Stavovi prema mucanju

Klarin, Ena

Master's thesis / Diplomski rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:662237

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**



Repository / Repozitorij:

Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository







Sveučilište u Zagrebu

Edukacijsko- rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Stavovi prema mucanju

Ena Klarin

Zagreb, rujan, 2016.

Sveučilište u Zagrebu

Edukacijsko- rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Stavovi prema mucanju

Ena Klarin

izv. prof. dr. sc. Emica Farago

doc. dr. sc. Ana Leko Krhen

Zagreb, rujan, 2016.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisao/napisala rad *Stavovi prema mucanju* i da sam njegov autor/autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: Ena Klarin

Mjesto i datum: Zagreb, rujan, 2016.

Naslov rada: Stavovi prema mucanju

Ime i prezime studentice: Ena Klarin

Ime i prezime mentorice: izv.prof. dr. sc. Emica Farago

Studijski program/modul na kojem se polaže diplomski rad: Logopedija

Mucanje je jako složen poremećaj i često se kod osoba koje mucaju razvija strah od govornih ili socijalnih situacija koje dovode do nastanka poremećaja socijalne anksioznosti.

Cilj ovog istraživanja je ispitati razinu socijalne anksioznosti kod osoba koje mucaju, odnosno ispitati i usporediti negativne stavove i vjerovanja osoba koje mucaju i osoba koje ne mucaju. Problem istraživanja je utvrditi postoji li statistički značajna razlika između skupine osoba koje mucaju i skupine osoba koje ne mucaju, odnosno jesu li osobe koje mucaju socijalno anksioznije od osoba koje ne mucaju. Za potrebe ovog rada, prevela se i koristila ljestvica *Negativni stavovi i vjerovanja prema mucanju (Unhelpful thoughts and beliefs about stuttering)*. U istraživanju je sudjelovalo 32 ispitanika, u dobi od 18 do 40 godina. Za prvi dio istraživanja ispitanici su podijeljeni u dvije skupine: 16 osoba koje mucaju i 16 osoba koje ne mucaju. U drugom dijelu istraživanja, skupina osoba koje mucaju je podijeljena u dvije skupine prema trajanju terapije za mucanje: skupina osoba koja su pohađale terapiju za mucanje manje od dvije godine i skupina osoba koje su pohađale terapiju za mucanje više od dvije godine. Svi su podaci obrađeni neparametrijskim statističkim metodama.

Rezultati istraživanja su pokazali kako postoji statistički značajna razlika između osoba koje mucaju i osoba koje ne mucaju, odnosno osobe koje mucaju su se pokazale značajno anksioznijima od osoba koje ne mucaju. Statistički značajna razlika nije pronađena u drugom dijelu istraživanja, gdje se promatralo postoji li statistički značajna razlika među osobama koje su pohađale terapiju za mucanje manje od dvije godine u usporedbi sa osobama koje su pohađale terapiju za mucanje duže od dvije godine.

Iako su potrebna daljnja istraživanja zbog boljeg razumijevanja odnosa ova dva poremećaja, podaci ovog istraživanja mogu pomoći kliničarima/terapeutima da bolje razumiju svoje klijente koji mucaju i njihove stavove i vjerovanja.

Ključne riječi: mucanje, socijalna anksioznost, stavovi, vjerovanja, UTBAS ljestvica

Stuttering is a very complex disorder and often, people who stutter, develop a fear of speaking or social situations that lead to the emergence of social anxiety disorder.

The aim of this study was to examine the level of social anxiety in people who stutter. To do this, the negative attitudes and beliefs of people who stutter and those who do not stutter were examined and compared. The problem of this research is to determine whether there is a statistically significant difference between group of people who stutter and the group of people who do not stutter, or whether people who stutter are more socially anxious than people who do not stutter. The validated clinical assessment tool *Unhelpful thoughts and beliefs about stuttering* scale was translated into Croatian and used for the purpose of this study. The study included 32 subjects, aged 18-40 years. For the first part of the study subjects were divided into two groups: 16 people who stutter and 16 people who do not stutter. In the second part of the study, the group of people who stutter was divided into two groups according to the duration of therapy for stuttering: those who had attended therapy for stuttering less than two years and those who had attended therapy for stuttering more than two years. All data were analyzed with nonparametric statistical methods.

The results showed a statistically significant difference between people who stutter and those who do not stutter. People who stutter have proven to be significantly more anxious than people who do not stutter. However, a statistically significant difference was not found in the second part of the research: people who stutter who had attended therapy for less than two years were not more anxious than those in therapy for more than two years.

Although further research is needed to better understand the relationship of these two disorders, the data of this study aids therapists to understand the attitudes and beliefs of their clients who stutter.

Keywords: stuttering, social anxiety, attitudes, beliefs, UTBAS scale

Sadržaj

1. Uvod 1
1.1. Mucanje 2
1.1.1. Definicija mucanja 2
1.1.2. Mucanje kao atipičan govorni obrazac 2
1.1.3. Mucanje kao složeni poremećaj 3
1.1.4. Uzroci mucanja 5
1.1.5. Utjecaj mucanja na život 7
1.1.5.1. Utjecaj mucanja na govor 7
1.1.5.2. Utjecaj mucanja na zanimanje i obrazovanje 7
1.1.5.3. Stereotipi, vjerovanja i reakcije prema osobama koje mucaju 8
1.1.5.4. Slika o sebi 9
1.1.5.5. Osobnost 10
1.1.5.6. Socijalna anksioznost 10
1.2. Socijalna anksioznost 11
1.2.1. Definicije i dijagnostički kriteriji 11
1.2.2. Obilježja socijalne anksioznosti 13
1.3. Mucanje i socijalna anksioznost 15
1.3.1. Značajke socijalne anksioznosti kod mucanja 16
1.3.2. Clark i Wells model 16
1.3.2.1. Negativna samoobrada u socijalnim situacijama 17
1.3.2.2. Sigurnosna ponašanja 18
1.3.2.3. Somatski i kognitivni simptomi anksioznosti 19
1.3.3. Anksioznost narušava terapiju mucanja 19
1.3.4. Socijalna anksioznost kod djece i adolescenata koji mucaju 20
1.3.5. Rizični faktori za razvoj anksioznosti i mucanja 21
1.3.5.1 Obiteljski utjecaj 21
1.3.5.2. Temperament 21
1.3.5.3. Kognitivni faktori 21
1.3.5.4. Okolinski faktori 22
1.3.6. Dijagnostičke procjene poremećaja socijalne anksioznosti kod mucanja 23

2. Cilj istraživanja 24
2.1. Problem istraživanja 24
2.2. Hipoteze 24
3. Metode istraživanja 25
3.1. Uzorak ispitanika 25
3.2. Mjerni instrument 26
3.3. Način prikupljanja podataka 27
3.4. Metode obrade podataka 28
4. Rezultati i rasprava 29
4.1. Usporedba stavova i vjerovanja o socijalnoj anksioznosti 29
4.2. Usporedba stavova i vjerovanja prema mucanju 36
5. Verifikacija pretpostavki 42
6. Zaključak 43
7. Literatura 45

1. Uvod

Govor je jedna od temeljnih sposobnosti potrebnih za svakodnevno djelovanje, razvoj i održavanje socijalnih veza. Kada je takva sposobnost, koja je bitna za funkcioniranje u svakodnevnom svijetu, narušena, najčešće dolazi do negativnih emocija, tjeskobe i osjećaja nemoći. Za nekoga tko muca svaki razgovor ili interakcija može biti izazov jer mucanje može izazvati negativne reakcije slušatelja a što opet izaziva negativne osjećaje kod osobe koja muca. Strah i anksioznost mogu ponekad omesti svakodnevno funkcioniranje**,** to jest kod osobe koja muca mogu preopteretiti kapacitet govornog motoričkog sustava i na taj način ometati obradu govora (Neilson i Neilson, 1987; Folkman i Lazara, 1988; Attanasio, 2000; Alm i Risberg, 2007 prema Craig i Tran, 2014). Zbog straha od ponovne neugodne situacije osoba koja muca može početi izbjegavati socijalne situacije (razgovori, upoznavanje novih ljudi, razgovor s nadređenima) i često zbog negativnih reakcija javnosti imati lošije mišljenje o sebi. Prema rezultatima velikog broja istraživanja osobe koje mucaju često razviju socijalnu anksioznost koja je opisana kao intezivan strah od socijalnih situacija gdje mogu biti procijenjeni od strane drugih.

No unatoč raznim istraživanjima i zajedničkim točkama, veza između ova dva fenomena je i dalje nejasna. Negativni osjećaji mogu se kod djece koja mucaju javiti rano, u djetinjstvu, te se razvijati tijekom odrasle dobi. Iz tog razloga je bitno da se veza između mucanja i socijalne anksioznosti razjasni, kako bi anksioznost igrala jednu od uloga u terapiji za mucanje te na taj način puno pomogla osobama koje mucaju.

1.1. Mucanje

1.1.1. Definicija mucanja

Kada kažemo riječ mucanje ili kada netko zamuca, prvo na što pomislimo su atipični obrasci govora (prekidi tijekom govora) ili poremećaj u kojem je samo jedna od komponenti netečan govor (pojava koja je samo površina ovog fenomena). Mucanje je poremećaj koji se inače prikazuje kao atipičan govor, ali uključuje i utječe na druge bitne aspekte ljudskog života kao što su: emocije, kognicija i socijalni aspekti života (Yairi i Seery, 2015). Zbog toga mucanje nema jedinstvenu definiciju. Postoje definicije koje se dotiču samo govornog dijela ovog fenomena i one definicije koje smatraju kako je mucanje više od govora. U svakom slučaju, mucanje je kompleksan poremećaj (Yairi i Seery, 2015).

1.1.2. Mucanje kao atipičan govorni obrazac

Precizan, osjetljivo koordiniran i točno tempiran niz pokreta rezultira tečnim govorom koji u bilo kojem trenutku može biti prekinut na jednoj ili na svim razinama govornog motoričkog sustava: respiracija, fonacija ili artikulacija (Yairi i Seery, 2015). Ti prekidi u govoru se nazivaju netečnosti.

U netečnosti se ubrajaju: ponavljanje riječi, dijelova riječi ili slogova, ponavljanje glasova, ponavljanje fraza, produžavanje, blokade ili zastoji, umetanja i revizije ili ispravljanja. Neke od njih minimalno prekidaju govor, ali usporavaju njegov napredak. Netečnosti u govoru mogu se dogoditi svima, a najviše maloj djeci (Johnson, 1961; Yairi 1981 prema Yairi i Seery, 2015) stoga je bitno naglasiti kako netečnost i mucanje jesu pojmovi koji su povezani, ali nisu sinonimi.

Postoje dvije vrste netečnosti koje treba razlikovati: obične i mucajuće. Obične netečnosti su kratki prekidi govornog toka koji se mogu dogoditi kod osoba koje su tečne. Takvi prekidi se mogu dogoditi kada osoba traži riječ ili razmišlja kako se izraziti ili kada je nešto omete (Yairi i Seery, 2015). Pod obične netečnosti ubrajamo: uzvike, ponavljanje višesložnih riječi, ponavljanje fraza, okolišanje, dodavanje, verbalna konfuziju. Mucajuće netečnosti se javljaju kod osoba koje mucaju. Pod mucajuće netečnosti spadaju: ponavljanje glasova ili slogova, ponavljanje jednosložnih riječi, produžavanje glasova, blokade. Ovakva vrsta netečnosti se

javlja češće tijekom konverzacije (Amrobe i Yairi, 1995 prema Yairi i Seery, 2015), a ponavljanje dijelova riječi je tri puta brže nego kod osoba koje ne mucaju (Throneburg i Yairi, 1994, 2001 prema Yairi i Seery, 2015) te je njihova raspodjela kroz konverzaciju drugačija (Hubbard i Yairi, 1988; Sawyer i Yairi, 2010 prema Yairi i Seery, 2015).

Jednu od najpoznatijih definicija mucanja dao je Wintgate 1964. godine (Yairi i Seery, 2015). Mucanje opisuje kao prekid tečnosti govora, tijekom izražavanja, koji je karakteriziran kao nenamjerno, zvučno ili tiho ponavljanje ili produžavanje glasova, slogova ili jednosložnih riječi. Takvi prekidi tečnosti govora se događaju često i teško ih je kontrolirati.

Guitar (2014 prema Yairi i Seery, 2015) je predložio da se mucanje sastoji od abnormalno visoke frekvencije i /ili trajanja zastoja tijekom govornog toka. Zastoji su obično u obliku:

a) Ponavljanja glasova, slogova ili jednosložnih riječi

b) Produžavanja

c) Blokada /zastoja

American Speech- Language- Hearing Association (ASHA) (1999 prema Yairi i Seery, 2015) je mucanje opisala kao govorni događaj koji se sastoji od ponavljanja jednosložnih riječi, dijelova riječi, produžavanja ili tihe fiksacije ili blokade, a koje mogu biti popraćene sa sekundarnim ponašanjima (ponašanja koja se koriste kako bi se izbjegli prekidi u govoru).

1.1.3. Mucanje kao složeni poremećaj

Za definiranje mucanja kao složenog poremećaja bitna je multidimenzionalnost koja uključuje više od netečnog govora. Šest glavnih dimenzija koje treba istaknuti su (Yairi i Seery, 2015):

1. *Očite govorne karakteristike*: prekidi govornog toka koji se događaju na respiratornoj, fonatornoj i artikulacijskoj razini, a čuju se kao ponavljanja, produžavanja ili zastoji.
2. *Popratna fizička obilježja:* Napeti pokreti tijela (posebno glava i vrat, ali i ostali dijelovi tijela) to jest „sekundarne karakteristike“.

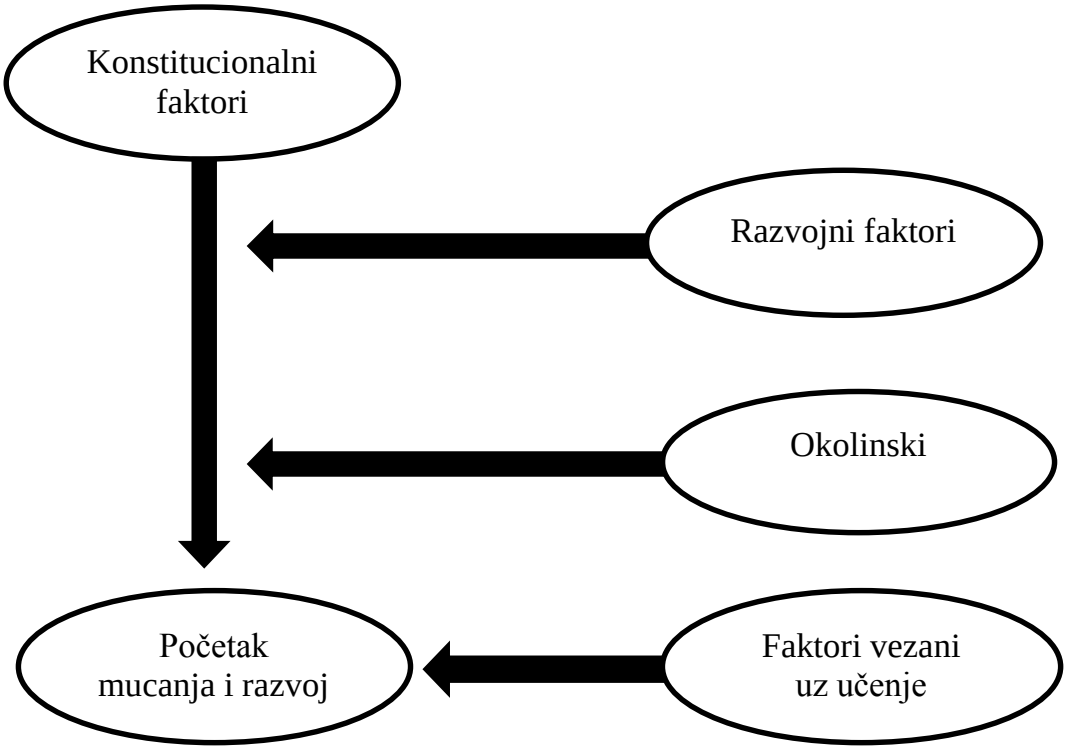
3. *Fiziološka aktivnost*: crvenilo kože, krvni tlak, promjene zjenica, aktivnost moždanih valova.

4. *Afektivne značajke:* snažne emocionalne reakcije o pričanju, osobito strah od pričanja u mnogim situacijama su jako česte. Kada ovakve emocije postanu intezivne dovode do izbjegavanja govora i zbog toga emocionalna dimenzija može zasjeniti atipičan govor. Čak i osjetljivija djeca koja se sporije adaptiraju na promjene, mogu reagirati na teškoće u govoru sa strahom od govora, izbjegavanjem govora, tugom ili frustracijom.

5. *Kognitivni procesi:* za osobe koje mucaju često se zna reći kako „brže govore nego što misle“ ili roditelj može često navesti „ima toliko za reći ali ne može reći sve odjednom“. Kognitivna podrška selekcije, planiranja, preparacije i izvedbe govora može predstavljati preopterećenje za osobu koja muca. Uz to, govornikov odgovor na iskustvo govornih prekida može biti pod utjecajem njegovog/njenog koncepta o prirodi ovog poremećaja i jezika kojim ga karakterizira.

6. *Socijalna dinamika*: kada slušatelj više obraća pažnju na mucanje nego na ono što osoba govori ili ako se ruga govoru osobe koja muca, to može dovesti do toga da osoba više „pazi“ na svoje slušatelje zbog straha. Na kraju, mucanje može narušiti socijalne interakcije kao što je sudjelovanje u razredu, iniciranju razgovora, pričanje na telefon, ljubavni život osobe koja muca, prilagodba na novu okolinu i odluke o karijeri.

1.1.4. Uzroci mucanja



Slika 1. Predisponirajući konstitucionalni faktori u interakciji s razvojnim, okolinskim faktorima i faktorima vezanim uz učenje ubrzavaju početak ili pogoršavaju mucanje (Guitar, 2014)

Točan uzrok mucanja, unatoč raznim istraživanjima, još uvijek nije poznat. Pretpostavka je da postoji niz faktora koji mogu uzrokovati mucanje (Guitar, 2014):

1) *Konstitucionalni faktori:* mucanje ima genetsku osnovu, no mucanje nastaje samo u kombinaciji s okolinskim faktorima. Za neke, mucanje ima osnovu u kongenitalnim faktorima (trauma pri rođenju, cerebralna paraliza, intelektualne teškoće). Za razliku od djevojčica veći broj dječaka muca, dok se veći broj djevojčica, tijekom dječje dobi, oporavi od mucanja. Mucanje tijekom dječje dobi može biti prolazno (uz minimalnu ili nikakvu terapiju dijete se oporavi u rasponu od 18 mjeseci) ili perzistentno (može trajati i više od tri godine bez terapije). Ova dva oblika mucanja mogu biti rezultat zajedničkog genetskog faktora, no perzistentni oblik mucanja može imati dodatne genetske faktore koji ometaju oporavak. Faktori predviđanja mucanja su: lošije fonološke, jezične i neverbalne vještine, članovi obitelji koji su mucali, početak mucanja poslije 3;5 godine, spol (muški). Odrasle osobe koje mucaju dok govore pokazuju razne anomalije u mozgu, a posebno dok mucaju (prekomjerna aktivacija dijelova desne hemisfere mozga),

2) *Razvojni faktori:* djeca koja mucaju mogu kasniti u motoričkom razvoju (Bloodstein i Ratner, 2008 prema Guitar, 2014). Mucanje obično počinje s ubrzanim razvojem jezika i govora, a dijete mora moći uskladiti brzo rastuće jezične sposobnosti sa motoričkim govornim sposobnostima. Kod djece koja mucaju česta je prisutnost teškoća jezičnih i govornih sposobnosti ili kašnjenje. Emocije kao sram ili neugoda koje nastaju zbog razvoja kognicije kod djece, mogu biti važne kod one djece koja mucaju jer mogu utjecati na ustrajnost mucanja. U ranom djetinjstvu, u dječjem nezrelom živčanom sustavu, može se dogoditi miješanje u limbičkom sustavu među strukturama i putevima koji su uključeni u regulaciju i ekspresiju emocija te u strukturama i putevima koji se koriste za govor. Često se ovakvo miješanje emocija sa govorom može dogoditi kod djece koja imaju predispozicije za mucanje, čije sporije sazrijevanje funkcija govora i jezika nije još optimalno lokalizirano i bliže je centru za emocije Kada su ta djeca emocionalno uzbuđena, tečnost u govoru može biti pogođena jer živčani signali za točnu vremensku i sekvencioniranu kontrakciju mišića mogu biti ometeni.

3) *Okolinski faktori:* roditelji mogu svojim anksioznim reakcijama na djetetove netečnosti dovesti do pogoršanja. Govor i jezik okoline također može utjecati na nastanak mucanja, a neki od stresora za dijete mogu biti: stalni prekidi, gubitak pažnje slušatelja, požurivanje govora, stalna pitanja, uzbuđenost za vrijeme govora, imanje puno toga za reći. Ovi stresori stvaraju pritisak djeci koja imaju prosječne govorne sposobnosti do točke kada postanu blago netečni i pod pritiskom. Crystal (1987 prema Guitar, 2014) je zabilježio dokaze da što je kompleksnija sintaksa i semantika koju dijete koristi, ono više muca. Neki događaji u djetinjstvu mogu narušit stabilnost i sigurnost djeteta i kada se to dogodi mucanje se može pojaviti tako što se lagana ponavljanja mogu pretvoriti u napete i duge zastoje. Neki događaji koju mogu izazvati takvu promjenu mogu biti: selidba, razvod, smrt u obitelji, bolest, novi član u obitelji, ostanak roditelja bez posla, odlazak roditelja od kuće na duže vrijeme, promjene u rutini, a što sve može izazvati pretjerano uzbuđenje ili anksioznost.

1.1.5. Utjecaj mucanja na život

Mucanje često može biti povezano sa nižom kvalitetom života što možemo promatrati kroz razne domene života kao što su društveni život i emocionalno funkcioniranje (Craig i sur, 2009 prema Blumgart i sur., 2014). Kod osoba koje mucaju često se razvija socijalna anksioznost koja ima negativan utjecaj na obrazovanje, izbjegavaju željeno zanimanje ili ono zanimanje za kojeg smatraju da je potrebna visoka razina komunikacijskih vještina (McAllister, Collier, i Shepstone, 2012 prema Blumgart i sur., 2014) i često razvijaju negativnu sliku o sebi.

1.1.5.1. Utjecaj mucanja na govor

Osobe koje mucaju često u zadanom vremenu govore manje od svojih vršnjaka ili im treba više vremena (ili kombinacija) da nešto kažu. Istraživanja koja su se bavila ovim problemom su pokazala kako osobe koje mucaju tijekom razgovora izgovore trećinu manje riječi u usporedbi sa osobama koje ne mucaju (Onslow, 2016). Zbog utjecaja mucanja na svakodnevne aktivnosti, osobe koje mucaju izbjegavaju riječi koje smatraju „teškim“ ili prilikom izgovora kojih pomisle da će zamucati. Međutim, ponekad izgovaranje određenih riječi ne mogu izbjeći kao što je slučaj sa na primjer telefonskim brojevima, adresama i slično (Onslow, 2016).

1.1.5.2. Utjecaj mucanja na zanimanje i obrazovanje

Mucanje također može utjecati i na izbor zanimanja i na profesionalna postignuća. U istraživanju Klein i Hood (2004 prema Onslow, 2016), gdje je ispitano 200 osoba koje mucaju, pokazalo se da 70% ljudi smatra kako zbog svog poremećaja nisu unaprijeđeni u poslu, dok je 20% osoba odbilo unaprijeđenje jer su smatrali da ne mogu odraditi posao zbog problema s mucanjem. Kada su u istraživanju Hurst i Copper (1983 prema Onslow, 2016) upitali poslodavce za mišljenje o osobama koje mucaju, oni su izvjestili kako smatraju da ih ne bi zaposlili ili unaprijedili, a čini se kako i kod javnosti postoji slično mišljenje (Gabel i sur., 2004; Logan i Connor, 2012 prema Onslow, 2016). U istraživanju koje je proveo McAllister (2012 prema Onslow, 2016) pokazalo se kako osobe koje mucaju češće imaju niži socioekomonski status od onih koji ne mucaju.

Kod utjecaja na obrazovanje, mnoga istraživanja su pokazala kako djeca koja mucaju češće ne završavaju razred s uspjehom, odnosno kako imaju slabija postignuća u školi, pa čak i kako je mucanje teže kod one djece koja rijetko završe srednju školu za razliku od onih koji dođu do postdiplomskog studija. Ovakvi obrazovni problemi nemaju nikakve povezanosti sa nižom inteligencijom što su potvrdila mnoga istraživanja (Bloodstein i Bernstein, 2008 prema Onslow, 2016).

1.1.5.3. Stereotipi, vjerovanja i reakcije prema osobama koje mucaju

Reakcije javnosti prema osobama koje mucaju često znaju biti negativne (Boyle i sur., 2009; Bricker-Katz i sur., 2013 prema Arnold i Li, 2016), ali i netočne (Hughes i sur., 2010 prema Arnold i Li, 2016). Vjerovanja javnosti su često takva da osoba koja muca je sramežljiva, anskiozna i ima nisko samopouzdanje (Craig i sur., 2003 prema Arnold i Li, 2016). Ako ta netočna vjerovanja dovode do negativnih reakcija prema osobama koje mucaju, ispravljanjem takvih vjerovanja te daljnim informiranjem, može se poboljšati reakcija javnosti prema osobama koje mucaju, na način da osoba koja muca u potpunosti sudjeluje u društvu. Čini se da negativne afektivne i bihevioralne reakcije javnosti prema osobama koje mucaju, negativno utječu i na obrazovanje (Davis i sur., 2002; Hayhow i sur., 2002; Blood i Blood, 2004; Blood i sur. 2007 prema Arnold i Li, 2016), zapošljavanje (Hurst & Cooper, 1983; McAllister i sur.,2012; Bricker-Katz i sur., 2013 prema Arnold i Li, 2016) i uključivanje u društvene odnose (Evans i sur., 2008; Boyle i sur., 2009; Langevin, 2009; Van Borsel i sur., 2011 prema Arnold i Li, 2016). Postoji čak i dobro uspostavljena tradicija u okvirima zabavne industrije na koji način se prikazuju likovi koji imaju neki poremećaj. Iako se možda čini da su mnogi u društvu počeli zahtjevati realnije prikaze likova s poremećajima, mucanje često zna biti obilježeno karakteristikama kao što su nervoza, sramežljivost, slabost, te su takvi likovi izrugivani i najčešće u ulogama zlikovaca ili su prikazani kao kukavice (Johnson, 2008).

Postoji puno uvjerljivih dokaza da unutar mnogih kultura postoje negativni stereotipi o mucanju, zbog kakvih mišljenja i same osobe koje mucaju počinju u njih vjerovati te na taj način sebe doživljavaju manje vrijednima što u konačnici negativno djeluje na njihov psihosocijalni život (Boyle, 2013). Neka od vjerovanja javnosti su: osobe koje mucaju su sramežljive, anksiozne, povučene i češće ih se zove podrugljivim imenom, introvertirani su, sramežljivi, tjeskobni, nervozni, tihi, napeti, plašljivi i frustrirani. U konačnici takvi stereotipi

negativno utječu na živote osoba koje mucaju (Kalinowski, Stuart, i Armson, 1996 prema Boyle, 2013). Ova uvjerenja su ispitana među populacijom u istraživanju Gable i suradnika (2004 prema Boyle, 2013) čiji su podaci pokazali kako se smatra da su osobe koje mucaju manje inteligentne te kako većina javnosti vjeruje da poslovi koji zahtijevaju mnogo usmene komunikacije nisu primjereni za osobe koje mucaju. Podaci nekoliko istraživanja pokazaju da u SAD-u učitelji djece mlađe od 12 godina (Crowe i Walton, 1981; Yeakle i Copper, 1986; Lass i sur., 1992 prema Onslow, 2016), specijalni edukatori (Ruscello i sur., 1994 prema Onslow, 2016) i ostali djelatnici u školama (Lass i sur., 1994 prema Onslow, 2016) imaju negativno i nepravedno mišljenje o djeci koja mucaju. Ovakvog mišljenja su i profesori na fakultetima te studenti koji smatraju da osobe koje mucaju imaju negativnu osobnost (Dorsey i Guenther, 2000 prema Onslow, 2016).

1.1.5.4. Slika o sebi

Osobe koje mucaju u interakciji sa osobama koje ne mucaju, boje se hoće li ih zbog njihovog mucanja percipirati kao „mentalno zaostale“, „glupe“, „čudne“, „ne dovoljno dobre“ (Corcoran i Stewart, 1998; Whaley i Parker, 2000; Klompass i Ross, 2004; Plexico i sur., 2009; Bricker-Katz i sur., 2010 prema Boyle, 2013). Osim straha od onog što će drugi misliti, pokazalo se da osobe koje mucaju prihvaćaju takve negativne stavove i integriraju ih u svoj vlastiti koncept o sebi (Boyle, 2013). Takav zaključak je izveden iz izjava osoba koje mucaju poput: „mucanje je utjecalo na moje samopouzdanje, sliku o sebi i način na koji vrednujem sebe“, „zbog toga što mucam, ne zaslužujem da kažem ono što želim“. Prema istraživanju, kojeg je proveo Boyle (2009 prema Hunsaker, 2011), osobe koje mucaju prije bi izabrale da uopće ne pričaju, nego da netko čuje kako mucaju. Takvi podaci ukazuju na to kako osobe koje mucaju imaju negativnu sliku o svom mucanju te manjak samopouzdanja, a da toga čak i nisu svjesne.

1.1.5.5. Osobnost

Bloodstein i Bernstein (2008 prema Onslow, 2016) su u svojoj knjizi dali pregled 33 istraživanja koja su ispitala osobnost osoba koje mucaju te iznijeli zaključak kako su osobe koje mucaju manje „prilagođene“ u usporedbi sa osobama koje ne mucaju, a što su potvrdila i istraživanja provedena kasnije. Istraživanja koja su koristila test pomoću kojeg se ispitalo pet domena ponašanja (ekstrovertiranost, neuroticizam, otvorenost, ugodnost i savjesnost) su pokazala da osobe koje mucaju pokazuju veći postotak neuroticizma (tendencija da osoba doživi veću razinu neugodnih emocija kao anksioznost, ljutnja i tuga) u usporedbi s kontrolnom skupinom, dok su za druge domene ponašanja sva istraživanja pokazala različite rezultate. To potvrđuje kako su razlike u osobnosti rezultat utjecaja mucanja tijekom cijelog života, a ne dio prirode ili uzroka poremećaja (Onslow, 2016).

1.1.5.6. Socijalna anksioznost

Teškoće kod proizvodnje govora, loša školska postignuća i odabir zanimanja, socijalni stereotipi i izbjegavanje situacija povezani su i njihovo zajedničko djelovanje može dovesti do socijalne anksioznosti kod osoba koje mucaju. Podaci istraživanja iz 1957.godine (Trotter i Bergmann, 1957 prema Onslow, 2016) pokazuju da je osobama koje mucaju najugodnije sa ljudima koje poznaju, tj. prijateljima i obitelji. Razgovor putem telefona se pokazao kao situacija koje osobe koje mucaju najviše izbjegavaju u usporedbi sa kontrolnom grupom, što je, čini se, veliki problem i danas.

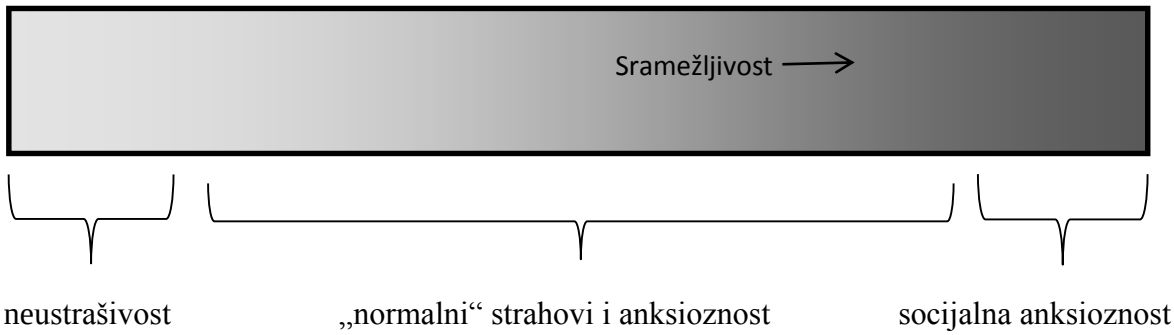
Podaci istraživanja James i suradnika (1999 prema Onslow, 2016) su pokazali da one osobe, koje su svoje mucanje ocijenili kao teško, manje razgovaraju putem telefona nego one koje su svoje mucanje ocijenili kao umjereno. Trećina osoba iz istog istraživanja je naznačila kako uvijek koristi nekakvu alternativu za telefon, polovica je priznala kako ponekad drugi zovu umjesto njih, a 60% ispitanika je interakciju licem u licem ocijenilo kao lakšu od telefona. Razlozi za to mogu se nalaziti u činjenici da neverbalna komunikacija nije moguća u toj situaciji, da su reakcije na mucanje nepoznate, da postoji manjak razumijevanja konverzacijskog partnera i pritisak da neće biti dovoljno vremena (Onslow, 2016). S obzirom na to, anksioznost povezana s govorom može izazvati mucajuća ponašanja ili ih može pogoršati.

1.2. Socijalna anksioznost

1.2.1. Definicije i dijagnostički kriteriji

Anksioznost je složen psihološki fenomen sastavljen od verbalno-kognitivne, bihevioralne i fiziološke komponente (Menzies i sur., 1999; Ezrati-Vinacour i Levin, 2004 prema Iverach i sur., 2011). Iskustvo tjeskobe može uključivati misli i očekivanja negativnih događaja, bijeg ili izbjegavanje situacija kojih se osoba plaši te fizičke komponente kao što su napetost mišića i lupanje srca (Menzies i sur., 1999; Kraaimaat i sur., 2002 prema Iverach i sur., 2011).

Socijalna anksioznost je poremećaj koji se često može preklapati sa poremećajima iz drugih područja. Leitenberg je u svojoj knjizi (1990 prema McNeill i Randall, 2014) opisao socijalnu anksioznost kao poremećaj koji se proučava kroz razne druge aspekte: sramežljivost, ankioznost od nastupa, socijalna fobija, poremećaj ličnosti, socijalno povlačenje, socijalna izolacija, strah od javnog govora, govorna anksioznost, strah od odbijanja, strah od odvajanja, strah od pozornice, strah od nepoznatih ljudi, sram, neugodnost, timidnost.



Slika 2. Model kontinuuma socijalne anksioznosti i strahova u općoj populaciji (McNeill i Randall, 2014)

Još su 1966. godine Marks i Gelder (McNeill i Randall, 2014) opisali socijalnu anksioznost kao strah od socijalnih situacija, izražen kao sramežljivost, strah od crvenjenja u javnosti, od jedenja u restoranu, upoznavanja osoba drugog spola, strah od odlazaka na ples ili zabave, strah od bivanja u centru pažnje.

Od ovog ranog znanstvenog opisa nastalo je još mnogo novih definicija. U Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje (DSM V), peto izdanje, (American Psychiatric Association (APA), 2013 prema McNeill i Randall, 2014). Poremećaj socijalne anksioznosti je zamijenio termin socijalna fobija, a trajanje simptoma za dijagnozu mora biti šest mjeseci (što se prije primjenjivalo samo kod djece). Po novousvojenim kriterijima, kliničar mora sam

procijeniti je li anskiozan odgovor na neku situaciju pretjeran ili nerazuman što je prije trebala napraviti sama socijalno anksiozna osoba. Dodana su još i dva ponašanja koja, posebno djeca, mogu jasno pokazati u socijalnim situacijama a to su: držati se samo bliske osobe i ne uspijevati govoriti u socijalnim situacijama (APA, 2013 prema McNeill i Randall, 2014). Ove promjene donose nove i šire formulacije poremećaja socijalne anksioznosti te pomažu kod razjašnjavaja definicije.

Osim DSM klasifikacije postoji još i Međunarodna klasifikacija bolesti (ICD) u kojoj su kriteriji za socijalnu fobiju općeniti i drugačije strukturirani (McNeill i Randall, 2014). Prema ICD-10 socijalna fobija može biti (World Health Organization (WHO), 1993):

1) strah od toga da je osoba u centru pažnje, strah od ponašanja na način koji bi bio ponižavajući ili neugodan

2) izbjegavanje središta pozornosti ili situacija u kojima postoji strah od ponašanja koje bi bilo neugodno ili ponižavajuće.

Ovi strahovi se manifestiraju u socijalnim situacijama (govorenje u javnosti, susretanje poznatih ljudi u javnosti, ulaženje u interakciju s malim grupama na zabavama, učionici ili sastancima). Najmanje dva simptoma anksioznosti javljaju se u situacijama od kojih osoba sa socijalnom anksioznosti strahuje, a to mogu biti: lupanje srca, ubrzani puls, znojenje, drhtanje, suha usta, poteškoće disanja, osjećaj gušenja, bol u prsima ili nelagoda, mučnina, vrtoglavica, ukočenost, valovi vrućine, strah od gubitka kontrole ili u nekim slučajevima strah od umiranja, crvenilo, strah od povraćanja, strah od mokrenja ili defekacije (WHO, 1993).

Simptomi su ograničeni, to jest, prevladavaju u situacijama kojih se osoba plaši ili kada o takvim situacijama razmišlja. Za osobe koje osjećaju nemir zbog simptoma ili izbjegavanja, bitno je da shvatit kako takvi osjećaji mogu biti pretjerani ili nerazumni (WHO, 1993).

1.2.2. Obilježja socijalne anksioznosti

Neugodna emocionalna stanja i neprikladna ponašanja, povezana sa socijalnim situacijama, mogu predstavljati značajan problem te negativno utjecati na život pojedinca. Uzimajući u obzir važnost socijalnih odnosa, neugodnost koju netko osjeća u interakciji sa drugima je teška okolnost, budući da je socijalizacija aktivnost koja se u današnjem svijetu gotovo ne može izbjeći. Socijalna anksioznost i strahovi mogu biti različitog intenziteta, od korisnog i prilagodljivog do onemogućavanja osobi da održi blisku vezu (McNeil i Randall, 2014).

Prema epidemiološkim istraživanjima, raspon socijalne anksioznosti u općoj populaciji se kreće od 3% do 16% (Kessler i sur., 2005 prema Seedat 2013). Anksiozni poremećaji su najčešći poremećaji kod djece i adolescenata (Costello i sur., 2004; Beesdo i sur., 2009; Merikangas i sur., 2010 prema Detweiler i sur., 2014). Socijalna anksioznost i strahovi (npr. anksioznost zbog odvajanja) mogu započeti u vrlo ranoj dobi, nastaviti se tijekom cijelog životnog vijeka pa i razlikovati se ili povećati tijekom odrasle dobi (Ciliberti i sur., 2011 prema McNeil i Randall, 2014). Ipak, ekstremne manifestacije poremećaja počinju tijekom adolescencije ili čak tijekom ranog djetinjstva (Hofmann i Barlow, 2002 prema McNeil i Randall, 2014). Socijalna anksioznost obično se javlja sa 13 godina, dok se rijetko pojavljuje nakon 25. godine. Karakterizirana je pretjeranim strahom od toga da osoba bude negativno evaluirana od strane drugih osoba u društvenim situacijama (DSM- IV- TR, 2000 prema Seedat, 2013) kao i strahom od većine interakcija i govornih situacija. Ponekad je strah međutim ograničen na nekoliko određenih situacija, kao što su recimo javni govori (Schneier i sur., 1992; Westenberg, 2009 prema Seedat, 2013).

Izbjegavanje situacija kojih se osoba boji može utjecati na svakodnevne aktivnosti, rutinu, posao, akademski uspjeh, društveni život i odnose. Više od 80% pacijenata s poremećajem socijalne anksioznosti ima povijest bolesti s najmanje jednim drugim psihijatrijskim poremećajem, a to su najčešće depresija, panični poremećaj, opći anksiozni poremećaj, agorafobija te uzimanje droga (Scheiner i sur., 1992; DSM-IV-TR, 2000; Ruscio i sur., 2008 prema Seedat, 2013). Poremećaj socijalne anksioznosti sprječava normalan društveni razvoj te zbog toga pojedinci obično izbjegavaju socijalne, obrazovne i profesionalne situacije budući da ih doživljavaju kao prijetnju (Cuthbert, 2002 prema Iverach i Rapee, 2014). Poremećaj je povezan s niskom razinom samopouzdanja, suicidalnim idejama, nižim obrazovanjem i socioekonomskim statusom, financijskom ovisnošću te takve osobe rjeđe ulaze u veze (Stein i Keana, 2000 prema Iverach i Rapee, 2014). Težinu simptoma mogu pogoršati i drugi anskiozni

poremećaji poput depresije, koja je sa socijalnom anksioznošću usko povezana, ali i bez prisutnosti tih drugih poremećaja, socijalna anksioznost je ozbiljno i onemogućavajuće stanje.

Heterogenost ovog poremećaja, promjene definicija, nedosljednosti u instrumentima za ispitivanje u istraživanjima, nedostatak pažnje pridonose nedosljednostima u sadašnjim epidemiološkim bazama (McNeil i Randall, 2014).

Razlike među spolovima kod socijalne anksioznosti postoje u mnogim kulturama i narodima, a mogu biti izraženije u mlađoj dobnoj skupini (Caballo i sur., 2008 prema McNeil i Randall, 2014). Mnoga istraživanja u zapadnim zemljama pokazuju veću zastupljenost poremećaja socijalne anksioznosti među ženama, te takve razlike postoje bez obzira na tip socijalne fobije (Kessler i sur., 2012 prema McNeil i Randall, 2014), Ipak, postoji jednaka zastupljenost muških i ženskih pacijenata koji pohađaju terapije zbog socijalne anksioznosti (Turk i sur., 2008 prema McNeil i Randall, 2014). Razlika među spolovima se može detektirati i tijekom adolescencije, gdje je prevalencija dva puta veća kod žena, ali postoji razvojni učinak čime se razlika u pravilu povećava s porastom dobi (Wittchen i sur., 1998; Pine i sur., 1998; Craske, 2003; Beesdo i sur., 2009 prema Detweiler i sur., 2014). Međutim, međunarodna istraživanja nisu ujedinjena po ovom pitanju, sugerirajući tako da postoje ipak međukulturalne razlike u raspodjeli klinčkih pacijenata sa dijagnozom poremećaja socijalne anksioznosti među spolovima (de Menezes i sur., 2006 prema McNeil i Randal, 2014).

Kada se osobe sa socijalnom anksioznošću nađu u situacijama kojih se plaše one često odvraćaju pogled od osobe s kojom razgovaraju, kako bi izbjegli pogled u oči (Keltner, 1995 prema Miller, 2014), izbjegavaju nasmijati se, a kada to i učine, to je zbog nervoze a ne iz zabave (Ambadar i sur., 2005 prema Miller 2014). Također, pokazuju i tendenciju spuštanja glave, te pokrivanja usta ili očiju rukama (Keltner, 1995 prema Miller, 2014). Na kraju, takve osobe često tijekom razgovora u stresnim situacijama i mucaju (Edelmann i Hampson, 1975 prema Miller, 2014). Kada se nađu u takvim situacijama, osobe sa poremećajem socijalne anksioznosti mogu uočiti svoje „nedostatke“ kao što su mucanje ili blokiranje, nepostojanje ideje o tome što reći, a mogu i sebe doživiti kao dosadne ili tihe, čime pogoršavaju sliku o sebi (Heimberg i sur., 2010).

1.3. Mucanje i socijalna anksioznost

Govor je temeljni mehanizam na kojem se temelji svakodnevna interakcija s drugima, oko kojeg se zasnivaju, razvijaju i održavaju socijalni odnosi, a iščekivanje socijalne štete koje može pratiti mucanje može ometati socijalno funkcioniranje i u takvim okolnostima javlja se socijalna anksioznost (Poulton i Andrews, 1994 prema Messenger i sur., 2004). Anksioznost je jedna od najčešćih promatranih psiholoških pojava kod osoba koje mucaju (Ingham, 1984; Peters i Hulstijn, 1984 prema Iverach i sur., 2011), a razlog tome je upravo u važnosti govora za svakodnevno funkcioniranje (Messenger i sur., 2004 prema Iverach i sur., 2011). Mnoge osobe koje mucaju suočavaju se sa značajnim teškoćama kada žele govoriti (Packman i sur., 2004 prema Iverach i sur., 2011). Mucanje je poremećaj povezan s jakim negativnim emocionalnim reakcijama, kao što je tjeskoba kojeg pojačavaju negativne posljedice kao neuspješni pokušaji govorenja. Te posljedice mogu pratiti osjećaj srama i poniženja koji dovode do snižene motivacije (Craig i Tran, 2014). Iz tog razloga osobe koje mucaju često izbjegavaju govor, imaju poteškoće s društvenim okruženjem, teškoće u školi i u odnosima s drugima. Reakcije mogu biti jako kompleksne iz razloga što mnogi odrasli koji mucaju osjećaju strah i anksioznost tijekom cijelog života (Craig i Tran, 2014). Teškoće mogu početi tijekom predškolskih dana (Ezrati-Vinacour i sur., 2001; Langevin i sur., 2009 prema Iverach i sur., 2011) i mogu utjecati na socijalno i emocionalno funkcioniranje, odnose, kvalitetu života i mentalno zdravlje. Negativne posljedice mogu se nastaviti tijekom cijelog životnog vijeka. Uključuju negativne reakcije slušatelja, negativne stereotipe, nasilničko ponašanje i zadirkivanje, socijalnu izolaciju, teškoće održavanja odnosa, obrazovne i radne neuspjehe te strah od pričanja u javnosti (Turnbaugh i sur., 1979; Davis i sur., 2002; Cream i sur., 2003; Blood i Blood, 2007; O'Brian i sur., 2011 prema Iverach i sur., 2011). Socijalne teškoće s kojima se suočava osoba koja muca vode do povećane anskioznosti što predstavlja razumnu reakciju. Kao rezultat, tjeskoba u govornim ili socijalnim situacijama se može smatrati predvidljivim ishodom negativnih komunikacijskih posljedica koje osoba koja muca proživljava tijekom cijelog života (Ingham, 1984; Miller i Watson, 1992; Bloodstein, 1995 prema Iverach i sur., 2011). Veliki broj istraživanja pokazao je da osobe koje mucaju imaju visoku razinu socijalne anksioznosti, dok je anksioznost prvenstveno posljedica, a ne uzrok mucanja. Promatranje povratnih informacija o negativnim ili anksioznim rekacijama na mucanje uvjerilo je teoretičare kako postoji evidentna uzročno-posljedična veza između mucanja i anksioznosti.

1.3.1. Značajke socijalne anksioznosti kod mucanja

Uz poremećaj socijalne anskioznosti često se vezuju strah od negativne evaluacije, očekivanje negativne društvene reakcije ili evaulacije, negativne spoznaje, predrasude, izbjegavanje i sigurnosna ponašanja (Clark i Wells, 1995; Rapee i Heimberg, 1997; Cuthbert, 2002; Rapee i Spence, 2004 prema Iverach i Rapee, 2014). Sve je više dokaza da takva obilježja poremećaja socijalne anksioznosti mogu igrati ključnu ulogu kod mucanja, a mogu poslužiti i održavanju prisustva socijalne anksioznosti (Menzies i sur., 1999; Kraaimaat i sur., 2002, Lowe i sur., 2012 prema Iverach i Rapee, 2014). Na primjer, osobe koje mucaju znaju kako izbjeći socijalno „prijeteće“ situacije, kako bi smanjile tjeskobu i sram (Mahr i Torosian, 1999 prema Iverach i Rapee, 2014). Istraživanja koja su vezana uz strah od negativne evaluacije, predrasude i sigurnosna ponašanja mogu pomoći razumijevanju veze socijalne anksioznosti i mucanja uz kognitivno biheviornalne modele socijalne anksioznosti koji su posebno relevantni.

1.3.2. Clark i Wells model

Clark i Wells (1995 prema Iverach i Rapee, 2014) su stvorili jedan od kognitivno-biheviоralnih modela u kojem tvrde kako je pažnja koju osoba usmjeri na sebe u socijalnim situacijama ključan faktor kod stvaranja anksioznosti i narušavanja socijalne izvedbe. Kada dođe do društvenog susreta, kod osobe koja je socijalno anskiozna javlja se strah od nepoželjnog ishoda koji odvlači pozornost od vanjskih socijalnih informacija na unutarnje znakove (negativne misli, fiziološko uzbuđenje). Takva promjena pažnje ometa svjesnost o informacijama koje mogu biti u suprotnosti sa socijalnim strahovima i mogu prouzročiti negativnu evaluaciju od strane drugih osoba. Ovaj model nam objašnjava zašto socijalna anksioznost ustraje kada se osoba nađe u situaciji koje se plaši, a koja bi trebala pobiti teoriju da su socijalne situacije štetne (Clark i Wells, 1995 prema Onslow, 2016). Neke komponente ovog modela su uklopljene u terapiju za socijalnu anksioznost kod osoba koje mucaju (Onslow, 2016).

Model se zasniva na tri pretpostavke o osobama sa socijalnom anksioznošću. Prva pretpostavka je postojanje previsokih standarda o ponašanju u socijalnim situacijama, kao što je vjerovanje da je uvijek potrebno biti zabavan i inteligentan ili nikad ne raditi pogreške u takvim situacijama. Druga pretpostavka počiva na vjerovanju da se u socijalnim situacijama moramo

ponašati na određen način („ako sam tih/a, svi će misliti da sam dosadan/na). Treća pretpostavka, prema modelu, je negativno mišljenje o sebi. Ovakva vjerovanja mogu osobi sa socijalnom anskioznošću činiti svaku socijalnu situaciju prijetećom (Clark, 2001 prema Onslow, 2016).

1.3.2.1. Negativna samoobrada u socijalnim situacijama

Socijalna situacija aktivira pretpostavke koje signaliziraju da je trenutna situacija prijeteća, što je čini izvorom percipirane socijalne opasnosti, a zatim, tijekom susreta, negativna samoobrada sprječava pobijanje percepcije socijalnog događaja kao opasnog (Onslow, 2016). Istaknuti aspekt negativne samoobrade je što se pažnja preusmjeri sa aktualne situacije, na sliku ili dojam, odnosno na razmišljanje o tome što se događa ili na razmišljanje o tome kako ih drugi doživljavaju (Onslow, 2016). Osobe sa socijalnom anksioznošću uvijek ističu kakav dojam ostavljaju prema drugima u socijalnim situacijama (Hackmann i sur., 1998; Wells i Papageorgiu, 1999; Conway i sur., 2004; Kenny i Bryant, 2007 prema Onslow, 2016), te su mišljenja da su najčešće čudni ili neugodni iz perspektive promatrača. Očigledno je da je pogrešno razmišljati na takav način, budući da je nemoguće vidjeti sebe očima promatrača. Takvo nešto se može samo pretpostaviti. Ono što osobe sa poremećajem socijalne anskioznosti vide je zapravo vizualizirani strah, a ne ono što promatrač vidi (Clark, 2001; Onslow, 2016). Dokazi o perspektivi promatrača nađeni su na primjerima istraživanja gdje su se ispitivale odrasle osobe koje mucaju i odrasle osobe koje ne mucaju (Tudor i sur., 2013 prema Onslow, 2016). Grupa osoba koje mucaju značajno više se prisjećala negativnih dojmova ili slika od strane promatrača, te je čak ta grupa karakteristična po tome što se prisjećala trenutaka srama, tuge, frustracije i bespomoćnosti. Autori su zaključili da su rezultati prouzročeni od iste, neprikladno prilagođene, socijalne obrade koja također postoji i kod anksioznog poremećaja.

U nekoliko istraživanja potvrđeno je kako osobe koje mucaju, kao i osobe sa poremećajem socijalne anksioznosti, rjeđe prepoznaju pozitivnu socijalnu informaciju koja bi pobila prijeteću prirodu društvenih situacija. Osobe koje mucaju, prema istraživanju, a u usporedbi sa kontrolnom grupom, rjeđe promatraju pozitivna lica dok razgovaraju u grupi (Pishyar i sur.,2004 prema Onslow, 2016), prepoznaju negativne socijalne informacije (Veljaca i Rapee, 1998 prema Onslow, 2016), sporije prepoznaju pozitivne socijalne podražaje (Silvia i sur., 2006 prema Onslow, 2016) i pretjerano se usmjeravaju na emocionalne socijalne podražaje (Horley

i sur., 2003; Horley i sur., 2004 prema Onslow, 2016). U kasnijem istraživanju, osobe koje mucaju u usporedbi sa kontrolnom skupinom pokazuju naklonost riječima kao što su „nesposoban“, „glup“, „neuspjeh“, „neodgovarajuć“ (van Lieshout i sur., 2014; Hennessey i sur., 2014 prema Onslow, 2016).

Tipično je za one sa poremećajem socijalne anksioznosti da razmišljaju o situaciji unaprijed, te da razmišljaju o prošlim neuspjesima i negativnim socijalnim iskustvima koje su doživjeli. Negativna samoobrada koja se javlja unutar situacije može započeti prije nego dođe do situacije. Prisjećanje prošlih neuspjeha (neki koji se možda nisu ni dogodili u stvarnosti) može dovesti do velikih očekivanja te će osoba radije izbjeći situaciju nego se suočiti s njom. Razmatranja se mogu nastaviti i nakon situacije bez obzira što se tjeskoba povezana sa društvenom situacija slegla – ovakva situacija se kod osobe sa poremećajem socijalne anksioznosti smatra još jednim neuspjehom (Clark, 2001 prema Onslow, 2016).

1.3.2.2. Sigurnosna ponašanja

Osobe sa poremećajem socijalne anksioznosti koriste sigurnosna ponašanja kako bi spriječile percepiranu prijetnju ili negativni događaj (Clark i Wells, 1995 prema Onslow, 2016). U sigurnosna ponašanja spadaju izbjegavanje kontakta očima, prepuštanje razgovora konverzacijskom partneru te davanje kratkih odgovora (Onslow, 2016). Sigurnosna ponašanja mogu imati učinak u iniciranju socijalnih ishoda kojih se osoba plaši, a ne u pružanju zaštite od njih iz razloga što drugi mogu steći dojam da je osoba čudna ako izbjegava pogledati u oči i ne želi pričati. Na taj način osobe sa socijalnom anksioznošću privlače negativnu pažnju što može potaknuti samoobradu tijekom društvenog događaja (Onslow, 2016). Mucanje se obično pogorša kada osoba koja muca priča sa nepoznatim osobama ili se obraća velikom broju ljudi ili nadređenima. Kao rezultat toga, osobe koje mucaju najčešće izbjegavaju takve situacije u kojima bi se osjećale anksiozno (Van Riper, 1992 prema Mahr i Torosian, 1999).

Često terapeuti, nenamjerno, savjetuju svojim klijentima korištenje sigurnosnih ponašanja kao rješenja za njihove teškoće (Thwaites i Freeston, 2005 prema Onslow, 2016). Istraživanje koje je provedeno na uzorku od 160 logopeda, pokazalo je kako logopedi rado svojim klijentima koji mucaju preporučuju korištenje sigurnosnih ponašanja kako bi se lakše nosili sa anksioznošću. Najčešće preporučena sigurnosna ponašanja koja su bila su izbjegavanje teme

koja ih čini anksioznima te tiha uvježbavanja prije govora (Helgadottir i sur., 2014 prema Onslow, 2016).

1.3.2.3. Somatski i kognitivni simptomi anksioznosti

Neka istraživanja su potvrdila da osobe koje mucaju, kada se nađu u situaciji koju smatraju prijetećom (koja ih čini anksioznima), pokazuju tjelesnu uzbuđenost te tada osjećaju povećanu anskioznost (Bloodstein, 1995; Craig i sur., 2003 prema Craig i Tran, 2006). Tada se javljaju somatski simptomi: znojenje, crvenjenje, povišeni otkucaji srca, hiperventilacija, nedostatak zraka, mučnina, glavobolja, napetost mišića. Takvi fiziološki simptomi mogu potaknuti kognitivne simptome kao što je mentalna blokada i teškoće sa koncetracijom (Onslow, 2016).

1.3.3. Anksioznost narušava terapiju mucanja

Nakon terapije restrukturiranja govora za smanjenje ili eliminiranje mucanja samo jedna trećina klijenata uspije održati „novi“ način govora, odnosno dvije trećine ljudi ne održava govor nakon tretmana (Martin, 1981; Craig i Hancock, 1995 prema Onslow, 2016). Razlog zbog kojeg, kod tako velikog broja ljudi, dolazi do vraćanja u stanje kakvo je bilo prije tretmana nije bio poznat sve dok jedno istraživanje nije povezalo taj „povratak“ s anskioznošću (Craig i Hancock, 1995 prema Onslow, 2016). Jedna je trećina klijenata, sama za sebe rekla kako im se govor vratio na staro, odnosno imala je povišene rezultate na testu koji ispituje anksioznost. Ovi rezultati su potvrđeni istraživanjem Iverach i suradnika (2009 prema Onslow, 2016). Prema podacima, kod dvije trećine klijenata je dijagnosticirana jedna ili više mentalnih bolesti, a kod većine se radilo o anksioznom poremećaju. Ostalim klijentima kojima nije dijagnosticirana niti jedna mentalna bolest, stanje sa govorom je ostalo jednako ili je došlo do manjeg pogoršanja šest mjeseci nakon terapije. Klijenti kod kojih je dijagnosticirana neka mentalna bolest su mucali više u usporedbi sa onima kod kojih nije dijagnosticirana mentalna bolest, bili su klinički responzivni i tijekom terapije su smanjili svoje mucanje za dvije trećine, dok su oni kod kojih nije dijagnosticirana nijedna mentalna bolest smanjili svoje mucanje za 90%. Bitan je podatak da se šest mjeseci nakon terapije, kod onih kojima nije dijagnosticirana nijedna mentalna bolest pokazalo kako je kod njih došlo do manjeg pogoršanja u usporedbi sa onima kod kojih je dijagnosticirana jedna

ili više mentalnih bolesti, a kod kojih je došlo do većeg pogoršanja, te je to ujedno i primjer lošeg kratkoročnog ishoda terapije.

1.3.4. Socijalna anksioznost kod djece i adolescenata koji mucaju

Negativne posljedice socijalne anksioznosti mogu započeti rano, te čak i predškolska djeca prolaze zlostavljanje, zadirkivanje, isključenja i negativne reakcije ostale djece (Packman i sur., 2003; Langevin i sur., 2009 prema Iverach i Rapee, 2014). Posljedice se mogu pojačati tijekom školske dobi jer se djeca više uključuju u društvene i govorne situacije. Kao rezultat toga, djeca i adolescenti koji mucaju često imaju iskustva sa socijalnom izolacijom i odbijanjem te su manje popularni od svojih vršnjaka koji ne mucaju (Davis i sur., 2002.; Hearne i sur., 2008; Blood i sur., 2011 prema Iverach i Rapee, 2014). Takva ponašanja imaju negativne posljedice na djecu i adolescente koji mucaju te oni zbog toga mogu osjećati sram, imati nisko samopoštovanje, povlačiti se ili imati lošiji školski uspjeh (Langevin i Prasad, 2012 prema Iverach i Rapee, 2014). Svi ti čimbenici javljaju se i kod socijalne anksioznosti (Hudson i Rapee, 2009 prema Iverach i Rapee, 2014). Gotova svaka odrasla osoba koja muca navodi da je mucanje negativno utjecalo na život tijekom školske dobi (Crichton-Smith, 2002; Hayhow i sur., 2002 prema Messenger i sur., 2004). Prema izjavama roditelja, postoji mogućnost da je „socijalna kazna“ (izrugivanje, ignoriranje kada žele govoriti) započela odmah nakon pojave mucanja, a mnoga su djeca bila svjesna svojeg mucanja u to vrijeme (Ambrose i Yairi, 1994; Packam i sur., 2003 prema Messenger i sur., 2004). Djeca stara 6-7 godina pokazala su kako imaju negativan stav o svojoj komunikaciji u usporedbi sa kontrolnom skupinom (DeNil i Brutten, 1991; Vanryckeghem i Brutten, 1996 prema Messenger i sur., 2004).

1.3.5. Rizični faktori za razvoj anksioznosti i mucanja

1.3.5.1 Obiteljski utjecaj

Anksiozni poremećaji mogu nastati u obitelji (Lieb i sur., 2000; Hettema i sur, 2001; Knappe i sur., 2010; Beesdo-Baum i Knappe, 2012 prema Smith i sur., 2014), zbog genetskih predispozicija (Hartley i Casey, 2013 prema Smith i sur, 2014), majčinog mentalnog zdravlja (O'Connor i sur.,2002; O'Connor i sur., 2003 prema Smith i sur., 2014) pa sve do zaštitničkih, pretjerano kontroliranih ili drugih negativnih stilova roditeljstva (Rapee i Heimberg, 1997; Bayer i sur., 2009; Knappe i sur, 2010 prema Smith, 2014) ili čak interakcijom svih faktora (Beesdo-Baum i Knappe, 2012 prema Smith, 2014). No u istraživanjima, koja su uključivala majke djece koja mucaju i majke djece koja ne mucaju, nisu nađene razlike u stilovima roditeljstva.

1.3.5.2. Temperament

Temperament je način na koji osoba reagira i komunicira s okolinom (Kefalianos i sur., 2012 prema Smith i sur., 2014), a sastoji se od više dimenzija. Jedna dimenzija, koja mjeri osobine kao što su stidljivost, povlačenje, inhibicija, je preteča za razvoj anskioznosti (Rapee, 2002 prema Smith i sur., 2014). U longitudinalnom istraživanju, kojeg je proveo Reill i suradnici (2009 prema Smith i sur., 2014) ispitivalo se 1619 djece koja mucaju. Utvrđeno je da osobine temperamenta povezane sa razvitkom anksioznosti nisu izložene većoj razini mucanja kod djece predškolske dobi, a što je još jedan dokaz da anksioznost nastaje kao posljedica mucanja.

1.3.5.3. Kognitivni faktori

Utjecaji interpretacije i pažnje povezani su sa razvojem socijalne anksioznosti, te su u središtu njezinog održavanja u odrasloj dobi (Rapee i Heimberg, 1997; Rapee i sur., 2009 prema Smith i sur., 2014). Utjecaj interpretacije je vidljiv kada pojedinac promatra dvosmislenu socijalnu situaciju kao prijeteću ili blago negativnu situaciju kao katastrofičnu, a utjecaj pažnje se javlja kada pojedinac usmjerava svoju pažnju od pozitivnih socijalnih znakova prema negativnim socijalnim znakovima (Stopa i Clark, 2000; Lowe i sur., 2012; Iverach i Rapee, 2013 prema

Smith i sur., 2014). Prema istraživanju koje su provodili Lowe i suradnici (2012 prema Smith i sur., 2014) dokazano je da odrasle osobe koje mucaju u usporedbi sa odraslima koji ne mucaju, kada pričaju pred publikom, manje gledaju u lica koja imaju pozitivnu ekspresiju, a više prema negativnim eskpresijama lica ili neutralnim. Kod djece predškolske dobi, školaraca i adolescenata prema rezultatima istraživanja, utvrđeno je da imaju negativne stavove prema komunikaciji, u usporedbi sa vršnjacima koji ne mucaju (Vanryckeghem i sur., 2001; Blood i Blood, 2004; Vanryckeghem i sur., 2005; Beilby i Yaruss, 2012; Erikson i Block, 2013 prema Smith i sur., 2014). Nadalje, istraživanja su pokazala kako mlađe odrasle osobe koje mucaju imaju negativne stavove prema komunikaciji koji se sa vremenom povećavaju, dok je kod njihovih vršnjaka vidljiv porast pozitivnijih stavova (De Nil i Brutten, 1991; Vanryckeghem i Brutten, 1997 prema Smith i sur., 2014). Razlog tome mogu biti negativni stereotipi i negativne socijalne posljedice kod osoba koje mucaju. Ova veza između negativnih stavova prema komunikaciji kod osoba koje mucaju, utjecaja interpretacije i pažnje i anksioznosti može pružiti bolji uvid u razvoj anksioznosti kod osoba koje mucaju.

1.3.5.4. Okolinski faktori

Niz negativnih okolinskih faktora, kao što su stresni događaji tijekom života, identificirano je kao razlog za razvoj anskioznosti kod opće populacije. Kod mucanja to mogu biti negativne socijalne posljedice i nasilnička ponašanja kao rekacije na ovaj poremećaj (Rigby, 2003; Storch i sur., 2003 prema Smith i sur., 2014) koje se mogu dogoditi u predškolskoj dobi, intenzivirati se tijekom vremena te utjecati na socijalno funkcioniranje na bezbroj načina (Beilby i Yaruss, 2012 prema Smith i sur., 2014). Četverogodišnja djeca su negativno ocijenila mucanje te pokazala preferenciju prema prijateljima koji ne mucaju (Ezrati-Vinacour i sur., 2001 prema Smith i sur., 2014). Kod djece koja ne mucaju primjećeno je da se znaju izrugivati, prekidati ili ignorirati svoje vršnjake koji mucaju (Langevin i sur., 2009 prema Smith i sur., 2014). Zahtjevi za učinkovitom verbalnom komunikacijom povećavaju se s porastom dobi, polaskom djece u školu te potrebom za komunikacijom s različitim ljudima, u različtim okruženjima. Učitelji i stručni suradnici u školama mogu se baviti negativnim stereotipima i razumjeti da su djeca koja mucaju stidljiva, nervozna i nesigurna (Lass i sur, 1992; Ruscello i sur.,1994 prema Smith i sur., 2014). Prema podacima raznih istraživanja, djeca školske dobi koja mucaju češće su žrtve vršnjačkog nasilja u usporedbi sa djecom koja ne mucaju. Mucanje utječe i na

romantične odnose i socijalni razvoj adolescenata. Podaci iz istraživanja kojeg su proveli Van Borsel i suradnici (2011 prema Smith i sur., 2014) pokazali su kako su osobe koje mucaju manje atraktivne od osoba koje ne mucaju te su vršnjaci koji ne mucaju, kada bi im se dalo na izbor, radije bili u ljubavnoj vezi sa osobama koja ne mucaju. Utjecaj svih negativnih socijalnih posljedica mucanja može biti osobito jak tijekom adolescencije zbog fizičkih, neuroloških i društvenih promjena koje se događaju u tom periodu (Hearne i sur., 2008;. Sawyer i sur., 2012 prema Smith i sur., 2014). Uz to postoji i povećanje u pojavi i dijagnozi anksioznosti u općoj populaciji tijekom tog vremena (Beesdo i sur, 2007; Rapee i sur., 2009; Crockett i sur., 2013 prema Smith i sur.,2014).

1.3.6. Dijagnostičke procjene poremećaja socijalne anksioznosti kod mucanja

Dijagnostičke procjene su potrebne za evaluaciju prisutnosti i učestalosti pojave poremećaja socijalne anksioznosti među osobama koje mucaju. Međutim, dijagnoza poremećaja socijalne anksioznosti među ljudima koji mucaju prethodno je bila ograničena po kriteriju isključenja kojeg je specificirao DSM-IV-TR, (APA, 2000 prema Iverach i Rapee, 2014). Konkretno, prema DSM-IV bilo je zabranjeno dati dijagnozu poremećaja socijalne anksioznosti u slučajevima gdje su socijalna anksioznost i izbjegavanje u vezi s nekim drugim poremećajem, kao što je mucanje. Brojni istraživači su tvrdili da je kriterij isključenja DSM-IV bez empirijske osnove (Oberlander i sur.,1993 prema Iverach i Rapee, 2014), te da je u suprotnosti sa sve većim brojem dokaza o rastu klinički značajnih razina socijalne anksioznosti kod odraslih osoba koje mucaju (Stein i sur., 1996; Blumgart i sur., 2010 prema Iverach i Rapee, 2014). Promjene u dijagnostičkom kriterijima su uvedene putem DSM-V u kojem je navedeno: „Ako osoba pati od drugog medicinskog stanja, na primjer mucanja ili pretilosti, strah ili anksioznost koju osoba osjeća mora biti nepovezana sa drugim stanjem ili u neskladu s onim što obično osjeća.“ (APA, 2013 prema Iverach i Rapee, 2014). Ova promjena razvijena je kao odgovor na mnoge dokaze da mucanje može biti povezano sa prekomjernom socijalnom anksioznosti. Ovakva izmjena predstavlja veliki napredak u poboljšanju mogućnosti terapija i kvalitete života za osobe koje mucaju sa poremećajem socijalne anksioznosti (Iverach i Rapee, 2014).

2. Cilj istraživanja

Cilj ovog diplomskog rada je ispitati razinu socijalne anksioznosti kod osoba koje mucaju, odnosno ispitati i usporediti negativne stavove i vjerovanja osoba koje mucaju i osoba koje ne mucaju.

2.1. Problem istraživanja

Problem istraživanja je utvrditi postoji li statistički značajna razlika između skupine osoba koje mucaju i skupine osoba koje ne mucaju, odnosno jesu li osobe koje mucaju socijalno anksioznije od osoba koje ne mucaju.

2.2. Hipoteze

U skladu s postavljenim ciljem i problemom istraživanja postavljene su sljedeće pretpostavke:

H1: Postoji statistički značajna razlika u rezultatima osoba koje mucaju i osoba koje ne mucaju.

H2: Postoji statistička značajna razlika u rezultatima osoba koje su pohađale terapiju za mucanje do dvije godine i osoba koje su pohađale terapiju za mucanje više od dvije godine.

3. Metode istraživanja

3.1. Uzorak ispitanika

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 32 ispitanika. Ispitanici su podijeljeni u dvije skupine. Prvu skupinu ispitanika čini 16 osoba koje mucaju, a drugu skupinu ispitanika 16 osoba koje ne mucaju. U svakoj skupini je bilo 8 osoba muškog spola i 8 osoba ženskog spola. Raspon dobi u prvoj skupini kreće se od 18 do 40 godina (M= 23,69, SD= 4,97) dok se u drugoj skupini ispitanika raspon dobi kreće od 19 do 31 godine (M= 25,31, SD= 3,19).

Ispitanici iz prve skupine su započeli mucati u ranoj dobi i svima je dijagnosticirano mucanje. Svi ispitanici su pohađali ili još pohađaju terapiju za mucanje. Prema navodima ispitanika, većina je pohađala VaLMod terapiju u Varaždinu i Splitu, a ostali u Poliklinici SUVAG, u Klinici za dječje bolesti u Zagrebu, u Poliklinici za rehabilitaciju osoba sa smetanjama u razvoju u Splitu ili su pohađali terapiju za mucanje u privatnim klinikama. Većina ispitanika iz prve skupine su polaznici grupe samopomoći u Udruzi za pomoć osobama koje mucaju, Hinko Freund.

Sedamnaest ispitanika, obje skupine, su studenti Sveučilišta u Zagrebu i Splitu. Šestero ispitanika je završilo srednju stručnu spremu, a devet ispitanika ima završenu visoku stručnu spremu.

Kriteriji prema kojima su ispitanici podijeljeni u skupine su: muca li osoba i koliko dugo je osoba koja muca pohađala terapiju za mucanje.

3.2. Mjerni instrument

Ispitanici su ispitani ljestvicom Negativni stavovi i vjerovanja prema mucanju (*Unhelpful thoughts and beliefs about stuttering)* (vidi u prilogu) koja je korištena uz dozvolu autora i prevedena na hrvatski jezik.

Ljestvica sadrži mjere, specifične za mucanje, o negativnim stavovima i vjerovanjima koji mogu dovesti do socijalne anksioznosti kod osoba koje mucaju.

Za svaku od ovih misli osoba mora dati ocjenu na tri ljestvice, u smislu koliko često ima ovakve misli, koliko vjeruje u takve misli i koliko je takve misli čine anksioznom. Ocjene se kreću od 1-5 (1= *nikad ili nikako,* 2= *rijetko ili malo,* 3= *ponekad ili ponešto,* 4= *često ili puno,* 5= *stalno ili u potpunosti*). Zbrojem sve tri ljestvice dobije se najmanja ocjena 198, a najveća 990.

Zbog razjašnjavanja veze mucanja i socijalne anksioznosti, iz razloga što standardna terapija za mucanje ne vodi računa o anksioznosti (Yaruss i sur., 2002 prema Iverach i sur., 2011) koja se može često javiti kod osobe koja muca i s obzirom na to da je bitno pobliže razumjeti mucanje, potrebno je identificirati jedinstvenu spoznaju, vjerovanja i anskizonost što proživljavaju osobe koje mucaju u cilju stvaranja što bolje terapije. Kognitivna komponenta socijalne anksioznosti, koja se odnosi na negativne misli i vjerovanja o percipiranoj prijetnji negativne evaluacije od strane drugih (Hofman i Barlow, 2002 prema Iverach i sur., 2011), zaslužuje posebnu pažnju i procjenu među odraslima koji mucaju. Posebno je bitno iz razloga jer svi testovi koji isputuju socijalnu anksioznost ili socijalnu fobiju ne uključuju specifičnu anksioznost koja se tiče govora koju svakodnevno proživljavaju osobe koje mucaju (St Clare i sur., 2009 prema Iverach i sur., 2011). Ljestvicu su razvili psiholozi i logopedi tako što su sastavili popis od 66 misli i stavova izraženih od strane osoba koje mucaju (St Clare i sur., 2009; Iverach i sur., 2011 prema Onslow, 2016) koje su prošle kognitivno-bihevioralnu terapiju za socijalnu anksioznost (St Clare i sur., 2009). Terapija uključuje identifikaciju i modificiranje spoznaje koju terapeuti temeljito procjenjuju i zapisuju, tijekom tretmana, misli i vjerovanja svojih klijenata.

Podaci su se prikupljali tijekom perioda od deset godina, koji su zatim predstavljeni u Klinici za poremećaje anskioznosti u Sydneyu. U procesu stvaranja ljestvice odbačeno je trinaest izjava klijenata, te tako ljestvica sadrži 66 misli i vjerovanja od čega 39 (59%) nije povezano sa mucanjem (izjave 8, 9, 13, 16-18, 20-24, 27-29, 31, 33, 35-37, 41-44, 46-60, i 63).

St Clare i suradnici su 2009. godine razvili sveobuhvatni upitnik koji bi procjenjivao anksioznost vezanu uz govorne situacije kod osoba koje mucaju. Iverach i suradnici su 2011. godine proširili izvorni upitnik, tako što su uključili tri ljestvice na kojima osoba mora dati ocjenu: učestalost misli (UTBAS I), vjerovanje ovim mislima (UTBAS II), koliko ih takve misli čine anksioznim (UTBAS III) i ukupan zbroj sve tri ljestvice (UTBAS Total) (Iverach i sur., 2011).

Upitnik je prvenstveno razvijen za odrasle osobe koje mucaju, no može se koristiti i kod adolescenata uz izmjenu nekih pitanja.

3.3. Način prikupljanja podataka

Ovo istraživanje provedeno je na način da je upitnik putem elektroničke pošte odaslan osobama koje mucaju i osobama koje ne mucaju. Za ispunjavanje upitnika bilo je potrebno do 10 minuta.

Osobe koje mucaju odgovorale su na svih 66 pitanja u upitniku koja su ujedno općenita (ispituju socijalnu anksioznost) te na pitanja koja procjenjuju anksioznost vezanu uz govorne situacije i mucanje. Osobe koje ne mucaju ispitane su na 39 pitanja koja su općenita i ispituju socijalnu anksiznost.

Rezultati osoba koje mucaju i osoba koje ne mucaju su uspoređene na 39 pitanja, dok su osobe koje mucaju uspoređene na 66 pitanja u testu.

Ispitanicama je rečeno da moraju dati ocjenu od 1 do 5, na sve tri ljestvice (koliko često imam ove misli, koliko vjerujem u ove misli, koliko anksioznim me čine ove misli), u skladu sa svojim stavovima i vjerovanjima.

3.4. Metode obrade podataka

Prikupljeni podaci statistički su obrađeni pomoću programa SPSS Statistics 24 (IBM). Provedene su različite statističke analize koje uključuju deskriptivnu statistiku pomoću koje su izračunati osnovni statistički parametri.

Normalnost distribucije se testirala pomoću Shapiro-Wilk testa te je utvrđeno kako rezultati nisu distribuirano normalno. Iz tog razloga se koristio neparametrijski Mann - Whitney U- test za dva nezavisna uzorka. Testom se prvo ispitalo postoje li statistički značajne razlike u rezultatima osoba koje mucaju i osoba koje ne mucaju, a zatim je grupa osoba koje mucaju podijeljena u dvije podskupine skupine: osobe koje su pohađale terapiju za mucanje do dvije godine i osobe koje su pohađale terapiju za mucanje više od dvije godine. Pomoću Mann-Whitney U-testa ispitivalo se postoje li statistički značajne razlike između ove dvije podskupine. Značajnost se ispitivala na svakom pitanju, na sve tri ljestvice: koliko ČESTO imam ove misli, koliko VJERUJEM u ove misli, koliko ANKSIOZNIM me čine ove misli.

4. Rezultati i rasprava

4.1. Usporedba stavova i vjerovanja o socijalnoj anksioznosti

U prvom dijelu istraživanja ispitanici su podijeljeni u dvije skupine, prema mucanju, odnosno prvu skupinu ispitanika su činile osobe koje mucaju (OKM), a drugu skupinu ispitanika su činile osobe koje ne mucaju (OKNM). Značajnost, između ove dvije skupine, se ispitala na svakom pitanju (od 39), posebno, na sve tri ljestvice u testu (koliko ČESTO imam ove misli (Č), koliko VJERUJEM u ove misli (V) , koliko ANKSIOZNIM me čine ove misli (A)). U radu će biti prikazano nekoliko izabranih pitanja koji najbolje odražavaju razlike u razmišljanju osoba koje mucaju i osoba koje ne mucaju. Za ispitivanje značajnosti korištena je neparametrijska statistika, odnosno Mann- Whitney U- test.

U Tablici 1. su prikazani osnovni statistički podaci (prosječni rezultati, minimalni i maksimalni rezultati te standardne devijacije) obje skupine na zavisnoj varijabli *„Ljudi se usredotočuju na svaku riječ koju kažem“* (1), na sve tri ljestice (Č, V, A). Iz podataka se vidi koliko se aritmetičke sredine razlikuju na svakoj ljestvici. Uvidom u aritmetičke sredine ovih skupina može se zaključiti kako je skupina osoba koje mucaju dala nešto veće ocjene u odnosu na osobe koje ne mucaju. Maksimalne ocjene koje su ispitanici dali na ovoj varijabli su 3= *ponekad ili ponešto* i 4= *često ili puno*.

Tablica 1. Deskriptivni podaci skupine osoba koje mucaju **(OKM)** *i skupine osoba koje ne mucaju* **(OKNM)** *na zavisnoj varijabli „Ljudi se usredotočuju na svaku riječ koju kažem“* **(1)***, na ljestvicama: koliko ČESTO imam ove misli* **(Č)** *, koliko VJERUJEM u ove misli* **(V)***, koliko ANKSIOZNIM me čine ove misli* **(A)**

Zavisna varijabla	Grupa	N	M	SD	Min	Max
Č1	OKM	16	2,56	0,892	1	4
	OKNM	16	2,06	0,998	1	4
V1	OKM	16	2,44	0,629	1	3
	OKNM	16	2,31	0,873	1	4
A1	OKM	16	2,50	0,816	1	4
	OKNM	16	1,56	0,814	1	3

Tablica 2 pokazuje rezultate Mann- Whitney U- testa kojim se, na razini značajnosti od p < 0,05, ispitivala statistički značajna razlika među dvije skupine (osobe koje mucaju i osobe koje ne mucaju) na varijabli *„Ljudi se usredotočuju na svaku riječ koju kažem“* (1). Značajnost na ovoj zavisnoj varijabli postignuta je samo na trećoj ljestvici (A) (*p*= 0,01), dok na prvoj ljestvici (Č) (p= 0,213) i drugoj ljestvici (V) (p= 0,638) nije postignuta statistički značajna razlika. Takvi rezultati ukazuju na to da i osobe koje ne mucaju često razmišljaju i vjeruju u takve misli („Ljudi se usredotočuju na svaku riječ koju kažem“) kao i osobe koje mucaju, no razlika je u tome što osobe koje mucaju ovakve misli čine anksioznim.

Tablica 2. Usporedba među skupinama ispitanika primjenom Mann- Whitney U- testa na varijabli „Ljudi se usredotočuju na svaku riječ koju kažem“ **(1)** *na ljestvicama: koliko ČESTO imam ove misli* **(Č)**, *koliko VJERUJEM u ove misli* **(V)**, *koliko ANKSIOZNIM me čine ove misli* **(A)** *Zvjezdicama su označeni statistički značajne razlike (p<0,05)*

Zavisne varijable	***p* vrijednost**
Č1	0,213
V1	0,638
A1	0,01*

U Tablici 3. su prikazani osnovni statistički podaci za varijablu *„Potpuno ću blokirati i neću biti u mogućnosti govoriti“* (7). Iz tablice se vidi koliko se aritmetičke sredine skupina razlikuju na svakoj ljestvici. Razlog tome bi mogao biti taj što se osobe koje mucaju mogu više poistovjetit sa ovim razmišljanjem jer je blokada jedna od mucajućih netečnosti (Yairi i Seery, 2015). Ovaj podatak se može vidjeti i prema ocjenama koje su osobe koje mucaju dale: maksimalna ocjena 5= *stalno ili u potpunosti* na prvoj i trećoj ljestvici te 4= *često ili puno* na drugoj ljestvici. Najmanja ocjena, koju je dala skupina osoba koje mucaju, je 2= *rijetko ili malo.* Skupina osoba koje ne mucaju su dale nešto niže maksimalne ocjene (3= *ponekad ili ponešto*, 4= *često ili puno*), a minimalna ocjena dana od strane skupine osoba koje ne mucaju je 1= *nikad ili nikako*. Standardna devijacija na sve tri ljestvice pokazuje kako se radi o velikoj raspršenosti rezultata oko srednje vrijednosti.

Tablica 3. Deskriptivni podaci skupine osoba koje mucaju **(OKM)** *i skupine osoba koje ne mucaju* **(OKNM)** *na zavisnoj varijabli „Potpuno ću blokirati i neću biti u mogućnosti govoriti“* **(7)** *na ljestvicama: koliko ČESTO imam ove misli* **(Č)** *, koliko VJERUJEM u ove misli* **(V)** *, koliko ANKSIOZNIM me čine ove misli* **(A)**

Zavisna varijabla	Grupa	N	M	SD	Min	Max
Č7	**OKM**	16	3,00	0,966	2	5
	OKNM	16	1,69	0,873	1	3
V7	**OKM**	16	2,75	0,775	2	4
	OKNM	16	1,88	1,147	1	4
A7	**OKM**	16	3,25	1,291	2	5
	OKNM	16	1,44	0,727	1	3

Tablica 4. pokazuje rezultate Mann- Whitney U- testa kojim se ispitivala statistički značajna razlika između skupine osoba koje mucaju i skupine osoba koje ne mucaju. Na ovoj zavisnoj varijabli *(„Potpuno ću blokirati i neću biti u mogućnosti govoriti“)* (7) postignuta je statistički značajna razlika na sve tri ljestvice (p= 0,004, p=0,012, p=0,000). Ovakvi rezultati pokazuju kako osobe koje mucaju češće imaju ovakvo razmišljanje, više vjeruju ovim mislima i takve misli ih čine anksioznijima u odnosu na osobe koje ne mucaju.

Tablica 4. Usporedbe među skupinama ispitanika primjenom Mann- Whitney U- testa na varijabli „Potpuno ću blokirati i neću biti u mogućnosti govoriti“ **(7)** *na ljestvicama: koliko ČESTO imam ove misli* **(Č)**, *koliko VJERUJEM u ove misli* **(V)** *, koliko ANKSIOZNIM me čine ove misli* **(A).** *Zvjezdicama su označeni statistički značajne razlike (p<0,05)*

Zavisne varijable	*p* vrijednost
Č7	0,004*
V7	0,012*
A7	0,000*

Tablica 5. prikazuje osnovne statističke podatke varijable *„Ljudi misle da sam bezvrijedan/na“* (24). Uvidom u aritmetičku sredinu na ovoj zavisnoj varijabli, uočava se kako nema velikih razlika između prosječnih vrijednosti, na prvoj (Č) i drugoj (V) ljestvici između dvije skupine, dok na trećoj ljestvici se uočava veća razlike dvije artimetičke sredine. Unatoč malim razlikama prosječnih vrijednosti, može se zaključiti kako je više osoba koje mucaju i na ovoj varijabli dalo veći broj ocjena. Kod obje grupe minimalna ocjena je 1= *nikad ili nikako*, a maksimalna ocjena je 5= *stalno ili u potpunosti*.

Tablica 5. *Deskriptivni podaci skupine osoba koje mucaju* **(OKM)** *i skupine osoba koje ne mucaju* **(OKNM)** *na zavisnoj varijabli „Ljudi misle da sam bezvrijedan/na“* **(24)** *na ljestvicama: koliko ČESTO imam ove misli* **(Č)**, *koliko VJERUJEM u ove misli* **(V)**, *koliko ANKSIOZNIM me čine ove misli* **(A)**

Zavisna varijabla	Grupe	N	M	SD	Min	Max
Č24	**OKM**	16	2,00	0,894	1	4
	OKNM	16	1,81	0,981	1	4
V24	**OKM**	16	2,00	0,966	1	4
	OKNM	16	1,94	1,063	1	4
A24	**OKM**	16	2,56	0,964	1	4
	OKNM	16	1,88	1,025	1	4

Obradom podataka pomoću Mann- Whitney U- testa na varijabli *„Ljudi misle da sam bezvrijedan/na„* (24) nije dobivena statistički značajna razlika, na nijednoj od tri ljestvice, usporedbom rezultata dvije grupe ispitanika (osobe koje mucaju i osobe koje ne mucaju) (Tablica 6). Međutim uočava se kako na trećoj ljestvici (A), iako nema statističke značajnosti (p= 0,059), možemo zaključiti da osobe koje mucaju ipak nešto više ovakve misli čine anksioznijama. Ova varijabla je jedna od pet varijabli (od 39) na kojima se rezultati ove dvije skupine nisu statistički značajno razlikovale, na nijednoj od tri ljestvice. Ostale varijable na kojima dvije skupine nisu statistički značajne su: *„Nesposoban/na sam“, „Glup/a sam“, „Što će ljudi misliti o meni ako se ne slažu s onim što ja kažem?“, „Neću moći reći točno ono što želim reći“*

Tablica 6. Usporedba među skupinama ispitanika primjenom Mann- Whitney U- testa na varijabli „Ljudi misle da sam bezvrijedan/na“ ***(24)*** *na ljestvicama: koliko ČESTO imam ove misli* ***(Č)****, koliko VJERUJEM u ove misli* ***(V)****, koliko ANKSIOZNIM me čine ove misli* ***(A)***
Zvjezdicama su označeni statistički značajne razlike (p<0,05)

Zavisne varijable	*p* vrijednost
Č24	0,471
V24	0,794
A24	0,059

U Tablici 7. prikazani su osnovni statistički parametri za varijablu „*Neću moći pozdraviti kad se javim na telefon“* (39) u obje grupe. Prema aritmetičkim sredinama možemo vidjeti kako su osobe koje mucaju dale više ocjene na ovoj varijabli. Ovakav rezultat je očekivan s obzirom da je jedan on najčešće spominjanih strahova kod osoba koje mucaju upravo telefon (James i sur.,1999 prema Onslow, 2016). Međutim, iz standardne devijacije se vidi veliko raspršenje rezultata oko srednje vrijednosti, pogotovo u skupini osoba koje mucaju pa prema tome možemo zaključiti da postoje individualne razlike. Očekivano su osobe koje mucaju dale maksimalnu ocjenu (5= *stalno ili u potpunosti*), na sve tri ljestvice, dok je maksimalna ocjena koju su dale osobe koje ne mucaju: 3= *ponekad ili ponešto.*

Tablica 7. Deskriptivni podaci skupine osoba koje mucaju **(OKM)** *i skupine osoba koje ne mucaju* **(OKNM)** *na zavisnoj varijabli „Neću moći pozdraviti kada se javim na telefon“* **(39)** *na ljestvicama: koliko ČESTO imam ove misli* **(Č)**, *koliko VJERUJEM u ove misli* **(V)**, *koliko ANKSIOZNIM me čine ove misli* **(A)**

Zavisna varijabla	Grupa	N	M	SD	Min	Max
Č39	**OKM**	16	2,25	1,238	1	5
	OKNM	16	1,56	0,629	1	3
V39	**OKM**	16	2,13	1,088	1	5
	OKNM	16	1,50	0,730	1	3
A39	**OKM**	16	2,38	1,025	1	5
	OKNM	16	1,38	0,619	1	3

U Tablici 8. prikazani su rezultati Mann – Whitney U- testa na varijabli *„Neću moći pozdraviti kada se javim na telefon“* (39), na razini značajnosti $p < 0,05$. Vidljivo je da su osobe koje mucaju na ovoj varijabli postigle veliku statističku značajnost u usporedbi sa skupinom osoba koje ne mucaju ($p= 0,000$), na sve tri ljestvice. Ovi podaci potvrđuju kako osobe koje mucaju stalno imaju ovakav stav, više vjeruju ovakvim stavovima i čine ih anksioznijima. Ovakav rezultat je očekivan s obzirom da je jedan on najčešće spominjanih strahova kod osoba koje mucaju upravo telefon (James i sur.,1999 prema Onslow, 2016).

Tablica 8. Usporedba među skupinama ispitanika primjenom Mann- Whitney U- testa na varijabli „Neću moći pozdraviti kada se javim na telefon“ ***(39)*** *na ljestvicama: koliko ČESTO imam ove misli* ***(Č)****, koliko VJERUJEM u ove misli* ***(V)****, koliko ANKSIOZNIM me čine ove misli* ***(A)***
Zvjezdicama su označeni statistički značajne razlike (p<0,05)

Zavisne varijable	***p* vrijednost**
Č39	0,000*
V39	0,000*
A39	0,000*

U velikom broju istraživanja, koji se bave vezom mucanja i anskioznosti, također su nađene, statistički značajne razlike između osoba koje ne mucaju i osoba koje mucaju. Jedno od tih istraživanje su proveli Kraaimaat i suradnici (2002), gdje je skupina osoba koje mucaju imala znatno više rezultate na testu koji ispituje socijalnu anksioznost od skupine osoba koje ne mucaju. U istraživanju se također pokazalo kako se osobe koje mucaju znatno manje upuštaju u socijalne interakcije od osoba koje ne mucaju. Međutim, bitno je naglasiti, iako, kao grupa, osobe koje mucaju pokazuju veće rezultate, postoje individualne razlike (kao i u ovom istraživanju), što je bilo kontradiktorno s tvrdanjama Američkog pshijatrijskog udruženja (American Psychiatric Association (APA)) koji su u DSM-IV navodili kako je neizbježno da se visoka razina socijalne anksioznosti i mucanje pojavljuju zajedno (Kraaimaat i sur., 2002).

Ezrati- Vinacour i Levin (2004) u svom su istraživanju uspoređivali osobe muškog spola koje mucaju i koje ne mucaju. Dobiveni rezultati su pokazali kako su osobe koje mucaju anksioznije od osoba koje su tečne. No, osobe koje mucaju, koje su bile podijeljene u dvije skupine, prema težini mucanja, nisu se razlikovale u razini socijalne anksioznosti što opet govori o individualnim razlikama među osobama koje mucaju.

U istraživanju 2009. godine St Clare i suradnici razvili su UTBAS test gdje su kao dio standardizacije testa usporedili rezultate skupine osoba koje mucaju (prije kogntivino-biheviornale terapije) i skupine osoba koje ne mucaju. Postojala je statistički značajna razlika između dvije skupine, skupina osoba koje mucaju postigla je značajno više rezultate.

Mahr i Torosian su 1999. godine proveli istraživanje gdje su usporedili osobe koje ne mucaju, osobe koje mucaju i skupinu ljudi sa socijalnom anksioznošću. Njihovo istraživanje je pokazalo kako osobe koje mucaju jesu anksioznije od osoba koje ne mucaju, ali u usporedbi s grupom osoba kojima je dijagnosticirana socijalna anksioznost, nije postojala statistički značajna razlika. Osobe koje mucaju su pokazale znatno veću razinu stresa u socijalnim situacijama kao i više izbjegavanja takvih situacija, no stavka u kojoj nije bilo statistički značajne razlike je strah od negativne evaluacije od strane drugih osoba. Podaci ovog istraživanja ukazuju na to da, iako ponekad svi mogu biti anksiozni i strahovati od nekih situacija, osobe koje mucaju su generalno pokazale višu razinu anksioznosti od osoba koje ne mucaju. U usporedbi sa grupom sa dijagnosticiranom socijalnom anskioznošću, osobe koje mucaju ipak znatno manje izbjegavaju socijalne situacije, pokazuju manju razinu straha od negativne evaluacije i manje simptoma socijalne anksioznosti i agorafobije. Ovaj podatak ukazuje na to da iako osobe koje mucaju i osobe sa socijalnom anksioznošću mogu imati sličnu razinu anksioznosti, kod osoba koje mucaju ta anksioznost manje ometa svakodnevno funkcioniranje u socijalnim situacijama nego kod osoba sa socijalnom anksioznošću (Mahr i Torosian, 1999).

U istraživanju koje su proveli Messenger i suradnici (2004), u kojem su procjenjivali razliku u iščekivanju negativne socijalne evaluacije tako što su usporedili skupinu osoba koje mucaju i skupinu osoba koje ne mucaju. Osobe koje mucaju su pokazale znatno više rezultate, odnosno anksioznije su od osoba koje ne mucaju.

Blumgart i suradnici (2010) su uspoređivali grupu od 200 osoba koje mucaju sa 200 osoba koje ne mucaju. Skupina osoba koje mucaju pokazale su se anskioznije od osoba koje ne mucaju. Unutar grupe osoba koje mucaju su se usporedile mlađe odrasle osobe i starije odrasle osobe koje mucaju. Mlađe odrasle osobe koje mucaju su, u usporedbi sa starijim odraslim osobama

koje mucaju, anksioznije su. Usporedili su također, unutar skupine, razinu obrazovanja, vrstu zaposlenja, mjesto rođenja i spol. Rezultati su pokazali kako na nijednoj od stavki nema statistički značajne razlike. Međutim, razina anksioznosti je značajno povišena kod grupe osoba koje mucaju u usporedbi sa osobama koje ne mucaju.

4.2. Usporedba stavova i vjerovanja prema mucanju

U drugom dijelu istraživanja skupina osoba koje mucaju je podijeljena u dvije grupe prema trajanju terapije, odnosno skupina osoba koja su pohađale terapiju za mucanje manje od dvije godine i skupina osoba koje su pohađale terapiju za mucanje više od dvije godine. Ispitanici obje skupine uspoređeni su na svim pitanjima u testu, to jest na 66 pitanja, na sve tri ljestvice (koliko ČESTO imam ove misli (Č), koliko VJERUJEM u ove misli (V), koliko ANKSIOZNIM me čine ove misli (A)). Za ispitivanje značajnosti korištena je i u ovom dijelu istraživanja neparametrijska statistika, odnosno Mann- Whitney U- test.

U tablici 9. su prikazani osnovni statistički podaci (prosječni rezultati, minimalni i maksimalni rezultati te standardne devijacije) kod obje skupine ispitanika na zavisnoj varijabli „*Nikome se neću svidjeti ako mucam*“ (6), na sve tri ljestice (Č, V, A). Iz podataka se uočava kako se aritmetičke sredine ne razlikuju, na sve tri ljestvice. Iz ovog podatka se može zaključiti, iako su osobe koje su pohađale terapiju za mucanje više od dvije godine na ovoj varijabli dale veće ocjene, one se razlikuju puno od ocjena skupine osoba koje su pohađale terapiju za mucanje manje od dvije godine. Maksimalna ocjena koju su ispitanici dali na ovoj varijabli je 3= *ponekad ili ponešto* i 4= *često ili puno*, dok je minimalna ocjena koju su ispitanici dali je 1= *nikad ili nikako.* Raspršenje rezultata kod oko srednje vrijednosti, kod obje skupine, je najveće na drugoj ljestvici (V).

Tablica 9. Deskriptivni podaci skupine koja je pohađa terapiju za mucanje manje od dvije godine **(T< 2 god)** *i skupine koja je pohađala terapiju za mucanje više od dvije godine* **(T> 2 god)** *na zavisnoj varijabli „Nikome se neću svidjeti ako mucam“* **(6)** *na ljestvicama: koliko ČESTO imam ove misli* **(Č)** *, koliko VJERUJEM u ove misli* **(V)** *, koliko ANKSIOZNIM me čine ove misli* **(A)**

Zavisna varijabla	Grupe	N	M	SD	Min	Max
Č6	**T< 2 god**	8	1,50	0,756	1	3
	T> 2 god	8	1,75	1,035	1	4
V6	**T< 2 god**	8	1,75	1,165	1	4
	T> 2 god	8	2,13	1,126	1	4
A6	**T< 2 god**	8	1,75	0,886	1	3
	T> 2 god	8	2,13	0,991	1	4

Obradom podataka Mann- Whitney U-testom na varijabli *„Nikome se neću svidjeti ako mucam“*(6) (Tablica 10.) nije dobivena statistički značajna razlika, na nijednoj od ljestvica (p= 0,637, p= 0,429, p= 0,436).

Tablica 10. Usporedba među skupinama ispitanika primjenom Mann- Whitney U- testa na varijabli „Nikome se neću svidjeti ako mucam“ **(6)** *na ljestvicama: koliko ČESTO imam ove misli* **(Č)** *, koliko VJERUJEM u ove misli* **(V)** *, koliko ANKSIOZNIM me čine ove misli“* **(A)**
Zvjezdicama su označeni statistički značajne razlike (p<0,05)

Zavisne varijable	*p* vrijednost
Č6	0,637
V6	0,429
A6	0,436

U Tablici 11. prikazani su osnovni statistički parametri na varijabli *„Ljudi će misliti da sam nesposoban/na jer mucam“* (19). Iako pretpostavka glasi da će osobe koje su pohađale terapiju za mucanje manje od dvije godine dati više ocjene, odnosno da će biti anskioznije, gledajući aritmetičke sredine pojedine skupine, osobe koje su pohađale terapiju više od dvije godine na ovoj varijabli dale su nešto veće ocjene. Standarda devijacija je na sve tri ljestvice nešto veća kod prve skupine, što upućuje na veću heterogenost odgovora. Maksimalna ocjena obje skupine je 4= *često ili puno* i 3= *ponekad ili ponešto.*

Tablica 11. Deskriptivni podaci skupine koja je pohađa terapiju za mucanje manje od dvije godine **(T< 2 god)** *i skupine koja je pohađala terapiju za mucanje više od dvije godine* **(T> 2 god)** *na zavisnoj varijabli „Ljudi će misliti da sam nesposoban/na jer mucam“* **(19)** *na ljestvicama: koliko ČESTO imam ove misli* **(Č)**, *koliko VJERUJEM u ove misli* **(V)**, *koliko ANKSIOZNIM me čine ove misli* **(A)**

Zavisna varijabla	Grupa	N	M	SD	Min	Max
Č19	**T< 2 god**	8	2,13	1,126	1	4
	T> 2 god	8	2,25	0,707	1	3
V19	**T< 2 god**	8	2,00	1,069	1	4
	T> 2 god	8	2,50	0,756	2	4
A19	**T< 2 god**	8	2,25	0,707	1	3
	T> 2 god	8	2,50	0,535	2	3

Tablica 12. pokazuje rezultate Mann- Whitney U- testa kojim se, na razini značajnosti od $p < 0,05$, ispitivala statistički značajna razlika između dvije skupine ispitanika (osobe koje su pohađale terapiju do dvije godine i osobe koje su pohađale terapiju duže od dvije godine). Kao i kod prethodne varijable, ni na ovoj nema statističke značajnosti, odnosno nijedna skupina ispitanika nije anksioznija od druge.

Tablica 12. Usporedbe među skupinama ispitanika primjenom Mann- Whitney U- testa na varijabli „Ljudi će misliti da sam nesposoban/na jer mucam“ **(19)** *na ljestvicama: koliko ČESTO imam ove misli* **(Č)**, *koliko VJERUJEM u ove misli* **(V)**, *koliko ANKSIOZNIM me čine ove misli* **(A)**
Zvjezdicama su označeni statistički značajne razlike (p<0,05)

Zavisne varijable	*p* vrijednost
Č19	0,699
V19	0,214
A19	0,480

Osnovni statistički parametri za varijablu *„Blokirat ću- znam da hoću“* (40) su prikazani u Tablici 13. Iz tablice se uočava kako su osobe koje su pohađale terapiju za mucanje duže od dvije godine dale veće ocjene od osoba koje su pohađale terapiju za mucanje manje od dvije godine. Prosječna vrijednost se najmanje razlikuje na prvoj ljestvici (Č), ali je raspršenost rezultata najveća na istoj ljestvici. Druga skupina ispitanika (osobe koje su pohađale terapiju više od dvije godine) su dale najmanju ocjenu 2= *rijetko ili malo* na drugoj i trećoj ljestivici, dok je prva skupina ispitanika (osobe koje su pohađale terapiju manje od dvije godine) dala na sve tri ljestvice minimalnu ocjenu 1= *nikad ili nikako.* Najveća ocjena koja je dana na ovoj varijabli je 5= *stalno ili u potpunosti,* na drugoj ljestvici (V), od strane ispitanika druge skupine.

Tablica 13. Deskriptivni podaci skupine koja je pohađa terapiju za mucanje manje od dvije godine **(T< 2 god)** *i skupine koja je pohađala terapiju za mucanje više od dvije godine* **(T> 2 god)** *na zavisnoj varijabli „Blokirat ću- znam da hoću“* **(40)** *na ljestvicama: koliko ČESTO imam ove misli* **(Č)** *, koliko VJERUJEM u ove misli* **(V)** *, koliko ANKSIOZNIM me čine ove misli* **(A)**

Zavisna varijabla	Grupa	N	M	SD	Min	Max
Č40	**T< 2 god**	8	2,25	1,035	1	4
	T> 2 god	8	3,13	1,126	1	4
V40	**T< 2 god**	8	2,75	0,707	1	3
	T> 2 god	8	3,63	0,916	2	5
A40	**T< 2 god**	8	1,88	0,835	1	3
	T> 2 god	8	2,75	0,707	2	4

Tablica 14. prikazuje obradu podataka Mann- Whitney U-testom na varijabli *„Blokirat ću- znam da hoću“* (40) . Obradom podataka dobivena je statistički značajna razlika na drugoj ljestvici (p= 0,036), odnosno druga skupina ispitanika (osobe koje su pohađale terapiju duže od dvije godine) više vjeruje u ovakve misli od prve skupine ispitanika (osobe koje su pohađale terapiju za mucanje manje od dvije godine). Iako na trećoj ljestivici (A) nema statistički značajne razlike među ispitanicima, drugu skupinu ispitanika ipak ove misli čine nešto anksioznijima od prve skupine ispitanika.

Tablica 14. Usporedba među skupinama ispitanika primjenom Mann- Whitney U- testa na varijabli „Blokirat ću- znam da hoću“ **(40)** *na ljestvicama: koliko ČESTO imam ove misli* **(Č)** *, koliko VJERUJEM u ove misli* **(V)** *, koliko ANKSIOZNIM me čine ove misli* **(A).**
Zvjezdicama su označeni statistički značajne razlike (p<0,05)

Zavisne varijable	*p* vrijednost
Č40	0,115
V40	0,036*
A40	0,052

Unatoč velikom broju istraživanja u ovom području, ne postoji nijedno istraživanje koje je ispitivalo utjecaj trajanja terapije na vezu anksioznost-mucanje. Međutim, neka istraživanja su se usmjerila na pohađanje terapije, odnosno usporedila su ispitanike koji su pohađali terapiju za mucanje i ispitanike koji nisu pohađali terapiju za mucanje. Iz tih istraživanja se može uočiti kako rezultati nisu ujednačeni, to jest, nije definiran točan utjecaj terapije na anksioznost kod osobe koja muca.

Mahr i Torosian (1999) su u svom istraživanju napomenili kako neki njihovi ispitanici koji mucaju pohađaju terapiju za mucanje, te su uključeni i u grupu samopomoći za mucanje. Pretpostavili su kako, oni koji pohađaju terapiju za mucanje, a posebno oni koji su u grupi samopomoći, manje su anksiozni upravo zbog toga jer su voljni uključiti se u grupu ili je, s druge strane, rezultat rada u grupi samopomoći razlog zašto su manje anksiozni.

Iverach i suradnici (2010) , kod razvijanja UTBAS ljestvice, su došli do zaključka kako osobe koje mucaju u njihovom uzorku traže terapiju za mucanje zbog toga jer imaju višu razinu socijalne anksioznosti u usporedbi sa osobama koje ne žele pohađati terapiju za mucanje, ili možda viša razina socijalne anksioznosti može povećati šanse da osobe zatraže terapiju za mucanje. Međutim, postoji mogućnost kako upravo zbog socijalne anksioznosti osobe koje mucaju izbjegavaju terapiju.

Smith i suradnici (2014) su u svom istraživanju naveli kako odrasli koji mucaju, koji također imaju socijalnu anksioznost imaju dugoročno slabije rezultate nakon terapije za mucanje i kod njih postoji veća mogućnost da će ponovno početi mucati nakon terapije u usporedbi sa onima koji nisu anskiozni.

U istraživanju Craig i suradnika (2003, prema Iverach 2011), u kojem su usporedili osobe koje ne mucaju, osobe koje mucaju koje nisu prošle terapiju za mucanje te osobe koje mucaju i prošle su terapiju za mucanje. Prema njihovim rezultatima, osobe koje ne mucaju i osobe koje mucaju a nisu prošle terapiju se nisu statistički značajno razlikovale, dok osobe koje mucaju i prošle su terapiju su se statistički značajno razlikovale samo od kontrolne skupine. Ovi rezultati nisu potvrdili njihovu pretpostavku da terapija za mucanje može smanjiti anksioznost.

5. Verifikacija pretpostavki

U ovom su radu postavljene dvije hipoteze:

Prva pretpostavka (H1) koja je glasila: *„Postoji statistički značajna razlika u rezultatima osoba koje mucaju i osoba koje ne mucaju“* može se djelomično prihvatiti jer je statistički značajna razlika pronađena na većini varijabli.

Druga se pretpostavka (H2) koja je glasila: *„Postoji statistička značajna razlika u rezultatima osoba koje su pohađale terapiju za mucanje do dvije godine i osoba koje su pohađale terapiju za mucanje više od dvije godine“* ne može prihvatiti budući da nije pronađena statistički značajna razlika na nijednoj varijabli.

6. Zaključak

Zbog raznih predrasuda, stereotipa i negativnog utjecaja mucanja na život, osobe koje mucaju imaju iskrivljenu sliku o sebi. Kao posljedica toga stvaraju se negativni stavovi, osjećaji i vjerovanja vezana uz njihove sposobnosti svakodnevnog komuniciranja, ulaženja u razne socijalne situacije, upoznavanja novih ljudi, stjecanja novih prijateljstava i raznih drugih aktivnosti koje se osobama koje ne mucaju najčešće čine normalnima, svakodnevnima i to rade bez razmišljanja. Takve aktivnosti svakodnevni su izazov, koji kod osoba koje mucaju budi osjećaj anskioznosti.

Većina osoba koje mucaju nose se sa poremećajem tečnosti od ranog djetinjstva do odrasle dobi, stoga je činjenica da kod osoba koje mucaju to može izazvati nelagodu, osjećaj nemoći, sram, frustraciju, tjeskobu, tugu, nervozu. S vremenom, ovi osjećaji dovode do socijalne anksioznosti (Blumgart i sur., 2014). Prema tome, može se zaključiti da je socijalna anksioznost posljedica mucanja i negativnog utjecaja koje mucanje ima na život osobe koja muca. Svakako treba naglasiti kako su razlike, u postojanju ili razini socijalne anksioznosti, individualne.

Prema mnogim dijagnostičkim procjenama, kod mucanja su vidljiva razna obilježja socijalne anksioznosti, kao što je na primjer strah od negativne evaluacije i strah od govornih situacija, koji mogu održavati socijalnu anskioznost i pogoršati mucanje (Iverach i Rapee, 2014).

U većini istraživanja koja ispituju anksioznost kod osoba koje mucaju, u istraživanja su uključeni samo oni koji su pohađali terapiju za mucanje. To je bitan podatak jer ukazuje na to kako su vjerojatno jedan od razloga zašto su se osobe koje mucaju uključile u terapiju upravo negativni osjećaji vezani uz govorne situacije ili postojanje anksioznosti. Iz tog razloga, jedan od bitnih elemenata u terapiji, procjeni ili dijagnostici bio bi ispitavanje razine socijalne anksioznosti kod osoba koje mucaju. Logopedi koji provode terapiju za mucanje bi uvijek trebali biti svjesni da postoji velika mogućnost da osoba koja zatraži njihovu pomoć ima povišenu razinu anksioznosti (Craig i Tran, 2005), a osoba koja muca trebala bi biti svjesna kako mucanje može dovesti do socijalne anksioznosti, što posljedično negativno utječe na razne aspekte života, odnosno smanjuje kvalitetu života.

S obzirom na razinu neugode u socijalnim situacijama, kao i učestalost javljanja tih situacija, a koje negativno utječu na osobe koje mucaju, tehnike za smanjivanje anksioznosti kao i trening socijalnih vještina u terapiji za mucanje mogli bi biti korisni (Kraaimaati i sur., 2002). Trening socijalnih vještina se preporuča jer uključuje izloženost socijalnim situacijama i izvođenje

socijalnih reakcija/odgovora. Jedan od razloga važnosti terapije za socijalnu anskioznost kod mucanja je povećana razina anskioznosti koja može biti razlog neuspjeha ili teškoće „održavanja“ govora nakon terapije za mucanje (Iverach i sur., 2011). Prema tome, uspjeh terapije za mucanje može ponekad ovisiti o anksioznosti.

Unatoč velikom broju istraživanja koja proučavaju odnos ova dva poremećaja, točna veza još uvijek nije definirana. Ono što se sa sigurnošću može zaključiti je da socijalna anksioznost svakako otežava život i utječe na mentalno zdravlje osoba koje mucaju.

Rezultati ovog istraživanja su potvrdili da osobe koje mucaju jesu anksioznije od osoba koje ne mucaju, ali istraživanjem se nije uspjelo pokazati ovisi li nastanak ili razina anksioznosti o duljini trajanja terapije za mucanje. Stoga su potrebna daljnja istraživanja zbog boljeg razumijevanja veze mucanja i socijalne anskioznosti, radi shvaćanja važnosti utjecaja socijalne anksioznosti na razne aspekte života osobe koja muca, razvijanja što boljih metoda za procjenu socijalne anksioznosti te uključivanja tehnike za prevladavanje socijalne anksioznosti u terapiju za mucanje kako bi se osobi koja muca u potpunosti pomoglo.

7. Literatura

1. Arnold, H., S., i Li, J. (2016). Associations between beliefs about and reactions toward people who stutter. *Journal of Fluency Disorders,* 47, 27- 37.

2. Blumgart, E., Tran, Y., i Craig, A. (2010). Social anxiety disorder in adults who stutter. *Depression and Anxiety,* 27, 687-692.

3. Blumgart, E., Tran, Y., i Craig, A. (2014). Social support and its association with negative affect in adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders,* 40, 83- 92

4. Boyle, M.,P. (2013). Assessment of Stigma Associated With Stuttering: Development and Evaluation of the Self-Stigma of Stuttering Scale (4S). *Journal of Speech Language and Hearing Research 56 (5)*, 1517- 1529.

5. Craig, A., i Tran, Y. (2005). What is the relationship between stuttering and anxiety?. *Speaking Out.* British Stammering Association.

6. Craig, A., Tran, Y. (2006) Fear of speaking: chronic anxiety and stammering. *Advances in Psychiatric Treatment, 12*, 63–68.

7. Craig, A., i Tran, Y. (2014). Trait and social anxiety in adults with chronic stuttering: Conclusions following meta-analysis. *Journal of fluency disorders, 40*, 35- 43.

8. Ezrati- Vinacour, R., i Levin, I. (2004). The relationship between anxiety and stuttering: A multidimensional approach. *Journal of Fluency Disorders, 29,* 135-148.

9. Guitar, B. (2014). *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment.* 4th edition. Lippincott , Williams & Wilkins. Baltimore

10. Heimberg, R., G., Brozovich, F., A., Rapee, R., M. (2014). A Cognitive- Behavioral Model of Social Anxiety Disorder. U: Hofmann, S., G., DiBartolo, P., M. (ur.): *Social Anxiety: Clinical, Developmental, and Social Perspectives*. 3rd edition. (str. 706- 721). Oxford: Elsevier Inc

11. Hunsaker, S. A. (2011). The Social Effects of Stuttering in Adolescents and Young Adults. Southern Illinois University Carbondale.

12. Iverach, L., Menzies, R., Jones, M., O'Brian, S., Packman, A., i Onslow, M. (2011). Further development and validation of the Unhelpful Thoughts and Beliefs About Stuttering (UTBAS) scales: relationship to anxiety and social phobia among adults who stutter. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 46, 3, 286-299.

13. Iverach, L., Menzies, R. G., O'Brian, S., Packman, A., i Onslow, M. (2011). Anxiety and Stuttering: Continuing to Explore a Complex Relationship. *American Journal of Speech-Language Pathology, 20,* 221-232.

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

15. Johnson, J., K. (2008). The Visualization of the Twisted Tongue: Portrayals of Stuttering in Film, Television, and Comic Books. *The Journal of Popular Culture, 41 (2),* 245- 261

16. Kraaimaat, F. W., Vanryckeghem, M., Van Dam-Baggen, R. (2002). Stuttering and social anxiety. *Journal of Fluency Disorders, 27,* 319-330.

17. Mahr, G.,C. i Torosian, T. (1999). Anxiety and social phobia in stuttering. *Journal of Fluency Disorders,* 24, 119- 126.

18. McNeill, D., W., i Randall, C., L. (2014). Conceptualizing and Describing Social Anxiety and Its Disorders. U: Hofmann, S., G., DiBartolo, P., M. (ur.): *Social Anxiety: Clinical, Developmental, and Social Perspectives,* 3rd edition. (str. 3-21). Oxford: Elsevier Inc.

19. Messenger, M., Onslow, M., Packman, A., i Menzies, R. (2004). Social anxiety in stuttering: measuring negative social expectancies. *Journal of Fluency Disorders, 29,* 201-212.

20. Miller, R., S. (2014). Embarrassment and Social Anxiety Disorder: Fraternal Twins or Distant Cousins?. U: Hofmann, S., G., DiBartolo, P., M. (ur.): *Social Anxiety: Clinical, Developmental, and Social Perspectives.* 3rd edition. (str. 118- 136). Oxford: Elsevier Inc

21. Onslow, M. (2016). Stuttering and Its Treatments- Eleven Lectures. Sydney. Australian Stuttering Research Centre, University of Sydney.

22. Seedat, S. (2013). Social Anxiety Disorder (Social Phobia). *South African Journal of Psychiatry, 19 (3),* 192- 196.

23. Smith, K.,A., Iverach, L., O'Brian, S., Kefalianos, E., i Reillya, S. (2014). Anxiety of children and adolescents who stutter: A review. *Journal of Fluency Disorders, 40,* 22–34.

24. St Clare, T., Menzies, R., G., Onslow, M., Packman, A., Thompson, R., Block, S. (2009). Unhelpful thoughts and beliefs linked to social anxiety in stuttering: development of a measure. *International Journal of Language and Communication Disorders, 44 (3),* 338-351

25. World Health Organization (1993). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Geneva.

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