

## ОДЛИКЕ ПОРОДИЦЕ ДЕЦЕ КОЈА МУЦАЈУ

Будимирка СИМИЋ-РУЖИЋ<sup>1</sup>, Александар А. ЈОВАНОВИЋ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Завод за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију „Проф. др Цветко Брајовић”, Београд;

<sup>2</sup>Институт за психијатрију, Клинички центар Србије, Београд

### КРАТАК САДРЖАЈ

**Увод** Муцање је функционални поремећај говора који се испољава свесним, ненамерним, испрекиданим, дисхармоничним и дисритмичним таласањем звука различитих фреквенција и интензитета. Порекло поремећаја сагледава се у оквиру теоријских модела који настоје да повежу генетске и епигенетске чиниоце.

**Циљ рада** Циљ рада је био да се сагледају одлике породичног функционисања деце која муцају у односу на функционисање породица са децом без говорних поремећаја, што би потврдило оправданост увођења терапијских мера усмерених на породицу у терапијски инвентар намењен деци која муцају.

**Метод рада** Испитано је 79 породица са децом узраста од три године до шест година, од којих 39 породица са децом која муцају и 40 са децом која немају говорне поремећаје. За процену особености породица коришћена је Скала породичног здравља, на основу које се мери шест основних димензија породичног функционисања: емоционално стање, комуникације, границе, алијансе, адаптабилност и стабилност, те породична способност. На основу скорова за основне димензије, као глобални показатељ породичног функционисања добијен је тзв. укупни скор породичног здравља.

**Резултати** Породице са децом која муцају су, у односу на породице са децом без муцања, имале значајно ниже просечне скорове у погледу свих шест основних димензија породичног функционисања, као и укупног скор породичног здравља.

**Закључак** Резултати истраживања су показали да се деца која муцају, у односу на децу без говорних поремећаја, развијају у породицама којима су својствене неповољна емоционална атмосфера, поремећена комуникација и слабија контрола над ситуационим и развојним тешкоћама које ометају њихов развој. Примена породичне психотерапије модификоване у складу с потребама породице детета које муца данас се сматра неопходним елементом у терапијском приступу овом поремећају говора. Процена породичних одлика, с посебним освртом на способност родитеља да препознају специфичне потребе детета са говорним поремећајем, на адекватну интеракцију и на спремност родитеља за сарадњу, неопходни су елементи у процени подобности родитеља у судским споровима око доделе деце на даљу бригу и старање током или после развода брака.

**Кључне речи:** деца; породица; муцање

### УВОД

Муцање је функционални поремећај говора који се испољава свесним, ненамерним, испрекиданим, дисхармоничним и дисритмичним таласањем звука различитих фреквенција и интензитета и одражава реверзибилни поремећај психофизиолошког јединства људског бића [1]. Тежи облици муцања често су праћени различитим напрезањима, која се обично називају акцесорним, тј. придруженим, одликама. Она су уочљива на респираторним фонаторним или артикулаторним нивоима механизма говора, испољавају се поремећајем дисања, покрета глотиса, усана или језика, а неретко се уочавају пратећи поремећаји понашања, као што су жмиркање, фацијалне гримасе, трзаји главе или ненормални покрети тела пре или током поремећеног говора [2]. Стога је још актуелна нозолошка дилема да ли муцање сврстати у поремећаје говора или је, пак, реч о посебном ентитету из групе поремећаја понашања, односно психијатријских поремећаја [2].

Десета ревизија Међународне класификације болести (МКБ-10) сврстава муцање у групу означену као „Други поремећаји емоција и поремећаји понашања настали у детињству или адолесценцији”, а муцање одређује као „измењени ритам говора” који одликују „често понављање или продужавање гласова (сло-

гова или речи), често одуговлачење говора или честе паузе које ремете ритам говора” [3]. Муцање је феноменолошки слично одређено и према критеријумима садржаним у Четвртој ревизији Дијагностичког и статистичког приручника Америчког психијатријског удружења (*DSM-IV*), али је сврстано у групу тзв. поремећаја комуникације (енгл. *communication disorders*) [4]. Даље, док је, према МКБ-10, за постављање дијагнозе довољно да је тежина поремећаја таква да значајно омета флуентност говора, *DSM-IV* прецизира да поремећај омета образовање, рад и друштвену комуникацију, а да, уколико постоји неуромоторно или неуросензитивно оштећење говора, сметње говора превазилазе оне које су специфичне за поменуто оштећење. Поред критеријума који прецизно описују оно што се може уочити из перспективе посматрача, *DSM-IV* уводи и један изузетно важан субјективни критеријум који се односи не само на појачан напор при изговарању речи, него и на значајан психолошки дистрес, који ремети свакодневно функционисање и личну срећу [5].

Епидемиолошка истраживања показују да је преваленција муцања у општој популацији око 1%, да се најчешће јавља у узрасту од три године до шест година, да у већини случајева (80%) спонтано нестаје до краја адолесценције, да је три-четири пута чешће код мушкараца него код жена и да постоји висока учеста-

лост муцања (50%) код чланова породице особа које муцају [6-10]. Етиологија муцања је сложена и још недовољно разјашњена. Предложени су различити теоријски модели који се генерално могу поделити на тзв. психолошке и органске [11, 12]. За разлику од психодинамски оријентисаних модела, новији психолошки модели настанка и терапије муцања засновани су углавном на теоријама учења, односно принципима оперантног и класичног условљавања [13-16].

Актуелна генетска истраживања и модели генетске трансмисије муцања недвосмислено говоре у прилог снажном утицају биолошког наслеђа, али указују и на сложену интеракцију између наслеђа и средине, односно генетских и психосоцијалних чинилаца [17, 18]. У смислу претходно реченог, сматра се да неповољни (стресогени) утицаји из непосредног окружења, првенствено породичне средине, код осетљивије деце која испољавају тзв. физиолошку нефлуентност говора (дисфлуентност) могу довести до појаве муцања, неретко у вези с неким интензивним доживљајем страха [15, 19-22]. Нормална дисфлуентност (или тзв. физиолошка нефлуентност) се може означити као примарно муцање тек онда када су дисфлуентне сметње израженије и када количина ових сметњи варира према емоцијама које дете при том доживљава, а које су везане за комуникативне конфликте (опомињање, пожуривање, непажња, прекидање од стране околине и сл.). Када се јави свесност о говорним тешкоћама, страх због њих и борба против њих провоцирају још већи психолошки дистрес и следствено јаче израженије сметње у говору; тада је реч о тзв. секундарном муцању [11, 12, 23].

## ЦИЉ РАДА

Циљ истраживања био је да се испита да ли постоје разлике у функционисању породичног система између породица које имају дете које муца и тзв. здравих породица, те, уколико постоје, које су то разлике и колико су изражене.

## МЕТОД РАДА

Испитивањем је обухваћено 79 породица са дететом узраста од три године до шест година, које су сврстане у две испитиване групе: експерименталну групу, која је обухватила 39 породица које имају дете које муца, и контролну групу, која је обухватила 40 породица које имају дете без поремећаја говора. Критеријуми за избор испитаника за експерименталну групу били су: заступљеност муцања код деце које се јавило најмање у последњих шест месеци, да су деца просечне интелигенције (да нису ментално заостала), да је ЕЕГ налаз нормалан и да немају други говорни поремећај осим развојне дислалије, која се толерише у овом узрасту. Критеријуми за избор испитаника за

контролну групу били су: да испитаници не муцају, да су просечне интелигенције и да немају говорни поремећај осим развојне дислалије. Испитаници експерименталне групе били су пацијенти Завода за психолошко-физиолошке поремећаје и говорну патологију у Београду, а испитаници контролне групе су одабрани методом случајног избора из вртића „11. април”, објекат „Славуј”, из Новог Београда. За све испитанике дат је писани пристанак родитеља за укључивање у студију, уз претходно информисање о типу истраживања.

Процена тежине муцања у експерименталној групи извршена је на основу дијагностичких критеријума одговарајућег упитника према препорукама Владисављевића [24]. Тако је, према степену муцања, код једног испитаника уочен благи степен муцања, код 27 испитаника умерен степен, код 10 испитаника тежак степен, а врло тежак степен муцања код такође једног испитаника.

Процена квалитета породичног функционисања извршена је на основу Скале породичног здравља [25]. Реч је о инструменту типа опсерверске скале где се, на основу полуструктурираног интервјуа и операционализованих критеријумима за препознавање понашања, комуникације и анамнестичких података, врши процена основних димензија породичног функционисања. Скала породичног здравља састављена је од 26 задатака разврстаних у шест супскала, које мере следеће основне димензије породичног функционисања: емоционално стање, комуникације, границе, алијансе, адаптабилност и стабилност, те породичну способност.

Од психометријских својстава испитани су интерна конзистентност и слагање између испитивача. Интерна конзистентност појединих супскала је мерена Кронбаховим (*Cronbach*) коефицијентом алфа, а била је између 0,77 и 0,92. За све задатке утврђена је веома висока интерна конзистентност (0,95) у односу на укупни скор. Слагање између испитивача проверено је за 20 деце експерименталне групе и мерено коефицијентом интракласне корелације, чија вредност је по супскалама била 0,68-0,82.

## РЕЗУЛТАТИ

У погледу структуре породице, није уочена статистички значајна разлика између експерименталне и контролне групе (Табела 1). Овде је структура породица конципирана кроз дихотомију: нуклеусна и проширена породица. Наиме, нуклеусна породица подразумева је породично домаћинство које чине оба родитеља и деца. Појам проширене породице се односио на породичну заједницу, где у заједничком домаћинству, поред нуклеусне породице, живи још неко блиских сродника (бабе, деде, стричеви, тетке и сл.).

Када се посматрају основне димензије функционисања породичног система процењене Скалом породичног здравља, уочене су статистички високо зна-

ТАБЕЛА 1. Структура 79 испитаних породица.  
TABLE 1. Structure of 79 families.

Породица Family	Број испитаника Number of children		DF	$\chi^2$	p
	Група 1 Group 1	Група 2 Group 2			
	Нуклеарна Nuclear	18 (46%)			
Проширена Extended	21 (54%)	20 (50%)			
Укупно Total	79 (100%)				

Група 1 – експериментална група; Група 2 – контролна група; DF – степен слободе; p – вероватноћа  
Group 1 – experimental group; Group 2 – control group; DF – degree of freedom; p – probability

чајне разлике између групе деце која муцају и групе деце која не муцају (Табела 2) и с аспекта основних димензија (супскала), и с аспекта укупног скорa, при чему су највеће разлике између група забележене на димензијама које се односе на емоционално стање и алијансе.

Породичне односе деце која муцају, у односу на породице деце без говорних поремећаја, одликовали су: јача емоционална тензија, несигурност и хладноћа у породичној атмосфери, нејасно изражавање порука, нејасне границе с околином и повремено пробијање међугенерациских граница, повремена незадовољства у брачном односу, флексибилност организације породичног система с ригидношћу у неким областима и адекватна контрола над понашањем деце уз повремено неслагање између родитеља. Насупрот породицама експерименталне групе, породични односи деце без говорних поремећаја одликовали су се: топлијом атмосфером и осећањем сигурности уз ретку напетост, директном и јасном комуникацијом, јасним међугенерациским и границама с околином, топлијим брачним односом родитеља уз ређе неслагање,

чвршћим родитељским алијансама, флексибилношћу организације породичног система и сталном и флексибилном контролом понашања деце.

## ДИСКУСИЈА

У уводном делу већ је било речи о актуелном етиопатогенетском схватању муцања, тј. да неповољни утицаји од стране особа из непосредног породичног окружења код осетљивије деце која испољавају (у значајној мери генетски условљене) нефлуентности у говору могу довести до муцања. Резултати нашег истраживања још једна су потврда о повезаности епигенетских чинилаца садржаних у одликама породичног функционисања с испољавањем овог говорног поремећаја.

Досадашња истраживања и искуства из праксе показују да изостанак емоционалног учешћа у породици или претерано учешће с несталним и конфузним изражавањем осећања неповољно утичу како на развој детета, тако и на његов говор [20-22]. Напомињемо да је овде реч о примарном муцању, где деца нису свесна свог говорног поремећаја. Неадекватно емоционално стање, на шта недвосмислено указују нижи скорови у групи деце која муцају у односу на групу деце која не муцају, може да утиче на појаву несигурности и напетости код деце, што, свакако, погодује настанку муцања или појачавању симптома овог поремећаја уколико оно већ постоји.

Адекватна комуникација подразумева, пре свега, говорне врлине – јасноћу, конгруентност (склад) вербалног и невербалног изражавања, усмереност, отвореност, континуитет, уважавање, а затим и слушалачке врлине – емпатију и пажњу. У породицама деце која муцају, према резултатима нашег истраживања, недвосмислено су утврђене горенаведене сметње у ко-

ТАБЕЛА 2. Компаративна анализа просечних скорова на појединим супскалама и просечног укупног скорa Скале породичног здравља код деце експерименталне и контролне групе.

TABLE 2. Comparative analysis of average scores on subscales and average total scores of the Family Health Scale in the experimental and control groups of stuttering children.

Димензија Dimension	Експериментална група Experimental group		Контролна група Control group		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
Емоционално стање Emotional state	3.870	0.963	5.458	1.194	-6.491	0.000
Комуникација Communication	4.405	1.072	5.450	1.249	-3.983	0.000
Границе Borders	4.567	0.966	5.559	1.157	-4.134	0.000
Алијансе Alliances	4.474	1.053	5.835	0.819	-6.426	0.000
Адаптабилност и стабилност Adaptability and stability	5.042	1.097	5.758	0.996	-3.041	0.003
Породична способност Family skills	4.565	1.024	5.608	0.815	-5.017	0.000
Укупни скор породичног здравља Total family health score	4.463	0.890	5.615	0.956	-5.542	0.000

$\bar{X}$  – просечна вредност; SD – стандардна девијација; t – вредност Студентовог t-теста; p – вероватноћа  
 $\bar{X}$  – average score; SD – standard deviation; t – Student's t-test value; p – probability

муникацији, које спутавају децу да изразе своја осећања, жеље и потребе на адекватан начин, услед чега она могу да буду стално незадовољна, потиштена и узнемирена, што је у складу и с утврђеним лошим емоционалним стањем у породицама испитаника експерименталне групе [26].

Економски проблеми нашег друштва, као и одређене културне посебности, имају утицаја на то да су родитељи често економски зависни од својих родитеља, који су најчешће укључени у васпитање деце [27]. Међутим, испитујући развој нуклеусне породице деце која муцају, могло се уочити да брачни пар од почетка формирања породице није поставио јасне границе према породици порекла и да породица често нема јасну структуру, ни поделу улога, а дешава се да преносе и моделе понашања својих родитеља. Наиме, уочене нејасне границе у породицама деце која муцају, пре свега између чланова родитељских и дечјих супсистема у оквиру нуклеусне породице (деца и родитељи), а затим и границе између чланова нуклеусне и примарне породице родитеља (у односу на децу – деде, бабе, тетке, ујаци, стричеви и сл.), додатно код деце појачавају несигурност, што је, поред раздражљивости, нервозе и преосетљивости, једна од одлика личности деце која муцају уколико имају неуропатску конституцију [28]. Слично претходном, и неадекватне алијансе између чланова породице, а нарочито конфликтни односи родитеља, утичу на стварање инфериорности, несигурности, повлачења, инхибиције и губљења спонтаности у комуникацији, уз појачавање анксиозности код детета које има неуропатску структуру, што такође може бити погодно тло за појаву муцања. Потврда за ово може се наћи и у радовима других аутора [15, 20, 30].

За адекватан развој личности деце неопходно је осећање припадности и сигурности у породици. Међутим, важно је и да породица има способност прилагођавања на новонасталу ситуацију и да адекватно реагује на промењене околности, јер их ригидан породични систем, који не омогућава адекватно успостављање контакта чланова породице с околином, спутава и ограничава. Несигурно и повучено дете код којег се повремено испољава нефлуентност у говору уз неадекватан однос породице и спољашње средине може почети да муца [1, 11, 12, 15, 20]. За складан психолошки развој детета изузетно је важно да контрола његовог понашања буде стална, флексибилна и у складу с узрастом, али је такође јако важно да су оба родитеља доследна и усклађена у спровођењу контроле. Уочено је да су родитељи често попустљиви према деци која муцају, а поједини претерано строги, те кажњавају децу или их пак занемарују, више се бавећи децом која не муцају. У том смислу, наглашена рестриктивност родитеља ограничава развијање радозналости и индивидуалности деце и утиче на стварање несигурне, плашљиве личности, са следственом могућношћу развијања трајних маладаптивних образаца понашања.

Досадашња истраживања, укључујући и наше, указују на изузетан значај терапијских интервенција усмерених на породицу за успешност лечења различитих поремећаја говора [30-33]. Од терапијских модалитета чија је ефикасност досад процењена посебно се истиче метод групне терапије родитеља деце која муцају с обзиром на значајно побољшање става према муцању, као и побољшање комуникације, адаптивног понашања и емоционалне кохезије у породици. Показало се да су користи од овог вида третмана вишеструке: едукација родитеља у вези с муцањем и његовом проблематиком, корекција ставова према муцању код деце, интеракције између чланова које омогућавају бољи увид у односе са децом и међусобну подршку за разумевање и савладавање постојећих проблема, те побољшање мотивације родитеља за активно учешће у лечењу детета, што је неопходан предуслов за позитиван исход терапије деце која муцају.

На крају треба истаћи да смо на основу прелиминарне ретроспективне анализе судских вештачења у споровима око доделе деце на даљу бригу и старање током или после развода брака (обављених протеклих десетак година у оквиру Судскопсихијатријске комисије Судскомедицинског одбора Медицинског факултета Универзитета у Београду и Центра за судску психијатрију Института за психијатрију КЦС у Београду) уочили говорне поремећаје код деце у око 10% случајева. Ово се може прихватити и као индиректан показатељ повезаности породичне и говорне патологије, али и као још једна потврда става да су способност за препознавање специфичних потреба детета са говорним поремећајем, адекватна интеракција и спремност за терапијску сарадњу неопходни елементи у процени подобности родитеља у поменутих вештачењима [34].

## ЗАКЉУЧАК

Начин комуникације, вредносни ставови, обрасци понашања и унутрашња искуства укључујући и многе фрустрације, неостварене жеље и потребе које смо током одрастања усвојили у својој примарној породици, а неретко преносимо на породицу коју заснивамо, на тај начин одређујући епигенетски оквир за испољавање онога што је у нашој деци евентуално генетски предодређено.

Породица, као ембрион друштвене организације, садржи највитаљније односе појединца с околином и један је од кључних фактора како нормалног, тако и патолошког индивидуалног развоја, те у том смислу треба и сагледати значај овог истраживања као доприноса развоју концептуалног и инструменталног оквира за боље разумевање законитости настанка и развоја муцања код деце и следствених терапијских и форензичких импликација.

## НАПОМЕНА

Методологија и резултати истраживања који се овде приказују део су материјала обрађеног у оквиру магистарске тезе првог аутора [35].

## ЛИТЕРАТУРА

- Brajiović C, Brajiović Lj. Rehabilitacija poremećaja funkcije govora. Beograd: Naučna knjiga; 1981. p.49-55.
- Cooper E, De Nil LF. Is stuttering a speech disorder? ASHA 1999; 41:10-12.
- Svetska zdravstvena organizacija. Međunarodna klasifikacija bolesti (МКВ-10), deseta revizija. Beograd: Savezni zavod za zaštitu i unapređenje zdravlja, Savremena administracija; 1996. p.292-5.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994. p.55-65.
- Bloodstein O. Stuttering as an anticipatory struggle reaction. In: Curlee RF, Siegel GM, editors. The Nature and Treatment of Stuttering: New Directions. 2nd ed. Boston: Allyn & Bacon; 1997. p.169-81.
- Jones M, GebSKI V, Onslow M, Packman A. Statistical power in stuttering research: a tutorial. J Speech Lang Hear Res 2002; 5:243-55.
- Buck SM, Lees R, Cook F. The influence of family history of stuttering on the onset of stuttering in young children. Folia Phoniatri Logop 2002; 54:117-24.
- Craig A, Hancock K, Tran Y, Craig M, Peters K. Epidemiology of stuttering in the community across the entire life span. J Speech Lang Hear Res 2002; 45:1097-105.
- Van Borsel J, Moeyaert J, Mostaert C, Rosseel R, Van Loo E, Van Renterghem T. Prevalence of stuttering in regular and special school populations in Belgium based on teacher perceptions. Folia Phoniatri Logop 2006; 58:289-302.
- McKinnon DH, McLeod S, Reilly S. The prevalence of stuttering, voice, and speech-sound disorders in primary school students in Australia. Lang Speech Hear Serv Sch 2007; 38:5-15.
- Vladislavljević S. Mucanje. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 1982. p.63-70.
- Guitar B. Stuttering. An Integrated Approach to Its Nature and Treatment. 3rd ed. Baltimore, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.105-36.
- Wischner GJ. Stuttering behavior and learning: A preliminary theoretical formulation. J Speech Hear Dis 1950; 15:324-5.
- Shames GH, Sherrick CE Jr. A discussion of nonfluency and stuttering as operant behavior. J Speech Hear Dis 1963; 28:3-18.
- Cox NJ, Seider RA, Kidd KK. Some environmental factors and hypotheses for stuttering in families with several stutterers. J Speech Hear Res 1984; 27:543-8.
- Conture EG. Treatment efficacy: stuttering. J Speech Hear Res 1996; 39:S18-26.
- Mellon CD, Umar F, Hanson ML. Stuttering as a phenotype for behavioral genetics research. Am J Med Genet 1993; 48:179-83.
- Ambrose NG, Cox NJ, Yairi E. The genetic basis of persistence and recovery in stuttering. J Speech Lang Hear Res 1997; 40:567-80.
- Adams M. A clinical strategy for differentiating the normally non-fluent child and the incipient stutterer. J Fluency Dis 1977; 2:141-4.
- Rustin L. Parents and families of children with communication disorders. Folia Phoniatri Logop 1995; 47:123-39.
- Nippold MA, Rudzinski M. Parents' speech and children's stuttering: a critique of the literature. J Speech Hear Res 1995; 38:978-89.
- Karras J, Walden TA, Conture EG, et al. Relation of emotional reactivity and regulation to childhood stuttering. J Commun Disord 2006; 39:402-23.
- Howell P. Signs of developmental stuttering up to age eight and at 12 plus. Clin Psychol Rev 2007; 27:287-306.
- Vladislavljević S. Mucanje. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 1982. p.83-4.
- Kinston W, Loader P, Miller L. Clinical Assessment of Family Health. London: Family Research Programme & Family Studies Group; 1986.
- Mielke U. Social conditions of stuttering. Padiatr-Genzgeb 1993; 31:253-8.
- Jovanović A, Pejović M, Marinković J. Transkulturalna distanca i osnovni obrasci porodičnog funkcionisanja, Engrami 1993; 15:33-6.
- Sulejmanpašić Dž. Problematika nauke o mucanju. Beograd: Naučno delo; 1969. p.47-69.
- Subramanian A, Yairi E. Identification of traits associated with stuttering. J Commun Disord 2006; 39:200-16.
- Logan KJ, Caruso AJ. Parents as partners in the treatment of childhood stuttering. Semin Speech Lang 1997; 18:309-26.
- Yaruss JS. One size does not fit all: special topics in stuttering therapy. Semin Speech Lang 2003; 24:3-6.
- Ratner NB. Caregiver-child interactions and their impact on children's fluency: implications for treatment. Lang Speech Hear Serv Sch 2004; 35:46-56.
- Simić-Ružić B, Jovanović A, Tadić J, Dobrota-Davidović N. Evaluation of therapeutical work with parents of stuttering children. Book of Abstracts. VIII. Congress for People who Stutter, Cavtat, Dubrovnik, 6-11 May, 2007; p.39-40.
- Ackerman MJ, Schoendorf K. Ackerman-Schoendorf Scales for Evaluation of Custody. Los Angeles: Western Psychological Services; 1994. p.81-4.
- Simić B. Osobnosti porodice dece koja mucaju [magistarska teza]. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu; 2001.

## FAMILY CHARACTERISTICS OF STUTTERING CHILDREN

Budimirka SIMIĆ-RUŽIĆ<sup>1</sup>, Aleksandar A. JOVANOVIĆ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Institute for Psychophysical Disorders and Speech Pathology "Prof. Dr. Cvetko Brajović", Belgrade;

<sup>2</sup>Institute of Psychiatry, Clinical Centre of Serbia, Belgrade

**INTRODUCTION** Stuttering is a functional impairment of speech, which is manifested by conscious, but nonintentionally interrupted, disharmonic and disrhythmic fluctuation of sound varying in frequency and intensity. Aetiology of this disorder has been conceived within the frame of theoretical models, which tend to connect genetic and epigenetic factors.

**OBJECTIVE** The goal of the paper was to study the characteristics of the family functioning of stuttering children in comparison to the family functioning of children without speech disorder, which confirmed the justification of the introduction of family orientated therapeutic interventions into the therapy spectrum of child stuttering.

**METHOD** Seventy-nine nucleus families of 3 to 6 year-old children were examined; of these, 39 families had stuttering children and 40 had children without speech disorder. The assessment of family characteristics was made using the Family Health Scale, an observer-rating scale which according to semistructured interview and operational criteria, measures 6 basic dimensions of family functioning: Emotional State, Communication, Borders, Alliances, Adaptability & Stability, Family Skills. A total score calculated from the basic dimensions, is considered as a global index of family health.

**RESULTS** Families with stuttering children compared to families with children without speech disorder showed significantly

lower scores in all the basic dimension of family functioning, as well as in the total score on the Family Health Scale.

**CONCLUSION** Our research results have shown that stuttering children in comparison with children without speech disorder live in families with unfavourable emotional atmosphere, impaired communication and worse control over situational and developmental difficulties, which affect children's development and well-being. In the light of previous research, the application of family therapy modified according to the child's needs is now considered indispensable in the therapeutic approach to stuttering children. The assessment of family characteristics with special reference to the ability of parents to recognize specific needs of children with speech disorder and adequate interaction, as well as readiness of parents for therapeutic collaboration are the necessary elements in legal custody evaluations.

**Key words:** family; children; stuttering

Aleksandar JOVANOVIĆ  
Institut za psihijatriju  
Klinički centar Srbije  
Paterova 2, 11000 Beograd  
Tel.: 011 2641 097  
E-mail: shrinks@eunet.rs