

Univerzitet u Beogradu
FAKULTET ZA SPECIJALNU EDUKACIJU I REHABILITACIJU

**SMETNJE I POREMEĆAJI:
FENOMENOLOGIJA,
PREVENCIJA I TRETMAN**
deo II

Priredile
Jasmina Kovačević, Vesna Vučinić

BEOGRAD 2010

UNIVERZITET U BEOGRADU
FAKULTET ZA SPECIJALNU EDUKACIJU I REHABILITACIJU
UNIVERSITY OF BELGRADE
FACULTY OF SPECIAL EDUCATION AND REHABILITATION

***Smetnje i poremećaji:
fenomenologija, prevencija i
tretman
deo II***

***Disabilities and Disorders:
Phenomenology, Prevention and Treatment
Part II***

Priredile / Edited by
Jasmina Kovačević, Vesna Vučinić

Beograd / Belgrade
2010.

**EDICIJA:
RADOVI I MONOGRAFIJE**

Izdavač:

Univerzitet u Beogradu,
Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju

***Smetnje i poremećaji:
fenomenologija, prevencija i tretman deo II***

Za izdavača: Prof. dr Jasmina Kovačević, dekan

Urednici: Prof. dr Jasmina Kovačević, doc. dr Vesna Vučinić

Uređivački odbor:

- Prof. dr Mile Vuković,
- Prof. dr Snežana Nikolić,
- Prof. dr Sanja Ostojić,
- Prof. dr Nenad Glumbić,
- Prof. dr Aleksandar Jugović,
- Prof. dr Branka Eškirović,
- Doc. dr Nada Dragojević,

Univerzitet u Beogradu, Fakultet za specijalnu
edukaciju i rehabilitaciju

- Prof. dr Pejo Đurašinović, Fakultet političkih nauka,
Univerzitet u Banja Luci
- Doc. dr Mira Cvetkova-Arsova, Sofia University "St. Kliment
Ohridski", Faculty of Primary and Pre-School Education,
Bulgaria
- Dr Zora Jačova, University "St. Cyril and Methodius",
Faculty of Philosophy, Institute of Special Education and
Rehabilitation, Republic of Macedonia
- Viviana Langher, University "La Sapienza", Rome, Italy
- Martina Ozbič, University of Ljubljana, Pedagogical Faculty,
Slovenia
- Dr Isabel Maria Martin Monzón, University of Sevilla, Spain
- Dr Isabel Trujillo Pozo, University of Huelva, Spain
- Dr Philip Garner, The University of Northampton
- Dr Maria Elisabetta Ricci, Univerzitet "La Sapienza", Rim,
Italija
- Dr Vlasta Zupanc Isoski, Univerziteti klinički centar, Ljubljana

Recenzenti:

Štampa:

„Akademija“, Beograd

Tiraž: 350

*Nastavno-naučno veće Univerziteta u Beogradu, Fakulteta za specijalnu edukaciju i
rehabilitaciju donelo je Odluku 3/9 od 8.3.2008. godine o pokretanju
edicije: Radovi i monografije.*

*Nastavno-naučno veće Fakulteta za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju
Univerziteta u Beogradu, na redovnoj sednici održanoj 29.6.2010. godine,
Odlukom br. 3/59 od 2.7.2010. godine, odobrilo je štampu Tematskog zbornika
"Smetnje i poremećaji: fenomenologija, prevencija i tretman", deo II.*

ISBN 978-86-80113-99-9

**EDITION:
PAPERS AND MONOGRAPHS**

Publisher:
University of Belgrade,
Faculty of Special Education and Rehabilitation
Disabilities and Disorders:
Phenomenology, Prevention and Treatment Part II

For the Publisher:

Prof. Jasmina Kovačević, PhD, Dean

Editors:

Prof. Jasmina Kovačević, PhD

Asst Prof. Vesna Vučinić, PhD

Editorial Board:

- Prof. Mile Vuković, PhD
- Prof. Snežana Nikolić, PhD
- Prof. Sanja Ostojić, PhD
- Prof. Nenad Glumbić, PhD
- Prof. Aleksandar Jugović, PhD
- Prof. Branka Eškirović, PhD
- Asst Prof. Nada Dragojević, PhD

University of Belgrade, Faculty of Special Education and Rehabilitation

- Prof. Pejo Đurašinović, PhD, Faculty of Political Sciences, University of Banja Luka
- Asst Prof. Mira Cvetkova-Arsova, PhD, Sofia University "St. Kliment Ohridski", Faculty of Primary and Pre-School Education, Bulgaria
- Zora Jačova, PhD, University "St. Cyril and Methodius", Faculty of Philosophy, Institute of Special Education and Rehabilitation, Republic of Macedonia
- Viviana Langher, University "La Sapienza", Rome, Italy
- Martina Ozbič, University of Ljubljana, Pedagogical Faculty, Slovenia
- Isabel Maria Martin Monzon, PhD, University of Sevilla, Spain
- Isabel Trujillo Pozo, PhD, University of Huelva, Spain
- Philip Garner, PhD, The University of Northampton
- Maria Elisabetta Ricci, PhD, University "La Sapienza", Rome, Italy
- Vlasta Zupanc Isoski, PhD, University Medical Centre, Ljubljana

Reviewers:

Printed by:

"Akademija", Belgrade

Number of copies: 350

Scientific Council of the University of Belgrade, Faculty of Special Education and Rehabilitation, decided to release the edition Papers and Monographs (Decision no 3/9 from 8th March 2008).

Scientific Council of the Faculty of Special Education and Rehabilitation, University of Belgrade, approved the printing of Thematic Collection of Papers: Disabilities and Disorders: Phenomenology, Prevention and Treatment, Part II at its regular session on 29th June 2010 (Decision no 3/59 from 2nd July 2010).

ISBN 978-86-80113-99-9

MODEL GRUPNOG RADA U TERAPIJI MUCANJA KOD ADOLESCENATA PREMA METODI SVESNA SINTEZA RAZVOJA

^{1,2}Darinka Šoster, ^{1,2}Nada Dobrota Davidović,

¹Nadica Jovanović Simić, ¹Ivana Terzić

¹Univerzitet u Beogradu, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju,

²Zavod za psihofiziološke poremećaje i govornu patologiju

”Prof. Dr Cvetko Brajović”, Beograd

Govor je društvena tvorevina i najviši oblik ljudske komunikacije, te bilo kakav problem u govoru postaje problem društva, a ne usamljene individue. Mucanje je jedan od govornih problema koji je multidimenzionalan u svom ispoljavanju, te mu je stoga neophodno pristupiti na takav način, kako u dijagnostici tako i u terapiji. U Zavodu za psihofiziološke poremećaje i govornu patologiju” Prof. Dr C. Brajović“ u Beogradu sprovodi se Metoda Svesne Sinteze Razvoja čiji je autor Prof. Dr C. Brajović, koja pruža tu multidimenzionalnost u terapiji mucanja. Ova metoda ima tri faze u okviru kojih se pored vežbi za korekciju govornih smetnji sprovode i elementi kognitivno-bihejvioralnog dela programa koji služe za redukciju govorne anksioznosti, kao i vežbe za uspostavljanje emocionalne stabilnosti i razvijanje socijalne kompetencije. S obzirom da se problem mucanja pojavljuje u trenutcima društvenog kontakta, razumljiv je značaj sprovođenja ne samo individualnog već i grupnog tretmana osoba koje mucaju. U ovom radu biće predstavljen model dvonedeljnog intenzivnog grupnog stacionarnog tretmana adolescenata koji mucaju.

Ključne reči: mucanje, svesna sinteza razvoja, grupni tretman

UVOD

Mucanje je problem poznat od davnina, pre više od 40 vekova, čak od drevnih Kineza, Egipćana i u vreme Mesopotamije. Govorilo se da je Mojsije sebe smatrao osobom koja muca (Garfinkel, 1995). Manifestacije mucanja zavise od individualnog obrasca razvoja, osobina ličnosti i temperamenta. Uzrok mucanja je i dalje nedovoljno poznat, ali su naučnici ipak pronašli mnoge ključne čimbenice. Različiti faktori, kako zasebno tako i u kombinaciji mogu izazvati pojavu mucanja kod deteta koje ima neurofiziološku predispoziciju za ovaj poremećaj.

Glavne karakteristike govora ljudi koji mucaju su ponavljanja, produžavanja i blokovi (Van Riper, 1982). Ove karakteristike razvijaju se spontano, jer osobe koje mucaju ne mogu da ih kontrolišu. Sekundarne karakteristike uključuju stečene reakcije koje se dele u dve grupe: odlaganje i izbegavanje govora. Negativni stavovi i osećanja vezana za mucanje i govor predstavljaju tercijalni problem koji se javlja kod osoba koje mucaju (Gutar, 2006). Osećanja su trenutne reakcije koje se opisuju kao strah, stidljivost, sram. Stavovi proizilaze iz ponovljenih negativnih iskustava koje izaziva mucanje. Adolescenti i odrasli koji mucaju uglavnom imaju negativne stavove prema sebi koji su produkt dugogodišnjeg mucanja (Blood i sar., 2001).

Prevalenca odraslih sa mucanjem je oko 1% (Bloodstein, 1995). Oko 1% dece školskog uzrasta širom sveta evidentno muca (Andwers i sar., 1983). Incidenca pojave mucanja kod dece je prema nekim istraživanjima oko 5% (Andrews i sar., 1983; Mansson, 2000). Razlika između prevalence i incidence pokazuje da mnogi ljudi uspeju da prevaziđu mucanje u nekom periodu svoga života. Stepem spontanog oporavka je oko 75% kod dece koja mucaju. Odnos muškog i ženskog pola je 3:1, ali može biti i manji, oko 1:1 kod male dece koja tek počinju da mucaju. Prema Gutar-u (2006), veću verovatnoću za spontani oporavak imaju osobe ženskog pola i osobe koje odrastaju u adekvatnom porodičnom okruženju. Zatim, veću verovatnoću za spontani oporavak vidimo kod osoba oba pola koje imaju dobre fonološke, jezičke i neverbalne sposobnosti, koje su desnoruke, kao i kod osoba sa stabilnijim motornim govornim sistemom. Možemo zaključiti da različiti uslovi utiču na smanjenje mucanja, a efekti se vide u promeni govornog obrasca, smanjenju pritiska pri konverzaciji, ili kombinovano. Istraživanja pokazuju da se mucanje može smanjiti pod uticajem onih činioca koji redukuju zahteve motorne kontrole govora i funkciju jezičke formulacije.

ETIOLOGIJA

U zavisnosti od stručnog i naučnog profila autora nastajale su i teorije o nastanku mucanja. Prema filozofima mucanje je pojava čiji je uzrok u načinu života i razmišljanja osoba koje mucaju o svom problemu. Prema psiholozima mucanje nastaje kao posledica izmenjene strukture ličnosti, konflikta sa okolinom ili samim sobom, kao i netolerantnog stava sredine prema osobi koja muca.

Istraživanja u oblasti mucanja još uvek nisu dovoljno objasnila uzroke nastanka ovog problema, tako da danas postoji veliki broj teorija o mucanju. Među njima su: teorija o nedostatku hemisferne dominacije, teorija o mucanju kao poremećaju vremenskog obrasca, teorija o mucanju kao smanjenoj sposobnosti za unutrašnje oblikovanje, mucanje kao deficit jezičke produkcije, mucanje kao fiziološki tremor, dijagnosogena teorija, genetska teorija, teorija o mucanju kao naučenom ponašanju, psihoanalitički koncept mucanja, teorija zakasnele auditivne povratne sprege, teorija kapaciteta i zahteva (Gutar, 2006).

Većina autora se ipak slaže da je mucanje multidimenzionalnog karaktera za čiji nastanak i razvoj je odgovorno više faktora istovremeno. Među tim faktorima su određeni fiziološki deficiti, psihološki i sredinski uzroci, koji međusobnim dejstvom mogu prouzrokovati nastanak, a kasnije i održavanje mucanja.

Etiologija mucanja može biti povezana sa kongenitalnim faktorima, koji mogu uključivati fizičku traumu pri rođenju, prerano rođenje, operacije, povrede glave, retardaciju ili intenzivan strah.

Postoji čvrst dokaz da mucanje ima genetsku osnovu. Mnogi naučnici smatraju da genetsku osnovu predstavlja način organizacije detetovog mozga za govor i jezik. Studije blizanaca i usvojene dece potvrđuju da geni moraju interreagovati sa faktorima okoline. Neke studije dokazale su postojanje gena za mucanje na 18 hromozomu (Shugart i sar., 2004), a druge na 1, 13 i 16-om hromozomu (Cox i Yairi, 2000). Danas su istraživači na putu da pronađu gene odgovorne za nastanak mucanja, što bi bilo od velike pomoći u ranoj identifikaciji i prevenciji mucanja (Ambrouse, 2008).

Studije o mozgu odraslih koji mucaju upotrebom sledećih metoda: CBF, SPECT, MRI, PET, fMRI pokazuju različite smetnje pri govoru, naročito pri mucanju. Jedna studija je kod osoba koje mucaju pronašla povećanu aktivaciju delova desne hemisfere koje su homologne strukturama leve hemisfere za govor i jezik kod osoba koje ne mucaju (Boberg i sar. 1983; De Nil, 2000a; Fox, 2003a). Aktivnost je najveća u regijama desne hemisfere u desnom frontalnom operkulumu, kao i u oblasti desne insule (Fox, 2003a). Druge studije pokazuju manju aktivnost superiorne temporalne kore leve hemisfere i auditorne asocijativne zone i Vernikeove zone u levoj hemisferi kod osoba koje mucaju (Fox i sar., 1996; Fox i sar., 2000; Braun i sar., 1997; De Nil i sar, 2003). Ovim istraživanjima se ukazuje na to da osoba koja muca ne koristi auditorni feed-back.

Druge studije mozga ukazuju i na neuroanatomske razlike u vidu anomalije „planum temporale” i girusa u govornoj i jezičkoj regiji (Foundas, 2004), kao i na manju koncentraciju vlakana koji povezuju govornu percepciju, planiranje i egzekutivne regije (Sommer, 2002; Salmelin, 2000).

Na zadatke o senzornom procesiranju osobe koje mucaju reaguju sporijim procesiranjem, naročito na auditivne stimuluse i manjom dominantnošću leve hemisfere. Osobe koje mucaju mogu imati duže pauze ili manje amplitude pri slušanju složenijih lingvističkih struktura, slabije razvijen put „desno uvo-leva hemisfera“, siromašnije procesiranje taktilnih i vizuelnih komponenti (Guitar, 2006).

Mucanje se povećava u dužim, složenijim rečenicama, na njega utiče leksička klasa reči, dužina i mesto u rečenici. Osobe koje mucaju slabije rešavaju fonološke i semantičke zadatke kada su ti zadaci dati uporedo (De Nil i Boisshardt, 2001).

Podaci o osetljivosti ljudi koji mucaju su oskudni. Koristeći fiziološka merenja senzitivnosti pronađeno je da podrhtavanje zvuka izaziva jače reakcije odraslih koji mucaju nego onih koji ne mucaju (Guitar, 2003).

Studije mozga pokazale su izraženu aktivnost za vreme mucanja u desnoj insuli (Fox, 2003b) i anteriornoj cingularnoj kori (Braun i sar., 1997; De Nil i sar., 2000b). Obe ove zone su visoko povezane sa amigdalama, koje su glavna struktura za izazivanje straha. Emocije lateralizovane u desnoj hemisferi su one emocije koje su povezane sa strahom (Konsbourne, 1989). Osobe koje mucaju nisu anksioznije od drugih, ali je dokazano da im je autonomno uzbuđenje povećano kada znaju da će mucati i osetljivijeg su temperamenta što može biti povezano sa povećanom fizičkom tenzijom laringealnih mišića.

TRETMAN MUCANJA

Tretman mucanja se tokom vremena menjao na različite načine, u zavisnosti od preovladavajućeg mišljenja o njegovoj etiologiji. Danas ne postoji jedan tretman mucanja. Mnogi terapijski pristupi tretiraju samo jedan simptom ili grupu simptoma. Ipak, kako je preovladavajuće mišljenje da je etiologija mucanja multikauzalna i kako je samo mucanje multidimenzionalni problem u svom ispoljavanju, postoji i tendencija razvoja sveobuhvatnih terapijskih pristupa (Manning, 2001). Ova tendencija postoji kako u tretmanu dece koja mucaju, tako i u tretmanu adolescenata i odraslih osoba koje mucaju.

Neki terapijski modeli glavni akcenat stavljaju na tehnike za smanjivanje mucanja (na smanjivanje broja slogova na kojima se muca % SS), neki na disanje, a neki samo na primenu kognitivno-bihejvioralnog tretmana, dok drugi na osnovu iskustava i istraživanja pokušavaju da objedine više od jednog modaliteta.

Takođe, terapija se često sprovodi samo u okviru individualnih terapijskih sesansi, i/ili grupno, ambulantno ili, u vidu intenzivnog grupnog stacionarnog tretmana sa ili bez praćenja posle stacionarnog tretmana.

Neke terapije imaju razrađene programe za decu školskog uzrasta do adolescentnog doba, neke samo za adolescente i odrasle, dok ima terapija koje mogu da se primene na svim uzrastima.

Postoje terapijski programi koji u zavisnosti od tehničkih mogućnosti terapeuta i terapijskih mogućnosti pacijenata nude tretman u više vidova, individualno ili grupno, ambulantno ili stacionarno i jedan od takvih programa je Camperdown program (zasnovan na kliničkim iskustvima i istraživanjima) koji se sprovodi u Australiji.

Programi koji su uglavnom bazirani samo na primeni kognitivno-bihejvioralne terapije, a sprovode se grupno i individualno, ambulantno i/ili stacionarno i imaju praćenja posle tretmana su između ostalih: SSMP (autori su D.Breitenfeldt i D.Lorenz) u SAD-u, PATMAR (autori su P.Kelly i M.McDonnell) i DAS (autor Linklaster) u Irskoj.

Programi koji uključuju govornu i kognitivno-bihejvioralnu terapiju i sprovode se individualno i grupno, ambulantno i/ili stacionarno su na primer: ISTAR (autori su Boberg i Kully) u Kanadi, IST (autori B. Johannisson i S.Wennerfeldt) u Švedskoj, VaLMod (autor D.Novosel) u Hrvatskoj, Svesna Sinteza Razvoja (autor C.Brajović) u Srbiji.

Generalni stav koji poslednjih decenija preovladava u stručnoj javnosti u oblasti mucanja jeste da je veoma značajno uključiti grupni rad u tretman mucanja. Ovo se u nekim slučajevima postiže kroz ambulantni rad u grupi, po 2-4h u bloku, dok se u većini slučajeva izvodi kroz stacionarni tretman. Stacionarni tretman, u zavisnosti od terapijskog pristupa i/ili zemlje u kojoj se izvodi (zdravstvenog osiguranja, materijalnih uslova itd) traje od 4 dana do 3 nedelje. Većina traje od 8 do 15 dana, i uključuje od 4 do 15 sati dnevnog intenzivnog tretmana.

Mi smatramo da govor u grupi po mnogim svojim aspektima više odgovara stvarnom društvenom govoru nego u individualnom terapijskom postupku. Takođe, pojedinci u grupi postaju svesni da nisu sami sa svojim problemom, a otklanjanje govornih blokada u grupi psihički olakšava onome koji muca da na isti način otklanja govorne blokade i u stvarnim društvenim kontaktima. Kroz

grupni rad stiće se veća motivacija i istrajnost u sprovođenju terapijskog programa.

U ovom radu autori će predstaviti stacionarni grupni deo tretmana po metodi SSR.

METODA SVESNA SINTEZA RAZVOJA

Sedamdesetih godina XX veka, pod vođstvom prof. dr C. Brajovića u Zavodu za psihofiziološke poremećaje i govornu patologiju u Beogradu, razvijen je multidimenzionalni pristup tretmanu mucanja. Vremenom, na osnovu zapažanja terapeuta, pacijenata i na osnovu novih istraživanja u ovoj oblasti, tretman je prepeo izvesne promene. Danas SSR uključuje fluency-shaping i slične tehnike, kao i kognitivno-bihejvioralni deo tretmana. Terapija se sastoji iz tri faze i uključuje individualni i grupni, ambulantni i stacionarni tretman. Otpočinje se ambulantnim delom terapije, dok se stacionarni deo tretmana odigrava kasnije, u drugoj i/ili trećoj fazi.

Kratak pregled faza

Na početku se obavlja timska procena, posle čega se postavljaju ciljevi tretmana. Ciljeve postavljaju terapeut i pacijent zajedno na osnovu rezultata i ličnih želja, motiva, interesovanja i sposobnosti pacijenta. Da bi se postigli zadati ciljevi, terapijski program se može delimično prilagoditi pojedinačnom pacijentu. U toku terapije veoma važnu ulogu imaju roditelji i prijatelji pacijenata sa kojima oni provode dosta vremena u svakodnevnom životu. Pacijenti se podstiču da vežbaju svakodnevno i uvode se u I fazu.

Program I faze naglašava rad na osnovnim govornim tehnikama (fluency shaping), korekciji nepravilnog disanja, kao i dodatnim tehnikama (u oblasti koncentracije, pažnje i praćenja protoka vremena). Terapija se u početku sprovodi ambulantno i individualno, a polako se kasnije tokom tretmana pacijent upoznaje sa drugim osobama koje mucaju.

II faza se sastoji od primene prethodno naučenih tehnika i dodatnih govornih tehnika, primene tehnika u jednostavnijim, pa složenijim govornim situacijama, uvođenju elemenata kognitivno-bihejvioralne terapije, pravljenju različitih hijerarhija i evaluaciji subjektivnog stresa. Tokom II faze pacijent se sve više uvodi u grupni rad, gde se inicijalni deo i dalje sprovodi ambulantno, a zatim se uključuje i stacionarni tretman.

III faza predstavlja transfer u stvarni život, a to se postiže uvođenjem pacijenta u realne životne situacije. Pacijent preuzima kontrolu nad svojim govorom sve više u toku dana koristeći selektivno tehnike koje mu pomažu i polako postaje sam sebi terapeut, što je krajnji cilj kod većine pacijenata.

STACIONARNI DEO TRETMANA

Kod sprovođenja grupnog tretmana u stacionarnim uslovima postoje dodatne prednosti zbog toga što se program sprovodi kontinuirano, pacijenti su bar za izvesno vreme (15 dana) odvojeni od sredine koja na neki način održava mucanje i moguća je skoro apsolutna kontrola i svakodnevna evaluacija tretmana.

Zbog svega toga ovaj vid tretmana postao je sastavni deo terapijskog programa u Zavodu za psihofiziološke poremećaje i govornu patologiju u Beogradu i sprovodi se nekoliko puta godišnje u stacionaru „Lipovica“.

Sa ovladavanjem tehnika i pravila II faze pacijent se uključuje u grupni dvo nedeljni stacionarni tretman. Na početku kao i na kraju stacionarnog tretmana sprovodi se određeni metrijski postupak. Pre svega objektivnim mernim instrumentima (govorni status prema Fiedler, P.A., Standop R. Stotern-Schwarzenberg, Munchen, 1978) određuje se stepen, kvalitet i vrsta govornih smetnji. U govornom statusu ispituje se: brojanje, nabranje, ponavljanje, rečenica, čitanje basni od 100 reči, prepričavanje pročitanog teksta i razgovor na slobodnu temu.

Na početku i na kraju tretmana vrši se subjektivna procena anksioznosti pacijenata izražena u SUD jedinicama (subjective unit of disturbance – subjektivna procena trpljenja) i prave se hijerarhije kritičnih govornih situacija i hijerarhije reakcija sagovornika u kojima se manifestuju ove neprijatne emocionalne reakcije. Brojevima od 0 do 100 pacijent treba da označi, oceni osećanje anksioznosti. Broj 100 predstavlja ocenu za najjaču, maksimalnu anksioznost, dok 0 označava stanje potpunog mira.

Tokom tretmana obično se prati 18 govornih situacija među kojima su: odgovaranje u školi, telefon, šalter situacije, kupovina, zaustavljanje na ulici, predstavljanje, čitanje u grupi i pred jednom osobom, a pored analize tipičnih radi se analiza i dodatnih govornih situacija sa kojima se pacijent susretao.

Takođe se prati uobičajenih 13 reakcija sagovornika, na koje osobe koje mučaju reaguju negativno, a među njima su: imitacija, vrdanje, ignorisanje, sažaljenje, smeh i podsmevanje, radoznalost. I ovde pacijenti uvek dodaju neke nove reakcije koje nisu ponuđene, a koje oni imaju u svom iskustvu.

Terapijski program

Terapijski program koji se sprovodi u stacionarnim uslovima sadrži ustaljeni metod Svesne Sintezе Razvoja, kognitivno-bihejvioralni deo programa i seminar o mucanju koji ima za cilj da pacijenti što više nauče o svom problemu.

U okviru SSR dodatno se uvežbavaju tehnike za korekciju samih govornih smetnji, pisanje i pevanje glasova i reči, artikulacioni šumovi, terapijsko čitanje i prepričavanje. Uvodi se dodatni program koji sadrži odgovaranje školskih lekcija uz korišćenje terapijskih pravila, postavljanje i odgovaranje na pitanja uz primenu govornih tehnika, razgovor po pravilima na određene teme, vežbe apstrakcije i fantazije pri prepričavanju i vežbe kreativnog mišljenja.

Kognitivno-bihejvioralni deo programa ima za cilj redukciju anksioznosti vezane za govorne situacije i reakcije sagovornika, kao i uspostavljanje emocionalne stabilnosti i razvijanje socijalne kompetencije.

U redukciji govorne anksioznosti neizostavni deo je vežba relaksacije i u njoj zamišljanje kritičnih govornih situacija. Pošto se savlada ovaj nivo, prelazi se na probu ponašanja u grupi, sa analizom govorne anksioznosti od strane pacijenta, kao i analizom ponašanja koju vrši pacijent uz feed-back članova grupe i terapeuta.

Takođe u okviru ovog dela programa rade se i vežbe sigurnog i nesigurnog ponašanja sa ciljem adekvatne pripreme i identifikacije određenog oblika ponaša-

nja pacijenta, kako kod sebe, tako i kod drugih, kako bi se adekvatno prilagodio datoj situaciji.

Kroz kognitivno-bihejvioralni deo tretmana postiže se i razvijanje optimalne strategije na prevazilaženju neprijatnih psihičkih stanja, unapređivanje veštine samoizražavanja i sporazumevanja, jačanje poverenja i pouzdanja u sebe i druge, bogaćenje pozitivnih saznanja o sebi i drugima. Naglasak se stavlja na proces otkrivanja i saznavanja. Stvara se atmosfera poverenja i prihvatanja, bez procenjivanja i kritike. Pacijenti se osećaju sigurnije u sredini koja vodi računa o njihovim osećanjima i u kojoj mogu slobodno da izraze svoja raspoloženja i neraspoloženja.

Sve ovo je posebno značajno u tretmanu adolescenata, koji se nalaze u teškom periodu u svom životu kada doživljavaju fizičke i psihičke promene. Nisu još dovoljno samostalni da bi se odvojili od porodice, a trude se da pronađu svoje mesto u svetu odraslih. Tada im je jako bitno mišljenje i prihvatanje od drugih osoba, a posebno od vršnjaka. Sve to može da utiče na njihov nivo razvijanja samopouzdanja i osećanja samopotvrđivanja i samovrednosti.

Organizacija rada

Intenzivni grupni dvonedeljni program u stacionaru sastoji se od pre podnevnog i posle podnevnog rada. Terapeut nije svakog dana uključen u popodnevni rad, ali bar nekoliko dana jeste, u zavisnost od potreba grupe. Pre podnevni deo programa obavlja terapeut (5 sati), a posle podnevni rad (4 sata) sprovodi se uz vođenje grupe od strane iskusnih pacijenata koji mogu da kontrolišu svoj govor i prošli su nekoliko stacionarnih tretmana. Uloga iskusnih pacijenata kao koterapeuta je jako važna, kako za same vođe grupe, tako i za druge članove grupe i služi im kao dodatna motivacija da istraju u rešavanju svog govornog problema. U toku posle podneva pacijenti u okviru kognitivno-bihejvioralnog dela programa započinju transfer u realne životne situacije tako što odlaze van stacionara, kako bi uživo probali govorne situacije koje su uvežbavali kroz relaksaciju i imaginaciju i posle ih analizirali. Zatim sprovode ankete vezane za mucanje sa drugim pacijentima i njihovim pratiocima, ispituju stavove okoline prema mucanju. Prave emisije na temu mucanja, razne dramatizacije i skečeve. U toku popodneva pacijenti dodatno obavljaju određene zadatke koje su u dogovoru sa terapeutom dobili za naredni dan.

Posle stacionarnog tretmana pacijenti se vraćaju u ambulantu na održavanje postignutih rezultata, sa postepenim povećavanjem vremena između tretmana. Trajanje ovog dela programa zavisi od toga da li je pacijent ušao u III fazu u stacionaru ili je celokupna simptomatologija mucanja kod određenog pacijenta takva da zahteva dugotrajniji rad. Ponovni stacionarni tretman je moguć u slučajevima kada se radi o iskusnom pacijentu koji ima ulogu koterapeuta, o pacijentu koji ima težak stepen mucanja, koji stanuje daleko i kod pacijenta kod koga je posle duže pauze došlo do recidiva.

DISKUSIJA SA ZAKLJUČCIMA

Na osnovu dugogodišnjeg iskustva, naših podataka, i novijih istraživanja, kao i povratnih informacija koje dobijamo od naših pacijenata i njihovih porodica smatramo da možemo reći da metod SSR uz kognitivno-bihejvioralni deo programa pruža dobru osnovu za tretman mucanja kod adolescenata.

Takođe možemo zaključiti da je stacionarni grupni tretman neophodan i nezamenjiv deo terapije adolescenata koji mučaju s obzirom da obezbeđuje redukciju od oko 84% u učestalosti i težini govornih smetnji. Tokom stacionarnog tretmana dolazi i do značajne redukcije govorne anksioznosti vezane za kritične govorne situacije i smanjivanja anksioznog reagovanja u specifičnim provokativnim govornim situacijama, što je praćeno poboljšanjem stavova vezanih za mucanje. Najsporiji napredak primećujemo u redukciji subjektivnog trpljenja na reakcije sagovornika iz socijalnog okruženja. U većini slučajeva kod pacijenata dolazi do uspostavljanja emocionalne stabilnosti i razvijanja socijalne kompetencije, unapređivanja veštine samoizražavanja i sporazumevanja. Pacijenti tokom tretmana nauče da koriste ponuđene tehnike i da ih uspešno primenjuju u socijalnom okruženju.

Sve ovo je znatno teže postići u ambulantnim uslovima, a neophodno je za postizanje dugotrajnih pozitivnih efekata u terapiji mucanja kod adolescenata.

Zbog svega prethodno navedenog smatramo da je ovaj vid stacionarnog grupnog tretmana nezaobilazan i veoma važan deo metode SSR i njene primene u terapiji adolescenata koji mučaju.

LITERATURA:

1. Ambrose N.G. (2008) Possible Genetic Factors in Subtypes of Stuttering, *European Symposium on Fluency Disorders*, Antwerp.
2. Blomgren M. (2010) The Successful Stuttering Management Program, *Stuttering a Clinical Symposium*, Cavtat.
3. Bloodstein O. (1995) *A Handbook on Stuttering* (ed 5), San Diego: Singular.
4. Brajović C., Brajović Lj. (1981) *Rehabilitacija poremećaja govora*, Naučna knjiga, Beograd.
5. De Nil L.F., Kroll R.M., Houle S. (2001) Functional neuroimaging of cerebellar activation during single word reading and verb generation in stuttering and nonstuttering adults, *Neuroscience Letters*, 302: 77-80.
6. Dobrota Davidovic N., Tadic J., Soster D., Giannakaki., Samelis G.F. (2010) The Conscious Synthesis of development – a multi-dimensional treatment approach in treatment of stuttering, *Medical Annals*, Volume 33, Number 2, pp.73-76.
7. Eggers K. (2008) Temperament and Attentional Processes in Stuttering, *European Symposium on Fluency Disorders*, Antwerp.
8. Guitar B. (2006) *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*. 3rd ed. Baltimore. Lippincott Williams&Wilkins.
9. Johannisson B. (2008) Intensive stuttering Therapy, *European Symposium on Fluency Disorders*, Antwerp.

10. Jovanović Simić N., Ninković D., Andreiou S.A. (2008) Uticaj elemenata nasleđa na pojavu mucanja. *U susret inkulziji-dileme u teoriji i praksi*, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Beograd, 637-651.
11. Kelly P. (2007) A practical description and discussion following the progress of 46 children under 5 years old who were diagnosed as stuttering and the long-term results of therapy, *8th World Congress for People Who Stutter "Inclusion: Creating our Place in Society"*, Cavtat.
12. Langevin M. (2010) The ISTAR Comprehensive Stuttering Program for Adolescents and Adults, *Stuttering a Clinical Symposium*, Cavtat.
13. Manning W. (2001) *Clinical Decision Making in Fluency Disorders*, 3rd ed. Delmar, Cengage Learning.
14. Mansson H. (2000) Childhood stuttering: Incidence and development, *Journal of Fluency Disorders*, 25: 47-5.
15. McGuire A., O'Dwyer M., Ryan F. (2010) "Free To Stutter...Free To Speak": A Collaborative Presentation between Clinicians and Clients, *2nd European Symposium Fluency Disorders*, Antwerp.
16. O'Brian S., Carey B. (2010) The Camperdown Program, *Stuttering a Clinical Symposium*, Cavtat.
17. Smits-Bandsrta S., De Nil LF. (2007) Sequence skill learning in persons who stutter: implications for cortico-striato-thalamo-cortical dysfunction, *Journal of Fluency Disorders*, 32(4): 251-78.
18. Soster D., Tadic J., Dobrota-Davidovic N. (2007) Reduction of speech anxiety and subjective distress caused by co-speakers reactions achieved during stationary group treatment of adult stutterers, *8th World Congress for People Who Stutter "Inclusion: Creating our Place in Society"*, Cavtat.
19. Soster D., Dobrota-Davidovic N., Tadic J. (2007) Reduction of subjective distress caused by co-speakers reactions achieved during stationary group treatment of adult stutterers, *2nd Congress of Slovenian Logopedists with international participation "The quality of Slovenian logopedia in Europe"*, Maribor.
20. Soster D., Tadic J., Dobrota-Davidovic N. (2010) Reduction of subjective distress caused by listener's reactions, *2nd European Symposium Fluency Disorders*, Antwerp.
21. Tadic J., Soster D., Dobrota-Davidovic N. (2008). Multi-dimensional treatment approach in Serbia - Conscious Synthesis of Development, *European Symposium on Fluency Disorders*, Antwerp.
22. Tadić J., Simić Ružić B., Šoster D., Dobrota Davidović N. (2007) Articulatory disorders among stuttering children, *8th World Congress for People Who Stutter*, Cavtat.
23. Tadić J., Šoster D., Dobrota Davidović N., Jovanović Simić N. (2010) Subjective distress caused by cospeakers' reactions-reduction during stationary group treatment. *Journal of Special education and Rehabilitation (JSER)*, 11(1-2), pp.39-52.
24. Van Riper C. (1982) *The nature of stuttering* (2nd ed), Englewood Cliffs,NJ: Prentice-Hall.

25. Ward D. (2006) *Stuttering and Cluttering, Frameworks for understanding and treatment*, Psychology Press, Taylor&Francis Group, Hove and New York.
26. Watkins K.E., Smith S.M., Davis S., Howell P. (2008) Structural and functional abnormalities of the motor system in developmental stuttering, *Brain*, 131 (Pt 1): 50-59.
27. Zupančić Dougan I., Zorko N., Krump J. (2007) Valmod Program-Program for the whole life, *8th World Congress for People Who Stutter, "Inclusion: Creating our Place in Society"*, Cavtat.

MODEL OF THE GROUP TREATMENT OF STUTTERING ADOLESCENTS ACCORDING TO THE METHOD CONSCIOUS SYNTHESIS OF DEVELOPMENT

^{1,2}Darinka Šoster, ^{1,2}Nada Dobrota Davidović,

¹Nadica Jovanović Simić, ¹Ivana Terzić

¹University of Belgrade, Faculty of Special Education and Rehabilitation,

²Institute for Psychophysiological disorders and speech pathology „Cvetko Brajović, PhD”, Belgrade

Summary

Speech is a characteristic of human race and it represents the highest level of human communication. This is why any problem in speaking is not the problem of the individual, but of society as a whole. Stuttering is one of the speech problems that is multidimensional in its' expression, and it is necessary to address it in the same way in the process of diagnosis as well as in its treatment.

At the Institute for Psychophysiological Disorders and Speech Pathology "Prof. Dr Cvetko Brajovic" in Belgrade this multi-dimensionality is provided by the method called Conscious Synthesis of Development. This method has three phases that include fluency shaping techniques, elements of cognitive-behavioural therapy that addresses speech anxiety, and the exercises for establishing emotional stability and development of social competence. Having in mind that problem of stuttering occurs in the moments of social contacts, it is important that not only individual, but the group treatment is attempted.

In this paper the model of a two-week intensive group treatment of adolescents who stutter will be presented.

Key words: stuttering, Conscious Synthesis of Development, group treatment