

Komunikacija s djecom koja mucaju

Communication with children who stutter

Višnja Pranjčić¹

SAŽETAK: Učenje govora je uzbudljivo, omogućuje djeci da komuniciraju s obitelji, prijateljima i svijetom koji ih okružuje. Problemi u govoru mogu biti iznimno traumatični i frustrirajući i za roditelje i za dijete. Prevalencija mucanja je oko 1%, a većina osoba mucanjem je pogođena prije 10. godine. Mucanje je govorni poremećaj karakteriziran učestalim ponavljanjem ili produžavanjem glasova ili slogova. Ostale značajke uključuju nečujne blokade kako bi se izbjegle „teške“ riječi i prekomjerna fizička napetost. Djeca koja mucaju postaju napeta i frustrirana u pokušajima da se izraze i trebaju pomoć. Mucanje pogađa ljude iz svih krajeva svijeta, ali dječaci imaju veću sklonost mucanju. Učitelji često imaju pitanja o tome kako postupiti u situaciji kada učenik koji muca govori ili čita naglas, a pritom je izložen zadirkivanju ostalih učenika. Često je neznanje uzrok zadirkivanja djeteta koje je različito i zato je važno podučavati učenike da se svatko od nas razlikuje što nas čini jedinstvenima. Mucanje može prouzročiti poteškoće komuniciranja što često utječe na kvalitetu života. Utjecaj komunikacije dobro je znan, bilo da se radi o komunikaciji na radnom mjestu, socijalnom okruženju ili kod kuće. Moći komunicirati fluidno i kohezivno od vitalne je važnosti. Medicinska sestra i dijete koje muca u zajedničkom radu planiraju ciljeve zdravstvene njege, a to je proces koji se oslanja na uspješnu terapijsku komunikaciju. Kada je komunikacija oštećena, kao u djeteta koje muca, medicinska sestra može primijeniti poseban pristup komunikaciji kako bi se prevladale poteškoće jezične barijere.

Ključne riječi: mucanje u dječjoj dobi, medicinska sestra, učitelji, komunikacija

ABSTRACT: Learning how to speak is an exciting process. It enables children to communicate with their family, friends and the world that surrounds them. Problems in speech can be extremely traumatic and frustrating for both parents and the children. The prevalence of stuttering is around 1%, and the vast majority of people who stutter began to do so sometime before the age of 10. Stuttering is a verbal speech disorder characterized by uncontrolled repetitions or elongation of sounds or syllables. Other characteristics include silent blocks in order to avoid „difficult“ words and excessive physical tension. Children who stutter become tense and frustrated in trying to express themselves and they need help. Stuttering affects people worldwide, however boys have a greater inclination to stutter. Teachers often ask how to react in a situation when a student who stutters speaks or reads out loud and at the same time is exposed to teasing by other students. Ignorance is often the cause of teasing of a child who is different from others and therefore it is important to teach children that everyone is different and that is what makes us unique. Stuttering can cause difficulties in communicating which often affects the quality of life. The importance of good communication is well known, whether this is communication at work, social environment or at home. To be able to communicate fluently and cohesively is of vital importance. Medical nurse and a child that stutters together plan health care targets, which is a process that relies on a successful therapeutic communication. When the communication is damaged, as in a child that stutters, medical nurse can apply a special approach to communication in order to overcome speech difficulties.

Key words: stuttering in children, medical nurse, teachers, communication

Zaprimljeno / Received: 19. 08. 2009.

Odobreno / Accepted: 25. 08. 2009.

Uvod

Svatko je katkad disfluentan, no ono po čemu se osoba koja muca razlikuje od nekog s normalnim govornim disfluencijama jesu vrsta i učestalost tih disfluencija. Disfluencije mogu biti u smislu ponavljanja ili prolongacije određenih riječi i uzvika. No disfluencije u osoba koje ne mucaju nisu tako česte kao kod onih koje mucaju. Mucanje je kompleksan poremećaj koji se manifestira kroz natprosječan broj govornih disfluencija, ali može uključivati i čitav niz dodatnih komunikacijskih, emocionalnih i poremećaja u ponašanju. Mucanje je dakle višedimenzionalni problem koji utječe na osobu kao cjelinu i koji, osim očitih govornih teškoća, može obuhvatiti i negativne osjećaje i percepcije u osobe koja muca kao što su poniženje, stid, krivnja, anksioznost, frustriranost, nedostatak samopouzdanja te osjećaj manje vrijednosti. Medicinske sestre neizbježno se u svojem radu susreću s djecom koja mucaju. Stoga je važno poznavanje patologije mucanja, ali i načina na koji valja komunicirati s djetetom. U daljnjem su radu prikazani problemi mucanja kao i smjernice komunikacijskog procesa s djetetom koje muca.

Mucanje je sindrom brojnih manifestacija na govornom, jezičnom, psihološkom, fiziološkom, tjelesnom i socijalnom području¹. Također, mucanje se smatra razvojnim poremećajem koji se pojavljuje između druge i osme godine². Prema The Brown University³, mucanje je komunikacijski poremećaj koji interferira sa sposobnošću djeteta da govori fluentno. Važno je istaknuti kako mucanje nije bolest, već komunikacijski poremećaj⁴.

Oko 25% dječje populacije prolazi kroz fazu mucanja između 18 mjeseci i 7 godina², dok je u općoj populaciji prisutno oko 1% osoba koje mucaju⁵.

Mucanje je složen govorni poremećaj koji karakterizira nestandardno govorno ponašanje. Nestandardna govorna ponašanja uključuju: ponavljanja dijelova riječi i rečenica; zastoje; produživanja vokala; dodavanja različitih glasova i poštapalica; neadekvatne stanke.

Sve to uključuje i strah od govora, tikove, različite pokrete dijelova tijela, glave udova, neadekvatne fiziološke reakcije (znojenje, ubrzan rad srca, povećana mišićna napetost), emocionalnu nestabilnost i smanjenje koncentracije.

¹ mr. sc. Višnja Pranjčić, viša medicinska sestra, Škola za medicinske sestre Vinogradska, Zagreb

Mucanje se češće pojavljuje u dječaka nego u djevojčica. Ovu tvrdnju potkrepljuje činjenica o tri milijuna Amerikanaca pogođenih mucanjem, od kojih su čak četiri petine muškarci⁶. Ako promatramo populaciju odraslih, četiri je puta više muških osoba koje mucaju, dok je taj odnos u predškolskom razdoblju 2:1^{3,5}. Međutim, u petom razredu taj se odnos mijenja i na jednu djevojčicu koja muca dolaze četiri dječaka. Nameće se zaključak o brzemu spontanom oporavku djevojčica.

Postavlja se pitanje kada je potrebno potražiti stručnu pomoć. Mnogi autori govore o spontanom oporavku djece s problemom mucanja. Bez liječenja oporavit će se 75 - 80% djece koja mucaju^{2,3,6,7,8}. Ipak, u neke djece mucanje perzistira bez obzira na maturaciju. Preporučuje se logopedska evaluacija ako mucanje traje duže od šest mjeseci⁹. Rezultati su učinkovitiji ako se s terapijom započne u dobi između dvije i pet godina, odnosno što prije⁵.

Uzroci mucanja

Uzroci mucanja, bez obzira na brojna istraživanja, do danas nisu do kraja razjašnjeni. Većina stručnjaka smatra da je uzrok mucanja kombinacija genetičkih, psiholoških i anatomskih faktora. Klaniczay¹⁰ daje kratki pregled istraživanja radi utvrđivanja povezanosti mucanja i raznih čimbenika: Coriat (1931.) povezuje mucanje s fiksacijom libida; Szondi (1932.) istražuje vezu između epilepsije, migrene i mucanja; Orton (1937.) uzroke mucanja traži u dominantnosti hemisfera; Fenichel (1945.) svrstava mucanje zajedno s astmom i tikovima u pregenitalne konverzivne neuroze; Van Riper (1954.) govori o slabosti CNS-a u osoba koje mucaju; Seeman (1954.) ispituje malfunkciju striapalidarnog sustava kao posljedicu jakih emocija vezanih uz mucanje; Glauber (1958.) usmjeren je na ambivalenciju u odnosu majka – dijete; Barbara (1960.) prikazuje mucanje kao posljedicu psihosomatskih poremećaja, dok Synder (1960.) ključ za etiologiju mucanja vidi u prirodi odnosa roditelj – dijete. Iz ovoga kratkog povijesnog pregleda i povezivanja mucanja s mnoštvom različitih čimbenika jasno je kako uzroci mucanja nisu definirani. Danas se smatra da mucanje može pokrenuti mnogo čimbenika, uključujući pritisak u školi ili kod kuće kao i razne psihičke teškoće⁴. Također, još se uvijek raspravlja o pitanju je li mucanje psihijatrijski poremećaj, iako se logopedi ne slažu s ovom tvrdnjom⁶. Mucanje je zabilježeno i u ljevaka koji su prisilno postali dešnjaci pa se smatra da se ova konverzija s lijeve na desnu ruku može promatrati kroz frustraciju kao „okidač“ mucanja¹⁰.

Mnoga istraživanja govore u prilog genetskom utjecaju na mucanje. Rezultati istraživanja upućuju na podatak o genetskoj predispoziciji na mucanje u 50% osoba koje mucaju^{3,6}. Rezultati istraživanja predškolske djece koja mucaju, govore o familijarnoj opterećenosti komunikacijskim teškoćama u polovine dječaka starijih od tri godine³. Kako se mucanje može prenositi s jedne generacije na drugu, potvrđuje istraživanje 555 osoba koje mucaju; 2 000 njihovih bliskih rođaka pokazivalo je suspektnost na mucanje¹¹. Mnogo veća učestalost mucanja prisutna je u obiteljima koje imaju člana koji muca nego u ostaloj populaciji. Govori se o dvama glavnim psihološko-kulturalnim čimbenicima. Kao prvo, 90% osoba koje mucaju imaju oba fluentna roditelja u vrijeme rođenja, ali su u većini slučajeva otac ili majka mucali ili imali poremećaj fluentnosti kao djeca. Drugi povezuje mucanje s tjeskobom u obitelji, ona se može prenijeti na dijete i uzrokovati mucanje. Zanimljiva je činjenica da žene, mucaju manje iako imaju

više rođaka s nekim poremećajem fluentnosti¹¹ pa se nameće zaključak kako je potrebno više čimbenika da se mucanje pojavi u djevojčica nego u dječaka.

Tijekom povijesti, ali i danas poseban je interes usmjeren na odnos dijete – majka¹⁰. Primarna je uloga majke pružiti sigurnost djetetu, a neke majke to nisu kladre učiniti, iako mogu obavljati sve oko djeteta. Neke su majke vrlo anksiozne uz ambivalentne osjećaje krivnje i brige za dijete. Mucanje se uglavnom povezuje s majkama koje osjećaju dijete kao teret ili imaju neželjeno dijete što potvrđuje hipotezu o povezanosti razvoja mucanja i frustracija zbog potrebe zblizavanja s majkom. Kritično je razdoblje za razvoj mucanja između druge i četvrte godine. Treća je godina najvažniji period za razvoj pojma o sebi, a frustracije u ovom razdoblju vode agresivnom ponašanju i regresiji. Ovo je doba važno i za razvoj seksualnosti. Spominju se i problemi identifikacije kao mogući uzrok mucanja¹⁰. Ako majke ne žele voditi dijete na terapiju jer „nemaju vremena, prezauzete su, ili misle da one sve rade pa je red i da otac nešto radi“, može doći do zamjena uloga. Očevi, a ne majke pokazuju majčinsko ponašanje. Kada je uloga oca nesigurna, identifikacijski proces dječaka može se povezati s mucanjem.

Mucanje i motoričke reakcije

U raspravama se postavlja pitanje, razlikuju li se djeca koja mucaju u motoričkim sposobnostima od djece koja ne mucaju. Grenafore (2003.) je ispitao motoričke reakcije djece koja mucaju radi otkrivanja različitosti u odnosu na reakcije djece koja ne mucaju. Budući da se mucanje češće pojavljuje u muškaraca, za istraživanje su odabrana 52 ispitanika, odnosno 26 parova ispitanika. U svakom paru jedan je dječak mucao, a drugi nije, dob ispitanika bila je od 8 do 17 godina, IQ 72 do 127¹². Ispitane su razlike u visini, težini, jačini stiska, ritmičnoj koordinaciji oka i ruke i vremenu reakcije. Nisu nađene statistički značajne razlike između dviju grupa. Moguće je da metode selekcije nisu bile dovoljno osjetljive.

Međutim, zabilježene su razlike EEG-a pri čitanju dječaka koji mucaju i dječaka koji ne mucaju¹³ što nameće neuralni deficit kao uzroku mucanja. U ispitanika su praćeni sljedeći parametri: treptanje očima, mišićna tenzija u frontalnoj regiji, mišićna tenzija u temporalnoj regiji, mišićna tenzija u posteriornoj regiji i mišićni artefakti u svim regijama. Rezultati govore kako nema značajne razlike među ispitanicima u artefaktima: treptanje očima, micanja tijela ili glave i mišićnoj napetosti frontalne regije. Značajne razlike među ispitanicima utvrđene su u mišićnoj napetosti temporalne i posterijalne regije, kao i u mišićnim artefaktima pri mucanju. Ustanovljene su razlike povezane s pojavom mucanja (s tipičnim rasporedom) koje uključuje: blokade, ponavljanja ili produživanja, napetost govorne muskulature, popratna ponašanja uz mucanje (facijalne deformacije i zatvaranje očiju).

EEG za vrijeme govora kada se mucanje pojavljuje može otkriti vezu između neuralnoga procesuiranja i mucanja. Do sada su sva istraživanja bila provedena na odraslima. Nađeno je da odrasle osobe koje mucaju imaju značajno različite hemisferalne govorno-motoričke procese i produkciju od osoba koje ne mucaju. Primijećena je veća upletenost desne polutke kod odraslih osoba koje mucaju od onih koje ne mucaju.

Neurološko objašnjenje mucanja u vezi je s anomalijama interhemisferalnih relacija i neuralnim mehanizmima govorno

motorne kontrole, pogotovo suplementarne motorne regije (SMA)¹⁴. Testirana je hipoteza o spontanom oporavku zbog maturacije SMA. Uspoređivana je grupa ispitanika koja muca s grupom ispitanika koji su prije mucali i grupom ispitanika koji nikada nisu imali problem mucanja. Zadatke motorike osobe koje su prije mucale i osobe koje nikada nisu mucale izvode na isti način, dok se osobe koje mucaju razlikuju od njih. Primijećene su razlike između osoba koje su prije mucale i osoba koje nikada nisu mucale na zadacima osjetljivim na hemisferalnu aktivaciju. Osim toga, osobe koje su prije mucale razlikuju se od osoba koje mucaju na zadacima osjetljivima na govorno-motorne mehanizme. U tim zadacima osobe koje mucaju postigle su slabije rezultate u odnosu na druge dvije grupe. Izvedbe osoba koje su prije mucale nisu bile statistički značajno različite od osoba koje nikada nisu mucale. Podatci o reprodukciji bilježe razliku između osoba koje su prije mucale i osoba koje nikada nisu mucale, međutim niti ova razlika nije statistički značajna.

Mucanje i teophilin

Rosenfeld i McCarthy (1994.) zabilježili su pojavu mucanja tijekom terapije astme *teophilinom*. Praćena su tri djeteta fluentnog govora koja su bolovala od astme.

Prvi pacijent. Dječak u dobi od šest godina. Roditelji navode probleme u svladavanju čitanja i sumnjaju da dječak ima teškoće u učenju. Psihološka evaluacija nije utvrdila specifične probleme u dječaka. Ni jedan od roditelja ne muca, kao ni članovi obitelji, a nitko u obitelji nije imao neuromuskularne poremećaje ili konvulzije. Dječak je sa 17 mjeseci dobio prvi napadaj astme. Ordinirana mu je terapija *teophilinom* 200 mg svakih 12 sati. U to vrijeme dječak nije govorio rečenice. Kada je počeo slagati rečenice, roditelji su primijetili govorne teškoće u periodima kada je uzimao terapiju. Nisu zapazili nakon koliko se vremena uzimanja *teophilina* pojavljuje disfluencija. Problemi su se pojavljivali na početku rečenice. Dječak je ponavljao riječi šest ili sedam puta, uz točnu produkciju. Dok je pjevao, mucanja nije bilo. Tijekom ljeta, kada dolazi do poboljšanja bolesti i terapija se ukida, dolazilo je do poboljšanja u govoru. Ujesen, pogoršanjem bolesti i ponovnim uzimanjem *teophilina*, mucanje se opetovano pojavljivalo. Tijekom terapije dječak je bio napet, patio je od nesаницe i bio je frustriran zbog problema u govoru. S četiri godine dobiva *teophilin* 100 mg u intervalima pogoršanja bolesti i pri svakom uzimanju dječak bi počeo mucati.

Drugi pacijent. Djevojčica u dobi od pet godina, urednog razvoja. Ni jedan od roditelja ne muca, kao ni članovi obitelji, a nitko u obitelji nije imao neuromuskularne poremećaje ili konvulzije. U dobi od 10 mjeseci djevojčica je imala prvi napadaj astme. Propisana je terapija *teophilinom* 125 mg svakih osam sati. Sa šest godina i šest mjeseci tijekom napadaja doza je bila 130 mg svakih osam sati, a katkad i svakih šest sati. Unutar nekoliko dana roditelji su primijetili disfluenciju u obliku ponavljanja riječi. Ako bi je roditelji upozoravali da govori sporije, dolazilo je do poboljšanja, ali to još uvijek ne bi bio fluentan govor. Govor je bio disfluentniji kada je djevojčica bila uzbuđena.

Treći pacijent. Dječak u dobi od pet godina. Ni jedan od roditelja ne muca, kao ni članovi obitelji, a nitko u obitelji nije imao neuromuskularne poremećaje ili konvulzije. S 18 mjeseci zbog traume glave dječak je izgubio svijest. S pet godina opet je imao traumatu glave, ali je ovaj put svijest bila očuvana.

Kada je bio u dobi od 21 mjeseca, dječak je imao prvi napadaj astme. Tada je govorio fluentno. S tri godine i četiri mjeseca ordinirana je terapija *teophilinom* 25 mg svakih osam sati. Devet mjeseci nakon početka terapije *teophilinom* roditelji su zapazili disfluentnost u govoru. Dječak bi usred rečenice ponavljao „ah, ah, ah“. Bio je frustriran kada ne bi mogao izreći što želi. Imao je problema sa spavanjem i postao je anksiozan. Disfluencija se pogoršavala kada je bio uzbuđen, pogotovo u društvu prijatelja. U opuštenim situacijama imao je manje poteškoća, ali govor nije bio fluentan. Obitelj ga je ohrabrivala da govori jasnije. S četiri godine i četiri mjeseca propisana je *teophilin* u dozi od 125 mg svakih osam sati, što nije bilo dovoljno za smirivanje simptoma. Terapija je promijenjena. Unutar dva tjedna dječak je bolje spavao, nije bio anksiozan i govorio je potpuno normalno.

Uloga učitelja u radu s djecom koja mucaju

Mucanje se može pojaviti u bilo kojoj dobi, pa tako i nakon polaska u školu. Katkad su učitelji ti koji prvi zamjećuju mucanje u djeteta. Kako je mucanje mnogo više od komunikacijskoga problema, ono može uzrokovati negativan utjecaj na socijalno funkcioniranje, edukaciju i osobnost. Stigma mucanja može izazvati i psihološke probleme^{6,7}. Provedeno je istraživanje socijalne interakcije u školi na četrdesetoro djece koja mucaju, 11 djevojčica i 29 dječaka, srednje dobi 10 godina i četiri mjeseca¹⁶. Jedan je učenik imao vrlo blage znakove mucanja, 12 učenika blago je mucalo, 17 učenika mucalo je umjereno, 8 njih jako, dok su dva učenika iskazivala vrlo jako mucanje. Ispitivanje se vodilo putem intervjuja. Djeci su postavljena četiri pitanja. Dva su se pitanja odnosila na školske aktivnosti: 1. U kojim si aktivnostima sudjelovao/la u školi zadnjih tjedan dana?, 2. Voliš li ići u školu - koje su dvije stvari koje najviše i najmanje voliš u školi? Druga dva pitanja bila su vezana uz mucanje: 3. Što osjećaš govoreći u razredu?, 4. Što osjećaš razgovarajući s drugim učenicima?. Rezultati nedvojbeno potvrđuju da su negativna stajališta prema govorenju u vezi s težinom dječjeg mucanja. Što je dijete jače mucalo, manje je govorilo. Težina njihova mucanja i opažanja govornih poteškoća u vezi je s socijalnom interakcijom. Mnoga djeca koja mucaju povlačila su se iz socijalne interakcije. Također je primijećeno da su djeca koja mucaju izložena *bullyngu* u školi. Na to djeca mogu reagirati fizičkom agresijom jer verbalni odgovor nosi rizik od mucanja.

Djeca koja mucaju često izbjegavaju govor⁷, a može se razviti i tjeskoba vezana uz govorenje pred razredom. Mnoga djeca koja mucaju imaju strah od određenih riječi, pa čak može doći do davanja krivih odgovora jer znaju da će zamucati na riječima pravog odgovora¹⁶. Zato je veoma važno upoznati učitelje sa simptomima mucanja i načinom rada u nastavi s djetetom koje muca. Učitelji bi trebali obratiti pozornost na sljedeće situacije⁵:

- dijete pri govoru ostvaruje slab kontakt očima s osobom koja ga sluša
- dijete izbjegava određene riječi zamjenjujući ih drugim riječima
- dijete se pretvara da misli tijekom stanke koja je u biti blokada
- dijete govori uz micanje (ljuljanje) ili ritam.

Mnogi sugovornici u razgovoru s osobama koje mucaju osjećaju tjeskobu i žele pomoći¹⁴. Često će pokušati završiti rečenice ili će izbjegavati gledati osobu koja muca. Dijete

koje muca osjetljivo je na reakcije sugovornika pa je zato veoma važno da učitelji znaju kako razgovarati s djetetom koje muca. Roditelji, kao i učitelji obično se boje razgovarati s djetetom o mucanju i katkad dijete odraste a da o mucanju nije nikada razgovaralo. To u djeteta može razviti osjećaj krivnje i srama. Djeca koja mucaju manje sudjeluju u radu razreda jer se boje emocionalnih ili socijalnih posljedica¹⁶. To može utjecati na smanjenje potencijala u učenju. Ako dijete osjeti pritisak, mucanje se pojačava⁷. Učitelji bi zato trebali rano uključivati dijete koje muca u razgovor, ne dajući mu vremena da razvije anksioznost zbog očekivanja prozivanja. Neka djeca više mucaju kad čitaju, dok su druga pri čitanju fluentnija. Za djecu koja pojačavaju mucanje pri čitanju se preporučuje čitanje u paru jer se fluentnost obično povećava.

Navodimo nekoliko korisnih savjeta za učitelje¹⁰.

- Izbjegavajte isključivati dijete iz razrednih aktivnosti, dijete će se osjećati drukčije. Ovo neuključivanje u rad razreda može dovesti do *bullynga*.
- Pokažite pozitivan govor tijela. Učitelj se zbog loših osjećaja može ukrotiti, izbjegavati kontakt očima, okrenuti se od djeteta ili može pokazivati ljutnju. Učitelj mora opustiti tijelo i uspostaviti kontakt očima s djetetom koje muca.
- Ne dopustite ruganje ili sarkazam u razredu. Razvijajte toleranciju različitosti – to ovisi o učiteljevim reakcijama.
- Pustite dijete da dovrši svoje misli – kada ga se prekine povećava se tendencija ponavljanja slogova ili riječi, češće nego inače. To izaziva frustraciju.
- Izgradite djetetovo povjerenje. Kada dijete osjeća povjerenje, povećava se fluencija.
- Suradujte s logopedima. Što se dijete ranije uključi u terapiju, rezultati će biti bolji. S logopedom dogovorite kako i kada uključivati dijete u rad.
- Djeca koja mucaju, često, u prisutnosti logopeda manje mucaju i manje su anksiozna. Cilj je postići fluentnost u stvarnim socijalnim situacijama.

Uloga medicinske sestre u komunikaciji s djetetom koje muca

Medicinska sestra koja u tretmanu ima dijete koje muca mora znati na koji način valja s njim komunicirati. Proces interpersonalne komunikacije temelji se na skupu socijalnih vještina koje medicinska sestra mora poznavati. Održavanje komunikacije temelji se na dvosmjernosti, odnosno na uspostavi povratne veze između sugovornika. Tu dvosmjernost u komunikaciji s djetetom koje muca teško je postići bez osnovnih znanja o jezičnoj patologiji, kao i specifičnosti komunikacije s ovom djecom. Komunikacija sadržava verbalnu i neverbalnu komponentu. Verbalna su riječi, a neverbalna uključuje geste, mimiku, naglasak, stil govora, položaj tijela. Medicinska sestra mora obratiti pažnju na oba aspekta jer dijete koje muca lako može protumačiti neugodnost koju osjeća sugovornik. Komunikaciju može otežati količina riječi, kao i brzina kojom one stižu do nas. Ako je komunikacija neuspješna, najčešće će i samo liječenje biti neuspješno. Iznosimo nekoliko smjernica za uspješniju komunikaciju medicinske sestre i djeteta koje muca.

- Ako je dijete uključeno u logopedski tretman, kontaktirajte logopeda i tražite savjet kako komunicirati s djetetom koje muca.
- Steknite djetetovo povjerenje, prihvatite djetetovo mucanje kao njegov način govora i ne dopustite da pomisli kako vjerujete da je mucanje pogrešno ili da je loša navika.

- Pokazuje li dijete tijekom tretmana potrebu razgovarati o svojem problemu mucanja, bez zadržke i nelagodnosti otvoreno s djetetom razgovarajte o njegovu problemu.
- Pri komunikaciji ostvarite kontakt očima i pokažite da vam nije neugodno. Nemojte skretati pogled u periodima mucanja, jer će dijete prepoznati nelagodu. Izravnim pogledom u oči potičemo komunikaciju, odvrćanjem pogleda zaustavljamo komunikaciju.
- Uvijek slušajte dijete sa zanimanjem. Dijete mora osjetiti da imate povjerenja u njega.
- Pružite djetetu prikladnu potvrdu da ga slušate.
- Ne postavljajte pitanja koja zahtijevaju složene odgovore. Postavljajte što jednostavnija i preciznija pitanja, ne pitajte odjednom više stvari.
- Ne tražite od djeteta da govori kada je uzbuđeno ili umorno.
- Pri komunikaciji s djetetom eliminirajte ometajuće čimbenike poput rada televizora ili radija.
- Dajte dobar primjer govornog obrasca, govoreći polagano, opušteno, jednostavno i ritmično, ali pazite da govor i dalje zvuči prirodno. Koristite se jednostavnim riječima i izgovarajte ih pravilno.
- Ohrabrite i pohvalite dijete što će pomoći djetetu da izgradi pozitivnu predodžbu o sebi. Mucanje uništava samopoštovanje.
- Ne obraćajte pažnju na mucanje, dijete će se opustiti. Kad je opušteno, dijete će mucati manje.
- Posvetite djetetu dovoljno vremena i budite strpljivi dok dijete govori. Ne usporavajte dijete dok govori. Time djetetu šaljete poruku kako je njegov govor pogrešan i neprihvatljiv.
- Smanjite brzinu i napetost u okruženju kojem radite s djetetom.
- Dopustite djetetu da samo završi svoju misao. Ne dovršavajte djetetove rečenice jer će dijete obraćati veliku pozornost govoru. Pri usredotočenosti na govor, govor postaje disfluentniji.
- Ne predlažite djetetu drugi način govora za koji mislite da će mu olakšati govorenje.
- Potičite dijete da govori i osjeća radost i zadovoljstvo u tome.
- Očekujte jače mucanje zbog invazivnih metoda rada. Jače je mucanje izazvano strahom i napetošću. Pokušajte smanjiti strah objašnjavajući svaki invazivni postupak u radu.
- Potičite roditelje i dijete na upornost. Ni jednim terapijskim pristupom nije moguće brzo ukloniti mucanje jer ne postoje brze, čudesne terapije mucanja. Terapija mucanja zahtijeva vrijeme.
- Savjetujte roditelje da usmjere pažnju svojeg djeteta na aktivnosti u kojima je uspješno.
- Educirajte populaciju zajednice u kojoj djelujete organiziranjem predavanja ili tribina o mucanju. Kao predavače pozovite logopeda, psihologa i osobe koje mucaju.

Mucanje i tretman

Osobe koje mucaju svaki dan osjećaju kontrolu, kako od sugovornika, tako i samokontrolu. Vanjska je kontrola vezana uz nisku motivaciju, dok unutarnja pokazuje pozitivnu korelaciju s ponašanjem. Vanjski kontrolirane osobe nisu motivirane za akademski uspjeh, manje prihvaćaju izazove i rabe manje informacija pri rješavanju problema¹⁰. Oblik kontrole može biti prediktor poboljšanja artikulacije u govornoj terapiji. Interno kontrolirane osobe više će profitirati od terapije, postići će veću fluentnost.

Glavni je cilj terapije mucanja olakšati komunikaciju osoba koje mucaju. Postoje mnogi programi u terapiji mucanja. U nastavku su dani prikaz i osvrt na tri programa⁸.

The Lindcombe Program primjenuje se u djece predškolske dobi, u periodu pojavljivanja mucanja. Roditelji dobivaju upute o održavanju fluentnosti u djeteta. Na primjer, kada dijete muca, roditelj kaže: „pokušaj ponovno“, a kada govori fluentno: „dobro govoriš“. Vrlo je kontroverzan među kliničarima zbog ispravljajuće komponente, ali ima vrlo dobar uspjeh. Prisutan je problem procjene uspjeha jer se oko 75% djece koja mucaju spontano oporave, pa spominjani uspjeh možda i nije tako velik kako se čini.

GILCU (Gradual Increase in Length and Complexity of Utterance) primjenjuje se u predškolske, školske djece i odraslih, većinom u dobi između šest i 18 godina. Počinje s fluentnim čitanjem jedne riječi, zatim slijedi monolog i završava fluentnom konverzacijom u vremenu od pet minuta. Kad dijete muca roditelj ga prekida: „Stani, govori tečno.“ Ako je dijete fluentno roditelj kaže: „Dobro je.“

PS (Prolonged Speecy) u biti je prolongirani govor. Na primjer, dijete kaže: „Jaažeelimoottičii“ uz postupno ubrzavanje dok dijete nije u stanju reći: „Ja želim otići.“ U početku se primjenjuje zakašnjeni auditorni *feedback*. Problem je što govor zvuči abnormalno polagan, prolongiran.

Zaključak

Mucanje je teškoća koja u djeteta može izazvati probleme na nizu razina. Najuočljiviji su problemi u komunikaciji. Zbog tih problema mnoga djeca počinju izbjegavati govorne situacije, mijenjaju sliku o sebi, postaju nesigurna, razvijaju negativne emocije. Medicinske sestre koje se u svojem redovno radu susreću s djecom koja mucaju moraju prepoznati jezičnu patologiju, odnosno disfluenciju u govoru kako isto ne bi pripisivale povučenosti djeteta ili kognitivnom deficitu. Većina sugovornika, također se ne osjećaju ugodno u komunikaciji s osobama koje mucaju. Svojim neverbalnim znakovima neugode, još više narušavaju komunikacijski proces. Dijete percipira ove znakove i zaključuje da razgovor s njim nije ugodan. Stoga se povlači u sebe. U želji da pomognu djetetu koje muca, sugovornici, zbog neznanja pokušavaju dovršavati djetetove rečenice što izaziva još veću frustraciju. Stoga je nužna edukacija ne samo roditelja djeteta koje muca, već i svih ostalih osoba iz njegove okoline. Članovi obitelji, medicinske sestre, odgojitelji u vrtiću, učitelji, treneri, neizostavne su karike u uspostavljanju fluentnosti u djeteta. Stoga, medicinske sestre moraju biti upoznate s osnovnim smjernicama komunikacije s djetetom koje muca. Ranom detekcijom i ranom intervencijom, u većine male djece mucanje će biti nadvladano. Edukacija, kako djece koja mucaju, tako i roditelja, ali i svih ostalih može pomoći da se djeca osjećaju prihvateno, sigurno i ugodno, što je ohrabrujuće za razvoj fluentnosti. Naučene strategije mogu pomoći djetetu živjeti s mucanjem i efikasnijoj komunikaciji.

Dodatak

Poznate osobe koje mucaju ili su u nekom razdoblju svoga života imale problema s mucanjem

Aristotel (grčki filozof), Ezop (grčki pripovjedač), Demosthenes (grčki govornik), Claudius (rimski car), Virgil (rimski pjesnik), Michael II. (bizantinski car 820.-829.), Mojsije, Dekanawida (vođa indijanskog plemena Irokezi oko 1500.

godine), Guan Zhong (drevni kineski političar), Han Feizi (drevni kineski znanstvenik), Guang Xu (Car Qing dinastije u Kini), Lewis Carroll (autor djela “Alisa u zemlji čuda”), Miguel de Cervantes Saavedra (autor djela Don Kihot od Manče), Steven Hawking (znanstvenik), Robert Boyle (britanski znanstvenik i esejist koji je dao značajan doprinos u fizici i kemiji te je najpoznatiji po Boyleovu zakonu 1627.-1691.), Charles Darwin (Porijeklo vrsta), Erasmus Darwin (liječnik, znanstvenik i Charlesov djed), Isaac Newton (engleski znanstvenik, filozof i teolog), Henry Rogers (pionir koncepta odnosa s javnošću), Sir John R. Hicks (britanski ekonomist koji je primio Nobelovu nagradu iz ekonomije 1972.), John Stossel (reporter TV kuće ABC), John F. Welch Jr. (predsjednik američke korporacije General Electric), Louis II. Mucavac (877.-879.) (francuski kralj), Napoleon I., Frank Wolf (republikanski kongresnik), Thomas Kean (guverner američke države New Jersey od 1982. do 1990.), Winston Churchill (premijer Velike Britanije u Drugome svjetskom ratu), Thomas Jefferson (američki predsjednik), Theodore Roosevelt (američki predsjednik), George Washington (američki predsjednik), Prince Albert od Monaka, Cotton Mather (puritanski vođa i slavni propovjednik), Patrick Campbell (britanski komičar), Bruce Willis (glumac), Samuel L. Jackson (glumac), Marilyn Monroe (glumica), Rubin Carter (profesionalni boksač), Robert Merrill (operni pjevač), Zlatan Stipišić “Gibboni” (pjevač).

Literatura

- Sardelić S. Napetost mišića laringsa i emocije u osoba koje mucaju. Neobjavljena doktorska disertacija. Edukacijsko – rehabilitacijski fakultet. Zagreb; 1996.
- Chen I. and Franklin D. When your child stutters, relax. *Health*, 1996; 10: 15-25.
- The Brown University. Recognizing and treating stuttering in children and adolescents. *Child and Adolescent Behavior Letter*, 2002.
- Adams M. The stuttering child: A guide. *Nutrition Health Review: The Consumers Medical Journal*, 1990.
- Lees C. Stammering in school children. *Support For Learning*, 1999.
- Yeoman B. Wrestling with words. *Psychology Today*, 1998;31: 10-25.
- Butcher C., McFadden D., Quin B. and Rynal B.P. The Effects of Language Training on Stuttering in Young Children, Without and With Contingency Management. *Journal of Developmental and Psycal Disabilities*, 2003;15:3.
- Bruce P. and Ryan Ph. D. Contingency Management and Stuttering in Children. *The Behavior analyst today*, 2004;5: 144-50.
- Stuttering Foundation. Foundation offers tips for parents about stuttering. *Reading Today*, 2003; 21: 1-5.
- Klaniczay S. On childhood stuttering and theory of clinging. *Journal of child psychotherapy*, 2000;26, 1: 97-115.
- Kidd L. Stuttering my be genetic. *Science News*. 1980. 1, 19. (1-2).
- Grenafore W. An Experimental Study of Certain Motor Abilities of Stutters. *Child Development*, 2003; 33, 4: 214-21.
- Tran Y. Craig A. Boord P. and Craig D. Using independent component analysis to remove artifact from electroencephalographic measured duringstuttered speech. *Medical & Biological Engineering Computing*, 2004; 42: 627-33.
- Forster D. and Webster W. Speech - Motor Control and Interhemispheric Relations in Recoverd and Persistent Stuttering. *Developmental neuropsychology*, 2001;19, 2:125-45.
- Rosenfild D. B. and McCarthy M. Stuttering induced by teophiline. *Ear, Nose & Throat Journal*, 1994;73: 17-25.
- Green T. The relational of elementary scool children who stutter to social speech interactions. *Log Phon Vocal*, 1998;23: 3-10.
- Madison L. S. Budd K. S. and Iztzkowitz J. S. Canges in Stuttering in Relation to Childrens Locus of Control. *The Journal of Genetic Psychology*, 1985; 147, 2: 233-40.