analiza ovih okolnostima može otkriti izvor recidiva i pružiti smjernice za daljnje liječenje.

STRATEGIJE ZA UČITELJE KAKO BI POMOGLI UČENICIMA KOJI MUCAJU

Davidow i sar. (2016) navode članke koji su posvećeni strategijama učitelja za upravljanje mucanjem u učionici i savjetima koji se preporučuju da učitelji koriste u učionici:

Gottwald i Starkweather (1995):

1. Nemojte izbjegavati nošenje sa mucanjem. Priznajte poteškoće djeteta i njegove osjećaje.
2. Sporije govorite, uključujući više pauza.
3. Dvije sekunde stanke prije nego odgovorite djetetu. Ne prekidajte ga.
4. Nemojte razgovarati s djetetom ako je vasa pažnja usmjerena na nešto drugo.
5. Mirni periodi tokom dana.
6. Pitanja koja zahtijevaju ograničenu verbalnu proizvodnju.
7. Saznajte jezičke strategije stimuliranja (npr., Samo-razgovor).
8. Omogućite da odmah odgovara po početku časa kako bi se smanjilo nakupljanje anksioznosti.
9. Koristite manje grupe za aktivnosti umjesto rasprava u velikim grupama.
10. Usredotočite se na ono što dijete govori, a ne kako govori.
11. Organizujte aktivnosti u kojima će dijete uspjeti.
12. Posebno vrijeme za interakciju djeteta i učitelja.
13. Postavite dnevnu rutinu i omogućite djetetu da zna šta može očekivati. Obavijestite dijete o svim promjenama rutine prije nego što se dogode.
14. Odaberite program liječenja koji omogućuje saradnju s logopedom i praksu vještina tečnosti u učionici.

Langevin i Prasad (2012):

Provedite program uznemirujuće i nasilničko ponašanje: Neprihvatljivo ponašanje (Langevin, 2000).

Lees (1999):

1. Sporija brzina govora.
2. Usporite tempo govora (npr., Pauza prije davanja odgovora djetetu).
3. Ako se usmene aktivnosti provode u unaprijed dogovorenom redu, prozovite dijete čim prije.
4. Čitanje u zboru.
5. Razgovor između učitelja i djeteta o načinima kako nastavnik može pomoći.
6. Ne isključujte dijete iz učionice.
7. Održavajte kontakt očima i pokažite opušteno držanje tijela.
8. Upoznajte učinke o toleranciji za razlike. Izbjegavajte pretjeranu zaštitu djeteta.
9. Ne prekidajte dijete.
10. Povećajte povjerenje u dijete.
11. Sarađujte s logopedom.

Murphy, Yaruss, i Quesal (2007):

1. Radite s djetetom i logopedom kako bi dijete pripremilo prezentaciju o mucanju.
2. Dajte učenicima priliku da komuniciraju s djetetom, putem bilješke, da izraze svoje misli i osjećaje o prezentaciji.

Panico, Daniels i Claflin (2011):

1. Sva djeca se tretiraju na isti način. Budite strpljivi dok dijete iznosi svoje misli (tj. nemojte ga prekidati).
2. Razgovarajte s djetetom o tome kako ono misli da može lakše govoriti u razredu (npr. neka dijete zna kada će biti prozvano).
3. Nemojte izbjegavati raspravu o pitanjima s djetetom. Imajte privatnu raspravu s djetetom.
4. Educirajte ostale učenike o mucanju.
5. Koristite tečnu, opuštenu i sporu brzinu govora.
6. Nemojte reći djetetu da "usporava".
7. Opušteno okruženje govora kroz pauziranje nekoliko sekundi prije nego što reagirate na dijete i ne prekidate ga.
8. Nemojte zahtijevati od djeteta da govori pred razredom.
9. Nemojte da dijete ponavlja kad se dogodi mucanje.
10. Razgovarajte o djetetovim osjećajima o mucanju.

11. Usredotočite se na ono što dijete kaže, a ne kako kaže.

12. Kada dijete muca, pojednostavljajte složenost iskaza.

Roseman (1999):

Potvrda

1. Razgovarajte s djetetom i objasnite mu da želite pomoći.

2. Sarađujte s logopedom.

Prihvaćanje

1. Usredotočite se na ono što dijete kaže, a ne kako je rečeno.

2. Održavajte kontakt očima tokom mucanja.

3. Ne pokazujte zabrinutost putem reakcije tijela ili lica.

4. Dajte dovoljno vremena za odgovor djetetu i dopustite mu da odgovori na pitanja u potpunosti. Ne prekidajte dijete kada govori.

5. Uključite dijete u aktivnosti u učionici.

Uvjerenje i aplauz

1. Pozitivno ocijenite napore i sposobnosti, privatno i ispred razreda.

2. Ohrabrite dijete da prakticira terapiju i hvalite dijete za trud i pokušaj govora u razredu.

Prilagodbe

1. Stvorite opuštenu atmosferu laganim govorom i strpljivo čekajte da učenik odgovori.

2. Napravite atmosferu uzajamnog poštovanja.

3. Koristite strategije zbora kako biste vježbali terapijske aktivnosti u učionici.

4. Nemojte prozivati dijete prema redoslijedu koji nije unaprijed određen.

5. Čitajte kao zbor ako dijete ima poteškoća čitati naglas. Povežite svu djecu s zborom, a ne samo dijete koje muca.

Turnbull (2006):

Dopustite da logoped održi predavanje o mucanju cijelom razredu.

Yaruss, Coleman i Quesal (2012):

Radite s djetetom i logopedom kako bi dijete pripremilo prezentaciju o mucanju drugim učenicima.

DVANAEST KOMPONENTNI PROGRAM TRETMANA ZA UČENIKE KOJI MUCAJU

Ramig i sar. (1988) predstavili su dvanaest komponentni program tretmana za učenike koji mucaju. Veliki problem kod liječenja mucanja u djece jeste stvaranje i održavanje tečnosti govora. Sljedeći pristup je osobito uspješan u tom smislu, jer može naučiti dijete kako se nositi sa mcanjem, te mijenjati mucanje, kao i povećati tečnost govora.

Program koji su opisali Ramig i sar. (1988) predstavljamo u cjelosti.

Osnovni principi terapije

1. Tretman se temelji na razvojnem kontinuumu, mucanje je progresivni poremećaj.
2. Odnos klijent-logoped je važna varijabla izgrađena na povjerenju, i razumijevanju,
3. Djeca i adolescenti obično nemaju unutaraju motivaciju da promijene svoj govor; Stoga, važno je da je terapija ugodna i nagrađujuća.
4. Uspjeh na području fluentnosti je na prvome mjestu i terapija je strukturirana na razini na kojoj je dijete u stanju da postigne tečan govor. Razina jedne riječi i fraze su zadaci koji su često dugo prisutni nakon što dijete postiže fluentnost na toj razini. Izgradnja samopouzdanja je važna i cilj je tokom cijelog tretmana omogućujući djetetu uspješne govorne aktivnosti.
5. Planovi tretmana su vrlo fleksibilni i dizajnirani su kako bi zadovoljili promjenjive potrebe svakog pojedinog djeteta.
6. Važno je pomoći djeci da izraze i razumiju njihove osjećaje o mucanju. Logoped bi trebao dijeliti iskustava i druge djece i pokazati razumijevanje za njihov stid, bol i/ili frustracije, s razumijevanjem i podrškom.
7. Tokom terapije, logopedi koriste sporu brzinu govora s povećanim pauzama i vremenom odziva, i održavaju odgovarajući kontakt očima tokom fluentnih i nefluentnih epizoda. Osim poboljšanja tečnosti govora, logoped koristi odgovarajuće tehnike modifikacije, kao i ponašanja lakog mucanja.
8. Uključiti roditelje i nastavnike u proces terapije, kada je to prikladno, a što je više moguće.

Komponenta 1: Uspostavljanje fluentnosti kroz povećanje dugih i kompleksnih lingvističkih podražaja

Pružiti hijerarhijski baziran okvir za primjenu načela za upravljanje protoka zraka, smanjenje brzine govora, oralno-motorno planiranje, lagane artikulacijske kontakte i samokontrolu. Kako dijete povećava dužinu i složenost iskaza, također povećava motorno planiranje koje je potrebno za iskaz. Motorno planiranje potrebno za koordiniranje respiratornog, fonatornog, i artikulacijskog sustava postaje sve složenije. Kako se dužina iskaza povećava, vidimo porast semantičke i sintaktičke složenosti, kao i povećanje kognitivne aktivnosti.

Preporučuje se intervencija koja se kreće od "jednostavnog" do "kompleksnog" ponašanja na kontinuumu ponašanja govora. Pristup utemeljen na dužini iskaza. Pomoću nesintaksičkih riječi učinkovito se povećava dužina iskaza, dok se izgrađuje tečnost.

Navodi se da osobe koje mucaju imaju veću vjerojatnost da govore tečno kada koriste kratke, jednostavne iskaze. Djeci koja mucaju, čiji jezički razvoj je bio previše stimuliran, može pomoći ako traže od roditelja načine na koje oni mogu imati obostrano zadovoljavajuće interakcije s manje priče i smanjujući broj pitanja koja zahtijevaju duge, složene odgovore od strane djeteta.

Inkorporirati korištenje jezičkih hijerarhija, kreće se od jedne riječi, ka fraza + riječi, rečenice, od dvije do četiri rečenice, postupno dolazeći do razgovora.

Aktivnosti/tehnike

1. Razina riječi

Igre pamćenja - korisne u izazivanju odgovora na nivou pojedinačne riječi. Dijete imenuje svaku sliku nakon što se okrene. Logoped modelira isto ponašanje, jačajući djetetovu tečnost.

Igre ide riba i ispadanje - pomoću slika i riječi će se izazvati odgovori od jedne riječi što se modelira i ojačava od strane logopeda.

Bingo / igre koncentracije – igranje igara koncentracije i binga u kojima se klijent i logoped izmjenjuju u prevrtanju kartica i imenovanju kartica što može biti uspješno za razvoj spontane tečnosti na razini riječi.

Životinjska farma - logoped i klijent se izmjenjuju uzimajući životinje iz kutije i stavljanjem ih na farmu. Klijent imenuje životinje koje stavlja na farmu.

Igre klasifikacije – gdje se dijete pita da klasificira niz različitih slika ili riječi obezbjeđujući više kognitivno poticajnu aktivnost na razini jedne riječi. Logoped odabire niz različitih kategorija, odabrane u skladu s dobi djeteta, i traži da dijete stavi svaku stavku odgovora u odgovarajuću kategoriju. Peabody jezičke kartice su korisne za tu vrstu djelatnosti.

Tajni Grab Bag igrice - korištenje predmeta ili slikovne kartice, izvučeni iz kutije ili vrećice, su zabavni načini da se izazovu odgovori od jedne riječi.

Imenovanje suprotnosti – klijentu se predstavljaju kartice sa slikama a oni odgovaraju imenovanjem nečega što je suprotno onome što se nalazi na slici.

Završetak rečenice - logoped predstavlja nepotpune rečenice koje dijete završava koristeći jednu riječ. Na primjer:

- 1) Lišće pada sa _____
- 2) Ugasi svjetlo u _____
- 3) Molimo zavežite vaše _____
- 4) Otvorite _____

2. Razina fraze

Kombinacije riječi - nizanje riječi zajedno na razne načine je početak aktivnosti fraziranja. Kombinacije riječi, kao što su boja + imenica, imenica + imenica, i broj + imenica, mogu biti lako izazvane s igrama bingo, koncentracije i slično.

Fraze lako dobijemo kod djeteta s igrama kao što su "traka i ljestve" i "zemlja bombona". Djetetu je naloženo da odgovori na svako skretanje s "Imam _____."

Kliničar modelira ovaj odgovor tokom igre i učvršćuje lake, tečne odgovore u vidu fraza.

Igre pamćenja - Izmjena odgovora djeteta kako bi dobili fraze poput "Imam utakmicu" "Imam _____." "Tamo je _____" ili "Ovo je _____" može se zamijeniti ili koristiti kao dodatak "Imam _____."

Kartice sa slikama – mogu se koristiti za izazivanje raznih reakcija na razini fraze, na primjer, dijete može opisivati radnju na slici. Težina može se povećati tako da logoped postavlja pitanja poput "Šta dječak radi?" kako bi izazvao odgovor.

"Reci mi šta učiniti s tim" - Korištenjem slika ili riječi, logoped može tražiti od djeteta da

opiše za šta služe razne stvari.

"Adi kaže" može se koristiti kako bi dobili razinu od dvije fraze ubacujući pauzu između "Adi kaže" i "dodirni prste". Ova aktivnost je korisna u modeliranju smanjene jezičke složenosti i odgovarajućih pauza.

Ploče za igranje - logoped priprema igre na ploči koje imaju različite boje kvadrata. Dijete sleti na svaku boju, i pokupi iste boje karticu i pročita rečenicu napisanu na poleđini kartice.

3. Razina rečenice: Kompleksna razina više rečenica:

Kartice sa glagolima- To se može koristiti na više načina; Klijent može opisati akciju koja se odvija na slici, ili dvije slike mogu biti postavljene jedna uz drugu i kompleksna rečenica može biti izazvana.

Slikovnice - tražimo od djeteta da kaže rečenicu o svakoj slici. Logoped modelira tokom ovog zadatka da se dobije željeni odgovor. Ovaj zadatak može se uvesti na početku gdje dijete jednostavno ponavlja unatrag rečenicu koju govori logoped.

Slijed slika – djetetu je predstavljen slijed slika te se traži da ih organizira u pravilan redoslijed i kaže rečenicu za svaku sliku.

Izgradnja rečenice- izvrstan alat koji se može koristiti kako bi se postupno povećavala dužina i složenost djetetove rečenice, a pruža i vizuelne podražaje. To se također može koristiti za izazivanje nesintaksičkih riječi rastuće dužine.

Igre pogađanja – logoped i dijete mogu igrati igre pogađanja koristeći slike ili ideje, gdje su dani tragovi koji opisuju osobu, mjesto ili stvar. Naprimjer, "To je životinja" ili "To je nešto za jesti." Druga osoba mora pogoditi tajnu misao.

Pitanja, odgovaranje na pitanja - Aktivnosti koje pomažu djetetu u održavanju tečnosti govora kada pita i/ili odgovara na pitanja je bitno za dijete školske dobi koje muca.

Opis aktivnosti – Korištenje kartica sa slikama, dijete treba da opiše razne attribute slike. "Na šta liči?" "Za šta se koristi?" ili "Gdje se to može naći?", pitanja su koja mogu dati odgovore odgovarajuće dužine. ("Pogodi ko" je izvrsna igra za izazivanje rečenice pomoću vizuelnih podražaja.)

Poslovi / zanimanja - Dajte djetetu slike nekih osoba s prikazom različitih zanimanja i uputite dijete da objasni šta svaka osoba radi.

Transformacije rečenice - uputiti dijete da formira jednu rečenicu od dvije; naprimjer "Imam kaput. Kaput je plav;"da, imam plavi kaput".

4. Razina priče

a. Prepričavati događaje iz prošlosti:

"Ono što se dogodilo na zadnji rođendan?"

"Šta ste radili u školi?"

"Pričaj mi o novoj godini?", itd... koristiti temu koja zahtijeva sekvenciranje i određene ljude / iskustva.

b. Kartice u slijedu

"Ono što nedostaje / kriva slika na kartici" - dijete opisuje u dvije-tri rečenice ono što nedostaje na slici ili što nije u redu sa slikama. Ovaj jezički zadatak, iako na višoj razini složenosti, i dalje ostaje na jednostavnijoj razini složenosti kako bi se osigurao uspjeh na području tečnosti.

"Šta ako" pitanja - Ovaj zadatak zahtijeva da dijete predloži odgovore za određene hipotetske situacije koje zahtijevaju vještine rasuđivanja ("Šta bi učiniti ako bi vidjeli dim kako izlazi iz zgrade"?)

Knjige bez riječi – ovo je posebno učinkovito za vrlo malo dijete i dijete koje muca a ima teškoće u čitanju.

Čitanje zagonetki, kratkih pjesama - Za neku djece koja mucaju, čitanje može biti zadatak olakšavanja fluentnosti govora. Čitanje materijala, koji obuhvaćaju predvidljive obrasce rime, može pomoći u učenju kako da fraziraju za vrijeme govora.

Priče - To su uobičajene svakodnevne priče, koje većina djece zna. Jezičkom složenošću lako je manipulirati s ovom vrstom materijala.

"Prepričati priču" - dijete prepričava priču što olakšava jednostavnost u oblikovanju jezika i jezičke kompleksnosti potrebne za tečnu proizvodnju govora.

Davanje smjerova – Obezbjediti razne oblike ili male predmete, dva od svakog. Jedan set je za dijete i jedan set je za logopeda. Barijeru je potrebno staviti između logopeda i klijenta. Logoped će zatražiti od djeteta da opiše u detalje, rečenicu po rečenicu kako postaviti oblike ili objekte. Ili rok ili određeni broj rečenica treba koristiti. Logoped može otežati djetetu skraćivanjem vremena, povećanjem broja rečenica. Naprimjer:

Logoped: "Vi trebate napraviti sliku sa svojim objektima. Sada trebate mi reći, korak po korak, kako da napravim svoje oblike, tako da ja mogu imati sliku koja izgleda baš kao što je tvoja."

Dijete: "Dobro. Prvo, stavite krug na vrh." Od djeteta se očekuje da će koristiti tehnike usporavanja govora tokom igre (odnosno rastezanje, lagan početak govora).

5. Razina konverzacije:

A. Igranje uloga

b. Rješavanje problema

c. Mišljenje i Pobijanje

Idiomi, poslovice i analogije

pričanje viceva

d. Generalni razgovor o omiljenim aktivnostima, televizijskim emisijama, u obitelji, šta se dogodilo u školi.

6. Razina priče:

Kada je ispričana prva ili prve dvije rečenice priče, dijete će na odgovarajući način dovršiti priču generirajući priču u nekoliko tečnih iskaza.

Logoped treba uzeti u obzir opseg emocionalnosti uključene u priče.

Bezosjećajnom pričom treba započeti prije nego sa emocionalno obojenom pričom.

Komponenta 2: Regulisanje i kontrolisanje zračne struje

Upravljanje respiracijom i adekvatna podrška zračnoj struji su važne varijable u radu s djecom i adolescentima koji mucaju. Često, kao odgovor na svoje mucanje, djeca će razviti različite obrasce disanja u nastojanju da kontroliraju svoje mucanje. Ponašanja kao što pričanje uz brze, plitke udisaje, govor na udisaju, česta su ponašanja u djece koja mucaju. Za djecu koja pokazuju poteškoće u pokretanju i / ili održavanju protoka zraka, izravne tehnike mogu biti potrebne s alatima za smanjenje napetosti i ublažavanje laringalnih blokada.

Aktivnosti/tehnike

Učite dijete fonaciji suglasnik-vokal (SV) kombinaciji.

Uputite dijete da osjeća "kako lako njegov protok zraka omogućava uključivanje glasa".

Sljedeća hijerarhija može biti korištena za podučavanje "laganog glasa."

- a. Pasivno disanje
- b. Pasivno disanje s fonacijom. (Dijete ispusti malo zraka u vrijeme dok počinje pokretati artikulatore, a zatim početi fonaciju na tom potoku zraka).
- c. Nastavite sa produkcijom jedne riječi.
- d. Nastavite sa produkcijom fraze (npr: "Vidim _____".)
- e. Nastavite na razini fraze i rečenice.

Na jezički odgovarajućoj konceptualnoj razini, objasniti anatomiju i fiziologiju koja je uključena u proizvodnju glasa i šta se "događa" za vrijeme mucanja.

Conture analogija prskanja vodom iz crijeva (1990) može biti prikladna, ovisno o dobi djeteta. Conture navodi analogiju između crijeva za polijevanje i govornog sustava, poredeći područja u kojima su voda i zrak isključeni, i šta se događa kao rezultat. Koristite modele i slike grkljana.

Napravite u prirodnoj veličini crtež čovjeka koji ima pretjerano veliki nos, usta, usne, zube, čeljust, i tijelo koje pokazuje grkljan, pluća i dijafragmu.

Logoped i dijete mogu izmijeniti modeliranje govornog ponašanja te ukazati na odgovarajuće mjesto na modelu gdje je govor lakši ili blokiran.

Uputite dijete da se osjeti grkljan logopeda tokom proizvodnje napetog nasuprot tvrdom govornom početku (samoglasnika ili SV kombinacije su prikladne). Zatim dijete osjeća svoj grkljan za vrijeme napetih i opuštenih produkcija.

Koncept "govor na /h/" može također olakšati adekvatnu regulaciju protoka zraka. Dijete počinje s /h/ plus razni samoglasnici. Zatim, kontrast s parovima kao što su "hop/op", "hej/aj" što će olakšati svijest o jednostavnom početku glasanja.

Identifikacija abnormalnog disanja može biti potrebna ako su ova ponašanja razvijena kao odgovor na mucanje. Pomozite djetetu da postane svjestan brzog, plitkog disanja i govora na iscrpljenom dahu. (npr "Jeste li dovoljno duboko disali?", "Jeste li razgovarali bez zraka?")

Neka djeca mogu pokazivati loše tempiranje ciklusa disanja. Logoped treba modelirati prikladno "komadanje" riječi u fraze olakšavajući odgovarajuće inhalacijske i ekshalacijske cikluse. Obilježavanje grupiranja udisaja u materijalu za čitanje je dobra aktivnost za pomoć u povećanju djetetove svijesti o odgovarajućem disanju.

Za dijete koje prisiljava izgovor riječi korištenjem razine rezidualne rezerve, treba pomoći u usporavanju brzine govora, spriječiti navalu riječi, a potaknuti odgovarajuće pauze za vrijeme govora. Upućivanjem djeteta na "pauzu od sekunde" može se

omogućiti prikladnije disanje.

Healey (1995) je utvrdio da ako dijete treba pomoć u razumijevanju koncepta kontrole protoka zraka, jednostavni crtež planina ili tobogana pruža jednostavan način da mu se pomogne vizualizirati tipičnu krivulju udaha / izdaha za govor.

Modeliranje i instruiranje klijenta da koristi jednostavna, dobrovoljna produžavanja na početku fraze olakšava jednostavnu pojavu glasa, kontinuiranu govornu proizvodnju, a smanjuje laringealne napetosti, kao i smanjenje subglotalnog pritiska zraka prije glasovne proizvodnje.

Logoped može koristiti puhanje mjehurića za pokretanje protoka zraka u proizvodnji pojedinih riječi. Riječi u kojima početne foneme zahtijevaju unutar oralni pritisak zraka bi trebale biti izabrane (npr, p ---- UŽ, p ---- AS, p --- ORA). Uputiti dijete da počinje govoriti koristeći lagan govor. S obzirom da nakupljaju zrak u usnoj šupljini, trebali bi izdahnuti polako u balon, a zatim započeti fonaciju.

Komponenta 3: Uspostavljanje laganih artikulacijskih kontakata

Djeca i adolescenti koji mucaju često proizvode suglasnike s tvrdim kontaktima artikulatora.

Tvrđi kontakti su izvor mnogih artikulacijskih napetosti i mogu rezultirati u impedanciju protoka zraka u usnoj šupljini.

Podučavanje djeteta za proizvodnju mekih, opuštenih pokreta artikulatora je od pomoći u smanjenju artikulacijske napetosti.

Laki kontakti su također korisni u pružanju alata djetetu kako bi se smanjila napetost tokom trenutka mucanja.

Aktivnosti/tehnike

Podučite dijete konceptu "mekanih" glasova.

Ističući "osjećaj" nepovezanih pokreta izgovorenih tečno, uz kontinuirani protok zraka. Koliko je jezik opušten? "Mekani glasovi" mogu se naučiti na razini fonema i uključiti u aktivnosti koje slijede hijerarhiju povećanja dužine i jezičke kompleksnosti kroz razgovor.

Korištenje odgođene auditorne povratne sprege može se koristiti sa starijom djecom kako bi se olakšali artikulacijski kontakti kroz neuobičajeno usporenu stopu na nivou

jedne riječi, kroz čitanje.

Dobrovoljno rastezanje, ostvareno kroz produžavanje ili prolongiranje prvog sloga neke riječi, uključiti mekanu, sporu artikulaciju suglasnika i produžavanje fonacije vokala. Ti potezi mogu biti uključeni na razini jedne riječi kroz konverzacijski zadatak.

Da bi objasniti pojam laganih artikulacijskih kontakata, Healy i Scotta (1995, prema Ramig i sar., 1988) predlažu da se pozove dijete da misli o stvarima koje se dodiruju lagano i tiho, kao što "lišće pada na zemlju", ili "leptir slijeće na cvijet."

Pomijerati ruke vrlo lagano tako da se jedva dodiruju što može biti u suprotnosti s jakim pokretima ruku.

Vježbe kontrasta su korisne aktivnosti za povećanje svijesti djeteta o jakim nasuprot mekanim artikulacijskim kontaktima.

Treba naglasiti kinestetičku svjesnost.

Dijete može čitati s popisa riječi izmjenjujući tvrde i mekane produkcije svake riječi.

Ohrabrite klijenta da osjeća razliku, dok logoped objašnjava zašto su različiti.

Logoped može pokazati nekoliko primjera djetetovih ponašanja mucanja, a zatim pokazati kako može da muca lakše.

Logoped može usporiti ponavljanje, ili napraviti jednostavno ponavljanje za ublažavanje laringalne blokade.

Jedan od načina da se olakša razumijevanje različitih načina mucanja je kroz korištenje vježbe "trijade". Svaka tačka trokuta predstavlja određeni način mucanja: "težak skok, lagani skok, klizanje," i/ili "lagani skok, klizanje, i lagani početak (razvlačenje)". Počevši od prve trijade, klijent uči kako promijeniti njegove govorne obrasce i postupno djeluje prema drugoj vrsti trijade. Više ponavljanja vježbi trijade će omogućiti razvoj vještina praćenja i proprioceptije.

Može se koristiti i analogija "Energija" da se olakša ovaj koncept. Dijete manipulira različitim razinama napetosti kao sredstvima za "očuvanje energije"; Energija je na kontinuumu od 100% energije (snažnog govora) do 25% energije (laganog govora).

Dio iz knjige, "Liječenje djeteta školske dobi koje muca," opisuje metodu poučavanja laganih artikulacijskih kontakata: "Kada mucate osjećate jezik zaglavljen u alveolarnom grebenu. Također ćete osjećati pritisak zraka koji se stvara iza jezika. Zrak želi pobjeći, ali ga vi tjerate natrag sa svojim jezikom. Sada postupno popušta pritisak na jezik tako što smanjujete snagu zračnog pritiska koji gurate protiv njega. Zatim postupno počinjete da opuštate napetost koju ste namjerno stavili na svoj jezik. Kada uklonite neke od ovih pritisaka na jezik, vjerojatno ćete čuti malo praska zraka

koji bježi između jezika i alveolarnog grebena. Nakon toga trebate promijeniti te rafale u mali, stalni dotok zraka. Nakon što imate ovaj stalni dotok zraka, lako je dodati neophodno glasanje i ponovno klizanje glasova u riječ, ali čuvajte produžavanje samoglasnika. To bi trebao biti 'tttačka' ne 'taaačka.'

Otkazivanje se može koristiti za dodatno olakšavanje svjesnosti o laganim artikulacijskim kontaktima. Odmah nakon trenutka mucanja, dijete treba ponoviti riječi sa laganim artikulacijskim kontaktom. Ova tehnika omogućuje djetetu da ponovo pokuša uspostaviti riječ u kojoj artikulacijske geste nisu bile fluentno proizvedene.

Kod vrlo male djece koristimo krpene lutke za opuštanje. Logopedi uz pretpostavku opuštenog držanja tijela, prave pokrete koji ukazuju na labavost mišića. Dijete govori "lako", umjesto "teško" što je još jedan način za dobivanje labavih kontakata.

Komponenta 4: Kontrolirana brzina govora

Korištenje usporene brzine govora povećava razmak i vrijeme artikulacijskih pokreta, kao i koordinaciju i integraciju respiracijskog, fonacijskog i artikulacijskog sustava potrebnog za produkciju fluentnog govora.

Aktivnosti/tehnike

Uvesti koncept reducirane, kontrolirane brzine govora kroz davanje smislenog naziva za to. "Kornjača govor" i "spori, lagan govor" su popularna imena. "Usporena brzina" i "usporen govor" su prikladniji za starije klijente. Logoped daje česte modele smanjene brzine govora. Naglasak je stavljen na glatkim artikulacijskim prijelazima, malo prolongiranim suglasnicima i samoglasnicima, te prirodnoj intonaciji i naglasku.

Logoped može inkorporirati prirodne, jezički zasnovane aktivnosti koje omogućuju klijentu da dožive brze i spore pokrete tijela, pjevanje, bojenje, pisanje, itd. Izrada foto/slike albuma brzih i sporih životinja, a zatim imitirati njihove pokrete tijela, može biti zabavno iskustvo učenja za mlađe dijete.

Vozila mogu pružiti korisne analogije za spor govor. Barry Guitar (prema Ramig i sar., 1988) koncept spor "govor s pogonom na četiri kotača", a ne brz govor pogona s dva kotača, može biti korisna analogija za objašnjenje.

Igranje "prometni policajac" s malom djecom je još jedan način pokazivanja posljedica ako se "ide brzo" (kako u automobilu tako i u nečijem govoru). Dijete može izdavati

karte članovima svoje porodice kada su "brzi u svom govoru", čime se inkorporira kućna atmosfera u proces terapije.

Odgođena auditivna povratna informacija može se koristiti kako bi se usporila brzina govora. Klijent može početi na vrlo sporoj brzini i postupno povećati na razinu razumne tečnosti. Spora brzina se postepeno prenosi na spontani govor.

Gestikulacije mogu se koristiti tokom strukturiranih i nestrukturiranih aktivnosti kako bi omogućila veća svjesnost i kontrolirala brzina.

Starkweather i Givens-Ackerman (prema Ramig i sar., 1988) zagovaraju metodu tri faze podučavanje kontrole brzine: Prva faza odnosi se na podučavanje govora u "super sporim pokretima". U drugoj fazi (kontrola brzine) uključuje dobivanje veće kontrole nad brzinom govora i učenje kako da se razlikuju od "super sporih pokreta". U trećoj fazi dijete uči da se uspori i ubrza po volji.

Napominje se da "s praksom, djeca postaju vrlo dobra u tome i mogu usporiti za pola sekunde na početku riječi i potom se vratiti na normalnu brzinu govora prije nego je riječ završila." Slušatelji će teško biti svjesni da dijete usporava. Navodi se da su djeca to potvrdila intervjuiranjem.

Komponenta 5: Olakšavanje govorno-motornog planiranja i koordinacije

Istraživanja podržavaju ciljano oralno motorno planiranje i koordinaciju u terapiji mucanja. Mnoge osobe koje mucaju, i djeca i odrasli, razgovaraju sa smanjenim artikulacijskim pokretima, smanjenim otvaranjem čeljusti i povećanom brzinom pokreta. Usporavanje brzine govora, dok su povećani artikulacijski pokreti, može olakšati povećani razmak i vrijeme artikulacijskih pokreta što poboljšava tečnost govora.

Aktivnosti/tehnike

Aktivnosti za usporavanje brzine govora mogu se koristiti i za taj cilj.

Poticati i pojačati pretjeranu artikulaciju tokom svih govornih aktivnosti nakon što je dijete uspostavilo razumnu razinu tečnosti. Ako se pretjerana artikulacija uvodi prerano, klijenti imaju poteškoće fokusiranja na obje tehnike tečnosti i pretjerane artikulacije.

Ako klijent pokazuje ozbiljne teškoće održavanja pravilnog stava tijela ili drugih ponašanja koja mogu biti karakteristika razvojne dispraksije, izravnije liječenje

dispraksije može biti opravdano.

John Frick (prema Ramig i sar., 1988) koristi četiri tehnike za motorno planiranje: strukturiranje, razvoj svijesti o teškoćama u planiranju, svjesnost o fluentnosti govora, te poboljšanje sposobnosti motornog planiranja. Analogije iz sporta i plesa koriste se za vizualizaciju strukture i pokrete fluentnog govora. Dijete signalizira kliničarima kada predviđa da će mucati i obavlja samoprocjenu kakvo je to predviđanje: kroz očekivanje pokreta, auditivni monitoring, ili vid. Svijest o tečnom govoru je podučavana kroz preuveličavanje i osjećaj pokreta tečnog govora, te njihovo gledanje u ogledalo. Konačno, klijent vježba formuliranje tečnog govora, signalizira kliničarima kada je spreman, a provodi tečan govor. Kako bi pojačali planiranje tokom kontinuiranog i spontanog govora, Frick je tražio od klijenata da vježbaju otkazivanje cijelih fraza kada se dogode kvarovi motornog planiranja.

Komponenta 6: Terapija desentizacijom

Za desenzitiviranje djeteta do straha i očekivanog trenutka mucanja. Odgovarajuće procedure desentizacije će također biti učinkovite u smanjenju negativnih emocija.

Aktivnosti/tehnike

Tokom terapije, modeliraju se ponašanja laganog mucanja. Reakcijom na svoju disfluentnost bez napetosti ili negativne emocionalnosti, dijete uči novi način reagiranja na vlastitu disfluentnost govora. Dok uključuju povećanu dužinu i složenost okvira izraza, potiče se ponašanje laganog istezanja. Učite dijete da može mucati bez napora i napetosti. Strukturalna terapija koja pruža djetetu priliku da "uhvati" kliničko zamuckivanje.

Aktivnost broj tri može biti proširena tako da logoped uhvati djetetov netečan govor, dijete imitira netečan govor logopeda, ili djetetu pruža "lakši" način da izgovori disfluentnu riječ. Ugradnjom aktivnosti broj tri prije navedenog, dijete reagira pozitivno na to "što je uhvaćen."

Slijedi primjer dijaloga povezan s tim aktivnostima:

Dijete: "Čuo sam da nisi govorio tečno!"

Logoped: "Dobro. Na kojoj riječi sam zamucao?"

Dijete: "bijeli sljez"

Logoped: "Dobro. Možeš li mi pokazati kako je to zvučalo?"

Dijete: "b-b-bijeli sljez" '

Logoped: "Dobro, sad mi pokaži jednostavan način za reći tu riječ."

Dijete: "bijeli sljez" (dijete stvara riječ s produžavanjem prvog sloga).

Logoped upućuje dijete čitati ili govoriti koristeći lagano pseudo-mucanje. Djetetu dati opće ili posebne upute o tome koje su riječi ili mjesta u rečenici za pseudo mucanje.

Dijete uči jednostavniji, neprisiljeni oblik mucanja, dok se približava svojoj netečnosti. Nakon što dijete doživi uspjeh s jednostavnim mucanjem, potaknite ga da koristi lagano zamuckivanje i proteže se na stvarno mucanje. Varijacije, kao što su "uspori, polako", ili promjena trenutka pravog mucanja pruža djetetu osjećaj da ima veći nadzor nad govorom. Na primjer, ako klijent ima tihe, laringealne blokade s potpunim prestankom protoka zraka, predlaže se da dijete pokušava "odskočiti iz tvrdog govora." Ili, ako dijete pokazuje višestruko ponavljanje riječi, usporavanje može biti osobito uspješno.

Komponenta 7: Modifikacija momenta mucanja

Naučiti dijete da muca jednostavno i bez napora i obezbjediti djetetu tehnike koje se mogu koristiti za modifikaciju mucanja izvan kliničkih uvjeta.

Aktivnosti/tehnike

Modeliranje za lakši oblik mucanja. Učite dijete da reagiranjem borbom s mucanjem i napetošću, mucanje postaje teže. Logoped treba navoditi kontrast teškog mucanja s laganim mucanjem, a onda pitati dijete da oponaša produkciju takvog govora.

Vježbanje - dril (jedna riječ i čitanje) je koristan.

Carla Dellova pristup je izvrstan način učenja djeteta kako promijeniti svoj govor od teškog mucanja do lakog mucanja. Igranje igara u kojima se klasificira produkcija govora od strane logopeda (teško, lako ili regularno) i obratno, pruža djetetu primjere različitih govornih obrazaca i omogućuje mu da pravi "odluke" u vezi njegovog mucanja.

Tokom konverzacije ili više nestrukturiranih aktivnosti, identificirati slučajeve teškog mucanja i modelirati jednostavniji način da se kaže riječ. Dijete zamolimo da oponaša

lakši, modificirani oblik. Jedan od načina za to je da logoped stisne šaku djeteta na početku trenutka mucanja, drži na trenutak, smanjujući snagu, i polako otvoriti šaku kao da je trenutak mucanja pušten. Zatim klijent i logoped pokazuju takvo ponašanje zajedno, govorimo o "zapinjanju i otpuštanju". To se isto dešava i za vrijeme trenutka mucanja.

Zid i Meyer (1995, prema Ramig i sar., 1988) zagovaraju "povlačenje" kao "posebno korisno" za djecu školske dobi koja mucaju, za modificiranje neželjenih blokada. Logopedi objašnjavaju djetetu na ovaj način: "Guranje vaše blokade zapravo ne pomaže. To je navika i to je neugodno. Umjesto guranja, olakšajte riječ prema van i premjestite blokadu nježno na ostatak riječi. Morate popustiti - poput labavog kontakta upravo u sredini blokade. No, ne zaboravite da se krećete i završite ostatak riječi".

"Otkazivanje" je još jedan način terapije modifikacije. Od djeteta se traži da ponovno pauzira nakon trenutka mucanja i onda kaže na lakši način. Otkazivanje omogućuje da frustracija i bol mucanja budu "izbrisani".

Komponenta 8: Redukcija ponašanja izbjegavanja

Ponašanje izbjegavanja mora biti eliminirano jer olakšava postupni porast straha od mucanja.

Aktivnosti/tehnike

Logoped i starije dijete (u dobi 15-17 godina) mogu raspravljati o ponašanjima izbjegavanja, kao i o tome zašto se klijent osjeća da je potrebno nešto izbjeći.

Neka stariji klijenti (u dobi 15-17 godina) vode dnevnik određenih riječi i glasova koje izbjegava i u kojim situacijama ova izbjegavanja se dogodile.

Fawcus (prema Ramig i sar., 1988) predlaže da kada su navedene situacije izbjegavanja, korisno je da se rangiraju. "Iako možemo odlučiti uhvatiti se u koštac s situacijama kojih se najmanje bojimo, mnogi klijenti nose se dobro s puno većim situacijama izbjegavanja koje se nalaze više na njihovom popisu hijerarhije, pogotovo ako situacija izbjegavanja predstavlja problem."

Da bi uklonili "Uh i hm" koje se koristi kao ponašanje izbjegavanja, logoped može koristiti brojanje tih ponašanja. Igranje igara u kojima klijent/logoped dodaje "uh" i "hm", što je češće moguće, a druga osoba ih "hvata", može pomoći djetetu u identificiranju

ovih ponašanja izbjegavanja.

Klijentu mora postati ugodno i "osjećati se sigurno", sa svojim mucanjem kroz upotrebu "trijade" dobrovoljnog mucanja, i lakog netečnog govora i tobogana. Kako se dijete suočava s trenutak mucanja otvoreno i bez straha, korištenje ove vrste ponašanja izbjegavanja će se postupno smanjivati. Raspravljanje o posljedicama korištenja "ponašanja izbjegavanja" može pomoći klijentu da razumije važnost da ih eliminira.

Rješavati s klijentom sve moguće ishode ponašanja izbjegavanja, bez obzira na njihov pozitivan ili negativan utjecaj. Logoped popiše posljedice, a zajedno s klijentom, dodjeljuje vrijednost za njihov utjecaj na komunikaciju. Logoped treba promatrati bilo koje sekundarne oblike ili ponašanja izbjegavanja specifične za dato dijete. Sva takva ponašanja trebaju biti eliminirana kroz povećanje djetetove svijesti o ponašanju, i pokazujući kako ih dijete ne treba dok govori.

Komponenta 9: Olakšavanje razvoja vještina samosvijesti i samokontrole

Klijent mora biti u stanju učinkovito identificirati, putem odgovarajućih vještina samo-monitoringa i samosvijesti, onih elemenata koji ometaju njegovu tečnost govora. Razvoj tih vještina je ključan za postizanje i održavanje tečnosti.

Aktivnosti/tehnike

U početku, Healey i Scott (1995, prema Ramig i sar., 1988) navode, da dijete treba da identificira imitirane momente mucanja iz njegovog govora. Također traži se od djeteta da prepozna imitacije sekundarnih ponašanja koje dijete pokazuje, kako bi izbjegli ili prikrili mucanje.

Snimanje - Korištenje audio snimka govornih uzoraka je pomoć u početnoj identifikaciji primarnog i sekundarnog ponašanja, kao i nastavak identifikacije neprimjerene brzine i napetosti. Audio snimanje također je korisno u kasnijim fazama terapije za poboljšanje samokontrole. Od djeteta se traži da procijeni uzorak njegovog govora za učinkovitost tehnika koje se koriste.

On-line identifikacija - logoped prvo identificira primarna i sekundarna ponašanja ili lagani i teški govor djeteta. Zatim dijete postepeno samo počinje identifikaciju tih ponašanja. To je korisno za razlikovanje uočenih ponašanja s lakšim formama govora ili za opisivanje onoga što čini riječ teškom. Identificiranje ponašanja u govoru

logopeda je koristan način da se poveća svijest djeteta.

Vježne kontrasta - Korištenje liste riječi, klijentu je naloženo da producira svaku riječ – prvi jako, onda lagano. Logoped pomaže klijentu u identificiranju šta čini riječ teškom ili laganom. U kasnijim fazama terapije, logoped mora napomenuti klijenta da prati one aspekte govora kojima može biti ometana tečnost. Gestualni znakovi mogu biti adekvatni. Međutim, verbalni znakovi poput "Da li je to teško?", "Jesu li dovoljno usta otvorena?", "Da li osjećate da nemate dovoljno zraka za govor?", mogu biti više od pomoći.

Komponenta 10: Razvoj pozitivnog stava prema komunikaciji i prema sebi kao govorniku

Korisno je za dijete da razvije pozitivan stav prema samome sebi kao govorniku. Dijete treba pristupiti komunikaciji bez straha i strepnje, i doživjeti uspješne govorne situacije.

Aktivnosti/tehnike

Ohrabriti i ojačati djetetova snažna područja, odnosno, pjevanje, bojenje, umjetnička djela. Napravite da se dijete osjeća dobro vezano za stvari koje radi dobro. Uključiti hijerarhijski zasnovane aktivnosti koje pružaju maksimalan uspjeh na području tečnosti. Napravite da terapija bude zabavna i ugodna za dijete, kao i uspješna.

Uvijek poticati otvorenu liniju komunikacije. Dijete mora osjetiti povjerenje u logopedovu sposobnosti da mu pomogne, a logoped bi trebao biti podrška tokom terapije. Logoped treba otvoreno razgovarati o mucanju s djetetom i smanjiti "zavjeru šutnje" koja često okružuje ovaj poremećaj. Razgovor o mucanju će stvoriti atmosferu ukupnog prihvatanja i povećat će samopoštovanje kod djeteta.

Aktivnosti oko "načina kako postati dobar govornik" će pomoći klijentu da vidi da je komunikacija više nego samo "kako" se govori, te da također uključuje i "šta" neko ima za reći. Razgovor o prekidima, i razvoj različitih mehanizama nošenja sa stresom, će unaprijediti razvoj asertivnosti govora.

Važno je promijeniti stajališta djeteta. Naglasiti kada klijent govori "ne mogu" ili "nikada" i provesti nekoliko trenutaka u razgovoru o tome da kako neko govori o sebi utječu i na nečije ponašanje. Promjena "negativnog samo-razgovora" u "pozitivan samo-razgovor" je izvediv zadatak za logopeda i klijenta.

Bennett (1996, prema Ramig i sar., 1988) govori o važnosti nošenja sa situacijom stida

za djeca koja mucaju. Ističe da "sramota splasne kad pojedinac može objasniti ponašanje u smislu logične posljedice vlastitih navika." Aktivnosti koje mogu pomoći u rješavanju osjećaja stida:

- a. pružiti određenu terminologiju za opisivanje trenutka mucanja, tako da je mucanje demistifikovano
- b. eliminirati nedostatak poruke
- c. uključiti alternativne modele ponašanja
- d. pojačati pozitivan samo-razgovor i asertivnost govora
- e. poticati otvorenost, izbjegavati zavjeru šutnje oko poremećaja mucanja.

Komponenta 11: Prijenos i održavanje tečnosti govora

Fluentan govor je općenito lako postići u kliničkim uvjetima. Međutim, ova tečnost je od male vrijednosti ako govornik ne može prenijeti njegove nove vještine u normalno komunikacijsko okruženje. Prijenos treba poticati kroz proces intervencije dok dijete uči strategije kako bi se olakšala tečnost govora.

Aktivnosti/tehnike

Logoped i klijent mogu raditi zajedno kako bi identificirali potencijalne faktore povezane s recidivom i razviti strategije suočavanja. Blood (1995, prema Ramig i sar., 1988) ukazuje da ove strategije mogu uključivati izražavanje negativnih emocija, razvijati odgovarajuće odgovore asertivnosti.

Za prijenos:

- a. Koristite različite strategije.
- b. Definirajte hijerarhiju situacija od jednostavnih ka teškim.
- c. Koristiti različito okruženje.
- d. Povećati veličinu publike i potaknuti "goste" u terapiji.

Za održavanje:

- a. Sedmično ili mjesečno telefonski razgovarati s roditeljima.
- b. Sesije su svedene na sedmično, dvosedmično, mjesečno, itd
- c. Povremena kućna praksa strukturiranih i nestrukturiranih aktivnosti.
- d. Klijent treba napraviti snimku razgovora kod kuće. Nastup treba biti na nekoliko

područja, kao što su brzina, mekani kontakti...; a zatim donijeti vrpce na terapiju, tako logoped može dati svoj komentar.

Dijete nosi narukvicu, a svaka kuglica predstavlja određenu strategiju koju će provoditi. Dijete odlučuje šta svaka kuglica predstavlja i dijeli sa nekim drugim. Ovaj podsjetnik, nositi tokom dana, što služi kao suptilni mig za prijenos govornih vještina na različitim postavkama.

Komponenta 12: Uključenost roditelja

Kako je dijete na terapiji samo dva-tri puta sedmično, roditelji se moraju uključiti u proces terapije kako bi se osigurao maksimalan napredak. Roditeljski komunikacijski stil i osjećaji krivnje, straha i bijesa moraju se rješavati kroz terapijski proces.

Aktivnosti/tehnike

Roditeljski strah, krivnju i bijes treba procijeniti i upravljati time na odgovarajući način. Roditeljima treba dati vremena i slobodu da izraze svoje osjećaje. Razgovarajte normalno o netečnosti govora i normalnom razvoju jezika, s naglaskom na slijedeća razvojna područja potrebna za proizvodnju tečnog govora:

- a) Motorna koordinacija i vrijeme
- b) Jezička i kognitivna znanja
- c) Emocionalna zrelost

Tražite od roditelja da procijene kako reaguju na djetetov netečen govor. Objasnite važnost roditeljske uključenosti. Budite sigurni da dajete konkretne primjere 'kako roditelji mogu postati učinkovito uključeni u terapijski proces.

Pogledajte film "Prevenција mucanja - Part II" (Stuttering Foundation of America).

Kada dijete muca, ono detektuje slušateljevu reakciju kroz njihove riječi i neverbalne radnje. Ako dijete otkriva negativne osjećaje, rezultat može biti negativan stav o sebi, svom govoru, ili oboje. To može dovesti do toga da dijete muca teže i češće. Dakle, važno je da roditelji reagiraju isto na tečne kao i na netečne iskaze djeteta. Povećanje pozornosti kada dijete muca može pojačati nefluentnost govora.

Logoped može pomoći roditeljima u strukturiranju «vremena govorenja» (Botterill, Kelman, i Rustin, 1991, prema Ramig i sar., 1988) gdje se roditelji obavežu da provedu tri, četiri ili pet minuta; četiri, pet ili šest puta sedmično igrajući se sa svojim djetetom.

To bi trebalo biti učinjeno u mirnoj sobi, tako da ne dopuštaju prekide. Tokom tog vremena "razgovora", roditelji ne bi trebali praviti bilo kakve zahtjeve ili komentare na djetetov govor. Primarni naglasak je na slušanju sadržaja poruke djeteta. Ako roditelji nisu u mogućnosti završiti ovaj zadatak (više od dvije sedmice), logoped bi trebao razgovarati s njima o njihovoj ulozi u procesu terapije.

Rano u procesu intervencije, roditelji se trebaju upoznati s govornim modelom koji se koristi sa djetetom. Često, logoped će uputiti roditelje da uspore govornu brzinu. Međutim, ovaj zadatak nije tako lagan kao što se čini. Roditelji također trebaju vježbati s logopedom da osiguraju dosljednost između modela terapije i kućnog modela. To uključivanje, čak i ako je kratko ili povremeno, pomaže u povećanju razumijevanja roditelja kako je teško mijenjati govorni uzorak.

Organizovanje sastanaka roditelja djece koja mucaju. Ova atmosfera pruža roditeljima mogućnost da podijele svoje osjećaje i stavove s drugim roditeljima. Pružiti roditeljima informacije koje mogu ponijeti kući. Knjižice, brošure i video kasete su neprocjenjivi izvori informacija.

SAMOTERAPIJA MUCANJA

Ideja programa koju navodi Fraser (2007) temelji se na pretpostavci da je mucanje ponašanje koje se može modificirati ili promijeniti. To znači da djeca mogu naučiti kontrolirati svoje poteškoće, dijelom kroz promjenu svojih osjećaja i stavova o mucanju, a dijelom kroz uklanjanje ili ispravljanje nepravilnog ponašanja koje je povezano s mucanjem. Navedeno uključuje smanjenje straha od poteškoća tako što se dijete disciplinira da se suoči sa svojim strahovima i postaje manje osjetljivo vezano za svoje mucanje.

To uključuje:

- (1) analizu ponašanja mucanja,
- (2) uklanjanje nepotrebnih stvari koje dijete radi,
- (3) pozitivno djelovanje u kontroli blokada.

Osnovni princip jeste da dijete shvati da je mucanje nešto što ono radi i da mogu naučiti da promijene ono što rade.

O programu

Prvo, tražite od djeteta da proba postupak terapije kroz koji će proći. Zatim mu objasnite da se treba pridržavati dvanaest korisnih preporuka ili temeljnih pravila kako bi poboljšalo svoj govor. Ta osnovna pravila su dizajnirana kako bi mu omogućila da se upozna o praktičnim načinima suočavanja s poteškoćama. U skladu sa preporukama, te temeljnim pravilima, moći će biti usredotočeni na smanjenje ozbiljnosti teškoća i smanjenje mucanja. A kada se provode odredbe tih smjernica, postupno će biti postavljeni temelji za sticanje pozitivne kontrole nad govorom.

Ova pravila će omogućiti da:

- (1) razgovara više namjerno, s ciljem,
- (2) mucanje je lakše i otvoreno,
- (3) ne čini napore da sakrije svoje mucanje,
- (4) zaustavi sve prakse izbjegavanja,
- (5) eliminira sekundarne simptome,
- (6) održava normalan kontakt očima.

Terapijska procedura

Uključuje razgovor na vrlo spor, prolongiran način. Polako govoreći, predlaže se da bi trebalo sekundu ili duže da potraje početak prvog glasa ili sloga. Ovaj jednostavan početak govora može biti osobito korisno za one koji nemaju puno snažne negativne osjećaje o njihovom mucanju. Predlaže se da isprobaju ovaj postupak. U početku, možda im se neće svidjeti način na koji to zvuči, ali treba im objasniti da svaka promjena stvara osjećaj nelagode. Ne preporučuje se da se govori taj način cijelo vrijeme. Dajte im vremena da se naviknu na ovaj novi način govora.

Specifičnosti

Kao što je poznato, riječi su sastavljena od glasova. U ovom postupku, od djeteta se traži da počne izgovor početnih glasova riječi na iznimno spor, jednostavan, lagan način i da jednostavno klizi, izuzetno polako kroz prvi glas. To bi moglo trajati oko sekundu ili duže. To se zove "lagan početak." Zatim ispružiti i produžiti sve glasove kroz produženu fonaciju. To praktično znači produžiti svaki suglasnik i vokal, a kroz lagan prijelaz s jednog glasa na sljedeći glas.

Da bi to učinili, treba započeti vibriranjem glasnica na nizak, odmjeran, vrlo spor način kao što se počinje glasanje na lagan jednostavan način s laganim pritiskom jezikom i usnama, također poznato kao "lagani kontakati." Možete im reći da ako žele da osjete kako im glasnice vibriraju da stave ruku na grlo gdje bi trebali osjetiti vibracije.

Ovaj iznimno spor način pokretanja i produžavanja svih glasova će rezultirati u kontinuitet glasa i protoka zraka bez prekida u govoru i bez ponavljanja. Znači, produžiti sve glasove, osobito početne. I produžiti sve prijelaze između svih glasova (suglasnika i samoglasnika) sa laganim, jednostavnim kontaktima suglasnika.

Značajna pravila

Modificiranje osjećaja i stavova o mucanju kroz smanjenje straha od govora i ponašanja izbjegavanja.

Modificiranje nepravilnih ponašanja koja su povezana s mucanjem pomoću određenih tehnika koje će promijeniti oblik mucanja, tako da mogu govoriti bez teškoća.

Dakle, poželjno je iskoristiti sve raspoložive pristupe koji mogu raditi prema rješavanju

problema. Pravila su usmjerena najprije na smanjenje osjetljivosti koje dijete ima prema svom mucanju i zaustavljanje svih navika izbjegavanja. Tada će se koncentrirati na ispravljanje ono što rade krivo kad mucaju. Treba napraviti detaljnu studiju o tome šta rade neprirodno sa svojim govornim mehanizmom kada mucaju. Ova informacija će omogućiti da se eliminiraju one stvari koje rade nepotrebno i ispraviti ono što rade krivo. Ispraviti pogrešna ponašanja govornog mehanizma, odnosi se na korištenje post-blok, u- blok i pre-blok korekcije. Ovi uvjeti odnose se na postupke koji omogućavaju da se glatko govori na unaprijed određen način, tako da mogu razviti osjećaj kontrole.

Rad na postizanju ciljeva tih pravila neće biti lagan, u stvari, to može biti dugotrajan proces. Očito, to će zahtijevati vrijeme i rad, ne samo na smanjenju straha od poteškoća, nego će i promijeniti uzorak dječijeg govornog ponašanja. Djeci treba objasniti da su svoj vlastiti terapeut, a da mogu imati vas, logopeda, da ih nadzirete da li prate pravila. Savršenu usklađenost nije moguće očekivati, ali rezultat je ono što žele i trebaju.

Rad na ovoj praksi i mijenjanju mucanja bi trebao biti ključ progresa. Najbolje je raditi na tome da se ispuni samo jedno po jedno pravilo. Kada osjete da su postigli željene rezultate tog zadatka, iako bi to moglo potrajati dugo vremena, preći na sljedeće pravilo. Raspored praktične sesije treba napraviti da se podudaraju s rutinskim dnevnim aktivnostima kao što su obrok, pauze za ručak, ili put do škole. Neplanirana vježba općenito vodi do malo ili izostanka vježbe.

Treba ih naučiti da razviju naviku da uvijek govore polako i ciljano, namjerno, kada mucaju a i kada govore tečno. Bolje je da idu presporo nego previše brzo. Lakše je kontrolirati sporu kornjaču nego brzog zeca, zato usporite.

Ova smjernica zahtijeva da izgrade naviku da uvijek polako i promišljeno govore. To uključuje naviku govora koja se treba općenito poštovati. Ali, to se uglavnom preporučuje jer će dovesti do opuštenijeg načina govora koji više reaguje na terapijske procedure.

Također, uzimanje vremena kada govore teži da se suprostave osjećaju vremenskog pritiska koji osobe koje mucaju ponekad imaju. Neki govore prebrzo, nastojeći reći šta žele prije nego što se spotaknu ili blokiraju. To teži da generira napetost i pogorša njihovo mucanje. Kako bi se smanjio vremenski pritisak, treba im reći da kada govore, prave pauze između fraza (ili rečenica). To će pomoći smanjiti reakcije vremenskog pritiska.

Privremeno prihvaćanje uloge osobe koja muca, riješili su da naprave poseban napor da polako i namjerno govore cijelo vrijeme. To ne može lako biti napravljeno i zahtjeva koncentraciju, pogotovo ako imaju naviku brzo govoriti. To također može djelovati neprirodno na prvi pogled, ali ako se može podesiti na spori način govora, to će biti korisno. Ono što je najvažnije, bit će pod mnogo manjim pritiskom vremena.

Kada počnu razgovarati, recite da to učine lagano, nježno i glatko, bez prisiljavanja i tako da produže prve glasove riječi koje se boje. To znači snažno razgovorati tako da glas glatko teče u glasovima riječi sa laganim, opuštenim pokretima usana, jezika i vilice. Najvažnije smjernice sugeriraju da kada se muca, glatko i nježno izgovarati riječi na jednostavan i lagan način. Ako se prepuste ovom pravilu i mucaju jednostavno, težina mucanja će se smanjiti kao i frekvencija mucanja. Također, ovo pravilo predlaže da, dok govore jednostavno, produže prvi glas bilo koje riječi koje se boje.

Nadalje, trebaju produžiti prijelaz na sljedeći glas ili glasove te riječi. To se odnosi samo na riječi koje se boje. Ovdje se ne predlaže da se produže svi glasovi unutar svih riječi. Neki pokušavaju nositi se sa svojim problemom pokušavajući prisiliti riječi u isto vrijeme dok zatvaraju dišne puteve stiskanjem usana, ili pritiskom jezika na čvrsto stisnute usne, ili pritiskom jezika čvrsto na meko nepce. To nema smisla. Ne mogu sipati vodu iz zatvorene boce. Neka istraže kako se lako može mucati. Neka zamijene lakše načine za svoje mucanje umjesto frustrirajućih navika. Objasnite im da mucaju lako i smireno. Osjetit će razliku.

Neka mucaju otvoreno i ne pokušavaju sakriti činjenicu da mucaju

Objasnite im da budu otvoreni jer ne postoji prednost u pretvaranju da su normalni govornici. Pokušavanje sakrivanja mucanja samo pomaže da se ono produži. Neka kažu osobama s kojima razgovaraju da mucaju i da imaju stav biti spreman mucati dobrovoljno. Ako usvoje iskren i otvoren stav, to će pomoći da se smanji sram i stid zbog mucanja. Osjećaj srama i nelagode samo ima tendenciju da poveća djetetov strah od poteškoća. A strah od poteškoća pomaže izgraditi napetost ili krutost u govornom aparatu koji otežava teškoće.

Ako osobe koje mucaju ne pokušavaju sakriti činjenicu da mucaju, većina njih će biti manje osjetljivi na svoj problem i, kao rezultat, imaju mnogo manje poteškoće. Da se desentiziraju i povećaju samopouzdanje je težak zadatak jer će trebati vremena da se riješe svog straha. Međutim, što više rade na tome, bit će sretniji.

Praksa otvorene tehnike će smanjiti učestalost i ozbiljnost govorne blokade. Treba im objasniti da će smanjiti strah o svom govoru ako svojevrijedno priznaju drugima da mucaju. Trebaju naći prigode da o tome razgovaraju s onima s kojima imaju konverzaciju i reći im da rade na svom govoru.

Jedan od ciljeva ovog važnog pravila jeste da se poveća sposobnost da toleriraju stres i izgrade samopouzdanje kroz desenzitizaciju. Kao dio ovih smjernica treba ih poticati da ponekad mucaju dobrovoljno, namjerno. Trebaju namjerno raditi ono što izaziva strah, možda će omogućiti da dobiju neko olakšanje od straha i napetosti, što u stvari pogoršava njihov problem.

Treba objasniti da identificiraju i eliminiraju bilo kakve neobične geste, pokrete lica ili tijela koje možda pokazuju kada mucaju ili kada pokušavaju izbjeći poteškoće. To se ne odnosi na ono što rade krivo sa svojim govornim mišićima koji će se pomno ispitati kasnije. Prethodno pravilo se odnosi na nepotrebna ponašanja ili vidljive pokrete koji mogu karakterizirati određeni uzorak načina na koji mucaju. To se naziva "sekundarni simptomi."

Sekundarni simptomi uključuju stvari poput trzaja glave, treptanje očima ili zatvaranje očiju, pokrete rukom, lupanje nogom, podizanje obrva, grimase lica, pokrivanje usta rukom, itd. Da bi se to postiglo, bit će potrebno saznati i prepoznati koje sekundarne simptome imaju. Ova informacija je potrebna, kako bi mogli raditi na njihovom eliminiranju.

Ovo su loše navike u koje su eventualno možda upali, misleći da će im pomoći da lakše govore, ali u stvari one su samo dodane na abnormalnosti mucanja. Možda nemaju takve neprirodne oblike ponašanja, ali trebaju sami provjeriti pažljivo da li ih imaju ili ne. Ako su pronašli takva ponašanja, treba raditi na oslobađanju od njih. Očito, oni nisu nužni za proizvodnju govora.

Učiniti najbolje što mogu da zaustavite sve navike izbjegavanja, odgode ili zamjene koje su možda stekli kako bi odgodili, skrivali ili minimalizirali svoje mucanje. Mnoge od teškoća mogu se odnositi na prakse izbjegavanja.

Dok to vodi privremenom olakšanju, stvaranje takvih navika zapravo povećava strahove i uzrokuje više problema kasnije. Na primjer, ako telefon zvoni i odbijaju odgovoriti na poziv jer se boje da neće biti u mogućnosti da dobro govore, čin izbjegavanja ove situacije će samo teže izgraditi strah od telefona.

Za pomoć u oslobađanju straha, trebalo bi učiniti sve da ne izbjegavaju govorne situacije, socijalne kontakte, ne odustajati od pokušaja govora ili napustiti situaciju

približavanja problema, koristiti zamjenske riječi ili koristiti odgode. Ne izbjegavati riječi na kojima možda mucaju i izvršavati svoje obaveze. To može biti jako težak zadatak, ali mnogi smatraju da će neizbjegavanje dati više olakšanja od bilo kojeg drugog postupka terapije. Neizbjegavanja se opisuju kao pumpa u spremniku straha.

Bilo bi dobro ako bi mogli razviti osjećaj unutar sebe da će željno loviti i eliminirati izbjegavanja. Ovaj osjećaj će doći ako mogu napraviti praksu obavljanja stvari kojih se boje ne dajući si vremena da razmišljaju o njima. Osobito je važno za osobu koja muca da uspostavi govor koji je bez izbjegavanja.

Uspostavljanje kontakta očima s osobom s kojom razgovaraju

Možda su to već učinili, ali ako niste, trebate početi gledati svog slušatelja u oči više ili manje kontinuirano, na prirodan način. Osobito je važno da ne odvratite pogled kad mucate ili očekujete da se javi mucanje. Možda zato što se srame govornih poteškoća, mnogo je onih koji mucaju a koji imaju tendenciju da izbjegnu gledanje u oči slušatelja kada mucaju. Uz postojani, normalan kontakt očima će se raditi ka smanjenju osjećaja srama i nelagode. Ako nemate zdrav, normalan kontakt očima, koncentrirajte se da to uradite.

Analizirati i utvrditi šta govorni mišići rade nepravilno kada mucaju

Bitan i vrlo važan dio ovog programa jeste mogućnost da se utvrdi konkretno šta govorni mišići rade krivo kad se muca. To uključuje saznanje šta rade krivo ili nepotrebno, šta treba modificirati ili ispraviti. Provođenje takve istrage je ključna tačka u terapiji.

Objasnite da je neophodno da prouče ponašanje govornih mišića za vrijeme mucanja. Zatim mogu ponoviti kako bi ga uporedili sa svojim govorom kada razgovaraju bez teškoća. Postoje razni načini da to istraže.

Jedan način bi bio da zadrže svoje govorne blokade dovoljno dugo da bi se utvrdilo šta rade ili da mucaju dovoljno sporo da bi mogli da osjete šta se događa. Ili gledati sebe u ogledalu kad telefoniraju ili slušanje snimka svog govora, itd.

Ili, ako je video oprema dostupna, treba snimiti osobu dok muca. Biti u stanju studirati ono što rade je moćan alat u omogućavanju da se promjeni ono što se radi krivo. Vidjeti i čuti sebe dok se muca može biti otkrivajuće i motivirajuće.

Trebat će hrabrosti učiniti te stvari, ali svakako ove informacije mogu pomoći riješiti problem, tako da će postati potpuno svjesni šta treba mijenjati ili ispraviti.

Recite im da se nadate da će moći osjetiti, gledati i slušati sebe dok mucaju.

Ovi podaci će omogućiti da odgovore na sljedeća tri pitanja: 1) šta radim? 2) zašto to radim? 3) šta još mogu učiniti?

Koristiti postupke modifikacije ili eliminiranja ponašanja govornih mišića za vrijeme mucanja.

Razumijevanje i učinkovito djelovanje postupaka modifikacije ili eliminiranja ponašanja govornih mišića za vrijeme mucanja može biti ključ značajnog napretka.

Korisni postupci uključuju:

- (1) korekcije nakon blokade što objašnjava ono što bi trebalo učiniti nakon pojave blokada,
- (2) korekcija za vrijeme blokade koja objašnjava ono što bi trebalo učiniti u vezi sa blokadom dok se događa i
- (3) korekcija prije pojave blokade koja zahtijeva da se planira i pripremi za nju tako da se ne dogodi.

Uvijek ići prema naprijed dok govore, dok ne ponove ciljanu riječ, naglase riječ ili misao. Ako mucaju, neka planiraju da idu prema naprijed kako ne bi zadržali ili ponovili svaki glas. Neke osobe koje mucaju imaju naviku ponavljanja glasova koji su teški za njih prilikom pokušaja da kažu riječi (ddd-dječak, itd.). Kada započnu glas ili riječ, nema koristi od zadržavanja ili ponovnog izgovaranja. Nastavljajući sa tokom glasa radit će se protiv bilo koje tendencije da se zadrži blokada, produže ili ponove glasovi ili riječi na kojima se predviđaju nevolje.

Ideja je da glas ide naprijed s jednom riječju ili glasom do sljedećeg. Kada se predvidi problem na nekoj riječi, planirati koristiti duži jednostavan početak na prvom glasu i na prijelazu na sljedeći glas, ali i zadržati da glas ide naprijed. Drugim riječima, pokušati reći ono što imaju za reći bez ponavljanja ili vraćanja. Vraćati se da bi dobili zalet može se eventualno dobiti da prevaziđu blokadu, ali nikada više neće dobiti ništa vrijedno.

Ne mogu shvatiti šta rade dok ne čuju i ne vide sebe na vrpci.

Neka pokušaju razgovarati s fleksijom i melodijom čvrstim glasom a ne izvještačeno. Izbjegavati monoton govor i zadržati različitu brzinu govora i glasnoću. Govoriti na melodičan način, bez umjetnog glasanja. Koristiti prirodan izraz s varijacijama u tonu i

brzini što će učiniti govor više opuštajućim i ugodnim.

Obratiti pažnju na fluentan govor. Osjetiti svoje pokrete i položaj tijela. Objasniti da ne budu svjesni samo svog mucanja. Slušati sebe kad govore tečno. Trebaju prepoznati i zapamtiti svoja uspješna i ugodna govorna iskustva. Mentalno ponoviti uspjeh - uspješne govorne situacije i osjetiti svoju tečnost za izgradnju vlastitog samopouzdanja. Podsjetiti se da imaju sposobnost da govore tečno. Kao pomoć dati sebi taj osjećaj, provoditi vrijeme govoreći ili čitajući kada su opušteni i sami. Učiniti nešto od toga, dok se gledaju u ogledalo. Trebaju biti svjesni činjenice da je moguće da govore jednostavno, bez napora, na normalan način, bez poteškoća.

Razgovarati što je moguće više

Tokom rada na ovom programu pokušati razgovarati koliko god mogu, jer će im trebati situacije u kojima mogu raditi na preporučenim postupcima. To ne znači da bi trebali napraviti neugodne situacije, ali govoriti što više - vjerojatno su bili tihi dovoljno dugo. Govoriti kada žele. Ako mogućnosti za razgovor ne postoje, trebaju učiniti sve što mogu kako bi ih stvorili. Neka drugi čuju njihove ideje. Ako ne mogu naći slušatelja, uvijek postoji telefon. Neka pozovu robnu kuću i postave neko pitanje.

Ciljevi i izazovi

Rad na modificiranju ili promjeni mucanja je izazov - bit će u osvajanju situacija iz kojih su se oduvijek povlačili. Neka se usredotoče na činjenicu da mogu promijeniti ono što rade, a mucanje je nešto što rade, a ne nešto što se događa s njima. Kao što će promijenili govorno ponašanje, i emocionalne reakcije će promijeniti.

Razvoj hijerarhijski: Uхватiti se u koštac s problemom

Kako idu ka postizanju tog cilja? Trebaju ići ka tom cilju lako, ali organizirano s odlučnošću. Možda žele početi sustavno rješavati jedno po jedno pravilo. Možda raditi na onom pravilu koje će biti lako, a potom postepeno ići ka najtežem. Na taj način, ćete razviti samopuzdanje kako se krećete prema naprijed.

Napraviti popis od 5 do 10 govornih situacija od najlakših do najtežih. Koristiti pravilo broj 1, polako i promišljeno govorite u sljedećim situacijama:

1. govoriti kada su sami ili s kućnim ljubimcem (najlakši)
2. razgovor s bliskim prijateljem
3. naručivanje u restoranu
4. uputiti poziv prijatelju
5. uputiti poziv za stranca
6. razgovor na času
7. odgovarati (najteže)

Morat će razviti svoju vlastitu hijerarhiju jer možda tačke navedene nisu prava stvar za njih.

Postaviti svoju dnevnu kvotu

Postaviti dnevnu kvotu za sebe. Možda će željeti ponoviti prvi korak - razgovor s bliskim prijateljem. Pravilo jedan, govoriti polako i namjerno - za nekoliko dana ili čak sedmica prije nego što pređu na drugi korak, naručivanje u restoranu, polako i promišljeno govoriti. Prvi dan, napraviti barem jedan slučaj u kojem će ispuniti zahtjeve jednog pravila; zatim drugi dan drugo i tako dalje. Praviti zabilješke svojih postignuća u radnu svesku svaki dan, možda navečer prije spavanja. Ključ je da to rade redovno svaki dan, više ili manje u isto vrijeme.

Minimalni i maksimalni ciljevi

Prilikom definiranja ciljeva, postaviti minimalni cilj za koji osjećaju da ga sigurno mogu ispuniti, a u maksimalni uključiti ono što najviše mogu napraviti uz motivaciju, a da ipak to postignu. Na primjer, smisliti sljedeći cilj a to je da telefoniraju a da govore polako i promišljeno. Za minimalni cilj: "Govorit ću polako i promišljeno tokom čitanja naglas sam u sobi pet minuta," za Maksimalni cilj: "Obavit ću nekoliko telefonskih poziva bez obzira da li ću mucati ili ne." Svaki dan snimati svoje izvedbe, i pokušati pokriti sve pravilima i u narednim danima postupno povećavati kvote.

	Minimalni cilj	Maksimalni cilj	Rezultati Kako sam to učinio?
Ponedjeljak			
Utorak			
Srijeda			
Četvrtak			
Petak			
Subota			
Nedelja			

Slika 5. Primjer tabele za izradu ciljeva prema Ramig i sar. (1988)

Literatura

- Adams, M. (1993). The home environment of children who stutter. *Seminars in Speech and Language*, 14, 185–192.
- Alm, P. A. (2014). Stuttering in relation to anxiety, temperament, and personality: review and analysis with focus on causality. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 5-21.
- Američko udruženje logopeda (American Speech-Language-Hearing Association). (1995). *Guidelines for practice in stuttering treatment* [Guidelines]. Available from www.asha.org/policy.
- Ambrose, N.G., Yairi, E. (1994). The development of awareness of stuttering in preschool children. *Journal of Fluency Disorders*, 19, 229–245.
- Američko psihijatrijsko udruženje, APU (2013). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, DSM-V*. Washington, DC: Author.
- Anderson, J. D., Conture, E. (2000). Language abilities of children who stutter: A preliminary study. *Journal of Fluency Disorders*, 25, 283–304.
- Andrews, C., O'Brian, S., Harrison, E., Onslow, M., Packman, A., & Menzies, R. (2012). Syllable-timed speech treatment for school-age children who stutter: a phase I trial. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 43, 359–369.
- Andrews, C., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., Menzies, R., Lowe, R. (2016). Phase II trial of a syllable-timed speech treatment for school-age children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 48, 44-55.
- Arnott, S., Onslow, M., O'Brian, S., Packman, A., Jones, M., Block, S. (2014). Group Lidcombe Program Treatment for Early Stuttering: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 57,1606–1618.
- Bakhtiar, M., & Packman, A. (2009). Intervention with the Lidcombe Program for a bilingual school-age child who stutters in Iran. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 61, 300–304.
- Beilby, J. M., Byrnes, M. L., Yaruss, J. S. (2012). Acceptance and commitment therapy for adults who stutter: Psychosocial adjustment and speech fluency. *Journal of Fluency Disorders*, 37, 289-299.
- Blood, G.W., Blood, I.M. (2004). Bullying in adolescence who stutter: communicative competence and self-esteem. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 31, 69–79.

- Blood, G. W., Blood, I. M., Tramontana, M., Sylvia, A. J., Boyle, M. P., Motzko, G. R. (2011). Self-reported experience of bullying of students who stutter: Relations with life satisfaction, life orientation, and self-esteem. *Perceptual and Motor Skills*, 113, 353-364.
- Blaži, D. (1999). Posebne jezične teškoće u predškolske djece. Doktorska disertacija, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilište u Zagrebu.
- Boberg, E., Kully, D. (1994). Long-term results of an intensive treatment program for adults and adolescents who stutter. *Journal of Speech and Hearing Research*, 37, 1050-1059.
- Boey, R. A., Van de Heyning, P. H., Wuyts, F. L., Heylen, L., Stoop, R., De Botd, M. S. (2009). Awareness and reactions of young stuttering children aged 2-7 years old towards their speech disfluency. *Journal of Communication Disorders*, 42, 334-346.
- Bricker-Katz, G., Lincoln, M., McCabe, P. (2009). A life-time of stuttering: How emotional reactions to stuttering impact activities and participation in older people. *Disability and Rehabilitation*, 31, 1742-1752.
- Bratanić, M. (2002). Paradoks odgoja. Zagreb: Hrvatska sveučilišna naknada.
- Chang, S-E., Horwitz, B., Ostuni, J., Reynolds, R., Ludlow, C. (2011). Evidence of left ventral premotor-motor structural and functional connectivity deficits in adults who stutter. *Cerebral Cortex*, 21, 11, 2507-18.
- Chang S.E., Zhu D.C., Choo A.L., Angstadt M. (2015). White matter neuroanatomical differences in young children who stutter. *Brain*, 138, 3, 694–711.
- Conture, E., Walden, T., Arnold, H., Graham, C., Karrass, J., Hartfield, K. (2006). Communicative-emotional model of childhood stuttering. In: Bernstein Ratner N, editor. *New directions in treatment and research on stuttering*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Craig, A., Hancock, K., Chang, E., McCready, C., Shepley, A., McCaul, A., Costell, D., & Reilly, K. (1996). A controlled clinical trial for stuttering in persons aged 9 to 14 years. *Journal of Speech and Hearing Research*, 39, 808–826.
- Čengić, M. (2005). Vještina pisanja. Sarajevo: Des.
- Davidow, J.H., Zaroogian, L., Garcia-Barrera, M. A. (2016). Strategies for Teachers to Manage Stuttering in the Classroom: A Call for Research. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 1–14.
- Daniels, G. E., Gabel, R. M. (2004). The impact of stuttering on identify construction. *Top Language Disorders*, 24, 200-215.

- De Kinkelder, M., & Boelens, H. (1998). Habit-reversal treatment for children's stuttering: assessment in three settings. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 29, 261–265.
- De Nil, L. F., Brutten, G. J. (1991). Speech-associated attitudes of stuttering and nonstuttering children. *Journal of Speech and Hearing Research*, 34, 60-66.
- Dollaghan, C.A., Campbell, T.F., Paradise, J.L., Feldman, H.M., Janosky, J.E., Pitcairn, D.N., Kurs-Lasky, M. (1999). Maternal education and measures of early speech and language. *Journal of Speech- Language and Hearing Research*, 42, 6, 1432–1443.
- Donaghy, M., Harrison, E., O'Brian, S., Menzies, R., Onslow, M., Packman, A., et al. (2015). An investigation of the role of parental request for self-correction of stuttering in the Lidcombe program. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 17, 511–517.
- Doneva, S., Davis, S., & Cavenagh, P. (2017). Comparing the performance of people who stutter and people who do not stutter on the Test of Everyday Attention. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24, 1-15.
- Drayna, D. (2007). Studies in a unique community give new genetic insights into stuttering. Retrieved on 26th October, 2017. <https://www.stutteringhelp.org/studies-unique-community-give-new-genetic-insights-stuttering>
- Etchell, A.C., Johnson, B.W., Sowman, P.F. (2014). Behavioral and multimodal neuroimaging evidence for a deficit in brain timing networks in stuttering: a hypothesis and theory. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 467.
- Ezrati-Vinacour, R., Platzky, R., Yairi, E. (2001). The young child's awareness of stuttering-like disfluency. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 44, 368–380.
- Ezrati-Vinacour, R., Levin, I. (2004). The relationship between anxiety and stuttering: A multidimensional approach. *Journal of Fluency Disorders*, 29, 135-148.
- Felsenfeld, S., Kirk, K.M., Zhu, G., Statham, D.J., Neale, M.C., Martin, N.G. (2000). A study of the genetic and environmental etiology of stuttering in a selected twin sample. *Behav Genet*, 30, 5, 359–366.
- Franken, M-C., J., Kielstra-Van der Schalk, C.J., Boelens, H. (2005). Experimental treatment of early stuttering: A preliminary study. *Journal of Fluency Disorders*, 30, 189–199.
- Fraser, M. (2007). *Self-therapy for the stutterer*, Revised Tenth Edition. USA:

Stuttering Foundation of America.

Garcia-Barrera, M.A., Davidow, J.H. (2015). Anticipation in stuttering: a theoretical model of the nature of stutter prediction. *Journal of Fluency Disorders*, 44, 1-15.

Gillam, R.B., Loga, K.J., Pearson, N. (2009). *Test of Childhood Stuttering*. Austin, TX: PRO-ED.

Gottwald, S. R., & Starkweather, C. W. (1995). Fluency intervention for preschoolers and their families in the public schools. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 26, 117–126.

Groner, S., Walden, T., Jones, R. (2016). Factors Associated with Negative Attitudes Toward Speaking in Preschool-Age Children Who Do and Do Not Stutter. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 43, 255-267.

Gunn, A., Menzies, R. G., O'Brien, S., Onslow, M., Packman, A., Lowe, R. Block, S. (2014). Axis I anxiety and mental health disorders among stuttering adolescents. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 58-68.

Harrison, E., Wilson, L., & Onslow, M. (1999). Distance intervention for early stuttering with the Lidcombe Programme. *Advances in Speech Language Pathology*, 1, 31–36.

Hewat, S., Onslow, M., Packman, A., & O'Brian, S. (2006). A phase II clinical trial of self-imposed time-out treatment for stuttering in adults and adolescents. *Disability and Rehabilitation*, 28, 33–42.

Healey, E. C., Scott, L. A. (1995). Strategies for treating elementary school-age children who stutter: An integrative approach. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 26, 151–161.

Hugh-Jones, S., Smith, P. K. (1999). Self-reports of short- and long-term effects of bullying on children who stammer. *British Journal of Educational Psychology*, 69, 141-158.

Huttenlocher, J., Vasilyeva, M., Waterfall, H.R., Vevea, J.L. (2007). The varieties of speech to young children. *Developmental Psychology*, 43, 1062–1083.

Iverach, L., Jones, M., McLellan, L., F., Lyneham, H. J., Menzies, R. G., Onslow, M., Rapee, R. M. (2016) Prevalence of anxiety disorders among children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 49, 13-28.

Iverach, L. Rapee, R. M. (2014). Social anxiety disorder and stuttering: current status and future directions. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 69-82.

Iverach, L., Jones, M., O'Brian, S., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., Onslow, M.

(2009a). The relationship between mental health disorders and treatment outcomes among adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 34, 29-43.

Jones, M., Onslow, M., Packman, A., O'Brian, S., Hearne, A., Williams, S., Schwarz, I. (2008). Extended follow-up of a randomized controlled trial of the Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 43, 649–661.

Jackson, E.S., Yaruss, J.S., Quesal, R.W., Terranova, V., Whalen, D.H. (2015). Responses of adults who stutter to the anticipation of stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 45, 38-51.

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

Jones, M., Onslow, M., Packman, A., Williams, S., Ormond, T., Schwarz, I., & Gebiski, V. (2005). Randomised controlled trial of the Lidcombe Programme of Early Stuttering Intervention. *British Medical Journal*, 331, 659–661.

Kasumović, A. (2007). *Govor bosanskog jezika*. Tuzla: Off-set.

Kefalianos, E., Onslow, M., Packman, A., Vogel, A., Pezic, A. (2017). The History of Stuttering by 7 Years of Age: Follow-Up of a Prospective Community Cohort. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 60, 10, 2828-2839.

Khan, N. (2015). The Effect of Stuttering on Speech and Learning process A Case Study. *International Journal on Studies in English Language and Literature (IJSELL)*, 3, 4, 89-103.

Klein, J. F., Hood, S. B. (2004). The impact of stuttering on employment opportunities and job performance. *Journal of Fluency Disorders*, 29, 255-273.

Knapp, M.L., Hall, J. A. (2010). *Neverbalna komunikacija u ljudskoj interakciji*. Jastrebarsko: Naklada Slap,.

Koushik, S., Shenker, R., Onslow, M. (2009). Follow-up of 6-10 year-old stuttering children after Lidcombe program treatment: a phase I trial. *Journal of Fluency Disorders*, 34, 279–290.

Kronfeld-Durnias, V., Civier, O., Amir, O., Ezrati-Vinacour, R., Ben-Shachar, M. (2017). White matter pathways in persistent developmental stuttering: Lessons from tractography. *Journal of Fluency Disorders*, pii: S0094-730X(16)30078-X. doi: 10.1016/j.jfludis.2017.09.002. [Epub ahead of print]

Kraaimaat, F. W., Janssen, P., Van Dam-Baggen, R. (1991). Social anxiety and stuttering. *Perceptual and Motor Skills*, 72, 766.

- Kraaimaat, F. W., Vanryckeghem, M., Van Dam-Baggen, R. (2002). Stuttering and social anxiety. *Journal of Fluency Disorders*, 27, 319-331.
- Langevin, M., Bortnick, K., Hammer, T., Wiebe, E. (1998). Teasing/bullying experienced by children who stutter: Toward development of a questionnaire. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 25, 12-24.
- Langevin M., Packman, A., Onslow, M. (2009). Peer responses to stuttering in the preschool setting. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 18, 264-276.
- Langevin, M., Kully, D. (2012). The Comprehensive Stuttering Program and its evidence base. In M. Onslow and S. Jelčić Jakšić (Eds), *The science and practice of stuttering treatment: a symposium*, (pp. 115-129). Oxford: Wiley- Blackwell.
- Langevin, M., Kully, D., Teshima, S., Hagler, P., Prasad, N. G. N. (2010). Five-year longitudinal treatment outcomes of the ISTAR comprehensive stuttering program. *Journal of Fluency Disorders*, 35, 123-140.
- Langevin, M., & Prasad, N. G. N. (2012). A stuttering education and bullying awareness and prevention resource: A feasibility study. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 43, 344–358.
- Langevin, M. (2000). *Teasing and bullying: Unacceptable behavior*. Edmonton, Alberta, Canada: Institute for Stuttering Treatment & Research.
- Lewis, C., Packman, A., Onslow, M., Simpson, J. A., & Jones, M. (2008). A Phase II trial of telehealth delivery of the Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 17, 139–149.
- Lees, R. M. (1999). Stammering in school children. *Support for Learning*, 14, 22–26.
- Lewis, C., Packman, A., Onslow, M., Simpson, J. A., & Jones, M. (2008). A Phase II trial of telehealth delivery of the Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 17, 139–149.
- Lincoln, M., Onslow, M., Lewis, C., & Wilson, L. (1996). A clinical trial of an operant treatment for school-age children who stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 5, 73–85.
- Lincoln, M., Onslow, M., Lewis, C., & Wilson, L. (1996). A clinical trial of an operant treatment for school-age children who stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 5, 73–85.
- Lincoln, M., & Onslow, M. (1997). Long-term outcome of early intervention for stuttering. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6, 51–58.
- Lindsay, A., Langevin, M. (2017). Psychological counseling as an adjunct

to stuttering treatment: Clients' experiences and perceptions. *J Fluency Disord.* 2017 Jun;52:1-12. doi: 10.1016/j.jfludis.2017.01.003. Epub 2017 Feb 5.

Ludlow, C.L., Loucks, T. (2003). Stuttering: a dynamic motor control disorder. *Journal of Fluency Disorders*, 28, 273-295.

Lincoln, M., & Onslow, M. (1997). Long-term outcome of early intervention for stuttering. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6, 51–58.

Ljubešić, M., i Ceganec, M. (2012). Rana komunikacija: u čemu je tajna? *Logopedija*, 3, 1, 35-45.

Mallard, A. R., Gardner, L. S., Downey, C. S. (1988). Clinical training in stuttering for school clinicians. *Journal of Fluency Disorders*, 13, 253-259.

Mirosavljević, M. (2010). *Političko komuniciranje*. Sarajevo: Friedrich-Ebert Stiftung, 99.

Miller, B., & Guitar, B. (2009). Long-term outcome of the Lidcombe Program for Early Stuttering Intervention. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 18, 42–49.

Murphy, W. P., Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2007). Enhancing treatment for school-age children who stutter: II. Reducing bullying through role-playing and self-disclosure. *Journal of Fluency Disorders*, 32, 139–162.

Neumann, K., Euler, H.A., Schneider, P. (2017). Identifikation von Stottern im Vorschulalter. Köln: Demosthenes-Verlag der Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e. V.; 2014; [www. bvss.de/images/stories/projekte/BASS_2017.pdf](http://www.bvss.de/images/stories/projekte/BASS_2017.pdf) (last accessed on 13 April 2017).

Neumann, K., Euler, H.A., Bosshardt, H.G., Cook, S., Sandrieser, P., Sommer, M. (2017). The Pathogenesis, Assessment and Treatment of Speech Fluency Disorders. *Deutsches Ärzteblatt International | Dtsch Arztebl*, 114, 383–90.

Nippold, M. A., Schwarz, I. E. (1991). Narrative ability in schoolage stuttering boys: A preliminary investigation. *Journal of Fluency Disorders*, 16, 5–6, 289–308.

Nippold, M. A. (2011). Stuttering in school-age children: a call for treatment research. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 42, 99–101.

O'Brian, S., Jones, M., Packman, A., Menzies, R., Onslow, M. (2011). Stuttering severity and educational attainment. *Journal of Fluency Disorders*, 36, 86-92.

Onslow, M., Costa, L., & Rue, S. (1990). Direct early intervention with stuttering: Some preliminary data. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 55, 405–416.

Onslow, M., Andrews, C., & Lincoln, M. (1994). A control/experimental trial of an operant treatment for early stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 37,

1244–1259.

Packman, A. (2012). Theory and therapy in stuttering: A complex relationship. *Journal of Fluency Disorders*, 37, 225-233.

Packman, A., Onslow, M., Webber, M., Harrison, E., Lees, S., Bridgman, K., & Carey, B. (2011). The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention treatment guide. Retrieved from http://sydney.edu.au/health_sciences/asrc/docs/lidcombe_program_guide_2011.pdf

Panico, J., Daniels, D. E., & Claflin, M. S. (2011). Working in the classroom with young children who stutter. *Young Children*, 66, 91–95.

Pancsofar, N., Vernon-Feagans, L. (2006). Mother and father language input to young children: Contributions to later language development. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 27, 6, 571–587.

Pancsofar, N., Vernon-Feagans, L. (2010). Fathers' early contributions to children's language development in families from low-income rural communities. *Early childhood research quarterly*, 25, 4, 450–463.

Pellowski, M. W., Conture, E. (2005). Lexical priming in picture naming of young children who do and do not stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 48, 2, 278–294.

Pjanić, R. (1998). *Metodika nastave početnog čitanja pisanja*. Bihać: Grafičar.

Qi, C.H., Kaiser, A.P., Milan, S., Hancock, T. (2006). Language performance of low-income African American and European American preschool children on the PPVT-III. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 37, 5–16.

Ramig, P.R., Stewart, Ogrodnick-Walton, Bennet, Dodge, D., Lamy, J. (1988). Treating the school-age child who stutters: Some intervention ideas and resources. Retrieved March 25, 2013 at <http://www.stutteringrecovery.com/childinterv.PDF>.

Ratner, N.B. (1992). Measurable outcomes of instructions to modify normal parent-child verbal interactions: Implications for indirect stuttering therapy. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35, 14-20.

Radovančić, B. (1995). *Osnove rehabilitacije slušanja i govora*. Zagreb: Sveučilišni udžbenik.

Reilly, S., Onslow, M., Packman, A., Cini, E., Conway, L., Ukoumunne, O., Wake, M. (2013). Natural history of stuttering up to 4 years of age: A prospective community-based study. *Pediatrics*, 132, 3, 459–467.

Reilly, S., Onslow, M., Packman, A., Wake, M., Barvin, E. L., Prior, M., Ukoumunne,

- O. C. (2009). Predicting stuttering onset by the age of 3 years: A prospective, community cohort study. *Pediatrics*, 123, 1, 270–277.
- Riley, G. (2009). The stuttering severity instrument for adults and children (SSI-4) (4th ed.). Austin, TX: PRO-ED.
- Richels, C.G., Johnson, K.N., Walden, T.A., i Conture, E.G. (2013). The Relation of Socioeconomic Status and Parent Education on the Vocabulary and Language Skills of Children who do and do not Stutter. *Journal of Communication Disorders*, 46, 4, 361–374.
- Roseman, B. A. (1999). Is it safe to speak? *The Delta Kappa Gamma Bulletin*, 65(2), 11–14.
- Rousseau, I., Packman, A., Onslow, M., Harrison, E., & Jones, M. (2007). An investigation of language and phonological development and the responsiveness of preschool age children to the Lidcombe Program. *Journal of Communication Disorders*, 40, 382–397.
- Ryan, B. P., & Van Kirk Ryan, B. (1983). Programmed stuttering therapy for children: comparison of four establishment programs. *Journal of Fluency Disorders*, 8, 291–322.
- Sardelić, S., Heđever, M. (1989). Popratne pojave i nepoželjni oblici ponašanja djece koja mucaju. *Defektologija*, 25, 1, 101–107.
- Salihović, N. (2001). Prevalenca jecljanja pri otrocih in adolescentih. *Defektologica Slovenica*, 9, 2, 7–14.
- Salihović, N. (2005). *Poremećaji tečnosti govora*. Tuzla: Off-Set.
- Schiffman, L., G., Lazar Kanuk, L. (2000). *Ponašanje potrošača*, Zagreb: Mate, 229–237.
- Sheehan, J.G. (2008). Message to a stutterer. In: *Advice to Those who Stutter*. USA: The Stuttering Foundation.
- https://www.stutteringhelp.org/sites/default/files/Migrate/book0009_may2010.pdf
- Smith, A., Weber, C. (2016). Childhood Stuttering – Where are we and Where are we going? *Seminars in Speech and Language*, 37, 4, 291–297.
- Smith, A., Weber, C. (2017). How Stuttering Develops: The Multifactorial Dynamic Pathways Theory. *J Speech Lang Hear Res. Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60, 9, 2483–2505.
- St. Louis, K.O., Irani, F., Gabel, R.M., Hughes, S., Langevin, M., Rodriguez, M., Scott, K.S., Weidner, M.E. (2017). Evidence-based guidelines for being supportive of people who stutter in North America. *Journal of Fluency Disorders*, 53, 1–13.

Turnbull, J. (2006). Promoting greater understanding in peers of children who stammer. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 11, 237–247.

Vanryckeghem, M., Brutten, G.J., Hernandez, L.M. (2005). A comparative investigation of speech-associated attitude of preschool and kindergarten children who do and do not stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 30, 307–318.

Venkatagari, H. S. (2005). Recent advances in the treatment of stuttering: a theoretical perspective. *Journal of Communication Disorders*, 38, 375–393.

Ward, D. (2006). *Stuttering and Cluttering: Frameworks for Understanding and Treatment*. New York: Psychology Press.

Watkins, R. V., Yairi, E., Ambrose, N. (1999). Early childhood stuttering III: Initial status of expressive language abilities. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42, 5, 1125–1135.

Watkins, K. (2011). Developmental disorders of speech and language: from genes to brain structure and function. *Progress in Brain Research*, 189, 225-238.

Wilson, L., Onslow, M., & Lincoln, M. (2004). Telehealth adaptation of the Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention: Five case studies. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 13, 81–93.

Yaruss, J. S., Quesal, R. W. (2006). Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment, *Journal of Fluency Disorders*, 31, 90–115.

Yaruss, J. S., Coleman, C. E., & Quesal, R. W. (2012). Stuttering in school-age children: A comprehensive approach to treatment. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 43, 536–548.

Yairi, E., Ambrose, N., & Niermann, R. (1993). The early months of stuttering: A developmental study. *Journal of Speech and Hearing Research*, 36, 3, 521–528.

Yairi, E., Ambrose, N., Paden, E., Throneburg, R. (1996). Predictive factors of persistence and recovery: Pathways of childhood stuttering. *Journal of Communication Disorders*, 29, 51–77.

Yairi, E., Ambrose, N. (2014). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of Fluency Disorders*, 38, 2, 66–87.

Yairi, E., H., Seery, H., C. (2015). *Stuttering: Foundations and Clinical Applications*, 2nd edition. Harlow: Pearson Education Limited.