

**Sanja Dimoski<sup>1</sup>**  
**Irena Stojković**

Fakultet za specijalnu  
edukaciju i rehabilitaciju,  
Univerzitet u Beogradu

## MUCANJE KOD DECE: DOMETI PSIHOLOŠKOG TEORIJSKOG PRISTUPA I TRETMANA SA OSVRTOM NA ULOGU ŠKOLSKOG OKRUŽENJA

Ovaj rad daje prikaz savremenih istraživanja o psihosocijalnim i obrazovnim karakteristikama dece koja mucaju. Nalazi istraživanja se ne slažu oko prisustva anksioznosti, socijalne anksioznosti, samopouzdanja, depresivnosti kod dece koja mucaju. Ipak, postoji dovoljno indikatora koji ukazuju da je psihološko funkcionisanje dece koja mucaju specifično, bez obzira na to da li je neki od psiholoških faktora uzrok ili je posledica mucanja. Pregled literature pokazuje slaganje istraživača o tome da deca koja mucaju trpe negativne reakcije okoline, koje su često prisutne u školskom kontekstu, što negativno utiče na socijalizaciju. Savremena literatura uzima u obzir psihosocijalni kontekst u kojem se odvija mucanje, a rad je pokušaj opravdavanja psihološkog pristupa u tretiranju mucanja kod dece. Diskutovani su argumenti koji se suprotstavljaju neurološkim konceptima o etiologiji mucanja i direktnim oblicima tretmana kojima je cilj poboljšanje fluentnosti. Dat je prikaz i kritička diskusija psiholoških teorijskih određenja indirektnih tipova tretmana koji imaju za cilj prevazilaženje mucanja kroz promene karakteristika životne sredine za koje se smatra da utiču na javljanje poremećaja. Savremene koncepcije tretmana, koje su prikazane u radu, su proširene i obogaćene u odnosu na klasične, i u skladu su sa socijalnim modelom ometenosti. Prikazani su pristupi koji insistiraju na psihosocijalnim intervencijama u školi koje bi obezbedile bolji prihvatanje dece sa ovim poremećajem i uticale na prevenciju psihopatologije i akademskih teškoća u odrasloj dobi. Rad je ponudio projekciju razvoja izučavanja ovog, još uvek nedovoljno ispitivanog poremećaja, kao i implikacije za profesionalnu praksu koja je zasnovana na psihološkom pristupu mucanju kod dece.

<sup>1</sup> Adresa autora:  
sanja.dimoski@gmail.com

Primljeno: 26. 05. 2014.  
Primljena korekcija:  
09. 08. 2014.  
Prihvaćeno za štampu:  
11. 08. 2014.

**Ključne reči:** mucanje, tretman mucanja, osnovne odrednice mucanja kod dece, psihološki teorijski pristup, školsko okruženje

Mucanje je funkcionalni poremećaj govora, odnosno njegove fluentnosti, koji karakterišu nevoljni prekidi u govoru zbog kojih se ometa normalnoverbalna komunikacija. Može biti praćeno žmirkanjem, facijalnim grimasama, pokretima glave i trzajima tela. Mucanje kod dece, posmatrano u okviru široke grupe govornih (komunikativnih) poremećaja koji se javljaju u detinjstvu, uprkos tome što izostaju precizna teorijska i empirijska određenja, uobičajeno se smatra povezanim sa psihološkim činiocima koji su, bar jednim delom, u vezi sa etiologijom.

Deseta ravizija međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-10) mucanje određuje kao izmenjeni ritam govora koji odlikuje često ponavljanje ili produžavanje glasova (slogova ili reči), često odugovlačenje sa govorom ili česte pauze koje remete ritam govora. Četvrta revizija dijagnostičkog i statističkog priručnika Američkog psihijatrijskog udruženja (DSM-4), mucanje svrstava u grupu poremećaja komunikacije i određuje ga slično prethodno navedenoj klasifikaciji. Ipak, DSM-4 naglašava da ovaj poremećaj fluentnosti govora ometa obrazovanje, rad i društvenu komunikaciju. Takođe, ova klasifikacija uključuje i subjektivni doživljaj osobe koja muca i koristi dodatni napor da bi izgovarala reči, što je praćeno osećanjem distresa i remeti svakodnevno izražavanje.

Prevalencija ovog poremećaja u opštoj populaciji je do 1%, po nalazima velikog broja epidemioloških studija (npr. Craig, Hancock, Tran, Craig, & Peters, 2002; McKinnon, McLeod, & Reilly, 2007), i veća je kod dece mlađeg uzrata. Postoji nekoliko kritičnih perioda, ali se poremećaj najčešće javlja između druge i pete godine, sa razvojem govornih i jezičkih kapaciteta deteta.

Istraživanja konstantno izveštavaju o većoj učestalosti javljanja mucanja kod dečaka nego kod devojčica. Uglavnom se navodi da je ta učestalost veća oko 3 puta kod muškog pola (Dobrota, 2011; Golubović, 2012).

Smatra se da mucanje u svom primarnom obliku podrazumeva prirodnu ne-fluentnost deteta koja se javlja u uzrastu vezanom za savladavanje govora i koje dete nije svesno, ne pridaje joj značaj. Sekundarno mucanje podrazumeva svest deteta o govornim teškoćama, javljanje inhibirajućih negativnih emocija koje mogu biti odgovor na neprimerene reakcije okoline (nestrpljenje, opsesivno ispravljanje i sl.) i sledstveno još izraženije mucanje.

## **Psihosocijalne i obrazovne karakteristike dece koja mucaju**

Izučavanje mucanja prati bogata istraživačka literatura iz koje nije lako izdvojiti bitnije rezultate. Svakako su značajniji oni koji se bave odnosom socijalne anksioznosti i mucanja. Ova veza dugo je proučavana sa namerom da se utvrdi uticaj predrasuda i negativnih iskustava sa okolinom koja imaju deca koja mucaju, s obzirom da se ona mogu smatrati snažnim pokretačem za razvoj generalizovane ili socijalne anksioznosti. Neka istraživanja (npr. Langevin, Packman, & Onslow, 2009; Ost, 1976) pokazuju da se deca koja mucaju, neka veoma rano (već u obdaništu) susreću sa iskustvima isključenosti, negativnih reakcija vršnjaka ili čak

bulinga. Ovo postaje mnogo vidljivije u školskim godinama uključujući i adolescenciju (Blood & Blood, 2007; Davis, Howell, & Cooke, 2002; Hearne, Packman, Onslow, & Quine, 2008; Hugh-Jones & Smith, 1999; Langevin, Bortnick, Hammer, & Wiebe, 1998; Mooney & Smith, 1995), što može biti u vezi sa razvojem socijalne anksioznosti.

Ipak, istraživanja ne daju konzistentne rezultate o prisutnosti socijalne anksioznosti kod dece i adolescenata koji mucaju. Neke studije potvrđuju povećan nivo anksioznosti kod dece koja mucaju (Craig, 1990; Kraaimaat, Jansseen, & Brutton, 1988; Mulcahy, Hennessey, Beilby, & Byrnes, 2008), a veliki broj istraživanja ne potvrđuje ovu vezu. Craig i Hancock (Craig & Hancock, 1996) u svom istraživanju anksioznosti kod dece na uzrastu od 8 do 14 godina nisu utvrdili da su deca koja mucaju više anksiozna od dece koja ne mucaju. Nalaz je potvrđen i u kasnijim studijama (Craig et al., 2003; Hancock et al., 1998). Beitchman i saradnici (Beitchman et al., 2001) su sprovedli longitudinalnu studiju sa decom koja mucajuna uzrastu od 5 godina. Nakon 14 godina sa njima je vođen psihijatrijski intervju. Autori su zaključili da ispitanici sa govornim poremećajima nisu skloniji razvijanju psihijatrijskih oboljenja (uključujući i anksiozne) više od kontrolne grupe. Voci, Beitchman, Brownlie i Wilson (Voci, Beitchman, Brownlie, & Wilson 2006) ponovili su pređašnju studiju i zaključili da osobe sa istorijom ranih jezičkih poremećaja imaju 2.7 puta veće šanse da razviju socijalnu fobiju na uzrastu od 19 godina. Ipak, autori su smatrali da govorni poremećaji ne mogu bititretirani kao prediktori socijalnih fobija, već da je neophodno kontrolisati niz drugih varijabli. Jedna od relevantnih varijabli mogla bi biti vezana za tip temperamenta, odnosno sklonost osetljivijem reagovanju, na šta ukazuju istraživanja (Anderson, Pellowski, Conture, & Kelly, 2003; Buss & Plomin, 1984; Guitar, 2003; Lewis & Goldberg, 1997).

Craig (1990), poznati autor iz ove oblasti, smatra da, iako se verovalo da je anksioznost uzrok mucanju, nema empirijskih nalaza koji ovo potvrđuju. Dokazi sugerišu da osobe koje mucaju imaju viši nivo socijalne anksioznosti (Craig, 1990) ali je ona pre posledica, a ne uzrok. Smatra se da razvoj socijalne anksioznosti može imati veze sa neprijatnim iskustvima u ranom detinjstvu, a naročito sa trpljenjem odbacivanja, izolacije i vršnjačkog nasilja u godinama odrastanja. Ovo dovodi do razvoja slabog samopoštovanja, slabijih postignuća u školi i osećanja stida i poniženosti (Langevin & Prasad, 2012), što su faktori koji se često mogu vezati za socialnu anksioznost. Ovo bi impliciralo da je socijalna anksioznosti, koja je češće utvrđivana u odraslom dobu kod osoba koje mucaju, produkt negativnih iskustava sa okruženjem tokom razvoja, što je snažan argument za kreiranje multidisciplinarnih tretmana (logopedski, psihološki, tretman u školi, rad sa roditeljima) namenjenih deci koja mucaju koji bi bili usmereni na prevenciju psihopatologije.

Ni studije o samopouzdanju dece koja mucaju ne daju konzistentne rezultate. Nalazi istraživanja koja su vršena između pedesetih i šezdesetih godina prošlog veka (npr. Fiedler & Wepman, 1951) ukazuju na niže samopouzdanje ispitanika koji mucaju u odnosu na kontrolnu grupu. Skorije studije (Blood, Blood, Tellis,

& Gabel, 2003; Yovetich, Leschied, & Flicht, 2000) ne identifikuju razliku između dece koja mucaju i koja ne mucaju, mada oni koji imaju višu anksioznost imaju i smanjeno samopouzdanje. Istraživački nalazi, takođe, ukazuju na snažnu povezanosti između samopouzdanja i anksioznosti kod grupe ispitanika koju mucaju, kao i kontrolne grupe onih koji ne mucaju (Bandura, Pastorelli, Barbarnelli, & Caprara, 1999; Byrne, 2000; Greenberg et al., 1992; Seals & Young, 2003; Wilburn & Smith, 2005). Istraživanje Zücknera (2010) pokazuje da je samocenjenje dece i adolescenata koji mucaju u vezi sa njihovim polom i uzrastom.

Negativni stereotipi o učenicima koji mucaju su česti, a ova okolnost doprinosi visokom riziku da postanu mete vršnjačkog nasilja. Ova deca su češće odbacivana od vršnjaka i ignorisana u socijalnim interakcijama (Blood & Blood 2004; Botting & Conti-Ramsden, 2000; Brinton & Fujiki, 1999; Knox & Conti-Ramsden, 2003). Ona, po Blood i Blood (Blood & Blood, 2007), mogu biti mete vršnjačkog nasilja ne samo zbog mucanja, nego i kao odgovor na njihovu anksioznost i uznemirenosti. Neka istraživanja (Ardila et al., 1994; Becker, 1989) ukazuju na postojanje depresivnih simptoma koji prate mucanje, ali ima istraživanja koja ne potvrđuju ovu vezu (Bray, Kehle, Lawless, & Theodore, 2003; Miller & Watson, 1992).

Mucanje je povezano sa osećanjem smanjene samoefikasnosti (Perkins, 1993; Prins, 1993), a naročito sa osećanjem niske efikasnosti u govoru (Bray et al., 2003; Manning, 1994; Ornstein & Manning, 1985), što doprinosi razvoju često snažne anksioznosti i straha u situacijama govora (logofobija) i izbegavajućeg ponašanja. Uloga osećanja samoefikasnosti kod mucanja, potvrđena je u tretmanima koji se bave samodelovanjem i uticajem sopstvenih verovanja na ponašanje (Bray & Kehle, 1996, 1999, 2001). Utvrđeno je da negativni stavovi i subjektivne prognoze o uspešnosti u govoru doprinose intenziviranju mucanja.

Uspešnost verbalnog izraza od naročitog značaja je u školskom okruženju, jer su učenici i studenti koji mucaju uobičajeno zabrinuti oko verbalnog izražavanja vezanog za školska i akademska postignuća (Bray et al., 2003) i procene njihovog znanja koje ne moraju biti u korelaciji sa uspešnošću prezentovanja znanja. Učenici koji mucaju su često anksiozni kad odgovoraju na pitanja profesora, što može dovoditi do negativnih stavova prema školi (Bubenickova, 1977). Istraživanje Bhargava (1988) je pokazalo da, kada je smanjena anksioznost i mucanje, učenici postižu više akademske uspehe. Napotencijalnu nelagodnost vezanu za školsko okruženje mogu uticati doživljaji nastavnika o deci koja mucaju, koju oni opisuju kao povučenu, nesigurnu, introvertnu, uplašenu, stidljivu, napetu, zabrinutu, u strahu od komunikacije (Lass, Ruscello, Pannbacker, Schmitt, & Everly-Myers, 1989; Lass et al., 1992; Ruscello, Lass, Schmitt, & Pannbacker, 1994).

## **Teorijska određenja, psihološki teorijski pristup i etiologija mucanja**

Literatura koja se bavi mucanjem kod dece je dugo razvijana, bogata je nalazima i karakteriše je multidisciplinarnost. Ipak, etiologija mucanja još uvek nije do-

voljno razjašnjena, uprkos činjenici, koju navode neki autori (Stromsta, 1986; Van Riper, 1982) da su kliničari i istraživači mucanju posvećivali više pažnje nego bilo kom drugom govornom poremećaju. Uz sve ove napore, uzrok (uzroci) ovog poremećaja, po Maxu i saradnicima (Max, Guenther, Gracco, Ghost, & Wallace, 2004) ostaju nepoznati. Neki autori (Starkweather & Givens-Ackerman, 1997) smatraju da ne postoji jednostavna etiologija mucanja, već da postoji onoliko etiologija koliko je priča o razvoju mucanja.

Postoje različiti teorijski pristupi u tumačenju mucanja – neurološki, lingvistički, oni koji su usmereni na mehanizam i okidače nastanka. Ovaj rad bavi se psihološkim pristupom u tumačenju mucanja kod dece i pokušaj je tretiranja ovog poremećaja kroz socijalni model ometenosti koji uvažava i socijalnu dimenziju poremećaja. Shvatanja o ulozi psiholoških faktora u nastanku mucanja se kreću od fokusiranja na ove faktore nastanka (teorije učenja, psihodinamski pristup) pa sve do onih koji potpuno negiraju dejstvo ovih (biološka, neurolingvistička shvatanja).

Od pionirskih izučavanja mucanja kod dece, preko izučavanja ovog poremećaja tokom prošlog veka pa sve do današnjih dana, preovlađujuća shvatanja tiču se biološkog, neurološkog tretiranja mucanja. Ovakav pristup mucanje definiše kroz medicinski model ometenosti (koji je u našoj sredini još uvek dominantan), uprkos činjenici da su osobe koje mucaju, za razliku od osoba sa govorno-jezičkim poremećajima koji u osnovi imaju genetsku abnormalnost, moždane lezije ili neke druge neurološke bolesti, generalno zdrave – kognitivno, neurološki i psihijatrijski (Watkins, Dronkers, & Vargha-Khadem, 2002). Ipak, mnogi autori (Chang, Erickson, Ambrose, Hasegawa-Johnson, & Ludlow, 2008; Watkins, Smith, Davis, & Howell, 2007) pozivaju se na činjenicu da se u savremenoj literaturi o mucanju, navode narastajući dokazi koji pokazuju da kod osoba koje mucaju postoji deficit u neuralnom procesuiranju koje je u osnovi govornog jezika, kao i da su ti deficiti i funkcionalne i strukturalne prirode.

Tretiranje mucanja, a naročito mucanja kod dece, u okviru navedenog medicinskog modela ometenosti, ovaj poremećaj svodi na motorni poremećaj (govora), stavljajući ga u kategoriju sa drugim poremećajima motorne kontrole, kao što je Turetov sindrom ili distonija (Ludlow & Loucks, 2003). Na ovaj način tretiranja mucanja, zanemaruju se mnogi relevantni aspekti poremećaja, a značaj psihosocijalnog konteksta u kojem se mucanje javlja i karakteristika ličnosti osobe koja muca potpuno anulira.

Rani teorijski modeli mucanja bili su predominantno fokusirani na jedan tip objašnjenja - naglašavali su uglavnom organske, iliređe, psihološke faktore. Tek 80-tih godina 20. veka javljaju se shvatanja (npr. Bloodstein, 1993; Conture, 2001; Guitar, 1998) koja sugerišu da je mucanje rezultatinterakcije predisponirajućih fizioloških faktora i faktora sredine koji su „okidači” za pojavu mucanja ili da je mucanje višefaktorski determinisano, a razvijaju se i neurolingvističke teorije. Sve češće se analiziraju lingvistički aspekti govornog izraza (Karniol, 1995), s obzirom na činjenicu da se mucanje uobičajeno javlja na početku rečenice, naročito

ako su one dugačke ili sintaksički kompleksne (Jayaram, 1984; Melnick & Conture, 2000).

Smatra se da su psihološki faktori počeli da igraju značajniju ulogu u objašnjenju mucanja (od druge polovine 20. veka), onda kada su evidentirani slučajevi mucanja koji su rezistentni na dotadašnje terapijske procedure (Parry, 2000). S druge strane, razvoj psiholoških tumačenja mucanja u vezi je i sa sve jasnijim profilisanjem psiholoških teorija ličnosti. Tumačenje nastanka mucanja kretalo se od psihodinamskih shvatanja pa sve do savremenih bihejvioralnih i kognitivno-bihejvioralnih modela mucanja.

Rana psihodinamska shvatanja naglašavala su konflikt i neurotičnu prirodu mucanja. Neka kasnija određenja fokus stavljaju na simbolizam mucanja kao teškoće u protoku komunikacija, izolaciji i osamljenosti koja je ovim izazvana i ambivalenciju u vezi želje da se ostvari kontakt sa drugim (Snyder, 1977). Značaj se daje osećanjima koja su neprepoznata i /ili nesaglasna – strah, privrženost, ljutnja, bes. Novija psihoanalitička shvatanja (Plänklers, 1999) uzimaju u obzir različita psihoanalitička učenja (npr. Malcerovo) i mucanje povezuju sa traumom odvajanja i fiksacijom na predeo usta. Neki autori (Wilkinson, 2001) naglašavaju oralno-sadističke elemente kod mucanja, a mucanje vide kao izraz neuspešnog ponavljanja fantazije o fuziji sa majkom, odnosno izraz separacionih problema.

Teorije učenja mucanje tretiraju kao pogrešno naučeno verbalno ponašanje (Wischner, 1950), dok kognitivno-bihejvioralna tumačenja naglašavaju ulogu očekivanja i verovanja osobe koja muca u indukovanju straha i inhibicija u govoru koje se manifestuju kao mucanje. Ovi teorijski pristupi bili su naročito stimulativni za razvoj tretmana mucanja koji su danas najprisutniji u anglosaksonskoj praksi (bihejvioralna i kognitivno-bihejvioralna terapija mucanja sa raznim varijetetima).

## **Tretman mucanja kod dece i dometi psihološkog pristupa tretmanu**

Izučavanje mucanja, a naročito mucanja kod dece, prati raskorak između, s jedne strane, nedovoljno jasnih teorijskih određenja i manjka odgovora o etiologiji poremećaja, i s druge, velikoj paleti terapijskih pristupa koji nisu nužno oslonjeni na teorijske elaboracije. Bernstein Ratner (2005) diskutuje o tome da li efikasna terapija mucanja mora da bude oslonjena na dobro artikulisanu teoriju koja objašnjava prirodu i etiologiju mucanja, odnosno postavlja pitanje da li istraživači moraju znati zašto neka terapija proizvodi dobre efekte.

Danas u svetu postoji veliki broj tretmana mucanja koji su na raspolaganju i odraslima i deci. Često, terapija mucanja nije usmerena na pronalaženje i otklanjanje uzroka mucanja, već na njegovo smanjenje ili anuliranje. U literaturi sa može pronaći podela na direktne i indirektne tipove tretmana (Packman, 2012) koja ilustrativno ukazuje na kontroverze dva generalna teorijska i praktična pristupa mucanju. Direktni tretmani su oni kod kojih su procedure usmerene na promenu govornog jezika, odnosno na prevazilaženje disfluentnosti, i oni su skoro isključivi

vo prisutni u našoj sredini gde ih sprovode logopedi. Indirektni tretmani imaju za cilj prevazilaženje mucanja kroz promene karakteristika životne sredine za koje se smatra da utiču na javljanje poremećaja. Literatura izveštava o brojnim tretmanima koja uključuju oba. Ova podela se obično koristi za kategorizaciju intervencija koje su namenjene deci koja mucaju (Guitar & McCauley, 2010) s obzirom na to da je mucanje kod odraslih praćeno drugačijim psihosocijalnim kontekstom, mada može imati i širu upotrebu. Psihološki fenomeni koji mogu pratiti mucanje (socijalna anksioznost, ponašanja izbegavanja, nisko samopouzdanje) mogu biti tretirani zajedno sa mucanjem ili odvojeno, kao što je to slučaj kod kognitivno bihevioralne terapije. Indirektno tipove terapije obično karakteriše minimalno uključivanje deteta u rad na prevazilaženju disfluentnosti. One uglavnom ne podrazumevaju intenzivno vežbanje deteta u sprovođenju logopedskih vežbi. Mnogi autori smatraju da je smisleno u početku koristiti indirektni pristup, tokom kojeg roditelji stiču veštine podržavanja deteta i koji zato obezbeđuje dobru osnovu za direktnu terapiju (Conture, 2001; Kelman & Nicholas, 2008; Yaruss, Coleman, & Hammer, 2006). Milard i saradnici (Milard et al., 2008) smatraju da, uopšteno govoreći, indirektni pristupi podrazumevaju teorijsku postavku koja mucanje sagledava kao multifaktorski poremećaj sa psihosocijalnim, lingvističkim, psihološkim i faktorima okruženja koji imaju udela u nastanku i prognozi mucanja i da je potrebno za svako dete otkrivati individualnu kombinaciju ovih faktora kako to predlažu mnogi autori.

Istraživači ne mogu da daju jasne odgovore na osnovu longitudinalnih studija koje izučavaju efekte tretmana mucanja o tome zašto kod neke dece mucanje perzistira nakon tretmana dok kod druge dolazi do oporavka (Yairi & Ambrose, 1999). Takođe, nisu jasno utvrđene varijable koje su u vezi sa izvesnim procentom spontanog oporavka od mucanja tokom detinjstva, odnosno faktorima koji povećavaju rizik od hroničnog zadržavanja poremećaja (Yairi, Ambrose, Paden, & Thronerbug, 1996). U literaturi se navodi (Kloth, Kraaimaat, Janssen, & Bruten, 1999; Yairi & Ambrose, 1999) da otprilike oko 70% dece koja su mucala – razreši ovaj problem, dok kod oko 30% mucanje postaje dugoročni problem (Milard, Nicholas, & Cook, 2008). Ključno pitanje o tome u koju vrstu tretmana uključiti dete koje muca, odnosno predikciju koji tretman bi u najvećoj meri mogao biti efikasan za konkretno dete nije moguće valjano doneti, jer su uglavnom nejasni etiološki faktori, i s njima u vezi faktori koji povećavaju rizik od zadržavanja mucanja (Kloth et al., 1999; Rommel, 2000; Yairi & Ambrose, 2005). Po nekim autorima (Bernstein Ratner, 1997) izvesnije je prognozu tretmana vršiti za svako pojedinačno dete pre nego za određenu grupu dece koja mucaju (koja su ujednačena po nekom kriterijumu, npr. uzrast, vreme nastanka poremećaja, intenzitet mucanja). Treba naglasiti da ne postoje definisane indikacije za bilo koju tehniku u okviru tretmana mucanja kod dece.

Psihološki pristup mucanju predstavlja kritiku tretiranja mucanja kao isključivo medicinskog problema koji se prevazilazi direktnim tehnikama tretmana. Cilj tretmana nije samo anuliranje govorne disfunkcionalnosti nego i pružanje

psihološke pomoći deci interevencije u porodici i školi. Indirektni tip tretmana podrazumeva da će promene u interakciji sa roditeljima dece koje mučaju doprinosti poboljšanju govora i njegove fluentnosti (Guitar, 2006; Rustin, Botterill, & Kelman, 1996; Starkweather & Gottwald, 1990; Wall & Myers, 1995; Yaruss, Coleman, & Hammer, 2006).

Ovakav pristup ne zanemaruje psihosocijalni kontekst u kojem se mucanje odvija. Uloga sredine, porodične i školske, naročita je u periodu kada se prirodno javlja i dok traje problem disfluentnog govora. Navedena istraživanja pokazuju da deca koja mučaju trpe izrazite negativne reakcije sredine. Školsko okruženje i vršnjaci imaju snažno dejstvo na proces socijalizacije dece koja mučaju i indirektno vrše uticaj na izražavanje poremećaja, što je snažan argument za uzimanje u obzir sredinskih uslova, kako u tumačenju mucanja kod dece, tako i u njegovom tretmanu.

S obzirom na to da se u literaturi navodi veliki broj terapijskih tehnika koje nisu precizno definisane i koje nije uvek moguće klasifikovati na direktne i indirektno, i na činjenicu da je malo istraživanja o efikasnosti određenih vrsta tretmana, nije moguće donositi zaključke o svrsishodnosti određenih tipova tretmana. Direktni tretmani, koji imaju dugu tradiciju, pokazuju efikasnost, bez obzira na ograničenja koja su diskutovana. Standardni logopedski tretmani mucanja, zbog efikasnog prevazilaženja disfluentnosti – manifestnog aspekta mucanja, imaju značajno pozitivno dejstvo i na psihološko funkcionisanje deteta – na samocenjenje, osećanje efikasnosti i iskustva benefita zbog olakšanog izražavanja i komunikacije.

### **Uloga škole u tretmanu mucanja**

Govorni poremećaji u detinjstvu nisu direktno povezani sa akademskim postignućima, kao što je to slučaj sa jezičkim poremećajima (Young et al., 2002), ali njihovo prisustvo značajno kreira funkcionisanje dece u školskom kontekstu. Ova deca, deo su redovnog obrazovnog procesa, mada specifičnosti njihovih poremećaja zahtevaju modifikovanje nekih standardnih nastavnih procedura i posebne podsticaje za njihovu socijalnu integraciju. Ispitivanje karakteristika psihosocijalnog i obrazovnog funkcionisanja ove dece doprinosi razvoju ranih intervencija koje su značajne jer predstavljaju prevenciju razvoja psihopatologije i kontinuiranih akademskih teškoća.

Socijalni model ometenosti i savremena kretanja u razvoju savetovanja i psihoterapije trebalo bi da proširuju, obogaćuju i menjaju shvatanje tretmana mucanja, s obzirom na to da socijalni model ometenosti premešta fokus sa individue kao izvora problema na društvo i njegove institucije, a njegovo prihvatanje podrazumeva da socijalno okruženje postaje ravnopravna tema u tretiranju ometenosti (Dimoski, 2011). Ometenost je socijalno definisana i tretira se kao socijalno proizveden problem (Radoman, 2003), pa se tako i govorni poremećaji posmatraju i iz



ovog ugla. Na taj način, školsko okruženje dece sa govornim poremećajima postaje sve značajnija tema u sagledavanju mucanja kod dece. Tretiranje mucanja kao medicinskog problema podrazumeva ograničenja koja se odnose na medicinski model ometenosti koji se kritikuje zbog biologizma, zanemarivanja sredinskih faktora i patologizacije (Dimoski, 2011). Značaj roditelja, kao saradnika u procesu rehabilitacije glasa kod dece je apostrofirano (Dimoski, 2008), a naglašava se i potreba za multidisciplinarnim pristupom u osmišljavanju tretmana govorno-jezičkih poremećaja kod dece koji bi doprineo proširivanju polja tretmana i na socijalno okruženje u kojem se kreće dete (Dimoski, 2010).

Logopedski tretman mucanja, od druge polovine 20. veka, često se sprovodi i uz različite varijante bihevioralnih tehnika. Literatura navodi najviše dokaza za efikasnost operantnog uslovljavanja (Blomgren, 2013; Bothe, Davidow, Bramiott, & Ingrham, 2006). Učešće porodice u prevazilaženju mucanja postaje sve više podrazumevajuće, a socijalno-psihološke intervencije česte i u školskom okruženju. Literatura, naročito ona koja se bavi preporukama za praktičan rad sa decom koja mucaju, sve više vodi računa o edukaciji nastavnika koji sa njima rade i adekvatnom prihvatu ove dece od strane vršnjaka. Ovo je podstaknuto i nalazima istraživanja odraslih osoba koje mucaju, koja sugerišu značaj tretmana u detinjstvu dece koja mucaju za preventivu ozbiljnijih psiholoških teškoća u odraslom dobu.

Smatra se da je uloga nastavnika višestruka i da nastavni kadar treba obučavati da razlikuje normalnu ne fluentnost govora dece od mucanja (LaBlance, Steckol, & Smith, 1998; Scott, 2010). Takođe, nastavnik ima značajnu ulogu u promovisanju adekvatnog modela govora (u pogledu brzine govora, korišćenja pauza, gramatički ispravnog izražavanja) s obzirom na sklonost mlađe dece da imitiraju. Ovo je značajno ako se uzmu u obzir nalazi nekih starijih istraživanja (Meyers & Freeman, 1985) o tome da roditelji dece koja mucaju govore brže od roditelja dece koja ne mucaju. Na ove aspekte rada nastavnika naročito upućuju autori bliski teorijama učenja koji mucanje tretiraju kao pogrešno naučeno govorno ponašanje.

Uloga nastavnika je bitna i u podsticanju jačanja samopouzdanja dece koja mucaju (prihvatanje onoga što je dete izrazilo a ne onoga kako je izrazilo, anuliranje sopstvenih predrasuda i tretiranje deteta isto kao one dece bez govornih teškoća, afirmisanje talenata koji nemaju veze sa govorom, izbegavanje pridikovanja i savetovanja o tome kako da se izbegne ne fluentnost). S obzirom na prirodu poremećaja i moguću inhibiranost dece u novim situacijama, smatra se korisnim da nastavnici pripremaju decu za novine u školskom sistemu, da daju preporuke deci da odustanu od drugih aktivnosti dok govore, da slušaju decu sa pažnjom i strpljenjem (LaBlance et al., 1998).

Neki autori (Gottwald & Hall, 2003) preporučuju tretman mucanja u školi koji treba da bude baziran na partnerstvu između kliničara, roditelja i nastavnika. Smatra se da nastavnici i roditelji treba da budu mnogo više uključeni u tretman, što bi podrazumevalo intenzivno praćenje deteta, fleksibilnije pružanje usluga koje se tiču deteta i uzimanje u obzir stavova i očekivanja članova porodice i nastavnika o njihovoj uključenosti u tretman.

Školsko okruženje je, takođe, poligon u kojem se dešavaju problemi frustracije u komunikaciji kako onog ko govori, tako i onog ko sluša (McCormack, McLeod, McAllister, & Harrison, 2010). Govorni problem dece, „problem da se govori pravilno”, prate problemi da se „sluša pravilno” – uspešna komunikacija zavisi i od veština govora i od veština slušanja, potrebno je poboljšati oba procesa da bi se poboljšala komunikacija.

S obzirom na činjenicu da je nizak nivo znanja o mucanju nastavnika koji rade sa ovom decom u školskom okruženju, nastavnici se upućuju u osnovne principe dobre prakse, npr. izbegavanje davanja sugestija detetu da se smiri, udahne duboko, izbegavanje da se kompletiraju reči umesto dece, izbegavanje da se smanjuju očekivanja od dece koja mučaju i sl. Neka istraživanja (Pence, Justice, & Wiggins, 2008), upućuju na potrebu uključenja specijalista za govor i jezik i na predškolskom periodu koji bi saradivali sa vaspitačima na pitanjima sticanja adekvatnih govornih navika.

### Završna razmatranja

Uprkos činjenici da nalazi savremenih istraživanja o psihosocijalnim karakteristikama dece koja mučaju nisu jednoznačni i da je na osnovu njih teško izvoditi zaključke, postoji dovoljno indikatora koji ukazuju na to da je psihološko funkcionisanje dece koja mučaju specifično, bez obzira na to da li je neki od psiholoških faktora uzrok ili je posledica mucanja. Kao što je navođeno, npr. uloga socijalne anksioznosti kod dece koja mučaju tretirana je i kao uzrok i kao posledica ovog poremećaja, bez konačnog slaganja autora i zaključaka istraživanja. U svakom slučaju, smatra se svrsishodnim pratiti prisustvo ove psihološke kategorije kao mogućeg korelata mucanja kod dece, što bi bilo potrebno uzimati u obzir i pri kreiranju tretmana, koji zbog toga ne bi trebalo da se svodi na prevazilaženje motornog poremećaja govora. Psihološki pristup tretmanu mucanja kod dece značajan je i zbog prevencije raznih oblika psihopatologije koji se javljaju kod odraslih osoba koje mučaju.

S druge strane, u literaturi postoji slaganje oko toga da deca koja mučaju, kao i deca sa drugim vidovima smetnji i poremećaja u razvoju, trpe negativne reakcije okoline, da su žrtve stereotipa, a u izvesnom broju slučajeva i vršnjačkog nasilja (Blood & Blood 2004, 2007; Botting & Conti-Ramsden, 2000; Brinton & Fujiki, 1999; Knox & Conti-Ramsden, 2003). Ove okolnosti nužno negativno utiču na njihovu socijalizaciju i opšti psihosocijalni razvoj i predstavljaju rizik za razvoj nesigurnosti i neadekvatne slike o sebi. Uzimanje u obzir psihosocijalnog konteksta u kojem se odvija mucanje, u ovom pogledu, snažno je empirijski podržano. I kada se govori o užoj sredini, porodici i odnosima između roditelja i deteta koje muča, što nije bila direktna tema ovog rada, dovoljno je indikatora koji proističu iz empirijskih istraživanja koji, u najmanju ruku podstiču dalje izučavanje ove teme.

Kako određenje mucanja koje je dala Svetska zdravstvena organizacija (ICD-10) pokazuje, ovaj poremećaj podrazumeva specifičan subjektivni doživljaj osobe koja muca, predstavlja stalni potencijalni distress u komunikaciji sa okolinom i pojavu koja remeti svakodnevno izražavanje. Po ovoj definiciji, mucanje je više od govorne disfluentnosti, što slikovito ukazuje na psihološku konotaciju ovog poremećaja. Rad na konstruktivnom prihvatu smetnje, oštećenja, ometenosti, trebalo bi da se smatra neophodnim u svim vrstama tretmana, terapija, rehabilitacija dece i odraslih sa bilo kojim vrstama teškoća.

Iako tradicionalni tretman mucanja koji prevazilazi govornu disfluentnost daje rezultate, naročito na ranom uzrastu, kada je moždana plastičnost još uvek izražena, u svetu je sve manje jednostavnih tretmana koji se baziraju samo na neurološkom teorijskom shvatanju mucanja. Praksa u radu sa decom koja mucaju kreće se ka prevazilaženju ovakvih, direktnih tipova tretmana zbog njihovog, potencijalnog, sužavanja polja pozitivnih efekata. Psihološki pristup tretmanu, odnosno uzimanje u obzir psihosocijalnog konteksta u kojem se odvija mucanje kod deteta pruža mogućnosti šireg, a istraživanja koja slede treba da pokažu da li i dugotrajnijeg delovanja na ovaj poremećaj koji se javlja u detinjstvu.

Implikacije prihvatanja psihološkog teorijskog i praktičnog pristupa mucanju kod dece, nasuprot tradicionalnom, medicinskom – zasnovanom na pozivanju na neurološku, organsku i genetsku determinisanost mucanja, nisu zanemarljive. Na planu profesionalne prakse, one podrazumevaju uključivanje novih aktera u tretman ovog poremećaja. Neophodni saradnici logopedu, koji i dalje ostaje prvi podrazumevajući stručnjak za pitanja poremećaja govora i jezika, su psiholozi, psihoterapeuti, porodični savetnici, kao i roditelji i osobe iz školskog okruženja koji bi trebalo da budu obučeni u korišćenju savremenih tehnika podrške deci koja mucaju, njihovoj porodici i okruženju (naročito školskom).

Diskusija o svrsishodnosti psihološkog ili bilo kog drugog pristupa tretmanu mucanja kod dece treba da uzme u obzir shvatanje i predlog (Bernstein Ratner, 1997) sa kojima se slažemo, za pojedinačnim pristupom svakom detetu koje izražava ovaj poremećaj, pokušaju razumevanja konkretnog složaja etioloških faktora, uslova nastanka i uvažavanja indikacija za pojedine vrste tretmana.

Razvoj ove oblasti trebalo bi da se kreće u najmanje dva pravca. S jedne strane je intenziviranje istraživanja koja bi dala odgovore na mnoga nerazjašnjena pitanja i dileme u vezi sa tumačenjem i tretmanom mucanja kod dece. S druge strane je evolucija i kritičko razmatranje dostupnih tehnika pomoći deci koja mucaju. U našoj sredini razvoj ove oblasti trebalo bi da ide u oba smera jer postoji mali broj istraživanja o mucanju uopšte i mucanju kod dece, a tretman mucanja skoro isključivo podrazumevalogopedski tretman. Cilj ovog rada je davanje doprinosa ovom trendu koji je u skladu sa savremenim socijalnim modelom ometenosti koji u našoj sredini još nije dovoljno razvijen.

## Reference

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Anderson, J., Pellowski, M., Conture, E., & Kelly, E. (2003). Temperamental characteristics of young children who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 46*(5), 121–136.
- Ardila, A., Bateman, J. R., Nino, C. R., Pulido, E., Rivera, D. B., & Vanegas, C. J. (1994). An epidemiological study of stuttering. *Journal of Communication Disorders, 27*, 37–48.
- Bandura, A., Pastorelli, C., Barbarnelli, C., & Caprara, G. (1999). Self-efficacy pathways to childhood depression. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*, 258–269.
- Becker, H. (1989). Unusual speech disorders in endogenous depression. *Nervenarzt, 60*, 757–758.
- Beitchman, J., Wilson, B., Johnson, C., Atkinson, L., Young, A., & Adlar, E. (2001). Fourteen-year follow-up of speech/language impaired and control children: Psychiatric outcome. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 75–82.
- Bernstein Ratner, N. E. (1997). Leaving Las Vegas: Clinical odds and individual outcomes. *American Journal of Speech-Language Pathology, 6*(2), 29–33.
- Bernstein Ratner, N. E. (2005). Evidence-based practice in stuttering: Some questions to consider. *Journal of Fluency Disorders, 30*, 163–188.
- Bhargava, S. C. (1988). Participant modeling in stuttering. *Indian Journal of Psychiatry, 30*, 91–93.
- Blomgren, M. (2013). Behavioral treatments for children and adults who stutter: A review. *Psychology Research Behavior Management, 10*(6), 9–19.
- Blood, G. W., Blood, I. M., Tellis, G., & Gabel, R. (2003). A preliminary study of self-esteem, stigma, and disclosure in adolescents who stutter. *Journal of Fluency Disorders, 28*, 143–159.
- Blood, G. W., & Blood, I. M. (2004). Bullying in adolescents who stutter: Communicative competence and self-esteem. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders, 31*, 69–79.
- Blood, G. W., & Blood, I. M. (2007). Preliminary study of self-reported experience of physical aggression and bullying of boys who stutter: Relation to increased anxiety. *Perceptual and Motor Skills, 14*, 1060–1066.
- Bloodstein, O. (1993). *Stuttering: The search for a cause and cure*. Boston: Allyn and Bacon.
- Bothe, A. K., Davidow, J. H., Bramiott, R. E., & Ingrham, R. J. (2006). Stuttering treatment research 1970–2005: I. Systematic review incorporating trial quality assessment of behavioral, cognitive and related approaches. *American Journal of Speech Language Pathology, 15*, 321–341.

- Botting, N., & Conti-Ramsden, G. (2000). Social and behavioral difficulties in children with language impairment. *Child Language, Teaching and Therapy*, 16, 105–120.
- Bray, M. A., & Kehle, T. J. (1996). Self-modeling as an intervention for stuttering. *School Psychology Review*, 25, 359–370.
- Bray, M. A., & Kehle, T. J. (1999). Self-modeling as an intervention for stuttering: A replication. *School Psychology Review*, 27, 587–598.
- Bray, M. A., & Kehle, T. J. (2001). Long-term effects of selfmodeling as an intervention for stuttering. *School Psychology Review*, 30, 131–137.
- Bray, M. A., Kehle, T. J., Lawless, K. A., & Theodore, L. A. (2003). The relationship of self-efficacy and depression to stuttering. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 12, 425–431.
- Brinton, B., & Fujiki, M. (1999). Social interactional behaviours of children with specific language impairment. *Topics in Language Disorders*, 19, 49–69.
- Bubenickova, M. (1977). The stuttering child's relation to school. *Psychologia-Patopsychologia-Dieta*, 12, 535–545.
- Buss, A., & Plomin, R. (1984). *Temperament: Early developing personality traits*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Byrne, B. (2000). Relationships between anxiety, fear, self-esteem, and coping strategies in adolescence. *Journal of Adolescence*, 35(137), 201–215.
- Chang, S. E., Erickson, K. I., Ambrose, N. G., Hasegawa-Johnson, M. A., & Ludlow, C. L. (2008). Brain anatomy differences in childhood stuttering. *Neuroimage*, 39, 1333–1344.
- Conture, E. G. (2001). *Stuttering: Its nature, diagnosis, and treatment*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Craig, A. (1990). An investigation into the relationship between anxiety and stuttering. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 55, 290–294.
- Craig, A. R., & Hancock, K. (1996). Anxiety in children and young adolescents who stutter. *Australian Journal of Human Communication Disorders*, 24, 28–38.
- Craig, A., Hancock, K., Tran, Y., & Craig, M. (2003). Anxiety levels in PWS: A randomized population study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 46, 1197–1206.
- Craig, A., Hancock, K., Tran, Y., Craig, M., & Peters, P. (2002). Epidemiology of stuttering in the community across the entire life span. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 45, 133–145.
- Davis, S., Howell, P., & Cooke, F. (2002). Sociodynamic relationships between children who stutter and their non-stuttering classmates. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 43, 939–947.
- Dimoski, S. (2008). Značaj porodice u procesu rehabilitacije glasa kod dece. U M. Petrović-Lazić i D. Kosanović (Ur.), *Vokalna rahabilitacija glasa* (str. 183–187). Beograd: Nova naučna.
- Dimoski, S. (2010). Saradnja logopeda i članova porodice kao faktor uspešnosti logopedskog tretamna deteta. U J. Kovačević i V. Vučinić (Ur.), *Smetnje i*

- poremećaji: Fenomenologija, prevencija i tretman, 2. deo* (119–128). Beograd: Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju.
- Dimoski, S. (2011). *Stavovi prema osobama oštećenog sluha i faktori koji ih određuju*. Beograd: Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju.
- Dobrota, N. (2011). *Poremećaj fluentnosti*. Beograd: Zavod za psihofiziološke poremećaje i govornu patologiju „Prof. Cvetko Brajović” i Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Univerzitet u Beogradu.
- Fiedler, F. E., & Wepman, J. M. (1951). An exploratory investigation of the self-concept of stutterers. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 16, 110–114.
- Golubović, S. (2012). *Poremećaji fluentnosti govora*. Beograd: Društvo defektologa Srbije.
- Gottwald, S. R., & Hall, N. E. (2003). Stuttering treatment in schools: Developing family and teacher partnerships. *Seminars in Speech Language*, 24, 31–46.
- Greenberg, J., Solomon, S., Pyszczynski, T., Rosenblatt, A., Burling, J., Lyon, D., . . . Pinel, E. (1992). Why do people need self-esteem? Converging evidence that self-esteem serves an anxiety-buffering function. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 913–922.
- Guitar, B. (1998). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment* (2nd ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Guitar, B. (2006). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Guitar, R., & McCauley. (2010). *Treatment of stuttering: Established and emerging interventions*. Baltimore, MD: Lioincott Williams & Willkins.
- Hancock, K., Craig, A., McCready, C., McCaul, A., Costello, D., Campbell, K., & Gilmore, G. (1998). Two- to six-year controlled trial stuttering outcomes for children and adolescents. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 41, 1242–1252.
- Hearne, A., Packman, A., Onslow, M., & Quine, S. (2008). Stuttering and its treatment in adolescence: The perceptions of people who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 33, 81–98.
- 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.
- Jayaram, M. (1984). Distribution of stuttering in sentences: Relationship to sentence length and clause position. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 27, 338–341.
- Karniol, R. (1995). Stuttering, language, and cognition: A review and a model of stuttering as suprasegmental sentence plan alignment (SPA). *Psychological Bullten*, 117, 104–124.
- Kelman, E., & Nicholas, A. (2008). *Practical intervention for early childhood stammering*. Palin PCI. Milton Keynes, England: Speechmark.

- Kloth, S. A. M., Kraaimaat, F. W., Janssen, P., & Brutten, G. J. (1999). Persistence and remission of incipient stuttering among high-risk children. *Journal of Fluency Disorders, 24*, 253–256.
- Knox, E., & Conti-Ramsden, G. (2003). Bullying risks of 11-year-old children with specific language impairment (SLI): Does school placement matter? *International Journal of Language and Communication Disorders, 38*(1), 1–12.
- Kraaimaat, F. W., Janssen, P., & Brutten, G. J. (1988). The relationship between stutterers' cognitive and autonomic anxiety and therapy outcome. *Journal of Fluency Disorders, 13*, 107–113.
- LaBlance, G.R., Steckol, K.F., & Smith, V.L. (1994). Stuttering: The role of the classroom teacher. *Teaching Exceptional Children, 26*(2), 10–12.
- Langevin, M., & Prasad, N. G. (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., 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.
- Lass, N. J., Ruscello, D. M., Pannbacker, M. D., Schmitt, J. F., & Everly-Myers, D. S. (1989). Speech-language pathologists' perceptions of child and adult female and male stutterers. *Journal of Fluency Disorders, 14*(2), 127–134.
- Lass, N. J., Ruscello, D. M., Schmitt, J. F., Pannbacker, M. D., Orlando, M. B., Dean, K. A., . . . Bradshaw, K. H. (1992). Teachers' perceptions of stutterers. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 23*(1), 78–81.
- Lewis, K., & Goldberg, L. (1997). Measurements of temperament in the identification of children who stutter. *European Journal of Disorders of Communication, 32*, 441–448.
- Ludlow, C. L., & Loucks, T. (2003). Stuttering: A dynamic motor control disorder. *Journal of Fluency Disorder, 28*, 273–295.
- Manning, W. H. (1994). *The SEA-scale: Self-efficacy scaling for adolescents who stutter*. Paper presented at the annual convention of the American Speech-Language-Hearing Association, New Orleans, LA.
- Max, L., Guenther, F. H., Gracco, V. L., Ghost, S. S., & Wallace, M. E. (2004). *Stuttering: The search for a cause and cure*. Boston: Allyn & Bacon.
- Max, L., Guenther, F. H., Gracco, V. L., Ghost, S. S., & Wallace, M. E. (2004). Unstable or insufficiently activated internal models and feedback-biased motor control as sources of dysfluency: A theoretical model of stuttering. *Contemporary Issues in communication science and disorders, 31*, 105–132.
- McCormack, J., McLeod, S., Lindy McAllister, L., & Harrison, L. J. (2010). My speech problem, your listening problem, and my frustration: The experience of living

- with childhood speech impairment. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 41*, 379–392.
- McKinnon, D. H., McLeod, S., & Reilly, S. (2007). The prevalence of stuttering, voice, and speech-sound disorders in primary school students in Australia. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 38*, 5–15.
- Melnick, K. S., & Conture, E. G. (2000). Relationship of length and grammatical complexity to the systematic and nonsystematic speech errors and stuttering of children who stutter. *Journal of Fluency Disorders, 25*, 21–45.
- Meyers, S. C., & Freeman, F. J. (1985). Are mothers of stutterers different? An investigation of social-communicative integration. *Journal of Fluency Disorders, 10*, 193–209.
- Milard, S. K., Nikolas, A., & Cook, F. M. (2008). Is parent-child interaction therapy effective in reducing stuttering? *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 51*, 636–650.
- Miller, S., & Watson, B. C. (1992). The relationship between communication attitude, anxiety, and depression in stutterers and nonstutterers. *Journal of Speech, Language and Hearing Research, 35*, 789–798.
- Mooney, S., & Smith, P. K. (1995). Bullying and the child who stammers. *British Journal of Special Education, 22*, 24–27.
- Mulcahy, K., Hennessey, N., Beilby, J., & Byrnes, M. (2008). Social anxiety and the severity and typography of stuttering in adolescents. *Journal of Fluency Disorders, 33*, 306–319.
- Ornstein, A. F., & Manning, W. H. (1985). Self-efficacy scaling by adult stutterers. *Journal of Communication Disorders, 18*(4), 313–320.
- Ost, L. G. (1976). Experimental studies in behaviour therapy. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy, 5*, 89–100.
- Packman, A. (2012). Theory and therapy in stuttering: A complex relationship. *Journal of Fluency Disorders, 37*(4), 225–233.
- Parry, W. D. (2013). *Understanding & controlling stuttering: A comprehensive new approach based on the Valsalva hypothesis* (3rd ed.). Revised and expanded. Merion Station, PA: W.D. Parry.
- Pence, K. L., Justice, L. M., & Wiggins, A. K. (2008). Preschool teachers' fidelity in implementing a comprehensive language-rich curriculum. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 39*, 329–341.
- Perkins, W. H. (1993). The early history of behavior modification of stuttering: A view from the trenches. *Journal of Fluency Disorders, 18*, 1–11.
- Plänkner, T. (1999). Speaking in the claustrium: The psychodynamics of stuttering. *International Journal of Psychoanalysis, 80*, 239–256.
- Prins, D. (1993). Models for treatment efficacy studies of adult stutterers. *Journal of Fluency Disorders, 18*, 333–349.
- Radoman, V. (2003). *Psihologija jezika i jezičkih poremećaja*. Beograd: Defektološki fakultet.



- Rommel, D. (2000). The influence of psycholinguistic variables on stuttering in childhood. In H. G. Bosshardt, J. S. Yaruss, & H. F. M. Peters (Eds.), *Proceedings of the Third World Congress on Fluency Disorders* (pp. 195–202). Nyborg, Denmark: University of Nijmegen Press.
- Ruscello, D. M., Lass, N. J., Schmitt, J. F., & Pannbacker, M. D. (1994). Special educators' perceptions of stutterers. *Journal of Fluency Disorders*, 19(2), 125–132.
- Rustin, L., Botterill, W., & Kelman, E. (1996). *Assessment and therapy for young dysfluent children: Family interaction*. London: Whurr.
- Scott, L. (2010). *Stuttering: Straight talk for teachers a handbook for teachers and speech-language pathologists*. Stuttering Foundation of America.
- Seals, D., & Young, J. (2003). Bullying and victimization: Prevalence and relationship to gender, grade level, ethnicity, self-esteem, and depression. *Journal of Adolescence*, 38(152), 735–748.
- Snyder, M. A. (1977). A psychodynamic approach to the theory and therapy of stuttering. *Journal of Communications Disorders*, 10, 85–88.
- Starkweather, C. W., & Gottwald, S. R. (1990). The demands and capacities model II: Clinical applications. *Journal of Fluency Disorders*, 15, 143–157.
- Starkweather, C. W., & Givens-Ackerman, J. (1997). *Stuttering*. Austin, TX: Pro-ed.
- Stromsta, C. (1986). *Elements of stuttering*. Oshtemo, MI: Atsmorts.
- Svetska zdravstvena organizacija. (1996). *Međunarodna klasifikacija bolesti (MKB-10), deseta revizija*. Beograd: Savezni zavod za zaštitu i unapređenje zdravlja, Savremena administracija.
- Van Riper, C. (1982). *The nature of stuttering* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Voci, S. C., Beitchman, J. H., Brownlie, E. B., & Wilson, B. (2006). Social anxiety in late adolescence: The importance of early childhood language impairment. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 915–930.
- Wall, M. J., & Myers, F. L. (1995). *Clinical management of childhood stuttering* (2nd ed.). Austin, TX: Pro-Ed.
- Watkins, K. E., Dronkers, N. F., & Vargha-Khadem, F. (2002). Behavioural analysis of an inherited speech and language disorder: Comparison with acquired aphasia. *Brain*, 125, 452–464.
- Watkins, K. E., Smith, S. M., Davis, S., & Howell, P. (2007). Structural and functional abnormalities of the motor system in developmental stuttering. *Brain*, 131, 50–59.
- Wilburn, V., & Smith, D. (2005). Stress, self-esteem, and suicidal ideation in late adolescents. *Journal of Adolescence*, 40(157), 33–46.
- Wilkinson, M. (2001). His mother-tongue: From stuttering to separation, a case history. *Journal of Analytical Psychology*, 46(2), 257–273.
- Wischnor, G. J. (1950). Stuttering behavior and learning: A preliminary theoretical formulation. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 15, 324–335.

- Yairi, E., & Ambrose, N. G. (1999). Early Childhood Stuttering: Persistency and Recovery Rates. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42, 1097–1112.
- Yairi, E., & Ambrose, N. G. (2005). *Early childhood stuttering: For clinicians by clinicians*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Yairi, E., Ambrose, N. G., Paden, E. P., & Throneburg, R. N. (1996). Predictive factors of persistence and recovery: Pathways of childhood stuttering. *Journal of Communication Disorders*, 29, 51–77.
- Yaruss, J. S., Coleman, C., & Hammer, D. (2006). Treating preschool children who stutter: Description and preliminary evaluation of a family-focused treatment approach. *Language*, 37, 118–136.
- Young, A. R., Beitchman, J. H., Johnson, C., Douglas, L., Atkinson, L., Escobar, M., & Wilson, B. (2002). Youngadult academic outcomes in a longitudinal sample of earlyidentified language impaired and control children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 43, 635–645.
- Yovetich, W. S., Leschied, A. W., & Flicht, J. (2000). Self-esteem of school-age children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 25, 143–153.
- Zückner, H. (2010). *Self-esteem of 8–16 year old persons who stutter: Effects on speechbehavior and therapy*. Paper presented at the European Symposium on Fluency Disorders 2010, Antwerp, Belgium.

**Sanja Dimoski  
Irena Stojković**

Faculty of special  
education and  
rehabilitation,  
University of Belgrade

## STUTTERING IN CHILDREN: A REVIEW OF PSYCHOLOGICAL THEORITICAL AND TREATMENT APPROACHES WITH AN EMPHASIS ON THE ROLE OF SCHOOL ENVIRONMENT

This paper provides an overview of contemporary research on the psycho-social and educational characteristics of children who stutter. Research findings do not agree on the presence of anxiety, social anxiety, self-esteem, and depression in children who stutter. However, there are enough indicators to suggest that the psychological functioning of children who stutter is specific, regardless of whether some of the psychological factors are considered causes or consequences of stuttering. A literature review points that authors agree that children who stutter suffer the negative reactions from the environment, which are often present in the school context, adversely affecting their socialization. Modern literature takes into account the psycho-social context in which stuttering occurs, and this review is an attempt to justify psychological approaches to the treatment of children who stutter. The arguments that oppose the neurological view on the etiology of stuttering and direct forms of treatment aimed at improving fluency are discussed. An overview and critical discussion of indirect types of treatment that are aimed to overcome stuttering through environmental changes, which are considered to affect the occurrence of the disorder, are also provided. Contemporary concepts of treatment, which expand and enrich the traditional treatment approaches, and are in line with the social model of disability are presented. Different approaches that insist on psycho-social interventions in schools that would provide better acceptance of children with this disorder, and prevent psychopathology and academic difficulties in adulthood are outlined. Recommendation for further research of this, still insufficiently examined disorder as well as the implications for professional practice, based on the psychological approach, are provided.

**Keywords:** stuttering, the treatment of stuttering, psychological theoretical approach, the school environment