

TERAPIJA MUCANJA KOD DJECE

TATJANA PRIZL

primljeno: rujan '98.
prihvaćeno: prosinac '98.

Pregledni rad
UDK: 376.33

Mucanje počinje i razvija se u djetinjstvu pa je to i doba kada se ono treba liječiti. Polaskom u školu djeca doživljavaju velike promjene koje negativno djeluju na djecu koja mucaju. Učenje školskog gradiva, govor pred razredom i učiteljem, borba za dokazivanje u kolektivu koji će se rado nasmijati slabostima i upadljivostima, sve je to novo i neugodno, te izaziva strah u djece koja mucaju što se odražava na govoru i razvitku djetetove ličnosti.

Iako nema značajnih odstupanja u terapiji djece i odraslih koji mucaju, djeci treba posvetiti posebnu pažnju. Dijete živi s roditeljima, ovisno je o njima, a članovi obitelji istovremeno su i članovi problema, pa i njih treba uključiti u terapiju. Djetetov problem se razvija i ako se ne spriječi, postat će teži. Dijete se nalazi u fizičkom, psihičkom i jezičnom razvoju, odnosi u obitelji i izvan nje odražavaju se na njegov emocionalni život, a sve to utječe na problem mucanja. U tretiranju mucanja dječje dobi logoped ima tu prednost da je mucanje kraćeg trajanja, te je manje ukorjenjeno nego u odraslih. No, dijete ne ulazi u terapiju s istom spremnošću kao i odrasli koji dolaze samovoljno. Iako terapija počinje odlukom roditelja ili učitelja, ako želimo dobiti pozitivne rezultate sve treba biti prihvaćeno i od strane djeteta.

Za djecu koja mucaju predlažu se različiti, ponekad oprečni terapijski postupci, što ovisi o dobi djeteta. U većini slučajeva djeca s godinama sve intenzivnije reagiraju na svoje mucanje neugodnijim emocijama, strahom od mucanja, povlačenjem iz društva pa se s jedne strane u terapiji preporučaju sveobuhvatnije psihoterapijske mjere. S druge strane, kako se mucanje sve više i fiziološki učvršćuje, preporučuju se i što korisnije direktne fiziološke mjere.

O preventivnim mjerama protiv mucanja vlada među autorima puna suglasnost, izbjegava se direktan rad, pogotovo kod mlađe djece koja mucaju. Ali kad mucanje prelazi u sekundarni stadij, kada počne biti svjesno svojih govornih teškoća i osjećati strah pred njima, počinje i razmimoilaženje među autorima u terapijskim postupcima.

Kod djece koja mucaju mlađe dobi koriste se terapije promjene ponašanja, direktan rad s djetetom, psihoterapija, desenzitizacija, bibehavioralna terapija, a isto takvu važnost ima terapija međuovisnosti roditelj-dijete, te savjetovališta za roditelje i obitelj u kojoj dijete živi. Izbor terapije ovisi o samom djetetu koje muca, jer kako je rekao Van Riper (1971): "Svaki slučaj predstavlja individualni problem i tako se mora tretirati". Navedene terapije mucanja mogu se kombinirati sa raznim drugim tehnikama i koristiti djeci koja mucaju starije dobi.

TERAPIJE PROMJENE PONAŠANJA

Promjena ponašanja je terapijski postupak usmjeren na djetetovo ponašanje koje se smatra uzrokom mucanja. Kroz temeljitu opservaciju i razgovore s roditeljima logoped mora pronaći što je to u djetetovom ponašanju što treba promijeniti kako bi se smanjilo ili otklonilo mucanje. Neki činioci koji prema G.H. Shamesu (1982) utječu na mucanje su razne napetosti u obitelji, strah od govora, socialna i emocionalna depri-vacija, rivalstvo među braćom, pretjerano ometanje govora i prekidanje govornih pokušaja od članova obitelji, mjerila i očekivanja koja su nerealno visoka ili niska, nedostatak discipline, previše ili premalo

dječjeg prihvatljivog ponašanja, nedostatak roditeljske brige i pažnje, pretjerana napetost kod govora, svađe i neprijateljstvo među članovima obitelji, negativni verbalni utjecaj djeteta i obitelji, korištenje djeteta kao krivca za sve probleme u obitelji. Kroz obiteljske terapije svakog člana obitelji treba upoznati sa mogućim utjecajem na djetetovo mucanje, što nerjetko dovodi do saznanja o međusobnim problemima u obitelji.

Tatjana Prizl asistent je na Odsjeku za logopediju Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta

DIREKTNE TERAPIJE

Direktna terapija obuhvaća promjenu stava djeteta koje muca prema terapiji. Ponekad to znači i rad na otklanjanju mucanja, no češće obuhvaća rad s okolinom. Teoretska pretpostavka ove vrste terapije je da je dječje mucanje simptom nekih dubljih problema, psihološke ili interpersonalne prirode. U tom slučaju preporuča se terapija igrom ili psihoterapija. Po tom shvaćanju mucanje je simptom dubljeg, unutrašnjeg psihodinamičkog problema. U toj terapiji pažnja se usmjerava na obrambene mehanizme, razvoj ličnosti, anksioznosti, osjećajnosti i međusobnih odnosa u obitelji kako bi se otklonilo i samo mucanje. Obično se upotrebljavaju dvije vrste terapijskih igara. A. Schilling (1965) opisuje terapijsku igru von Staabsove koja je bazirana na psihoanalitičkoj koncepciji. Kroz igru lutkama i drugim igračkama od savitljivog materijala koje u smanjenom obliku predstavljaju osobe i okolinu iz djetetovog života, otkrivaju se problemi prema osobama i neadekvatnom prilagođavanju stvarnostima te okoline kroz doživljavanje prema igračkama i lutkama one reakcije koje su u stvarnom životu potisnute. Dijete u prisutnosti terapeuta slobodno ispoljava svoju agresivnost prema osobama koje predstavljaju lutke i kroz igru izražava svoje osjećaje i potrebe, što često otkriva osobu koja se nepravilno odnosi prema djetetu. Drugu terapiju, logopedске igre (Logopädisches Heilspiel) kako je naziva autor R. Schilling, započinje nijemim pokretnim igrama, igranjem glasova i šumova uz imitiranje pokretima tijela, da bi se postepeno došlo do pjevanja, recitiranja i ritmiziranog govorenja. Iskustva su pokazala, da glumeći govor lutaka i životinja u igri, djeca govore bez mucanja.

Autori koji mucanje vide kao simptom urođenih ili rano stečenih neurotskih stanja smatraju da su u tom ranom stadiju sekundarnog mucanja primjerene psihoterapeutske mjere. Seeman (1955) smatra da je psihoterapija osnov liječenja mucanja ali ona sama nije dovoljna. Njen glavni cilj je

preodgoj djetetove ličnosti. Prema Pavlovu neurotski se tipovi liječe promjenom vanjske sredine, pa je važno urediti sredinu u kojoj dijete živi.

K.P. Becker (1955) predlaže kompleksnu terapiju za predškolsku djecu koja mucaju. Na osnovu opširne anamneze i dijagnoze koja se provodi timski, poboljšava se djetetova konstitucija i jača preslaba funkcija kore mozga. Zajedno s tim poduzimaju se i pedagoško-terapijske mjere u cilju organiziranja režima dana. Važnost se pridaje obrocima, spavanju, higijeni, boravku na svježem zraku, tjelesnom odgoju, a posebno logopedskoj ritmici kojom se uvježbava i usklađuje djetetova motorika, uključujući i motoriku govora, te regulaciju disanja. Kako je za razvitak djetetova govora važan i razvoj mišljenja, treba razvijati njegovo opažanje i poticati usvajanje pojmova i riječnika, te prema stupnju tog razvoja prilagoditi govornu terapiju.

Prema Liebmannovoj (1898) metodi terapija mucanja počinje zajedničkim pjevanjem nakon kojeg slijedi ponavljanje rečenica za logopedom, odgovori na jednostavna pitanja, samostalno čitanje i spontani govor.

Vlasova (1964) razlikuje sedam stupnjeva jezične razvijenosti kojima treba prilagoditi terapijski postupak počevši od razgovora s logopedom, ponavljanja rečenica, odgovora na pitanja, samostalno opisivanje poznatih slika ili crteža, prepričavanje priča, opisivanje nepoznatih slika ili crteža što vodi do spontanog normalnog govora.

Desenzitizacija je drugi vid direktnog rada s djecom, bazirana na teoriji da je mucanje reakcija djeteta na stres, a razvio ju je Van Riper, 1954. U terapiji mucanja najčešće se koristi Wolpeova prilagođena forma sistematske desenzitizacije nastala kao modifikacija progresivne relaksacije E. Jakobsona (1938). Shames (1982) razlikuje neobičan ili neopravdani stres i očekivani ili normalan stres koji se može naći u svakoj obiteljskoj situaciji. Mucanje koje je odgovor na normalnu stresnu situaciju može se smanjiti povećanom tolerancijom djeteta na

stres, što se najčešće postiže igrom kroz koju se smanjuje netečnost govora, a često i potpuno otklanja mucanje. Desenzitizacija se može provoditi neverbalno, bez direktnih postavljanja pitanja, igrom u tišini, izbjegavanjem razgovora o stresnim temama, bez uzbuđenosti. Logoped postepeno ponovo uvodi stresne činioce u terapiju i prateći djetetove emocionalne reakcije sprječava svaku netečnost u govoru. U svakom tretmanu uvodi se više stresora, sve dok dijete na normalnu stresnu situaciju ne reagira bez mucanja. Članovi obitelji moraju se uključiti u terapiju kako bi dijete tečno govorilo i u obiteljskoj sredini.

Slična je i terapija govornog odnosa roditelj-dijete o kojoj govore Shames i Egolf (1969) sumnjajući da se dječje mucanje razvija u socijalnom kontekstu verbalnog odnosa s roditeljima, te da su roditelji ti koji naglašavaju i pojačavaju dječje mucanje. Nakon opservacije verbalnog odnosa oba roditelja s djetetom, logoped mora obratno usmjeriti proces, ukazati na pogreške roditelja i podučiti ih kako poboljšati komunikaciju roditelj-dijete.

Metoda C. Brajovića (1981) "Svjesna sinteza razvoja" podjednako se koristi i u terapiji djece i odraslih. Metoda zahtjeva od pacijenta ovladavanje kontrolom mišića lica što se postiže vježbanjem postepenog zatvaranja i otvaranja usana s lijeve i desne strane, nazvanom "lijeva i desna specijalizacija". One se uvježbavaju pjevanjem visokih i niskih tonova, te pisanjem debelih i tankih linija kojima se ispisuju slova i riječi na papiru, rukom u zraku zatvorenim očima ili kontrolom izvođenja specijalizacije u ogledalu. U prvoj fazi uvježbavaju se i "šumovi" - tehnika izgovaranja glasova na jačem izdisaju uz primjenu specijalizacije. U drugoj se fazi naučene tehnike za svladavanje govornih teškoća primjenjuju na glasno čitanje teksta. Čita se po nekoliko riječi zajedno, prvo u sebi, pa na glas, uz upotrebu specijalizacije. Kad se svlada čitanje bez govornih teškoća prelazi se u treću fazu u kojoj se iste tehnike primjenjuju u spontanom govoru. Osoba koja muca je

izliječena kada bez teškoća govori u svim situacijama ili može govornu poteškoću uspješno svladati upotrebom naučenih govornih tehnika.

Svaka zdrava funkcija organizma protječe ritmički (ritam rada srca, ritam disanja, ritam kontrakcije mišića), i prema Hvatcevu ritam spada u zaštitne reflekse koji održavaju životnu energiju. Kao i u muzici, i u govoru je ritam jedan od značajnih čimbenika. Prema muzičkoj enciklopediji (1963) ritam povezuje odijeljene tonove u cjelinu, stvara red u njihovu kretanju i podaje im sadržaj i uvjerljivost žive i razumne misli. Ritmičke stimulacije u tretiranju mucanja poznate su još iz 3. st. pr.n.e. kada je grčki glumac Satyrus savjetovao Demostena da recitira penjući se uz brdo, u skladu sa svoji koracima. Mnogi izvještaji iz 18. i 19. st. govore o upotrebi ritma u terapiji mucanja. U Francuskoj su se time bavili Serre d'Atais i Dupuytren, u Engleskoj John Thelwall koji je pronašao tretman baziran na govoru u vremenu prema samonametnutom ritmu. Francuz Colombat de L'Isere (1830) zaslužan je za razvoj prvog mehaničkog ritmičnog stimulatora -mutonoma- namjenjenog terapiji mucanja. Johnson i Rosen (1940) našli su da mucanje gotovo potpuno nestaje pod određenim uvjetima koji uključuju različite vrste ritmičkog govora (govor određen polaganim udaranjem metronoma, udaranjem ruke, čitanje sing-song glasom). Van Dating (1940) došao je do sličnih rezultata primjenjujući udaranje prstima kao ritmički stimulans. Mnogi kliničari Iowa škole koristili su ritmičku stimulaciju da bi osobama koje mucaju prikazali kako mogu tečno govoriti. Johnson (1961) preporuča da se u tretmanu djece školske dobi pokuša eksperimentirati s ritmičkim govorom da bi se djetetu pokazalo kako je njegov govorni mehanizam u dobrom stanju i motiviralo ga za daljnju vježbu. Prema Giljarovskom izrada ritma u kretanju dobra je u terapiji mucanja kao sredstvo otklanjanja prevelike toničke napetosti. On naglašava da centralni živčani sustav djeluje kao cjelina pa se ritmičkim vježbama usavršava ritam rada

cijelog centralnog živčanog sustava, pa i aritmičan govor djeteta koje muca. Takvo uzajamno djelovanje javlja se naročito između tijesno vezanih sistema kore mozga, (govornog motornog aparata i desne ruke), te predlaže regulaciju ritma govora rukom. S.S. Ljapidjevski (1975) opisuje pokrete ruke koja u zraku oblikuje položeni broj osam ili znak beskonačnosti što se mora poklapati s ritmom govora. Pod utjecajem ritmičkih stimulacija razvile su se metode usporenog govora i metoda kontrole disanja.

Mnogi, kao i Van Riper 1971, uzrok mucanja vide u poremećaju slušne povratne veze, čija se terapija provodila maskingom i DELEY-em. Terapija maskingom (prvi su je primijenili Cherry i Sayers, 1956) koristi različiti šum obzirom na jačinu i frekvencijski spektar, pretpostavljajući da maskirajući šumovi zaglušuju vlastiti govor te ga tako i poboljšavaju. Metoda zakašnjele povratne sprege često se izvodi i pomoću DELEY-a. Soderberg (1969) uviđa da se pod utjecajem DELEY-a usporava brzina govora i smanjuje mucanje, te da poboljšanje govora traje i poslije primjene DELEY sistema. Taj aparat informacije dobivene preko mikrofona daje s vremenskim zakašnjenjem (počinje se sa zakašnjenjem od 250 msec.) što mijenja perceptivnu naviku slušanja. Pokazalo se da djeca različito reaguju na intervale zakašnjenja, pa ih je potrebno prilagoditi svakom djetetu posebno. S pokušajem ubrzavanja govora dolazi do artikulacijskih pogrešaka, promjene visine laringalnog glasa, produljavanja vokala, osjećaja gubljenja kontrole nad govorom, što se postepeno korigira, smanjuje se jakost grčeva i normalizira govor.

Vježbe disanja učestale su u terapiji mucanja iako o njihovoj potrebi u literaturi nailazimo na vrlo različita shvaćanja. Seeman (prema Sulejmanpašić, 1969) u vježbama mucanja nalazi dvojaku korist, vježba se volja i potiče izmjena stvari što djeluje na vegetativni živčani sustav, čime se regulira odnosa udisaj - izdisaj. Azrin i Nunn (1974) primjenjivali su terapiju regulacije disanja (regulated breathing approach) temeljenu

na relaksaciji i desenzitizaciji. Tijekom terapije djeca su upućivana da kada predosjete zastoje stanu, duboko i polako izdahnu, udahnu i formuliraju riječ koju žele izreći. Poppen i suradnici (1977) provodili su terapiju disanja pomoću metronoma uključujući metodu otezanja i puhanja. Gronhovd (1977) je terapiju mucanja provodio vježbama disanja i puhanja, uz prethodne vježbe relaksacije. Van Riper (1971) odbacuje tu metodu u terapiji mucanja jer je disanje jedina funkcija koja se treba odvijati automatski. Praksa pokazuje da osobe koje mucaju normalno dišu kad ne govore, pa se vježbe disanja u svrhu njegove normalizacije izvode uz istovremeno govorenje. Sulejmanpašić (1969) poseban problem vidi u dijafragmatičnom disanju. Normalno disanje sastoji se od interkostalnog i dijafragmatičnog disanja, pa se u slučaju izrazito loše dijafragmatične komponente mora na nju i paziti, a da se pri tome ne smanjuje interkostalno disanje.

Williams (1979) razvio je terapiju koja naglašava polagani, normalni govor i potiče djecu da se ponašaju polagano i skladno kao da glume. Websterova terapija (1972) bazira se na laganom početku govora. Shames i Florance (1980) razvili su tehniku usporenog govora održavajući fonaciju između riječi. Polagani govor omogućuje pravilnu koordinaciju govornih pokreta i ujednačuje ritam govora. Ruska autorica N.A. Čeveljeva (1964) za djecu školskog uzrasta predlaže oblik radne terapije. Djecu zaposlimo radovima od papira, plastelina ili sličnim jednostavnim radnjama. Razgovarajući s djetetom o procesu rada imenuju se stvari i radnje, razvija se djetetovo mišljenje, usavršavaju pokreti, a zanimanje za rad potiče i govornu aktivnost. Postepeno će se, iz jednostavnijih rečenica razviti složenije, pravilno upotrebljavati riječi i povezano izlagati misli, a sve to vodi do tečnog govora. U svemu tome važan je logopedov tempo rada, miran ali i emotivan govor, koji je model za govor djeteta.

Curlee i Perkins (1969) razvili su metodu za kontrolu govora (time-out) koja je

proizašla iz kontrole čitanja Goldiamonda (1966). Goldiamond mucanje opisuje kao uvjetovano ponašanje i koristeći zakašnjelu auditivnu povratnu vezu suzbija mucanje kod čitanja. Slično su napravili Curlee i Perkins iskoristivši zakašnjelu auditivnu povratnu spregu u normalnoj komunikaciji. Terapija započinje razgovorom s terapeutom kod zakašnjenja auditivne povratne veze od 250 msec. da bi se postepeno DAF oprema isključila iz terapije. Drugi dio terapije provodi se u tamnoj sobi sa signalnim lampom. Svaki zastoj, prebrzi djetetov govor ili preduge fraze, terapeut prekida gaseci svjetlo. Mrak i tišina u početku traju 30 sec. i postepeno se smanjuju sve dok se ne ukloni mucanje. Nakon terapije, naučene tehnike postepeno se primjenjuju i u svakodnevnim situacijama.

Ryan i Van Kirk (1984) napravili su opsežan program za terapiju mucanja školske djece koristeći programirane nastavne tehnike za postizanje normalnog, tečnoga govora. Metoda se temelji na programu koji sačinjava niz vježbi poredanih od lakših ka težima. Dijete koje muca mora govoriti tečno i proći svaki stupanj na određenoj razini tečnosti prije nego prijeđe na sljedeći. Program se sastoji od tri faze: utvrđivanja tečnosti u prisutnosti terapeuta, primjene tečnog govora u novim okolnostima (prelazna faza) i neprekidnog tečnog govora. Djeca to izvode kroz čitanje, monolog i razgovor. Temeljen na uvjetovanju (operant conditioning) i programiranim nastavnim principima, program zahtjeva trenutno pozitivno pojačanje, a to je "dobro" i pohvala za tečan govor i kazna, koja je "stani, govori tečno", za mucanje. Precizno mjerenje mucanja i govornih faza radi se prije, za vrijeme i nakon terapije.

Posljednjih se godina primjenjuje metoda elektromiografske biološko povratne veze (EMG-BPV), najčešće kombinirana s nekim drugim tehnikama. Metodu EMG BPV u kliničku su praksu uveli Marinacci i Horande 1960 (prema Liculu, 1981) kod vježbi rela-

ksacije. Mnogi istraživači tvrde da mucanje prati kontrakcija mišića laringisa (Van Riper, 1971, Schwartz, 1974). Ispitivanja su pokazala da EMG senzori razlikuju period mucanja od perioda normalnog govora, pa se prema tome redukcijom napetosti mišića laringisa može smanjiti mucanje. Novosel (1990) primjenjuje terapiju mucanja kroz program relaksacije, autosugestije i elektromiografske biološko povratne veze koja se zbog svoje složenosti preporuča kod djece starije osnovnoškolske dobi. Terapija EMG BPV sadrži program za grafičku obradu i prikaz integrirane mišićne aktivnosti laringisa pomoću aparata RN 48 (Novosel i Ribić, 1984, 1986). Funkcija programa je da se u kombinaciji sa autosugestijom, koja se primjenjuje tijekom cijele terapije, regulira mišićni tonus u prefonatornoj, fonatornoj i postfonatornoj fazi. Zadatak ispitanika je da unutar te biološko-povratne petlje voljno regulira i održi napetost mišića kroz sve navedene faze.

ZAKLJUČAK

Rezultat različitih shvaćanja i pristupa problemu mucanja je mnoštvo teorija, paralelno s kojima su se javile i nove metode rehabilitacije. Svaka od navedenih metoda ima određene zadovoljavajuće rezultate u terapiji mucanja, ali ni jedna nije u potpunosti prihvatljiva jer je svako mucanje problem za sebe, a svako dijete neponovljiva ličnost. Metode terapije razlikuju se prema dobi djeteta, temperamentu, trajanju i simptomima mucanja, te prema okolini u kojoj dijete živi. Što problem duže traje, postaje jači, karakterističniji po mišićnoj napetosti, naporu kod govora, ponavljanju riječi, popratnim pokretima. Bez obzira na vrstu terapije, uvjet za uspjeh je sticanje djetetova povjerenja, upoznavanje njegova psihičkog života, te djelovanje na njega sugestivnim mirom i dosljednom čvrstom voljom.

LITERATURA

- Adler, S.(1966): A Clinician's guide to stuttering, Springfield, Ill.: Charles C. Thomas.
- Andrews,G. Guitar,B. Howie,P. (1980): Meta-analysis of the effects of stuttering treatment, Journal of Speech and Hearing Disorders, vol.45, br.3.
- Black, M.E. (1964) : Speech correction in the schools, Prentice- Hall, Inc., Englewood Cliffs, N.J.
- Brajović, C. (1981) : Rehabilitacija poremećaja funkcije govora. Naučna knjiga, Beograd.
- Brestovci, B. (1986): Mucanje, Fakultet za defektologiju Sveučilišta u Zagrebu i Izdavački centar Rijeka, Zagreb-Rijeka.
- Cherry, E.C. i Sayers, B. McA.(1956) : Experiments on total inhibition of stammering by external control, and some clinical results. Journal of Psychosomatic Research, 1, 233-246.
- Curle, R.F. i Perkins, W.H.(1969) : Conversational rate control therapyfor stuttering, Journal of Speech and Hearing Disorders, vol.34, str.245-250.
- Čevelava, N.A. (1966) : Ispravljenje reči u zaikanošihsr školjbnikov. Akademija pedagoških nauka, Moskva.
- Ham, R. (1986) : Techniques of stuturing therapy, The Florida State University, Tallahassee, Prentice-Hall.
- Jacobson, E. (1938) : Progressive Relaxation. Chicago: University of Chicago Press.
- Johnson, W. (1961a) : Measurements of oral reading and speaking rate and disfluency of adult male and female stutterers and nonstutterers. Journal of Speech and Hearing Disorders, Monograph Supplement, vol7, 1-20.
- Lanyon, R.I. (1969) : Behavior Change in stuttering Through Systematic Desensitization, Jurnal of Speech and Hearing Disorders, vol. 34, br.3.
- Leith, W.R.(1984) : Handbook of stuttering terapy for the school clinician, College-Hill Press, San Diego, California.
- Licul, F. (1981). Elektrodijagnoza i elektroterapija, Školska knjiga, Zagreb.
- Ljapidievski. S.S; Šahovskoj, S.N. (1975) : Namšenija reči i glasa u detej. Prosvećenije, Moskva.
- Murphy, A.T.(1977): Authenticity and Creativity in Stuttering Theory and Therapy, Journal of Communication Disorders, vol.10, br.1-2.
- Novosel, D. i Ribić. Z.(1984): Neka iskustva u primjeni EMG biološko povratne veze u terapiji mucanja, Defektologija, Vol.20, Br. 1-2, Zagreb.
- Novosel,D.(1990): Elektromiografska biološko povratna veza i mucanje, Doktorska disertacija, Fakultet za Defektologiju, Zagreb.
- Poppen, R., Nunn, R.G., Hook, S. (1977) : Effects of several therapies on stuttering in a single case. Journal of Fluency Disorders, 2,35-44.
- Ryan, B.P. (1984) : Treatment of stuttering in school children, u Perkins, H. W. : Stuttering disorders. Thieme-Stratton Inc., New York.
- Rieber, R.W. Wollock, J.(1977): The Historical Roots of the Theory and Therapy of Stuttering, Jurnal of Communication Disorders, vol.10, br.1-2.
- Schwartz, M.F. (1974). The core of the Stuttering block. Journal of Speech and Hearing Disorders, 39, 169-171.
- Shames, G.H. Egolf, D.B. Rhodes,R.C.(1969): Experimental programs in stuttering therapy, Journal of Speech and Hearing Disorders, vol.34, str. 30-47.
- Shames, G.H. i Wiig, E.H. (1982): Human communication disorders, Columbus, Ohio: C.E. Merrill.
- Silverman, F.H. i Williams, D.E.(1972): Prediction off stuttering by school-age stutterers, Journal of Speech and Hearing Research, vol.15 str.189-193.
- Sulejmanpašić, D.(1969) : Problematika nauke o mucanju, Savez društva defektologa, Beograd.
- Soderberg, G.A. (1969): Delayed Auditory Feedback and the Speech of Stutterers, Jurnal of Speech and Hearing Disorders, vol.34, br.1.
- Van Riper, C. (1971). The nature of stuttering. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Webster, L.R.(1972) : An operant response shaping program for the establishment of fluency in stutterers: Final report, Roanoke, Va.: Hollins College,80.

TREATMENTS OF STUTTERING IN CHILDREN

ABSTRACT

Stuttering starts and develops in childhood, so this is the age when it needs to be treated. When they start school, children experience big changes, which adversely influence children who stutter. Learning of school material, talking in front of the class and the teacher, struggle for one's place in the group which likes laughing at weaknesses and anything conspicuous, all this is new and unpleasant and provokes fear in children who stutter, which affects speech and development of the child's personality. Although there are no major differences between the treatment of children and adult stutterers, children must be given special attention. A child lives with his or her parents, depends on them, and family members are at

the same time members of the problem, so that they need to be included in the treatment. The child's problem develops and, if it is not prevented, it will become more serious. The child undergoes physical, mental and linguistic development, relations in his or her family or outside the family influence his or her emotional life, all this affecting the problem of stuttering. In treating children stutterers, a speech therapist has the advantage because stuttering is of a shorter duration and has not taken root to the extent as in adults. However, a child does not enter treatment with the same readiness as adults, who come on their own will. Although a treatment starts with a decision by parents or teachers, if we want to obtain positive results, everything has to be accepted by the child, too.

For children stutterers, different, sometimes contrary treatment procedures are proposed, which depends on the child's age. In the majority of cases, as children grow up they more and more intensively react to their stuttering with unpleasant emotions, fear of stuttering, withdrawal from society. Therefore more comprehensive psychotherapeutic measures are proposed in the treatment. On the other side, as stuttering is taking root physiologically as well, as useful as possible direct physiological measures are proposed, too.

There is a full agreement among authors as to preventive measures against stuttering, direct work is avoided, especially with younger children who stutter. However, in regard to the secondary phase of stuttering, when a child starts being aware of his or her speech difficulties and feel fear of them, there is disagreement among authors as to treatment procedures. With younger children stutterers, behaviour change treatments, direct work with the child, psychotherapy, desensitization and behaviour therapy are used. Of the same importance are parent-child interdependence treatment, counselling service for parents and the family in which the child lives. The choice of treatment depends on the child who stutters because, as Van Riper said (1971), "each case represents an individual problem and must be treated as such". The said stuttering treatments can be combined with various other techniques and be useful for older children stutterers.