

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Koktavost z pohledu dospělých balbutiků
Stuttering from a perspective of adult stutterers

Bc. Martina Pelclová

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Jiřina Klenková, Ph.D.
Studijní program: Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika

Odevzdáním této diplomové práce na téma Kóktavost z pohledu dospělých balbutiků potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha, 17. dubna 2021

Ráda bych poděkovala paní doc. PaedDr. Jiřině Klenkové, Ph.D., za její odborné vedení mé diplomové práce. Mé srdečné poděkování patří Ing. Jánů Hladkému MA., který mě po celý čas zásoboval nesmírnou podporou a motivoval mě během celého procesu. Dále bych ráda poděkovala Barboře Hálové, Anně Rokosové a Janu Olšanovi za jejich připomínky a cenné rady.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá pohledem dospělých balbutiků na koktavost. Výzkumná práce se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část diplomové práce je rozdělena do pěti kapitol. Úvodní kapitola se věnuje motivaci a motivaci druhé osoby. Následuje kapitola zabývající se komunikací, strachu a panice z komunikace, motivací ke komunikaci, ale také narušenou komunikační schopností, kam koktavost řadíme. Třetí kapitola se již podrobně věnuje právě koktavosti, jejímu vzniku, symptomům a klasifikaci. V následující kapitole nalezneme diagnostiku koktavosti a metody, které se využívají v České republice. Teoretickou část diplomové práce uzavírá kapitola terapie koktavosti. Praktická část diplomové práce obsahuje výzkumné šetření, které bylo provedeno kvalitativní metodou – zakotvená teorie. Výzkumného šetření formou dotazníků se účastnilo osm dospělých balbutiků ve věku 31 až 50 let. Primárním cílem výzkumného šetření bylo zjištění, jak dospělí balbutici vnímají svoji koktavost. Vedlejším cílem bylo zjistit, co by sami balbutici doporučili lidem, kteří trpí obdobnými problémy. Výsledků práce bylo dosaženo pomocí vytvoření třech zakotvených tvrzení, které zodpověděly výzkumné otázky. Na základě analýzy výpovědí respondentů bylo vytvořeno doporučení pro balbutiky.

KLÍČOVÁ SLOVA

koktavost – balbutik – vlastní strategie – motivace – terapie

ABSTRACT

The subject of this master thesis is to examine balbutism from a perspective of adult stutterers. The thesis is broken down into a theoretical part and a practical part. The theoretical part is subsequently divided into five chapters. The introductory chapter defines motivation and a process of motivating another person. The following chapter deals with communication, an anxiety and panic resulting from communication, a motivation towards communication and additionally also the speech impairments under which stuttering is included. The third chapter specifically deals with stuttering, its origins, symptoms and classification. The fourth chapter describes diagnostic methods of stuttering employed in Czech Republic. The chapter about therapeutic methods concludes the theoretical part of the thesis. The practical part is centered on a research analysis and employs a qualitative method, namely a grounded theory method. Eight adult stutterers between the ages 31 and 50 were included in the study that took a form of questionnaire. Its primary aim was to examine the way in which adult stutterers view their own stuttering. The secondary aim was to determine what advice would the study group give to people suffering from a similar condition. The result of this thesis has been achieved by constructing three grounded statements that attempted to answer the research questions. The final recommendation for adult stutterers has been derived from the responses of adult stutterers.

KEYWORDS

Stuttering – stutterers – personal strategies – motivation - therapy

Obsah

Úvod.....	7
1 Motivace.....	8
1.1 Definice.....	8
1.2 Motiv.....	9
1.3 Motivace druhé osoby.....	9
2 Komunikace.....	11
2.1 Komunikační role.....	13
2.2 Motivace ke komunikaci.....	14
2.3 Strach a panika z komunikace.....	16
2.4 Narušená komunikační schopnost.....	17
3 Kocktavost.....	20
3.1 Etiologie.....	22
3.2 Patogeneze.....	23
3.3 Symptomatologie.....	26
3.4 Klasifikace kocktavosti.....	29
4 Diagnostika kocktavosti.....	31
4.1 Diferenciální diagnostika.....	31
4.2 Diagnostické postupy užívané v České republice.....	32
5 Terapie kocktavosti.....	36
5.1 Terapie zaměřená na tvarování plynulosti.....	37
5.2 Terapie zaměřená na modifikaci kocktavosti.....	38
5.3 Principy českých a slovenských metodik podle Bubeníčkové.....	39
5.4 Alternativní terapie.....	40
5.5 Svépomocný program.....	41

Praktická část	43
6 Výzkumné šetření.....	43
6.1 Cíle a výzkumné otázky.....	43
6.2 Metodologie výzkumu	43
6.2.1 Zakotvená teorie	44
6.3 Průběh výzkumného šetření.....	46
6.4 Charakteristika výzkumného vzorku.....	47
6.5 Metody sběru dat	47
6.6 Interpretace výzkumného šetření.....	49
6.6.1 Hlavní kategorie výzkumu	49
6.6.2 Konstrukce teorie.....	54
6.6.3 Vztahová síť a centrální kategorie.....	57
6.6.4 Formulace zakotvených tvrzení.....	58
6.6.5 Analýza dotazníku – doporučení balbutiků.....	59
6.7 Závěry šetření.....	60
6.7.1 Doporučení pro praxi	62
Závěr	63
Seznam použitých informačních zdrojů.....	65
Seznam příloh.....	70
Příloha č. 1 – Dotazník k diplomové práci.....	71

Úvod

Komunikace je jednou z nejdůležitějších lidských dovedností, díky které můžeme vyjadřovat své myšlenky, navazovat kontakty a uspokojovat své potřeby. Pokud je komunikace jedince narušena, může mít toto znevýhodnění vliv na celý jeho život.

Koktavost je jedním z druhů narušené komunikační schopnosti, který se nejčastěji začne projevovat v dětském věku. Přibližně u 75 % lidí vymizí koktavost již v předškolním věku, avšak přibližně u 1 % lidí v populaci přetrvává až do dospělosti. Tito jedinci se často již od dětství potýkají s nezdařilými terapiemi či pokusy o „nápravu řeči“, mohou se potýkat s nepochopením okolí či až s výsměchem. V literatuře se spíše dočteme o pohledu odborníků na koktavost, ale málo kdy se setkáme s pohledem přímo od lidí, kteří s koktavostí musejí žít a prožívat její dopady.

Teoretická část diplomové práce obsahuje 5 kapitol, které jsou poté dále členěny na podkapitoly. Úvodní kapitola se zabývá motivací, motivy, ale především tím, jak nás může namotivovat druhá osoba. Následující kapitola se zaměřuje na definici komunikace, komunikační role, narušené komunikační schopnosti, ale také na to, čím je člověk motivován ke komunikaci a jaké to je mít strach či paniku z komunikace. Třetí kapitola se již věnuje koktavosti, jejímu vzniku a příznakům, vyskytujícím se v jednotlivých stádiích. V této kapitole je rozepsána také patogeneze a členění koktavosti. Čtvrtá kapitola nám představuje diagnostiku koktavosti a nejčastěji využívané diagnostické metody v České republice a na Slovensku. V podkapitole se seznámíme také s diferenciální diagnostikou, která má nezastupitelné místo v diagnostice narušené komunikační schopnosti. Poslední kapitola teoretické části je zaměřena na terapii koktavosti a přístupy k ní. Je zde rozebrána terapie zaměřená na tvarování plynulosti, modifikaci koktavosti, principy českých a slovenských metodik podle Bubeníčkové, alternativní terapie a na svépomocný program při koktavosti.

Stěžejní částí této výzkumné práce je praktická část, která obsahuje vlastní šetření provedené kvalitativní metodou. Hlavním cílem práce je prozkoumat, jak dospělí balbutici vnímají svoji koktavost. Další cílem bylo získání doporučení samotnými balbutiky, která mohou pomoci lidem v obdobné situaci. Poznatky byly zpracovány pomocí zakotvené teorie a jejich vyhodnocení se nalézají v závěru výzkumné práce.

1 Motivace

Již od pradávna lidi zajímají důvody chování člověka a každý vědní obor, který se zabývá zákonitostmi lidského jednání, se musí vyrovnat s problémem motivace (Madsen, 1979). Proč se člověk chová tak jak se chová? To může být způsobeno dvěma aspekty. První z nich je způsob chování, kdy na stejný podnět může každý člověk reagovat odlišně. Druhým aspektem je cíl chování a jeho psychologické důvody. Každý člověk má rozdílnou škálu potřeb, zájmů a pohnutek (Nakonečný, 2011).

1.1 Definice

Slovo motivace se odvozuje od latinského *movere*, které můžeme přeložit jako hýbat, či pohybovat. Průcha, Walterová a Mareš (2008, s. 127) definují motivaci jako „*souhrn vnitřních a vnějších faktorů, které vzbuzují, aktivují, dodávají energii lidskému jednání a prožívání, zaměřují toto jednání a prožívání určitým směrem, řídí jeho průběh, způsob dosahování výsledků, ovlivňují též způsob reagování jedince na své jednání a prožívání, jeho vztahu k ostatním lidem a ke světu.*“

Podle Plhákové (2004, s. 319) je motivace „*souhrn všech intrapsychických dynamických sil neboli motivů, která zpravidla aktivizují a organizují chování a prožívání s cílem změnit existující neuspokojivou situaci nebo dosáhnout něčeho pozitivního.*“ Řičan (2010, s. 96) má motivaci jako „*souhrnné označení pro motivy a jejich působení.*“

Nakonečný (1998) uvádí, že základní paradigma motivace je tvořeno vzájemným vztahem několika činitelů, kdy je nutné si uvědomit, že smysluplnost motivace spočívá v dosažení vytyčeného cíle, kdy cíl vyjadřuje určitou vnitřní potřebu člověka. Cílem se tedy stává dosažení uspokojení potřeby, která byla vyvolána jako reakce na její nedostatek v organismu.

Plamínek (2010) přichází s rozdělením motivace na vnitřní pohnutky – motivy a na vnější podněty – stimuly. Vnitřní motivace má déle trvající charakter, zatímco stimuly mají účinek, dokud na nás stimuly působí.

1.2 Motiv

Motivace nevzniká sama o sobě. Zdrojem motivace mohou být například potřeby, zájmy, přesvědčení, hodnoty, postoje, touha, přání, chtění, vztahy, žádost, účel, tlak, cíl a mnoho dalších. Všechny tyto zdroje motivace dávají energii a podněcují člověka k jednání (Kohoutek, 2002). Všechny tyto jevy můžeme souhrnně pojmenovat jako motivy. Naše chování není řízeno pouze jedním motivem, vždy se jedná o více vzájemně propojených motivů, které se ovlivňují (Nakonečný, 2014).

Helus (2018) ve své publikaci rozděluje motivy na dva činitele, a to na potřeby, které jsou základní složkou motivu (vnitřní, orgánový, osobnostní zdroj) a na incentive neboli popudy, které jsou vnějším zdrojem motivu, v níž se jedinec nachází.

Pobídkové faktory (incentivy) jsou cílem motivovaného chování a je pro ně typické, že slouží jako odměny. Vnější podněty mohou jedince stimulovat, ale nemusí motivovat k určitému chování. U vnější motivace hrají velkou roli odměny a tresty, které určují naši reakci. *„V nejširším smyslu může být pro člověka odměnou uspokojení kterékoliv z jeho aktualizovaných potřeb a trestem její frustrace“* (Nakonečný, 1996, s. 27).

U vnitřní motivace se jedná o složitější proces, kdy motivace odměnami a tresty nebude mít úspěch. V případě, že splnění činnosti vychází přímo od nás, vykládáme na její splnění více síly, a především úkol plníme s nadšením. *„Můžete někoho přinutit, aby něco vykonal, ale nikdy jej nepřinutíte k tomu, aby to chtěl vykonat“* (Hagemannová, 1995, s. 7).

1.3 Motivace druhé osoby

„Mezi příčiny motivace patří fyziologické stavy mozku, těla a stejně tak naše kultura a sociální interakce s jedinci v našem okolí. Motivace jako žízeň, hlad a sex se do vysoké míry zakládají na našem biologickém dědictví a odkrývají obecné principy o tom, jak fungují motivace a odměna při řízení chování,“ píše Atkinson (2003, s. 349).

Pokud chceme ovlivnit chování jiného člověka, můžeme se opřít o pravidla motivace, které uvádí Plamínek (2010):

1. přizpůsobovat úkoly lidem, a ne lidi úkolům;
2. lidé musí být spokojeni aspoň s něčím;
3. ostatní mohou být citliví na jiné podněty než vy;

4. obava z nepříjemného může motivovat stejně jako touha po příjemném;
5. mnohdy stačí práci dobře definovat a vysvětlit;
6. při motivaci myslete na druhé, ne na sebe;
7. aktuální motivy jsou souhrou vlivu osobnosti, prostředí a situace.

Clegg (2005, s. 10) říká, že *„ať jsou potřeby jednotlivce jakkoli pozitivní, hrozí nebezpečí demotivace, která má u všech společnou příčinu. Určitý počet společných faktorů, které jsou považovány za motivační, jimi ve skutečnosti nejsou. Na druhou stranu existují prvky, které budou demotivovat, pokud budou chybět.“* Jinými slovy máme faktory, které jsou motivační a faktory, které pouze potlačují demotivaci (hygienické faktory). Pro lidi v dnešní společnosti bývá nejvíce motivující možnost něčeho dosáhnout, projev uznání, dělat něco zajímavého, a pokud mají vyhlídky do budoucna (možnost posouvat se v životě).

2 Komunikace

Dvořák (2007, s. 102) definuje komunikaci jako „*přenos různých informačních obsahů pomocí různých komunikačních systémů zejména prostřednictvím jazyka; výměna informací, sdělování a dorozumívání.*“ Není možné určit jednotnou definici komunikace, která by zahrnovala všechny její aspekty (kognitivní, filozofické, sociální, lingvistické, kulturní), potenciální proměnné a možné roviny významu a dopadu (Vybíral, 2009).

Slovo komunikace pochází z latinského *communicatio*, které lze chápat jako přenos, sdělování, spojování, ale také společenství či participace. Komunikace má zásadní vliv při vývoji osobnosti jedince, přináší člověku schopnost, díky které může navazovat, pečovat a udržovat mezilidské vztahy (Klenková, 2006). Člověk je společenská bytost, která se od jiných živočichů odlišuje dovedností využívat řeč jako nástroj k myšlení a dorozumívání. Bez komunikace nemůže existovat žádný sociální systém ani sociální skupina. To díky ní můžeme uspokojovat naše potřeby socializace, slouží nám jako prostředek, díky němuž se jedinec může začlenit do společnosti (Zacharová, 2016).

Pojem komunikace lze v širším slova smyslu brát každou formu oboustranného předávání informací za pomoci znaků či symbolů. V užším slova smyslu se jedná o mezilidské dorozumívání, které je zprostředkováno pomocí jazykových a nejazykových prostředků (Bussmann in Bytešnicková, 2012).

Klenková (2006, s. 26) uvádí: „*Komunikaci lze v obecné rovině chápat jako složitý proces výměny informací. Jeho základ tvoří čtyři stavební jednotky, které se navzájem ovlivňují.*“ Základními stavebními jednotkami jsou komunikátor (zdroj informace), komunikant (příjemce informace), komuniké (obsah sdělení) a komunikační kanál (kód, ve kterém se informace předává). Zacharová (2016) k základním stavebním jednotkám komunikace přidává komunikační jazyk, který nám umožňuje zprávu předat. I když používáme stejný jazyk, může dojít k nepochopení. Důležitou roli proto mají procesy kódování a dekódování řeči. K nejčastějším komunikačním kanálům řadíme kanál vizuální, audiovizuální, písemný, telefonický či elektronický. Všechny stavební jednotky jsou na sobě závislé.

Své nezastupitelné místo v sociální komunikaci má též zpětná vazba, komunikační prostředí a komunikační kontext. Při zpětné vazbě zjišťujeme, zda příjemce zprávy správně porozuměl obsahu sděleného. Komunikační prostředí zajišťuje prostor, kde se komunikace odehrává, obsahuje podněty, které ovlivňují komunikátora i komunikanta, ale také může přinášet komunikační šum. Komunikační kontext nám určuje celkový rámec, ve kterém komunikační proces probíhá. Kontext je určován jak verbálními, tak neverbálními informacemi. Stejná sdělení mohou nabývat jiný význam, pokud jsou použity v rozdílných situacích či v rozdílných souvislostech (Zacharová, 2016).

Komunikační šum

Podle Vymětala (2008, s. 33) „za komunikační šum je obvykle považováno vše, co doprovází, narušuje a zkresluje komunikační proces.“ Jedná se tedy o „jakýkoliv rušivý vliv na přenos sdělení, deformující podobu sdělení, znesnadňující jeho dekódování a způsobující, že příjemce chápe doručené sdělení v pozměněném obsahu, než jej odesílatel zakódoval.“ Zacharová (2016) nám rozděluje šумы do 4 kategorií: fyzické (např. projíždějící auta), fyziologické (narušená komunikační schopnost, smyslová postižení), psychologické (smutek, hněv) a sémantické (rozdílné pochopení významu).

Typy šumu	Popis	Příklady
Fyzické	Rušivé vlivy pocházející ze zdrojů mimo odesílatele i příjemce, které omezují fyzický přenos signálů nebo sdělení.	Reálný hluk v prostředí odesílatele, hluk projíždějících aut, šum počítače, sluneční brýle na obličejích, poruchy telekomunikační sítě.
Fyziologické	Vlastní fyziologická omezení odesílatele nebo příjemce.	Vada zraku, sluchu, výslovnosti, ztráta paměti, pocit hladu.
Psychologické	Poznávací nebo mentální interference.	Předpojatost a klamné úsudky o odesílateli nebo příjemci, uzavřenost, mylné naděje, extrémní emoce (hněv, nenávisť, láska, zármutek).

Sémantické	Rozdílně chápané významy.	Odlíšné jazyky, používání slangu a žargonu, specializovaných termínů, kterým příjemce nerozumí.
-------------------	---------------------------	---

Tabulka 1: Základní typy šumu (Vymětal, 2008, s. 34)

2.1 Komunikační role

Vybíral (2009) uvádí, že každý z nás komunikuje rozdílně v různých situacích, ve kterých se nalézá. Naše komunikace se odvíjí od prostředí, ve kterém se nalézáme – budeme se projevovat jinak, pokud se nacházíme v zaměstnání, doma či v obchodě. Další proměnnou je společnost, která nás v danou situaci obklopuje, například nacházíme-li se v ryze dospělé společnosti nebo jsou-li přítomny také jejich děti. Každá situace si vyžaduje odlišnou komunikační roli.

Pro lepší představu uvádí Vybíral (2009) tyto příklady: formální komunikace v malé skupině; neformální komunikace v malé skupině; intimní komunikace partnerů, kdy je nikdo nesleduje; soukromá komunikace partnerů, když se nacházejí na veřejnosti; komunikace jedince na veřejném prostranství; komunikace jedince v davu; komunikace při obchodním jednání; jednostranně řízená komunikace, kdy každý participant má rozdílnou roli; komunikace prostřednictvím masmédií; interkulturální komunikace s cizinci či v cizím prostředí. Roli můžeme charakterizovat jako naplňování očekávání společnosti, která jsou spojená s chováním v určité situaci, pozici či profesi. Role má také dopad na naši psychiku, kdy prestižní role může posilovat naše sebevědomí a podřadná role nás může ponížit.

Hayesová (1998) uvádí důležitost neverbálních aspektů, které jsou při komunikaci používány. Jednou z hlavních forem je metakomunikace, pod kterou nalezneme různé dimenze, kterými můžeme obohatit řeč. Patří sem paralingvistické faktory jako intonace, zabarvení hlasu, modulace řeči, mimika, gestikulace. Díky metakomunikaci můžeme změnit význam sdělovaného, například použitím sarkastického tónu. K dalším aspektům metakomunikace patří řečové registry. Každý registr se používá v jiné situaci, náleží mu jiná gramatika a jiný slovník. Stejného názoru je také Vybíral (2009, s. 40), který ve své publikaci uvádí, že „*se změnou role mění člověk své vyjadřování. Někdy natolik, že nejen volí jiná*

slova či formu (spisovnou/nepisovnou), ale mluví i jinak usazeným hlasem, jiným tempem, kontroluje či nekontroluje mimiku, gesta apod.“

Řečový registr	Popis
Deklarační	Používá se při formálních projevech, také pro některé druhy věcných písemných sdělení.
Formální	Vyžaduje pečlivé použití gramatiky a slovní zásoby. Často se používá, když je projev adresován autoritám.
Informativní	Obvykle se používá při rozhovoru s cizími lidmi, který má však neformální charakter, např. při dotazu na odjezd dalšího vlaku.
Familiární	Často se užívá v konverzaci mezi přáteli nebo lidmi, kteří se dost dobře znají. Může obsahovat slangové výrazy a často používá gramatické formy, které by v psaném projevu působily nedokončeně a odporovaly by pravidlům.
Intimní	Určený pro intimní přátele a pro blízkou rodinu. Často vede k používání zkratkovité řeči a zvláštních odkazů (in-references). Počítá s velkým množstvím společných zážitků zúčastněných osob.

Tabulka 2: Pět běžných řečových registrů (Hayesová, 1998, s. 30)

2.2 Motivace ke komunikaci

„Motivaci ke komunikaci, ať už přiměřenou, zvýšenou nebo sniženou, má každý člověk. Motivy ke komunikaci mohou vycházet z vnitřní potřeby komunikovat, nebo jsou podmínky prostředím, situacemi, v nichž je komunikace pro člověka nevyhnutelná“ (Zacharová, 2016, s. 44).

Abychom mohli určit co nás ke komunikaci motivuje, bylo by dobré se nejdříve podívat, jaký je účel, smysl či funkce lidského komunikování. Každá komunikační výměna má více funkcí, mezi kterými nejsou jednoznačné hranice a často se překrývají (Zacharová, 2016). Mikuláščík (2003) rozdělil komunikaci podle základních funkcí, a to na: informativní, instruktivní, zábavnou, přesvědčovací, posilovací a motivující, socializační a společensky integrující, osobní identity, poznávací, svěřovací a únikovou.

Podle Vybírala (2009) mezi pět základních funkcí komunikace patří informovat, instruovat, přesvědčit, vyjednat a domluvit se (dospět k dohodě, řešit a vyřešit) a pobavit. V běžné komunikaci se často, i když se to může zdát podivné, nevyskytuje čistě informativní, oznamovací či popisná funkce komunikace. Běžně se za těmito funkcemi skrývá instruování či přesvědčování. Jedním z příkladů může být neobjektivní zpravodajství televizi, tiskových agentur či redakcí, kdy informaci doprovází ne vždy zjevná manipulace (instrukce k tomu, jak má jedinec zprávě porozumět, jak ji přijmout apod.). V případě komunikujícího, který se zaměřuje na formu více než na obsah, může být účelem komunikace také exhibice a upoutání pozornosti ke své osobě. Proto Vybíral doplňuje funkce komunikace ještě o funkci kontaktovat se (užít si pocit, že pro někoho je důležité s námi mluvit) a funkci předvést se (prezentovat se, zalíbit se, udělat dojem či zastrašit).

„Motivaci ke komunikaci má každý člověk. Má ji v různé intenzitě, která kolísá a závisí na řadě okolností: zda je nám druhý sympatický, zda jsme svěží nebo unavení, zda ovládáme jazyk partnera, zda si s ním rozumíme, zda předpokládáme, že si s ním budeme rozumět, zda jsou obsahy naší mysli dostatečně naléhavé, že se o ně chceme podělit“ (Vybíral, 2009, s. 33). Plaňava (2005) rozděluje komunikační motivy do 6 kategorií, kdy první až pátá kategorie se mohou vzájemně prolínat:

- kontaktně-vztahový – komunikace za účelem navázat, udržet nebo posílit kontakt a utvářet/přetvářet mezilidské vztahy;
- mocensko-kontrolní – komunikujeme s druhými za účelem působení na druhou osobu, kontrolování či přímo ovládnutí, můžeme zde mluvit až o manipulativním nátlaku (např. prostřednictvím reklam či politických kampaní);
- poznávací – komunikujeme za účelem získání informace, kterou nemáme;

- relaxačně-rekreační – komunikační motiv, který je čistě pro naše odreagování, pobavení atd. (např. jeviště, hřiště, estetický zážitek);
- sebe-prezentační – na jedné straně máme upovídané narcisty, kteří potřebují stálý obdiv a oddanost a na straně opačné máme nešťastníky, kteří pohrdají sami sebou;
- kdovíjaký – sem spadají například vnitřní dialogy, ale například i vokalizování našich myšlenek, i když nechceme okolí nic sdělit (např. dítě, které si osvojuje řeč si hraje samo se sebou a u toho si povídá).

Avšak dle autora porozumění, zhodnocení i procítění interakcí není závislé pouze na komunikační motivaci, ale i na dalších faktorech, které do celého komunikačního procesu vstupují, jako je například chování sdělujících a sdílejících, ale také to, jaký má dopad sdělení pro účastníky komunikace.

„Komunikací člověk uspokojuje smysl života – proto máme zájem komunikovat. Život dostává smysl právě tím, že s někým vyměňujeme a sdílíme beze slov i se slovy. Komunikujeme, abychom se udrželi psychicky zdraví a lidsky celiství“ (Zacharová, 2016, s. 44). Na druhou stranu je také přirozené, pokud v některých okamžicích komunikovat nechceme, toužíme po samotě a odpočinku od lidí. Jedním z důvodů může být kognitivní přesycenost či emoční rozladěnost. Tento pocit mívají umocněny profese, které na denní bázi komunikují s řadou jiných lidí. Jedná se například o psychology, učitele, lékaře, úředníky, politiky, ředitele společností, pracovníky zákaznického centra, manželské poradce atd. Pokud by byl odmítavý přístup a vyprahnutí motivace dlouhodobým problémem, pak se jedná o duševní abnormalitu (Vybíral, 2009).

2.3 Strach a panika z komunikace

Dvořák (2007, s. 70) definuje strach neboli fobii jako *„neodůvodněný strach před něčím konkrétním; krátkodobá nepříjemná emoce či trvalejší pocit člověka v situaci, která je chápána jako nebezpečí.“* Autor nás také odkazuje na termín logofobie, který označuje stav, kdy ze strachu z komunikace nastává útlumu verbalizace. U osoby trpící logofobií se obvykle vyskytují projevy úzkosti a strachu, které nabírají na intenzitě v momentě, kdy má jedinec promluvit. Někteří lidé mohou používat moderní technologie a počítače ke komunikaci, aby se vyhnuli potížím, které jim interpersonální komunikace přináší. Komunikace přes technologie může být pro lidi snazší, avšak musíme dávat pozor,

aby virtuální komunikace nenahradila komunikaci lidskou. Lidský kontakt je nenahraditelný a je potřebný k naší seberealizaci (Novosad, 2006).

Stejně jako strach je i úzkost důležitá lidská emoce, která má adaptivní funkci a pomáhá nám mobilizovat energii, vyostřit smysly, ubránit se či utéct, v přítomnosti nebezpečí. V případě, že se úzkost objevuje často, vzrůstá intenzita, má dlouhou dobu trvání nebo se objevuje v nepřiměřených situacích, nastává problém. Paniky neboli záchvaty masivní úzkosti, jsou hlavním rysem panické poruchy (www.sanquis.cz, dostupné online).

Pokud na nás přijde panika z komunikace, měli bychom si podle Bradbury (2001, s. 9) vzpomenout na pomůcku „*panic*“, která nám udává 5 základních atributů, které je třeba si uvědomit. Jsou to:

- Purpose – upřesněte si svůj záměr.
- Audience – analyzujte své publikum.
- Need – identifikujte hlavní požadavky.
- Information – shromážděte potřebné informace.
- Communication – zvolte vhodnou formu komunikace.

2.4 Narušená komunikační schopnost

Termín narušená komunikační schopnost je základním termínem současné logopedie. Narušenou komunikační schopnost je potřebné vnímat v celé šíři, nejedná se pouze o narušení foneticko-fonologické roviny (zvukové stránky řeči), ale je nutné zabývat se také všemi ostatními jazykovými rovinami. Jsou to: lexikálně-sémantická (obsahová stránka řeči), morfologicko-syntaktická (gramatická stránka řeči) a pragmatická jazyková rovina, což je rovina sociálního uplatnění (Klenková, 2006). Lechta (2003) uvádí, že v případě narušené komunikační schopnosti mluvíme o narušení verbální i neverbální, mluvené i psané stránce řeči. V případě složek řeči může být narušena jak expresivní (produkce řeči), tak receptivní složka (porozumění řeči).

„O narušené komunikační schopnosti člověka mluvíme tehdy, když se některá rovina jeho jazykových projevů (případně několika rovin současně) odchyluje od zažitých norem daného jazykového prostředí do té míry, že působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru“ (Lechta in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013, s. 13). I z této definice

nám vychází, že je opravdu nezbytné zabývat se všemi jazykovými rovinami. Avšak k pochopení definice je potřebné říct si, co je to normalita, jejíž vysvětlení je velmi komplikované. Normalita je u každé společnosti odlišná a je potřeba vzít k uvážení jazykové zvláštnosti, jako je například odlišná výslovnost hlásek v češtině a angličtině, jiné tempo řeči u nás a v asijských státech či nosové zabarvení francouzštiny. Proto při určení narušené komunikační schopnosti u dané osoby zvažujeme jeho vzdělání, prostředí, ve kterém žije či profesi, kterou vykonává (Klenková, 2006).

Podle Lechty (2003) může být narušená komunikační schopnost vrozená či získaná, dominantní nebo symptomatickou poruchou řeči (příznakem jiného dominantního postižení, onemocnění či narušení), úplná nebo částečná, trvalá či přechodná. Narušená komunikační schopnost se může promítat jak do sféry nesymbolických procesů, tak do sféry symbolických. Každá ze sfér je dále rozdělena na dimenze zvukové a nezvukové, přičemž může docházet k promítání se narušené komunikační schopnosti do více dimenzí současně (Lechta, 1990). Podle Lechty (in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013) se narušená komunikační schopnost může projevat:

- izolovaně – pouze v jedné dimenzi (např. jednoduché artikulační problémy);
- simultánně – ve více dimenzích současně (např. afázie);
- sukcesivně – projevy začínají v jedné dimenzi, ale postupem se začnou vyskytovat i v dalších dimenzích (např. chronická koktavost u dospělých lidí).

Při vývoji komunikace se mohou objevovat fyziologické jevy, které nelze pokládat za narušenou komunikační schopnost. V tomto případě je potřebné poradit se s odborníkem, zda se jedná o fyziologický jev či jev, který je způsoben například orgánovým postižením či smyslovou poruchou (Klenková, 2006). Bytešníková (2012) uvádí například fyziologickou dysfluenci (neplynulost), ke které řadí vývojovou dysfluenci. Mezi její projevy můžeme řadit opakování slabik, slov, slovních spojení, zaražení v mluvení. Tato dysfluence se projevuje až u 80 % dětí, přičemž u většiny dětí spontánně vymizí (Johannsenová in Lechta, 2004). Cooperová a Cooper (in Lechta, 2004) uvádějí, že „*pokud dojde v období vývojových dysfluencí k expozici vlivu rizikových faktorů, dochází k tomu, že dítě může být vážně ohroženo vznikem narušené komunikační schopnosti – koktavosti.*“

Narušená komunikační schopnost u dospělých

Lechta (in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013, s.13) uvádí: „*diagnostika narušené komunikační schopnosti (dále jen NKS) u dospělých lidí má více specifík, která se vážou na věkové (ontogenetické) zvláštnosti, dále na zvláštnosti některých druhů NKS v dospělosti, a také na druhy NKS, které jsou typické jen pro dospělost. Mezi nejčastější příčiny NKS v dospělosti patří poškození artikulačního aparátu, omezení fatických a kognitivních funkcí, smyslových orgánů, psychogenní faktory, hereditární faktory atd.*“

Narušenou komunikační schopnost můžeme třídit podle různých kritérií, přičemž u dospělých osob je podle Lechty (in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013) vhodné použít kritérium: geneze (NKS získaná či vrozená); průběhu komunikačního procesu (vysílání nebo přijímání informací); způsobu/formy komunikování (mluvení či grafická stránka řeči); času/trvání (chronická nebo přechodná); etiologie (funkční či orgánová příčina); reflektování (uvědomění si NKS); klinického obrazu (dominantní x symptomatická porucha); rozsahu (částečné nebo úplné narušení).

V případě narušené komunikační schopnosti u dospělých uvádí Neubauer (2018) poruchy na bázi percepční bariéry (vyvolané poruchou sluchu či zraku), poruchy primární funkce orofaciálního traktu (získaná dysfagie, respirační insuficience), motorické řečové poruchy (přetrvávající dyslálie, získaná řečová dyspraxie, přetrvávající palatolalie, získaná dysartrie, rinofonie, dysfonie/chraptivost, přetrvávající i akcelerovaná koktavost, přetrvávající i akcelerovaná breptavost), získané poruchy individuálního jazykového systému (afázie, progredující afázie, přetrvávající specifické poruchy učení) a kognitivně-komunikační poruchy u dospělých a stárnoucích osob (u syndromu demence, po traumatu CNS či nemoci, při mentální handicapu, u psychogenních poruch).

3 Kóktavost

V Logopedickém slovníku je balbuties neboli kóktavost (zadržávání v řeči) vysvětleno jako „*narušení plynulosti řeči ve smyslu dynamiky řeči, kóktání, zadržávání, zajíkání; porucha plynulosti mluvního projevu*“ (Dvořák, 2007, s. 33). Lechta (2004) udává synonyma kóktavosti, v zahraničí se můžeme setkávat s označením zajakavost' (slovenština), stuttering (americká angličtina), stammering (britská angličtina) a Stottern (němčina). Kóktavost je kvůli své široké problematice zájmem mnoha vědních disciplín, jako je logopedie, lingvistika, psychologie, ale také mnohých lékařských oborů, jako je neurologie atd. Kvůli obsáhlosti se v logopedii vytvořil podobor – balbutiologie (Klenková, 2006).

Dodnes neexistuje jednotná definice pro kóktavost, kvůli její obsáhlé problematice. Jednou z nejčastěji používaných definic je Lechtova (2010, s. 28), která pokládá kóktavost za „*jeden z nejtěžších druhů NKS, kdy jde o syndrom komplexního narušení koordinace orgánu participujících na mluvení, který se nejnápadněji projevuje charakteristickými nedobrovolnými specifickými pauzami narušujícími plynulost procesu mluvení a tím působí rušivě na komunikační záměr. Tyto dysfluence jsou při rozvinutém klinickém obraze kóktavosti obvykle doprovázeny nadměrnou námahou při artikulaci a psychickou tenzí související s potřebou realizovat komunikační záměr formou mluvené řeči.*“ Lechta a Laciková (in Lechta, 2011) dodávají, že ne vždy se jedná o skutečnou kóktavost, avšak v případech, kdy kóktavost pozorujeme pouze jako symptom, může se jednat o symptomatickou poruchu řeči (např. dysfluence při dysartriích).

Lechta (2010) ve výše citované definici upřesňuje význam třech slov – multifaktoriální, dynamičnost a variabilnost. Multifaktoriální v definici znamená, že rozvinutá kóktavost se projevuje průnikem více skupin symptomů (dysfluence řeči, psychická tenze a nadměrná námaha při mluvení). Pod slovem dynamičnost se skrývá vývoj, proměny a vzájemné vztahy mezi projevy dysfluence řeči, nadměrné námahy a psychické tenze v průběhu vzniku, fixace i chronizace kóktavosti. Variabilnost představuje změny projevů kóktavosti v závislosti na konkrétní komunikační situaci a momentálním fyzickým i psychickým stavu balbutika.

V Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) od Světové zdravotnické organizace (WHO), v originále International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD), je kóktavost (zadržávání

v řeči) označena kódem F98.5. a je zařazena pod Poruchy duševní a poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání. Podle MKN-10 je Koktavost definovaná jako *„řeč, která je charakterizovaná častým opakováním nebo prodlužováním slabik a slov, případně alternativně častým zadržováním a pauzami, které narušují rytmický tok řeči. Klasifikována by měla být jako onemocnění pouze tehdy, když výrazně narušuje plynulost řeči“* (www.uzis.cz, dostupné online).

Pokora (2019) přichází s vysvětlením koktání podle vlastní zkušenosti a to tak, že se jedná o stav, kdy mluvčí zažívá bloky ve verbálním projevu. Blokování se nemusí projevovat opakováním slov či hlásek, může se jednat o hledání synonym, změnu slovosledu či vyhýbání konkrétním slovům či tématům, případně i celé komunikaci. U koktavosti se setkáváme jak s narušením nesymbolických procesů (hlavně s dysfluencí), tak se symbolickými procesy řeči, kdy koktavost může mít vliv na utváření myšlenek či možnost spontánně komunikovat. Při těžkých poruchách může docházet až k tomu, že posluchač nedokáže pochopit obsah sdělovaného (Lechta, 2003). Novák (1997) dodává, že v extrémních případech není koktající vůbec schopný začít artikulovat.

U koktavosti jde primárně o narušení nesymbolických procesů (plynulost mluvy – zvuková dimenze, narušené koverbální chování – nezvuková dimenze), avšak projevuje se zpravidla i v symbolických procesech, například když se balbutik snaží vyhnout určitému slovu, u něhož předpokládá své zakoktání a pokouší se najít synonymum, které se mu bude lépe vyslovovat a vyhne se tím neplynulosti. V důsledku těchto parafrází balbutik snižuje spontánnost volby výrazů a spontánnost komunikace (Lechta, 2010).

Co se týče výskytu koktavosti v populaci, je těžké určit přesné číslo, jelikož osoby, které trpí narušenou komunikační schopností, nejsou u nás nikde registrovány. V minulosti se v literatuře uváděl výskyt v rozmezí 0,5 – 1,5 % dětské populace, v současnosti se udává spíše 4 až 5 % dětské populace (Klenková, 2006). Blomgren (2013) uvádí incidenci u předškolních dětí okolo 5 %, přičemž u 75 % dochází ke spontánnímu zotavení. Lechta (in Cséfalvay, Lechta, 2013) udává, že ve školním věku koktá přibližně 1 % dětí. U dospělé populace nemáme k dispozici žádné údaje, které by nám určily přesný výskyt v populaci, avšak novější prameny určují výskyt u dospělých také 1 %. Koktavost se vyskytuje dvakrát častěji u mužského pohlaví než u ženského (Howell in Neubauer a kol., 2018).

V dnešní době již existuje mnoho metod a postupů, které jsou určeny k odstranění koftavosti. Avšak to, co pomohlo jednomu, nemusí pomoci všem. Každý člověk má jinou osobnost, jinou povahu a jiný životní příběh. K volbě vhodných postupů je třeba hledat příčiny, které vedly ke koftavosti, a pokusit se je odstranit (Kutálková, 2011).

3.1 Etiologie

Stejně jako je tomu u definice koftavosti, ani nyní není jednoduché vysvětlit etiologii koftavosti, mechanismus vzniku a fixaci. Podle Lechty (2003) je třeba zvážit (z hlediska etiologie) 3 různé typy koftavosti, a to:

1. orgánově podmíněné poruchy plynulosti řeči;
2. na primárně predispozičním základě, na bázi organického poškození vznikající sekundární neurotické nadstavby;
3. dysfluence vznikající už primárně jako neuróza.

Dle Klenkové (2006) se do těchto skupin dají zařadit konkrétní příčiny, u kterých předpokládáme, že měly za následek vznik koftavosti.

Jako nejčastější příčina koftavosti je uváděna dědičnost, a to se 40 až 60 %. Dalším z důležitých činitelů jsou negativní působení sociálního prostředí (zejména dlouhotrvající neurotizace), napodobování (zmiňováno spíše v minulosti) i psychotraumata. V dnešní době se udává větší význam orgánovým příčinám neboli orgánovým odchylkám, které se lokalizují v korových a podkorových oblastech mozku (dyskoordinace mozkových hemisfér). Mezi další etiologické faktory mohou patřit jiné druhy NKS (například breptavost či opožděný vývoj řeči), poruchy metabolismu, vegetativní labilita, vícejazyčnost – bilingvální výchova (Lechta, 2010). Cséfalvay a Lechta (2013) uvádějí, že kromě biologických faktorů je potřebné zaměřit se také na psychické faktory, které často fungují jako spouštěče geneticky predisponovaných balbutiků, a environmentální činitele. Z těchto důvodů praxe potvrzuje vzájemné prolínání více etiologických faktorů. Novodobé výzkumy se zajímají, zda je koftavost vázána na chromozomy, přičemž se našly vazby u dočasné formy koftání na 2., 7. a 9. chromozomu a u trvalé koftavosti na chromozomech 5 a 15 (Nouri in Neubauer a kol, 2018).

Podle Kutákové (2011, s. 126) může vzniknout koktavost náhle (po šoku, úleku), ale ve většině případů vzniká postupně. Pro koktavost nám představuje rovnici, která vyjadřuje, proč totožný zážitek působí na lidi rozdílně:

$$\textit{dispozice} + \textit{trauma} = \textit{koktavost}$$

„Čím silnější je dispozice, tím slabší trauma (tedy okolnost nepříjemná nebo nevýhodná pro vývoj) stačí, aby vznikla porucha. Výjimečně jde jen o jednu příčinu, častěji nacházíme kombinaci dvou až tří (nebo i více) nevýhodných okolností“ Do dispozic, které mají vliv na vznik koktavosti patří prenatalně a perinatálně vzniklé okolnosti (např. nezralost nervové soustavy, komplikace při porodu, rizikové těhotenství), povahové rysy (sklony ke koktavosti mají častěji lidé trpící úzkostí, nejistotou, s malým sebevědomím atd.) a dědičné okolnosti (dědičnost osobnostních rysů).

Trauma popisuje Kutáková (2011) jako okolnost vymykající se běžné situaci, která nepřiměřeně zatěžuje organismus. Nejčastěji sem spadají:

- emoce – velký strach, šok, silné leknutí (za těchto okolností vznikne koktavost většinou náhle), extrémní radost nebo překvapení (může mít obdobné účinky), neshody v rodině;
- výchova – přetěžování, nadměrný čas u obrazovek, napodobení, vztahy mezi sourozenci a postavení dítěte v rodině, vývoj řeči (např. starší sourozenec nás nepustí ke slovu), nevhodné reakce na řečové projevy dítěte (může vést až k logofobii), mluvní vzor, autoritativní styl výchovy, extrémně liberální výchova, přecvičování (leváctví) a šikana – v těchto situacích vzniká koktavost většinou postupem času;
- nemocnost – časté nemoci horních cest dýchacích (nebo zvětšená nosní mandle), časté nemoci jiného rázu;
- změny – narození sourozence, stěhování, nástup do MŠ a rodiče do práce, rozvod rodičů, nástup do základní školy.

3.2 Patogeneze

Etiologie koktavosti stále patří k nedořešeným problémům, naštěstí zkoumáním patologie nám může objasnit vznik koktavosti z vývojového pohledu. Zkoumat koktavost

můžeme také pomocí symptomatiky, jedním z příkladů může být repetice slabik v popředí u začínající koktavosti, zatímco u chronické či fixované koktavosti bývají v popředí bloky a prolongace. Ve většině případů vzniká koktavost v předškolním věku (až v 90 %), vzácněji v období prvních školních let (souvislost se vstupem do školy), sporadicky v pubertě (souvislost s hormonálními změnami) či adolescenci a v mimořádných případech v dospělosti (Lechta, 2010).

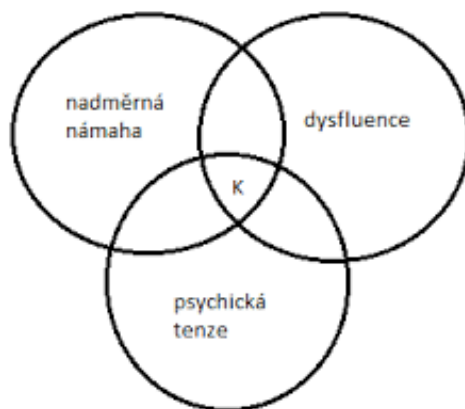
Rizikové faktory

Lechta (2010, s. 76) uvádí, že „z hlediska geneze koktavosti je třeba vzít v úvahu především tzv. rizikové faktory, jež mohou už dopředu signalizovat nebezpečí možného vzniku koktavosti. Rizikové faktory samy o sobě obvykle nezpůsobí koktavost, avšak v případě kombinace více faktorů – a zejména v období vývojových dysfluencí – už může zpravidla jít o vážnou hrozbu.“

Podle prací Králíkové (2007 a 2008) vymezil Lechta (2010) nejčastější rizikové faktory: řečové nápadnosti, rodinná dispozice, výrazný nedostatek sebedůvěry nebo příliš vysoká aspirace, orgánové odchylky CNS, neurotizace, odchylky ve vývoji (mohou případně indikovat ADHD), příliš vysoké nároky ze strany prostředí v oblasti osvojování si jazyka, nevhodná komunikace s dítětem, nečekané a náhlé změny kvality života a nesprávný řečový vzor. Faktory mají největší účinnost v době vývojových dysfluencí, kdy dochází k prudkému osvojování mateřského jazyka a současně je v tomto období dětská psychika velmi zranitelná.

V případě, že dojde ke koincidenci vývojových neplynulostí a rizikových faktorů, je dítě ohroženo koktavostí (vývojovou dysfluencí). Při přetrvávajících rizikových faktorech, kdy si dítě začíná uvědomovat problém, dochází na transformaci na incipientní koktavost. V případě neúspěšné terapie se koktavost fixuje, a nakonec koktavost přechází do chronicity (Cséfalvay, Lechta, 2013). Pouze ojediněle se koktavost vyvine v dospělosti, v tomto případě mluvíme o takzvané „pravé“ (genuinní) koktavosti (Shapiro, 2011).

„Kompletní klinický obraz koktavosti spočívá ve vzájemném prolínání tří množin, tří skupin symptomů: dysfluence řečového projevu (lingva), nadměrné námahy (soma) při mluvení a psychické tenze (psyché)“ (Lechta, 2010, s.82-83).

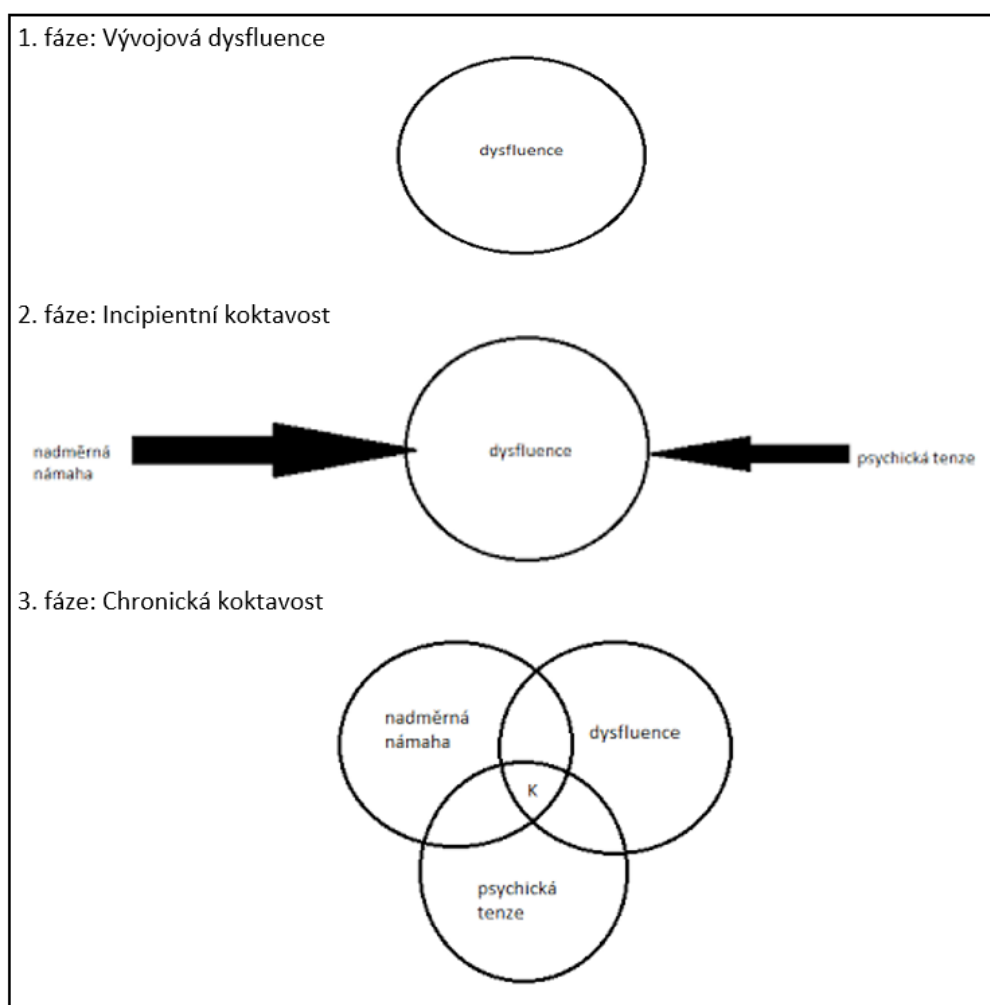


Obrázek 1: Integrativní model: klinický obraz koktavosti (Lechta, 2010, s. 83)

Tyto tři skupiny symptomů se během etiopatogeneze koktavosti u jednotlivých balbutiků projevují podle Lechty (2010, s. 84) v: individuální různé míře; individuálně různé časové návaznosti a časovém průběhu; individuálně rozličném stupni závažnosti; individuálně různé vzájemné souvztažnosti a individuálním působením různých zpětnovazebních mechanismů.

Lechta (2003) vytvořil model patogeneze koktavosti, který obsahuje 3 fáze: vývojová dysfluence, incipientní koktavost a chronická koktavost. Pokud při vývoji dítěte evidujeme pouze dysfluenci bez psychické tenze a nadměrné námahy, jedná se pravděpodobně o vývojovou dysfluenci (fáze 1). Se stále vzrůstající námahou a možnými prvky uvědomění problému vzniká incipientní koktavost (fáze 2). Postupně si handicap člověk uvědomuje čím dál více a dochází k fixaci koktavosti a k postupnému přechodu do chronické koktavosti (fáze 3) s kompletním klinickým obrazem koktavosti.

Sandrieser a Schneider (in Lechta, 2004, s.64) konstatují, že „v době vzniku koktavosti se zakoktavá stejný počet chlapců jako dívek. Do období dospělosti se však posune výskyt v neprospěch mužů. Teorie, že tento rozdíl způsobují odlišné styly výchovy chlapců a děvčat se empiricky nepotvrdila.“



Obrázek 2: Patogeneze koktavosti (Lechta, 2003, s. 253)

3.3 Symptomatologie

Jelikož je koktavost způsobena různým prolínáním etiologických příčin a faktorů, ani symptomy nejsou u všech balbutiků totožné. Syndrom se u každého jednotlivce může projevat rozdílně i ve fixaci, průběhu, indikaci terapie, vhodné terapii nebo prognóze (Lechta, 2003). Podle Peutelschmiedové (2005) bývají symptomy nejčastěji děleny do čtyř kategorií, jsou to: vnější, vnitřní, psychické a somatické. „*Příznaky se mění dle momentální situace a různě se kombinují. Často se projevy koktavosti objevují jen v určitých situacích nebo v kontaktu s některými osobami. Svou roli hraje i aktuální zdravotní stav nebo míra únavy v určitou denní dobu.*“ (Klenková, 2006, s. 158)

Lechta (2010) ve své publikaci zdůrazňuje, že v případě koktavosti jde o komplexní syndrom, při kterém se příznaky objevují ve všech čtyřech jazykových rovinách: ve foneticko-fonologické (např. problémy s artikulací), v morfologicko-syntaktické (snaha mluvit v co nejkratších větách), lexikálně-sémantické (užívání parafrází a jejich vliv na komunikaci) a pragmatické rovině (v těžších může vzniknout logofobie, balbutik nemusí ani být schopný realizovat komunikační záměr). Podle modelu patogeneze koktavosti rozdělíme příznaky koktavosti do třech kategorií: dysfluence, nadměrná námaha a psychická tenze (Lechta, 2004).

Dysfluence

V moderní literatuře zabývající se koktavostí rozdělují autoři (např. Lechta, 2010) dysfluence do sedmi základních typů:

- repetice – části slov nebo slabik, celých slov, slovních zvrátů;
- prolongace – hlásek nebo slabik, tiché prolongace (namáhavý pokus říct slovo, aniž bychom slyšeli zvuk);
- interjekce – vkládání hlásek či slabik, celý slovo, slovních zvrátů;
- tiché pauzy – v nápadnou a nesprávnou chvíli;
- přerušovaná slova;
- nekompletní slovní zvraty;
- opravy.

Přičemž dysfluence se mohou vyskytovat běžně u lidí, kteří koktavostí netrpí, avšak v menší míře a ve slabší formě. Jedná se hlavně o interjekce, opravy, nekompletní zvraty a lehké repetice (Lechta, 2010).

K příznakům můžeme podle Klenkové (2006) také připojit poruchy respirace a fonace. Dýchání balbutiků je velmi často povrchní, přerývané a nepravidelné a u těžké koktavosti může docházet až k dýchacím spazmům. Při poruše fonace dochází k tvrdým hlasovým začátkům (nefyziologické tvoření hlasu), které mohou mít za následek poškození hlasivek. Nesmíme zapomenout na zrychlené tempo řeči, které si hovořící nemusí uvědomovat. Pokud zpomalíme tempo řeči, můžeme tím vylepšit kvalitu mluvy a snížit četnost ostatních příznaků (Lechta, Baxová-Šarközyová, 2001).

Nadměrná námaha

Balbutici pocítují nadměrnou námahu u mluvního projevu i během „běžné“ komunikace, zatímco lidé bez narušené komunikační schopnosti si námahu neuvědomují. Nadměrnou námahu můžeme ve většině případů zaregistrovat, jelikož se projevuje navenek. Tyto příznaky označujeme pojmem koverbální chování, pod který spadají vegetativní příznaky (pocení, červenání se), grimasy, mrkání, přehnaná či nápadná gestikulace atd. Koverbální chování může narušovat komunikaci v některých případech mnohem více než dysfluence, navíc může přetrvávat i po odstranění koktavosti (Lechta, 2004).

Klenková (2006) doplňuje do koverbálního chování také kývání se ze strany na stranu, motorický neklid, přešlapování a manipulaci s prsty. K příznakům nadměrné námahy můžeme přiřadit tremor (třes), kterého si můžeme povšimnout kolem úst či čelisti. Tento projev se většinou vyskytuje u adolescentů či dospělých s koktavostí, nikoli u vývojové dysfluence. Intenzita třesu může být různá, je důležité sledovat, zda se stupňuje a jeho trvání prodlužuje (Lechta, Baxová-Šarközyová, 2001).

Psychická tenze

Dalším ze souborů symptomů je psychická tenze, při které balbutik může pocítovat vnitřní neklid, psychický neklid, který může nabývat na intenzitě s dalšími nezdary v komunikaci, až nakonec může dojít k odmítání hovořit a vytvoření logofobie, která je začleněna do MKN-10 (Lechta, 2004). „*Koktavost zasahuje celou osobnost, především ve složce sebevědomí, interpersonální chování a emotivity. Nejtěžší jsou neurotické příznaky,*“ do kterých můžeme zařadit právě logofobii (Klenková, 2006, s.160). Lechta (2010) zmiňuje svůj výzkum z roku 1980, kdy nasbíral poznatky od bývalých žáků ze školy pro žáky s vadami řeči. Jedním ze zjištění bylo, že až polovina respondentů upřednostňovala písemnou komunikaci před ústní. Obava z verbální komunikace také ovlivňovala výběr povolání i životního partnera.

Vliv psychické tenze má za následek variabilitu projevů dysfluence. Příznaky, jejich frekvence a stupeň se zvyšují a kolísají podle proměnných, jako je například identita balbutika, kdy herec, který na jevišti mluví plynule, ale v osobním životě koktavost nemůže odstranit. Ve většině případů dochází u balbutiků až k vyhýbavému chování. Vnější příznaky psychické tenze úzce souvisí s koverbálním chováním, které jsem zmiňovala v předchozí

kapitole, kdy jedním z příznaků může být chybějící zrakový kontakt, tiky atd. (Lechta, 2010).

3.4 Klasifikace koktavosti

Lechta (1990) uvádí ve své publikaci dělení koktavosti podle různých hledisek: doby vzniku koktavosti, verbálních symptomů, původu, uvědomění si poruchy a stupně koktavosti. V minulosti se ke klasifikaci koktavosti využívalo běžně členění dle verbálních symptomů na tonickou, klonickou a jejich kombinace. V současné době již toto členění nevyhovuje a v praxi se nyní nejčastěji využívá dělení, které vychází z patogeneze koktavosti (viz výše). Podle ní můžeme rozdělit koktavost na incipientní, fixovanou a chronickou (Cséfalvay, Lechta, 2013).

Incipientní koktavost (lat. incipio neboli začínající, vznikající) je zažitý termín pro koktavost v raném věku, jelikož v předškolním věku koktavost začíná až v 90 %. Ochselkühnová a Thielová (in Lechta, 2010) sestavili příznaky dysfluence, které se u incipientní koktavosti projevují, jedná se o:

- více než 3 různé typy dysfluencí v řečovém projevu;
- změny řečového rytmu a tempa při repetici slabik a slov;
- prolongace trvají déle než jednu sekundu;
- při repetici slabik se do řeči vkládá schwa hláska;
- zablokování hlasivek nebo němé bloky;
- slyšitelné problémy s dýcháním.

Dítě s incipientní koktavostí může pociťovat prvky námahy, avšak svůj problém si neuvědomuje, popřípadě ho vnímá pouze v momentě, kdy dochází k dysfluenci. Díky vlivu podmiňování a dalších faktorů se zvětšuje riziko fixace koktavosti (Lechta, 2010).

Fixovaná koktavost se nejčastěji projevuje ve školním věku, kdy vstup do školy je pro děti náročný na psychiku. Charakteristické symptomy nacházíme v oblastech dysfluence, námahy, ale i psychické tenze. *„Při fixované koktavosti se nejčastěji jedná o koktavost přetrvávající z předškolního věku: při nepříznivé prognóze dochází postupně k zhoršování a nabalování, navršování a navrstvování symptomatiky: fixaci koktavosti“* (Lechta, 2010, s. 253). Celému procesu nepomáhá ani to, že podle průzkumu Dufkové (2002) 50 % učitelů

reaguje na balbutiky negativně. Dalším důležitým faktorem je kolektiv dětí, ve kterém se balbutik vyskytuje. Pokud je balbutik odmítán, snaží se s koktavostí bojovat, což ve většině případů symptomy ještě více zhoršuje. V nejhrošším případě může docházet až k odmítání sociálních kontaktů.

Fixovanou od incipientní koktavosti odlišuje nejvíce charakteristický příznak – začínající strach z koktání. V případě dysfluence se přidávají tiché pauzy, po kterých navazuje nadměrná námaha při překonávání bloků. Koktavost se z předchozího stádia fixuje v důsledku předcházejících zážitků prostřednictvím: řečových podnětů, sociálních podnětů, tělesných podnětů, poslechu vlastního koktání, představ, strachu a obav (Lechta, 2010).

Podle Gillama (in Lechta, 2010) se u 60-80 % balbutiků odstraní koktavost již v dětství, pokud k tomu nedojde, vzniká hrozba chronicity. Pouze zřídka se stává, že koktavost vznikne až v dospělosti – na bázi neurogenních a psychogenních příčin (Neubauer, 2018). Pro chronickou koktavost jsou podle Lechty (2004, s. 200) „*typické bloky – v oblasti respirace či fonace (anebo obou), které jsou delší a jsou doprovázeny větší námahou jak u fixované koktavosti (jedním z důkazů je tremor rtů, jazyka nebo sanice)*“. U chronické koktavosti se zpravidla střídají fáze silnějšího a slabšího zakoktávání, přičemž jsou závislé na stresu, na celkové i aktuální fyzické a mentální zátěži, únavě, rychlé řeči a užití alkoholu.

Jelikož se chronická koktavost váže hlavně s věkem starší adolescence a dospělosti a u většiny se koktavost projevila poprvé již v dětství, mají tito balbutici za sebou dlouhé období koktavosti. Často se pak lidé trpící koktavostí podceňují, trpí rozvinutou logofobií a snaží se neplynulosti maskovat (Lechta, 2010). Pokud se u nich únikové a vyhýbavé chování vyskytovalo, je již u nich plně rozvinuto, přičemž se může týkat konkrétních situací, určitých slov či jistých lidí. Lechta (2011) nás také seznamuje se svým průzkumem, kdy zjistil, že u většiny chronických balbutiků měla koktavost vliv na důležitá životní rozhodnutí, jako je výběr povolání či partnera.

4 Diagnostika koktavosti

Jelikož je koktavost složitý a komplexní syndrom, je potřebné mít také komplexní diagnostiku, která je však časově velmi náročná. Diagnostiku koktavosti řadíme do kategorie speciální vyšetření NKS, kdy se snažíme co nejpřesněji určit již dříve zjištěnou narušenou komunikační schopnost. Na procesu se podílí řada odborníků, jako je logoped, foniatr, psycholog, neurolog, psychiatr, ale důležitou roli mají také rodiče, nejbližší příbuzní, partneři a pedagogové (Lechta, 2010). Lechta (2003, s. 321) uvádí, že určit přesnou příčinu koktavosti je velmi náročné a mnohdy až nemožné. Diagnostický proces je tedy zaměřen nejenom na hledání příčiny, ale také na symptomatiku. „*Specifika jednotlivých symptomů koktavosti, příp. dalších doprovodných znaků, jsou potom bází nejen pro stanovení diagnózy a prognózy, ale na jejich základě se rovněž usuzuje o pravděpodobných příčinách tohoto narušení*“. „*Při diagnostice koktavosti je nezbytně nutné zohlednit věk vyšetřované osoby (předškolní věk, školní věk a dospělost)*“ upozorňuje Klenková (2006, s.161).

Diagnostika koktavosti se dělí na 4 fáze, a to vstupní vyšetření, kontrolní vyšetření (vyšetření probíhá během terapie přibližně jedenkrát za 3 měsíce), výstupní vyšetření a postterapeutické vyšetření. Postterapeutické vyšetření je vhodné provést 18 měsíců až 2 roky od ukončení terapie, jelikož je zde vysoké riziko recidivity (Lechta, 2010). Podle Lechty (2010, s. 107) si při speciálním vyšetření koktavosti klademe čtyři otázky:

- Jaký je druh, stupeň a složky syndromu koktavosti?
- Jaká jsou specifika její patogeneze?
- Jaké jsou její případné další znaky a následky?
- Jaká je pravděpodobná prognóza?

4.1 Diferenciální diagnostika

Diferenciální diagnostika má za cíl odlišit koktavost od jiného druhu narušené komunikační schopnosti. Podle DSM-5 (Diagnostický s statistický manuál duševních poruch) je potřebné odlišit koktavost od smyslové vady, verbální dyspraxie, fyziologické neplynulosti, Tourettova syndromu a případně od vedlejších účinků léku (Neubauer, 2018). Lechta (2003) uvádí tři nejdůležitější úkoly diferenciální diagnostiky, a to odlišit koktavost od breptavosti, primárně podmíněnou koktavost od jiných typů koktavosti a incipientní

koktavost od vývojových (fyziologických) těžkostí v řeči. Lechta (2010, s. 142) nás ve své novější publikaci seznamuje již s kvalitnější diagnostikou, která nám umožňuje odlišit koktavost od: vývojových dysfluencí, neurogenních dysfluencí, psychogenních dysfluencí, dysfluencí na bázi narušeného vývoje řeči, breptavosti a smíšených typů dysfluencí.

Ze vstupního vyšetření mohou podle Neubauera (2018, s. 383) vyplynout: pravděpodobné vyloučení fyziologické neplynulosti; odhalení úzkosti, případně dalších sekundárních psychiatrických onemocnění; možné odhalení genetického pozadí koktavosti a dalších neurovývojových poruch; zda má koktavost komorbidity z oblasti neurovývojových poruch, případně podezření na ně; odhalení pravděpodobného rizika / rizik jako spouštěče a komplikujících faktorů; závažnost poruchy s přesným popisem a délkou jejího trvání.

V tomto případě doporučíme ve zprávě další potřebná vyšetření, jako je vyšetření neurologické (v případě tiků a latencí), neuropsychologické (zhodnocení psychomotorického vývoje dítěte), klinickým psychologem (ke zjištění IQ při hraničním nálezu neverbálního kognitivního vývoje) a psychiatrické (při závažnějším stupni ADHD, tiků či anxiety).

4.2 Diagnostické postupy užívané v České republice

Při diagnostice koktavosti musíme zohlednit tři věkové kategorie, jsou to předškolní věk, školní věk a dospělost. Každá věková kategorie má svá specifika při diagnostice, například u dospělého věku již nemusíme diferenciatní diagnostikou zjišťovat, zda se nejedná o vývojovou dysfluenci, u předškolního věku zase nemůžeme k diagnostice použít čtení textu (Lechta, 2003).

Neubauer (2018) doporučuje věnovat dostatek času cílenému rozhovoru s rodiči, pokud se jedná o dítě předškolního či školního věku. Logoped potřebuje zjistit od rodičů vývoj dítěte od prenatálního vývoje do současnosti, zprávy od odborníků (pokud již někoho navštívili), rodinnou anamnézu a situaci dítěte, která koktavosti předcházela. Dalším důležitým bodem diagnostiky je pozorovat interakci mezi rodiči a dítětem. Je třeba pozorovat tempo rodičů, přerušování a skákání do řeči dítěte, zvýšenou frekvenci otázek

směřovaných na dítě, kritiky a korekčních poznámek k dítěti a zda mluva rodičů na dítě odpovídá vývojové úrovni dítěte.

Důležitou složkou diagnostiky je spontánní mluvní projev vyšetřované osoby, který získáme specializovaným rozhovorem. Tím zjišťujeme jak příznaky koktavosti, tak informace z prostředí balbutika (např. vztah k rodině, školnímu / pracovnímu prostředí atd.) a také napomůže k jeho uvolnění na začátku vyšetření. Řízený volný rozhovor směřujeme k tématům jako je denní režim či zaměstnání. Pomocí přímých i nepřímých otázek můžeme získat 100 slov spontánního mluvního projevu, které potřebujeme k diagnostice (Lechta, 2003). Klenková (2006, s. 161) píše, že je „vhodné pořídít audio nebo videonahrávku provedeného rozhovoru. Nahrávky umožní rozbor chování jedince při vyšetření, zachytí mnohé symptomy.“

Čtení standardního textu s rozsahem 100 slov se používá pro diagnostiku u školního a dospělého věku. Tato diagnostická metoda nám může poskytnout procento neplynulosti, ale také vypočítat index konzistence a index adaptace. Čtení se také využívá při kontrolním vyšetření, kdy můžeme pozorovat zlepšení pomocí porovnání indexů a vypočtením indexu zlepšení (Lechta, 2003). Neubauer (2018, s.382) „doporučuje užít standardizované texty pro vyšetřování čtení, které se užívají při diagnostice specifických poruch učení. Tím, že jsou kvantifikované (počtem slov), vyšetření je snadné.“ Jelikož se v předškolním věku nemůže použít čtení, využijeme místo toho popis situačních obrázků. „Používáme tři situační obrázky (Na ulici, Rodina, Děti v mateřské škole). Při opakovaném vyšetření umožňuje použití týchž obrázků zjišťovat rovněž index konzistence a adaptace,“ píše Lechta (2003, s. 329).

Klenková uvádí jako další metodu sestavení balbutiogramu, který nám pomáhá určit stupeň koktavosti (Klenková, 2006). U balbutiogramu „jde o srovnání úrovně plynulosti řeči v různých komunikačních situacích (od obvykle nejlehčích – zpěv, šeptání, simultánní mluvení – až po nejtěžší – dialog)“ píše Lechta (2003, s. 329, 330). Balbutiogram obsahuje vyšetření automatismů a verbálních stereotypů (např. vyjmenování dnů v týdnu, počítání do deseti), reprodukování vět (opakování vět od nejlehčích po nejsložitější), simultánní řeč (vyšetřovaná osoba společně s logopedem vyslovuje věty z předchozí úlohy), šepot (použijí

se opět stejné věty), dokončení neúplných vět, čtení a spontánní řeč a písničky a básničky (Cséfalvay, Lechta a kol., 2013).

$$\text{Index konzistence} = \frac{\text{Součet symptomů opakovaně lokalizovaných na tomtéž místě}}{\text{Součet všech symptomů}}$$

$$\text{Index adaptace} = \frac{\text{Součet neplynulosti při prvním čtení textu (vyprávění)}}{\text{Součet neplynulostí při opakovaném čtení (vyprávění) téhož textu}}$$

$$\text{Index zlepšení} = \frac{\text{Součet neplynulostí při kontrolním vyšetření}}{\text{Součet neplynulostí při prvním vyšetření}}$$

Indexy konzistence, adaptace a zlepšení (Lechta, 2003, s. 331, 332)

V rámci balbutiogramu můžeme využít Kondášovu stupnici, která slouží k celkovému hodnocení narušené komunikační schopnosti balbutika (Lechta, 2003). Stupnice obsahuje nultý až čtvrtý stupeň. Nultý stupeň neobsahuje žádné příznaky koktavosti. U 1. stupně (balbuties levis) se objevují pouze minimální příznaky, bez logofobie, komunikace není omezena a těžkosti se objevují u 0 až 5 % slov. 2. stupeň (balbuties gradus medius) obsahuje zjevné a časté příznaky a mírně omezenou komunikaci, přičemž těžkosti se objevují u 6 až 20 % slov. U 3. stupně (balbuties gravis) již nastávají výrazné projevy, objevují se zábrany v mluvení, zjevné a časté spasmy mluvních orgánů a těžkosti jsou ve více než 20 % slov. Ve 4. stupni (balbuties gravis inaptus) je již plně rozvinutá logofobie, časté a zjevné spasmy, které brání komunikaci a balbutik často upřednostňuje písemnou komunikaci před mluvenou (Lechta, 1990).

Novinkou v diagnostice je dotazník pro rodiče Palin Parent Rating Scales (dále jen PPRS), který nám představili Dezort, Millardová, Davis a Klenková (2018). Dotazník je složený z otázek, které nám zjišťují vliv koktavosti na dítě a na rodiče. Jedná se o nástroj,

který nám umožňuje hodnotit koktavost z pohledu rodiče. Nástroj byl vytvořen v roce 2009 autory Stephenem Davisem a Sharon K. Millardovou. S jejich svolením byl dotazník přeložen v roce 2017 klinickým logopedem Mgr. Janem Dezortem do češtiny a je dostupný na internetu. PPRS je možné využít jak při vstupním vyšetření, tak i s časovým odstupem, kdy s jeho pomocí zjišťujeme pokrok, případně můžeme dle nových zjištění upravit terapeutický plán.

5 Terapie koktavosti

I když máme v dnešní době popsanych mnoho léčebných snah, terapeutických metod a přístupů žádný z nich nám nemůže zaručit úspěšné překonání koktavosti. Koktavost má tendenci přetrvávat až do dospělosti a pokud k tomu dochází, často se stává, že si jedinec projde různými terapeutickými přístupy (Neubauer, 2018). Podle Kutálkové (2011) začíná terapie vždy určením příčin, jelikož bez jejich odstranění či alespoň zmírnění bývá terapie neúspěšná. Příčiny koktavosti jsou různorodé a každý balbutik je ojedinelý. To, že určitá terapie platí na jednoho, neznamená úspěch u všech. Je tedy potřebné zjistit, jaká metoda bude pasovat danému jedinci. Zvolení druhu terapie je také závislé na věku jedince, stejně jako je tomu u diagnostických postupů. „*Neznáme-li příčinu narušení plynulosti řeči, nemůžeme ji odstranit, pouze potlačujeme příznaky*“ uvádí Klenková (2006, s. 162).

V dětském věku je podle Neubauera (2018, s. 385) důležité působit také na rodiče, pokud je to třeba. Může nám k tomu posloužit radami nazvanými „*7 tipů, jak mluvit s dítětem*“ od americké nadace na podporu koktavých. Důležité je také ošetřit školní prostředí a vzdělávání. U dětí s koktavostí se mohou vyskytovat komorbidity, jako je vývojová dysfázie, specifické poruchy učení či ADHD. Žák s koktavostí a dalšími komorbiditami potřebuje odlišný přístup pedagoga a podpůrná opatření.

Lechta (2011) třídí terapeutické metody koktavosti na přímé, nepřímé anebo jejich kombinaci. Přímé metody mají za cíl korigovat koktavost přímou terapií v oblasti procesů produkce řeči. Snažíme se napřímo ovlivňovat mluvní projev a chování balbutika. Do přímých metod můžeme zařadit například tvarování plynulosti a modifikaci koktavosti. U nepřímých metod se snažíme dosáhnout plynulosti pomocí úpravy prostředí, osobnosti balbutika, pohybové případně jazykové schopnosti, avšak bez přímého tréninku fluence. Do nepřímých metod můžeme zařadit například muzikoterapii, medikamentózní terapii, terapii hrou, relaxační jógu, ale i různé poradenství a terapie pro rodiče, příbuzné a pedagogy. Práci s balbutiky můžeme rozdělit také na individuální nebo skupinovou, přičemž v mnoha zemích se dává přednost skupinové terapii (Klenková, 2006).

Také u terapie je důležitá týmová spolupráce, která může zahrnovat logopeda, psychologa, foniatra, pediatra, psychiatra, neurologa či jiného odborného lékaře. Pokud není možná společná konzultace v rámci pracoviště, je nezbytně nutná alespoň telefonická nebo

písemná komunikace mezi odborníky, zejména mezi logopedem a psychologem (Bubeníčková, Kutálková, 2001). Podle Klenkové se ve světě vyskytuje více než 250 postupů na odstranění koktavosti, zaměřím se tedy pouze na vybrané z nich.

5.1 Terapie zaměřená na tvarování plynulosti

Terapie zaměřená na tvarování plynulosti je behaviorální terapie a řadí se mezi symptomatickou léčbu, kterou lze používat bez věkového omezení. „*Vychází z variability symptomů koktavosti: dokáže-li balbutik v určitých situacích mluvit plynule, je třeba jen systematicky, pomocí podmiňování rozšiřovat takové plynulé projevy do všech ostatních komunikačních situací*“ (Lechta, 2010, s. 171).

K technikám terapie řadíme lehký hlasový začátek, slabikovanou řeč, rytmické taktování, fonograforitmiku, metronom, časovanou řeč a opožděnou sluchovou vazbu. Zmiňovanými technikami navodíme plynulou řeč, která se postupně přenáší do každodenní komunikace (Neubauer, 2018). Lechta (2011, s. 245) uvádí, že „*terapie zaměřená na tvarování plynulosti klade důraz na osvojení plynulosti a nevěnuje zvláštní pozornost pocitům, postojům ani vyhybavému chování*.“ Negativní pocity zaniknou, když si balbutik osvojí vzorec plynulé řeči (Lechta, 2010). Podle Lechty (2011) se tvarování plynulosti realizuje ve třech fázích:

1. prvky řeči, které jsou plynulé už před začátkem terapie, se pomocí operačního podmiňování postupně rozšiřují – například pomocí rytmizované řeči, redukcí tempa řeči, změnou nasazení hlasu a využitím přístrojů (metronomu, opožděné sluchové zpětné vazby atd.);
2. transfer plynulostí na běžné komunikační situace, a to od nejjednodušší po nejsložitější;
3. stabilizace – dlouhodobá dodatečná péče.

„*V katamnestických (postterapeutických) vyšetřeních si terapeut ověřuje, je-li plynulost řeči stabilizovaná, anebo jsou-li potřebná ještě další terapeutická opatření*“ dodává Lechta (2010, s. 172).

Jednou z technik terapie je fonograforitmika (fonograforitmická metoda), která je realizovaná s použitím pomalého, rytmického hovorů ve spojení s lingvistickými procesy

(fonologie) a paralingvistickými procesy (graforytmiky) do jednoho celku (Neubauer, 2018). Škodová (2003) uvádí rozdělení programu do sedmi základních kroků: fonologická analýza slov na slabiky (pomocí rytmického vytleskávání), přiřazení grafických ekvivalentů slabik (obloučky jako ekvivalenty slabik), přiřazení grafických ekvivalentů slov (úsečky jako ekvivalent slov), pragmatizace (používání fonograforytmiky v konverzaci), imaginace (představa písma bez realizace), fixace (fluentní komunikace v ambulanci za přítomnosti více lidí) a transfer ve hře s různými rolemi.

5.2 Terapie zaměřená na modifikaci koktavosti

Terapie modifikace koktání je opět symptomatickou léčbou, která je vhodná pro starší školní věk, adolescenci a dospělost. Účelem terapie je podle Lechty (2010, s. 172) „*pomoci balbutikovi upravit, modifikovat okamžik zakoktání směrem k fluenci. Na rozdíl od tvarování plynulosti řeči se terapie modifikace koktavosti cíleně soustřeďuje i na pocity a postoje balbutiků.*“ Předpokladem je, že většina symptomů plyne z úsilí balbutika, kdy se snaží příznakům vyhnout. Proto terapie bývá psychoterapeuticky zaměřená a zahrnuje také korigování vyhýbavého chování a logofobie (Neubauer, 2018).

Skládá se ze dvou klíčových prvků. „*Prvním prvkem je naučit balbutika modifikovat momenty zakoktání a druhým je redukovat jeho strach ze zakoktávání a eliminovat vyhýbané chování, asociované s tímto strachem*“ píše Lechta (2010, s. 173). K modifikaci koktavosti se využívají metody obsahující dechová, hlasová, artikulační a asociační cvičení, trénink intonace, výslovnosti, rytmu, motorických strategií a rychlosti (Lechta, 2011). Cílem terapie je koordinace dýchání, fonace a artikulace, které navozujeme například lehkým hlasovým začátkem či redukcí tempa řeči. Snažíme se docílit, aby měl balbutik pocit kontroly nad plynulostí řeči v různých situacích. Pro redukování strachu potřebujeme, aby balbutik verbalizoval své pocity (Lechta, 2010).

Do terapií zaměřených na modifikaci můžeme řadit Intervenční program MIDVAS, který vytvořil Van Riper. Podle Škodové (2003) je „*cílem programu změna pacientova postoje k vlastní řeči a přetváření projevů neplynulé řeči tak, aby byla pro posluchače přijatelnější.*“ MIDVAS je anagram pro šest fází terapeutického programu, kdy první tři etapy (MID) jsou zaměřeny převážně na tenzi a námahu (modifikaci postojů) a zbylé tři (VAS) na modifikaci neplynulosti. Fáze jsou motivace (orientace na cíl, seznámení

s terapeutickým plánem a s případnou recidivitou), identifikace (rozhovor o projevech, instruování o cílené introspekci), desenzibilizace (zvýšení prahu rezistence a tolerance), variace (modifikace symptomů neplynulosti), aproximace (přiblížení se plynulosti řeči) a stabilizace (Lechta, 2011).

Radfordová (in Lechta, 2010) navrhuje používání modifikace koktavosti u fixované a chronické koktavosti a terapii zaměřenou na tvarování plynulosti u incipientní a hraniční koktavosti. Při středně těžké a těžké koktavosti je ideální použít kombinaci obou přístupů.

5.3 Principy českých a slovenských metodik podle Bubeníčkové

Mezi autory českých a slovenských metodik patří například Bubeníčková a Kutálková (2001), Bubeníčková (1982), Laciková a Lechta (1998), Sovák (1955) a Seeman (1955). Škodová (2003, s. 279) uvádí, že „*osnova u nás užívaných metodik reedukace řeči u osob s koktavostí je tvořena obecně známými a víceméně stabilními formami jednotlivých cvičení k navození plynulého mluvního projevu.*“ Při reedukaci koktavosti je důležité navodit pozitivní motivaci, ale také je důležité, aby se balbutik dokázal zrelaxovat. K tomu můžeme využít různé formy relaxačního cvičení (například relaxační jógu) či třeba autogenní trénink. Obecně se provádí od jednodušších úkolů po složitější, od emočně nejméně zbarvených po emočně náročné úkoly (Škodová, 2003).

Do metodiky reedukace podle Bubeníčkové a Kutálkové (2001) spadají:

- přípravná cvičení – nácvik rozlišení pomalu a rychle, dechová cvičení (prohloubení nádechu a prodloužení výdechu) a rytmizační cvičení (slouží především k motivaci, při logofobii nebo pokud se u dítěte vyskytuje výrazná dysrytmie);
- hlasová cvičení – cílem je spolehlivé zvládnutí koordinace dechu a mluvy, nácvik měkkého hlasového začátku, nácvik pasivního rozlišení měkkého a tvrdého hlasového začátku, nácvik aktivního použití měkkého hlasového začátku;
- uvolňovací artikulační cvičení – nácvik pasivního rozlišení měkce vázaných slabik a slabik oddělených tvrdým hlasovým začátkem, nácvik aktivního napodobení měkce vázaných slabik;

- cvičení plynulosti mluvy – cílem je navození plynulé mluvy pomocí základního postupu stupňování nároků;
- cvičení čtením – navozené mechanismy se čtením zpevňují a automatizují;
- asociační cvičení – pomáhají k rozšíření slovní zásoby, k lepší stylistické obratnosti a k upevnění mluvních stereotypů;
- řečnická cvičení – odstraňují strach z mluvení a navozuje se jistota v mluvním projevu;
- rozhovor – v navozené situaci (hra na obchod, telefon atd.).

Do metodiky reedukace řadí Bubeníčková a Kutálková (2001) také metodu vědomého koktání, která se používá po pečlivém zvážení logopeda, jelikož je pro člověka nepříjemná a namáhavá, avšak bývá velmi často účinná jako silný motivátor. Stejně tomu tak je u využití techniky a počítačových programů. Jednou technickou pomůckou je například Lee-efekt, který nahrává hlas koktavého a s nepatrným časovým rozestupem mu zvuk přehrává. Řeč se ze začátku zásadně zlepší, avšak efekt po čase slábne, proto se využívá především jako motivační metoda.

5.4 Alternativní terapie

Kromě výše zmíněných terapeutických přístupů a metod se mohou využívat různé způsoby alternativní medicíny, hypnóza, meditace či různé medikamentózní přípravky (Lavid, 2003). Podle Peutelschmiedové (2005) si rodiče balbutiků, případně balbutici sami, nechtějí v budoucnu vyčítat, že nevyzkoušeli všechny způsoby, které mohli pomoci k plynulé mluvě. Může se jednat od „čistých přírodních produktů“, přes hypnózu, biofeedback, holotropní dýchání, oxygenoterapii až po zásah laserem do mozku. *„Alternativní medicínu odlišují dva rysy, za prvé nezakládá se na žádné koherentní nebo ověřené soustavě věděni, za druhé pak se nikdy nepodrobí přísnému zhodnocení,“* píše Peutelschmiedová (2005, s. 56). Podle Neubauera (2018, s. 390) *„neexistuje opora pro užívání jiných izolovaných metod (např. hypnózy, dechových cvičení, psychoterapie, farmakoterapie, biofeedbacku) bez použití metody s prokázaným efektem.“*

Jednou z alternativních terapií může být podle Lechty (1990) akupunktura, která bývá součástí komplexní terapie a je využívána jako reflexní terapie na blokaci patologických

impulzů na různých úrovních nervového systému. Akupunktura může zbavit člověka závislostí, léčit migrény, nemoci orgánů, bolesti neznámého původu, ale také působí pozitivně na psychiku člověka, léčí neurózy a psychosomatické nemoci (www.dixo.cz, dostupné online). Světová zdravotnická organizace WHO uvádí, že akupunktura má podle kontrolovaných studií pozitivní efekt na léčbu úzkostí a depresí (www.taaom.org, dostupné online).

Mezi alternativní přístupy se zařazuje také farmakoterapie, která se používá především k léčbě komorbidních poruch. U žádného léku nebyl doposud prokázán dlouhodobý účinek v léčbě koktavosti (Neubauer, 2018). Hrdlička (in Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015) uvádí, že u silné logofobie mohou být předepisována antidepresiva či anxiolytika. The National Stuttering Association (NSA) uvádí, že ačkoliv žádné léky k léčbě koktavosti nebyly schváleny americkým úřadem pro kontrolu potravin a léčiv (U.S. Food and Drug Administration), tak výzkumy ukazují pozitivní dopad některých medikamentů na koktavost (www.westutter.org, dostupné online).

K alternativním terapiím bych ráda zařadila metody podpůrné terapie, které se uplatňují v rámci nácvikových psychoterapeutických postupů. Mohou se využívat k relaxaci či jako první krok samotné terapie. Řadíme sem biblioterapii, arteterapii a muzikoterapii (Kršňáková, 2004). Podle Lechty (2004) je muzikoterapie vhodným prostředkem k odbourání psychické tenze, odreagování a navození relaxace, ale je účinná i v dalších oblastech, jako například zpěv, který má pozitivní vliv na koordinaci dýchání, fonace a artikulace (Mátejová, Mašura in Lechta, 2004). Pod alternativní terapie můžeme dále zařadit hipoterapii, spánkovou terapii, jógu, relaxační cvičení a další (Lechta, 2004, 1990).

5.5 Svépomocný program

K svépomocnému programu při koktavosti pro adolescenty a dospělé se často uchylují dospělí balbutici, kteří často střídali během života terapie bez účinku (Lechta, 2010). Autorem programu je Malcolm Fraser, který při tvorbě vycházel ze své vlastní zkušenosti balbutika a sám dobře ví, jak je svépomocná terapie náročná. Cílem programu je, aby se člověk trpící koktavostí naučil mít své pocity a řeč pod kontrolou a nedocházelo tak k nežádoucímu chování. Fraser vytvořil řadu úkolů a cílů, které slouží jako mapa při cestě k plynulé mluvě (Fraser, 2006).

Fraser (2006) v první části svého plánu doporučuje podstoupit balbutikům, kteří pocítují potřebu bezprostřední úlevy, experimentální terapii. Ta využívá pomalou a protáhlou řeč a prodlužování řeči pomocí měkkého hlasového začátku. Následně je třeba prodloužit a natáhnout všechny hlásky slova tak, aby docházelo k plynulé fonaci. V druhé části programu představuje Fraser 12 pravidel, kdy využívá dvou přístupů. Podle Fräsera (2006, s. 35) *„první spočívá ve změně vašich pocitů a postoji ke koktavosti snižováním strachu z řeči a odstraňováním vyhybavého chování. Druhý zahrnuje změnu chování, spojovaného s vaší koktavostí, užitím jistých technik, které změní formu vaší koktavosti do té míry, abyste mohli mluvit bez abnormality.“*

Balbutik by měl dodržovat všechna doporučení v pořadí, v jakém jsou sepsána. K dalšímu pravidlu bychom se měli posunout až v momentě, kdy cítíme, že jsme dosáhli chtěného výsledku. Základní pravidla podle Fräsera (2006, s. 38–51):

1. *„Zvykněte si neustále mluvit pomalu a uvolněně, ať právě koktáte, nebo ne.*
2. *Začínáte-li mluvit, mluďte lehce, měkce a pomalu, bez úsilí; prodlužujte první hlásku obávaných slov.*
3. *Koktejte otevřeně, nesnažte se skrývat fakt, že jste člověk, který koktá.*
4. *Zjišťujte a odstraňujte nepotřebná gesta, mimiku nebo pohyby, které děláte, když koktáte nebo když se snažíte svým potížím vyhnout.*
5. *Vynasnažte se, abyste se zbavili všech vyhybavých praktik, odkladů a slovních opisů.*
6. *Udržujte oční kontakt s osobou, s níž mluvíte.*
7. *Zjistěte a rozeberte, co nevhodného dělají vaše hlasové orgány, když koktáte.*
8. *Využijte výhod blokových korekcí k úpravě poměrů v řečovém svalstvu.*
9. *Při řeči pokračujte stále dál.*
10. *Snažte se mluvit melodicky a pevným hlasem.*
11. *Věnujte pozornost okamžikům, kdy mluvíte plynule.*
12. *Při práci na tomto programu mluďte co nejvíce.“*

Ideální je vést si deník, kam si balbutik každý večer zapíše, jak si v plnění úkolů vedl. Dalším pomocníkem může být systém odměn, kdy si za odpracované cvičení dopřejeme aktivitu či například dobrotu, kterou máme rádi.

Praktická část

6 Výzkumné šetření

6.1 Cíle a výzkumné otázky

Hlavním cílem výzkumu diplomové práce je zjistit, jak dospělí balbutici vnímají svoji koktavost. Ve výzkumné práci byl vytyčen také vedlejší cíl, a to zjistit, co by sami balbutici doporučili lidem, kteří trpí obdobnými problémy.

K dosažení hlavního a vedlejšího cíle byly vytyčeny výzkumné otázky:

1. Co je hlavní motivací balbutiků k řešení koktavosti?
2. Mají balbutici vlastní strategie, které jim pomáhají s plynulostí řeči?
3. Co by balbutici doporučili lidem, kteří mají obdobné problémy?

6.2 Metodologie výzkumu

V šetření byl aplikován **kvalitativní typ výzkumu**. Švaříček a Šed'ová (2007, s. 17) uvádějí definici, podle které je kvalitativní přístup „*proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založených na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.*“ Podle Strausse a Corbinové (1999, s. 10) „*termínem kvalitativního výzkumu rozumíme jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace.*“

Jedna z odlišností mezi kvalitativním a kvantitativním výzkumem může být odlišná analýza dat. „*Kvalitativní analýza a interpretace dat je hledání sémantických vztahů mezi nimi a spojování deskriptivních kategorií do logických celků,*“ píše Švaříček a Šed'ová (2007, s. 16). Podle Strausse a Corbinové (1999, s. 11) se metody kvalitativního přístupu „*užívají k odhalení a porozumění tomu, co je podstatou jevů, o nichž toho ještě moc nevíme. Mohou být také použity k získání nových a neotřelých názorů na jevy, o nichž už něco víme.*“

Aby člověk mohl provádět kvalitativní výzkum, je zapotřebí vlastnit dovednost odstoupit a kriticky analyzovat situaci, získat platné a spolehlivé údaje, rozeznat a vyhnout

se zkrácené a schopnost abstraktního myšlení. Je důležité umět udržet si analytický odstup a využívat předešlých zkušeností a teoretických znalostí k interpretaci (Strauss, Corbinová, 1999).

Kvalitativní výzkum dělíme na 3 hlavní složky. První složka obsahuje údaje, které můžeme získat z různých zdrojů, jako je rozhovor či pozorování. Druhou složkou jsou interpretační či analytické postupy. Mezi postupy řadíme proces kódování, nestatické pořizování výběru a vytváření schémat vztahů mezi pojmy. Třetí složkou jsou písemné a ústní zprávy, které mohou být publikovány na odlišných místech jako souhrnné závěry či pouze jako detailní rozbor jedné části výzkumu (Strauss, Corbinová, 1999).

Podle Hendla (2012) je pro kvalitativní výzkum typické, že se na začátku zvolí téma a základní výzkumné otázky. Jelikož je tento typ výzkumu považován za pružný, otázky se mohou během výzkumného šetření měnit a modifikovat. Výzkumníka můžeme přirovnat k detektivovi, který neustále vyhledává informace, analyzuje je a vyvozuje z nich deduktivní a induktivní závěry. Hypotézy z kvalitativního výzkumu nelze zobecňovat, jelikož se týkají vybraných jedinců, kteří se účastnili výzkumu. I přesto můžeme označit kvalitativní výzkum za hodnotný, jelikož nám přináší nový náhled na zkoumané jevy (Švaříček, Šed'ová, 2007).

6.2.1 Zakotvená teorie

Zvolenou kvalitativní strategií je zakotvená teorie od Strausse a Corbinové, která je zároveň způsobem, jak budou data analyzována. Podle Strausse a Corbinové (1999, s. 14) se jedná o „*teorii induktivně odvozenou od zkoumání jevu, který reprezentuje. To znamená, že je odhalena, vytvořena a prozatím ověřena systematickým shromažďováním údajů o zkoumaném jevu a analýzou těchto údajů.*“ Definičním znakem pro zakotvenou teorii jsou specifické kódovací procedury.

Základním cílem výzkumu je podle Švaříčka a Šed'ové (2007) generování nové teorie, která je zakotvená v datech. Záměrem je vytvoření konceptuálního schémata postihující vztahy mezi proměnnými a poté operacionalizovat vztahy mezi nimi. Výsledkem by měla být teorie, která se skládá z tvrzení o vztazích mezi proměnnými. Výzkum nezačíná stanovením teorie, kterou by ověřoval, ale zaměří se na zkoumanou oblast a nechává jí prostor, aby sama odhalila, co je významné (Strauss, Corbinová, 1999).

Postup zakotvené teorie

Zakotvená teorie probíhá na třech úrovních. Na první úrovni probíhá sběr dat, který směřuje k teoretické nasycenosti kódů. Ve druhé fázi probíhá kódování materiálů, které vede k vytvoření základních kategorií. V poslední úrovni probíhá konstruování teorie, tedy sad tvrzení o vztazích mezi kategoriemi (Švaříček, Šed'ová, 2007).

V první fázi zakotvené teorie dochází ke sběru dat a k jejich analýze. Sběr dat je ukončen tehdy, jsou-li data teoreticky nasycena (přestávají generovat nové informace). Zda jsou data nasycena můžeme zjistit pouze průběžnou analýzou. Pokud se ukáže, že nemáme dostatek dat, následuje opětovný sběr informací k vyplnění mezer (Švaříček, Šed'ová, 2007).

Druhá fáze neboli kódování je jádrem celé zakotvené teorie. Podle Švaříčka a Šed'ové (2007) můžeme definovat kódování jako analytické operace, které rozkládají data do indikátorů, které jsou později dále rozřazeny. Později dochází ke kategorizování (slučování) na základě určitého jednotícího kritéria. Vzniklé kategorie bereme jako proměnné a slouží nám jako základy budoucí teorie. Strauss a Corbinová (1999) rozdělují kódování do 3 úrovní: otevřené kódování, axiální kódování a selektivní kódování.

Otevřené kódování je analytický proces, kdy identifikujeme a rozvíjíme pojmy pomocí jejich vlastností a dimenzí. Základními postupy jsou kladení otázek o údajích, zjišťování podobností a rozdílů porovnáváním jednotlivých dat mezi sebou. Podobná data jsou označena a seskupena do kategorií.

Axiální kódování má za cíl složit dohromady data, která získal v otevřeném kódování. Jedná se o složitý induktivně-deduktivní proces, kterého opět docílíme pomocí porovnávání a kladení otázek. Tímto vzniká spojení mezi kategoriemi a subkategoriemi. Díky axiálnímu kódování získáváme hlavní kategorie.

Při selektivním kódování dochází k závěrečné integraci všech dosavadních výsledků interpretace. Výzkumník přichází k sestavení kostry příběhu zkoumaného jevu, a nakonec sestaví celý analytický příběh. Díky selektivnímu kódování jsme schopni zvolit centrální kategorii a poskládat k ní hlavní kategorie.

Poslední fázi je konstruování teorie. Z vyzkoumaných kategorií vytvoří výzkumník proměnné a uvádí je do vzájemného vztahu. Přicházíme se zjištěním, jaké podmínky

vyvolají určité jevy. Konstruování teorie probíhá během celého výzkumu, nejvíce pak během selektivního kódování (Strauss, Corbinová, 1999).

6.3 Průběh výzkumného šetření

Časový rozvrh výzkumného šetření	
Kdy	Popis činnosti
Prosinec 2020	Příprava dotazníku pro balbutiky, plánování výzkumného šetření
Leden 2021 - únor 2021	Realizace výzkumného šetření, komunikace s balbutiky, distribuování dotazníku, průběžná analýza získaných dat
Březen 2021	Analýza a interpretace získaných dat, sepsání praktické části práce

Tabulka 3: Časový rozvrh výzkumného šetření

Začátek výzkumného šetření byl v prosinci 2020 a trval až do března 2021. V prosinci 2020 byl vytvořen dotazník, k jehož vytvoření sloužila analýza odborné literatury, konzultace s klinickým logopedem a vedoucí diplomové práce.

Respondenti byli seznámeni s výzkumem, při kterém proběhlo ujištění o anonymitě dat. Účastníci výzkumu měli na výběr, zda chtějí tištěnou verzi dotazníku či elektronickou. Komunikace s dotazovanými probíhala především pomocí emailové komunikace, kam jim byl dotazník zaslán. Po vyplnění byl dotazník zaslán zpět na emailovou adresu výzkumníka. Pouze jedna respondentka obdržela papírovou verzi dotazníku, kterou si výzkumní posléze vyzvedl. Dotazovaní byli oslovováni postupně, vždy po obdržení vyplněného dotazníku docházelo k průběžné analýze získaných dat pomocí otevřeného kódování.

V březnu byla veškerá získaná data podrobena analýze a interpretaci.

6.4 Charakteristika výzkumného vzorku

O spolupráci ve výzkumu bylo požádáno 8 dospělých lidí trpících koktavostí. Výzkumu se účastnilo 5 mužů a 3 ženy. Všichni respondenti byli ve věkové kategorii od 31 do 50 let. Určité věkové rozmezí bylo vybráno z důvodu stejných možností během života, například nabídky terapií, programů či svépomocných skupin. Jak je vidět na grafu níže, 3 respondenti mají nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské, zbylých 5 respondentů dokončilo vysokoškolské vzdělání. Žádný z respondentů v aktuální době ve vzdělání nepokračuje. Všichni dotazovaní jsou nyní zaměstnaní či mají vlastní podnikání.

Respondenti byli vybráni pomocí klinických logopedů a sociální sítě Facebook. Všichni respondenti souhlasili se zařazením do výzkumu. Žádný respondent nebyl z výzkumu vyřazen. Účastní se budou ve výzkumné práci označovat jako respondenti 1 až 8.



Graf č. 1 – Vzdělání respondentů

6.5 Metody sběru dat

Ke sběru dat byla zvolena metoda dotazníku, kterou Gavora (in Chráska, 2016, s. 158) definuje jako „způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí.“ Důvodem zvolení této metody je ten, že někteří balbutici jsou ve stresu z telefonní či video komunikace a výzkumník je nechtěl v době Covid-19 více zatěžovat.

Dotazník

Dotazník (viz příloha č. 1) byl sestaven ze strukturovaných (uzavřených) i nestrukturovaných (otevřených) položek. Část otázek měla zjišťující mínění, druhá část položek měla za cíl zjistit postoje a motivy respondentů. Všichni oslovení respondenti

souhlasili s vyplněním dotazníku, proto můžeme říct, že návratnost dotazníku byla 100 %. Získaná data byla analyzována pomocí zakotvené teorie, jak je již zmiňováno v předchozích podkapitolách.

Dotazníkové šetření obsahovalo 16 hlavních otázek, které dále obsahovaly podotázky. První dvě položky dotazníku byly zvoleny pouze jako kontrolní otázky, zda jsou všichni respondenti ve stejné věkové kategorii a jaké mají nejvyšší dosažené vzdělání.

Hlavní otázky č. 3 až č. 15 dotazníku:

3. Kdy jste začal/a vnímat narušení komunikační schopnosti?
4. Přetrvává u Vás koktavost dodnes?
5. Ovlivňuje či ovlivňovala koktavost Váš osobní život? Jak?
6. Které odborníky jste z důvodu koktavosti navštívil/a?
7. Jaké typy terapie jste během života podstoupil/a?
8. Který typ terapie byl podle Vás nejúčinnější?
9. Máte vlastní strategie, které Vám pomáhají v lepší plynulosti řeči?
10. Co Vás motivovalo k terapii?
11. Cítil/a jste se někdy demotivovaný/á? Co tento pocit vyvolalo?
12. Využíváte v současné době služby klinického logopeda či klinického psychologa?
13. Vyhledal/a jste někdy v minulosti podpůrnou skupinu?
14. Jste v kontaktu s lidmi, kteří mají obdobné problémy?
15. Jste členem organizace či sdružení, které se zabývá koktavostí? Jakého?

V poslední položce byli respondenti požádáni o jejich vlastní názor na 3 podotázky: co je v terapii potěšilo, co je naopak zklamalo a co by doporučili lidem, kteří trpí obdobnými problémy?

6.6 Interpretace výzkumného šetření

Na základě kódování ze zakotvené teorie, které bylo popsáno v metodologii výzkumu, byly rozpoznány klíčové kategorie. Z výzkumu vzešlo 8 hlavních kategorií, které jsou popsány v následujících podkapitolách.

6.6.1 Hlavní kategorie výzkumu

Odborná pomoc

Odborníci

Do kategorie odborné pomoci jsme zařadili terapie a odborníky, které balbutici během života navštěvovali. 100 % respondentů označilo, že vyhledali během života odbornou pomoc. Jedna z respondentek žádnou terapii za život nepodstoupila, ani nevyhledala pro sebe žádného odborníka, avšak píše, že: „*v dnešní době využívám služby klinického logopeda se synem, již od jeho 3 let (nyní 9 let).*“ Nejvíce převažovala klinická logopedie, následovala klinická psychologie a neurologie, foniatrie a psychiatrie. Otorinolaryngologie žádný respondent nepokládal za důležitou, či tam nebyl jiným odborníkem odkázán. Aktuálně služby odborníků využívají pouze dva respondenti, z toho jedním z nich je žena, která je v kontaktu s odborníky pouze ve smyslu pomoci u syna, nikoliv u sebe.

Terapie

Mezi nejčastější typ terapie, kterou iniciovali odborníci, byla terapie tvarování plynulosti, tu podstoupili všichni respondenti, kteří vyhledali odbornou péči. Někteří respondenti pokračovali s terapií modifikace koktavosti a s principy českých a slovenských metodik, konkrétně podle Bubeníčkové.

Čtvrtina respondentů vyzkoušela svépomocné programy a alternativní terapii. Z alternativních terapií to byla relaxační cvičení, technika Mindfulness a farmakoterapie antidepressiv. „*Antidepressiva na řeč valný vliv neměla – neplynulost byla zhruba stejná, ale mělo to vliv na to, jak jsem vnímala stres a celkově řeč. Vnímala jsem, že se mi mluvilo lehčeji – nestresovala jsem se tím, jak budou ostatní reagovat*“, píše jedna z respondentek. Ze svépomocných programů využívali respondenti knihu od Malcoma Fräsera – Svépomocný program při koktavosti.

Dětství

Kromě jednoho respondenta, který začal vnímat narušenou komunikační schopnost až v dospělosti, a to vlivem mrtvice, vnímali všichni dotazovaní koktavost již v dětství, případně v brzké adolescenci. V této kategorii se proto zaměřujeme na ně. Všichni respondenti, kteří docházeli na terapii, využívali v dětství služby klinického logopeda, případně dětského klinického psychologa. V dětství se respondenti rozdělovali do dvou kategorií, podle toho, jak vnímali svoji koktavost a kolektiv kolem sebe.

První část respondentů se cítila být odstrkována, „*vyločení ze společnosti dokáže (obzvlášť) s psychikou dítěte zamávat.*“ Jiný respondent zase konstatoval: „*když jsem se po terapii vrátil zpět do kolektivu dětí, začal jsem velmi rychle zase koktat, jelikož mě ostatní děti nepustily ke slovu a snažil jsem se vždy vše říct rychle.*“

Druhá část byla ke koktavosti více laxní a poznámky okolí si nikdy nebrala k srdci. „*V mládí jsem si nic nebral z toho, že se děti smály. Na dětství nemám žádné negativní vzpomínky z důvodu koktavosti.*“ Vliv na tento přístup může mít i rodina: „*nechtěla jsem, aby se syn cítil v životě jako já, proto jsem s ním od mala začala chodit na logopedii, nyní syn bere koktavost jako svoji součást, ne jako handicap.*“

Práce a studium

Práce a studium bývají často koktavostí ovlivňovány. Balbutiky stojí mnohem více úsilí plnění studijních podmínek, ústní zkoušení či prezentace před třídou: „*musel jsem klást mnohem větší důraz na naučení rétorických dovedností než ostatní*“ či „*při prezentacích se musím připravit dopředu a mnohem více se musím soustředit na mluvení při vysvětlování problému.*“ Tyto zážitky bývají pro balbutiky často stresující.

Balbutici si musejí často volit práci podle toho, jak zvládají koktavost. „*V rámci firmy mohu postoupit do obchodního oddělení na pozici obchodního zástupce, avšak obávám se, že se ocitnu díky tomu v mnohem větším stresu a nebudu moct s potencionálními zákazníky dobře komunikovat.*“ Jelikož se balbutici často zakoktavají zrovna u svého jména, bývá pro ně stresující kontakt s novými pracovníky: „*hůře se mi představovalo s novými kolegy a kolegyněmi, téměř vždy jsem se zakoktal.*“

Někteří balbutici mohou trpět úzkostí, která může přerůst až do logofobie. To samozřejmě může mít vliv při práci: „*moji práci ovlivňuje úzkost z komunikace, nervozita a držení se zpět.*“ Další výpověď respondenta: „*Začínám koktat, když musím v práci mluvit před více lidmi a když se dostaví stres a nervozita.*“ Také od pracovního kolektivu mohou přicházet nevhodné poznámky směrem k balbutikovi, to můžeme vyčíst například z odpovědi: „*V práci slyším poznámky od kolegů, že se neumím vyjadřovat a že mi není rozumět, když mluvím do sluchátek.*“ K tomuto problému nepřispívá ani dnešní doba, kdy se mnohem více využívají telefonní a komunikace a videokonference.

Motivace

Jako nejčastější motivační prvky nám šetření ukázalo práci a studium. Člověk si často vysní, co by chtěl dělat a pokud mu v tom koktavost brání, je zapotřebí začít na ní pracovat. „*Přibližně před 20 lety jsem začal podnikat, potřeboval jsem dobře zapůsobit na klienty, proto jsem začal na mluvě pracovat.*“ „*K terapii mě motivoval zájem nabýt vědomosti nutné pro výkon povolání.*“ Školní prostředí může být pro žáky a studenty náročné a mnohdy až stresující. Tyto negativní vlivy mohou být také často spouštěče: „*motivovalo mě vědomí, že na vysoké škole budu muset přednášet svůj výzkum*“ či „*motivátorem pro mě bylo úspěšné dokončení vysoké školy.*“

Dalším motivátorem bývá, když se balbutik nedokáže představit plynule svým vlastním jménem. „*Motivací u mě bylo, když jsem se nedokázal představit křestním jménem bez zakoktání.*“ Další z respondentů napsal: „*Cítil jsem se bezmocně, když jsem si šel vyzvednout balíček. Paní za přepážkou se mě zeptala na jméno, ale já jí ho nebyl schopen říct. To pro mě byl motivační prvek, abych začal se svou mluvou něco dělat.*“

Motivačním faktorem byly pro respondenty také podpůrné skupiny, kterých se 25 % dotazovaných účastnilo. Podle respondentů jim skupiny pomáhaly především z hlediska motivace. „*Vzájemná inspirace – fungování v běžném světě s koktáním.*“ Pro balbutiky bývá motivací také jejich rodina a okolí, hlavně když se rodiče snaží namotivovat malé děti k pravidelnému cvičení či k docházení k odborníkům.

Pro respondenty mělo pozitivní vliv slyšet či vidět balbutika, který byl v karierním životě úspěšný. Například jedna logopedická klinika pořádá každý rok workshopy a přednášky pro balbutiky. „*Účastnila jsem se před lety jedné přednášky, kde byl hostem*

profesor z University in North Carolina, který sám tento problém má. Byl to pro mě inspirující zážitek.“

Svépomoc

Tato kategorie znázorňuje postupy, u kterých člověk pracuje hlavně sám se sebou. Může sem spadat svépomocný program při koktavosti od Malcoma Fräsera, svépomocné skupiny, případně aktivity a přístupy, ke kterým si balbutik sám našel cestu. *„Nejvíce u mě zafungoval svépomocný program od Malcoma Fräsera.“* *„Pátrala jsem po zdrojích na internetu z amerických institucí a neziskových organizací.“*

Důležité je také pracovat na své psychice, *„sebelásce a sebezpřijetí“*, zapracovat na *„zautomatizovaných reakcích – nebezpečí => útěk“*. Jedním ze způsobů může být vystoupení z komfortní zóny: *„Člověk získá kuráž a sebevědomí jít potom do naprosto banálních situací v běžném životě, kterých by se jinak bál.“* *„Když jsem zvládla vydržet v ledové vodě 2 minuty, oproti tomu zavolat lékaři je naprosto nic.“* Nezbytné je také *„pracovat na svých dovednostech“* a *„nestydět se požádat o pomoc.“*

Okolí

Okolí může být, zejména pro děti, kruté. Děti trpící koktavostí se mohou často cítit vyloučeny ze společnosti: *„v mládí se mi okolí smálo,“* *„člověk má pocit, že je jiný a nezapadá.“* *„Ostatní děti mě nechtěly pustit ke slovu.“* Pro balbutiky všech věkových kategorií je nejdůležitější *„tolerance okolí.“*

Balbutici často zmiňovali dopad koktavosti na navazování nových známostí: *„Při představování jsem se vždy zakoktal.“* *„Měl jsem strach se seznámit...“* Určitý dopad měla koktavost i na partnerský život, kdy jeden z respondentů uvedl: *„Manželce bylo občas žinantní se doptávat, pokud mi nerozuměla.“* Jiný respondent zase pociťoval *„obavy při hledání partnerky.“*

Respondenti, kteří navštěvovali svépomocné skupiny, byli v kontaktu s dalšími lidmi, kteří trpí koktavostí. I když jim tato sezení nepřinášela efektivní pomoc, působila na ně *„uvolněně, příjemně a přátelsky.“* Skupina jim přinášela možnost *„sdílení vlastní bolesti“* a pocit, že v tom nejsou sami.

Žádný z dotazovaných balbutiků nebyl členem organizace ani sdružení, které se zabývá koktavostí, ani je nikdo z dotazovaných nevyhledává. Pouze 25 % respondentů má ve svém okolí balbutika, zbylí respondenti nemají potřebu vyhledávat lidi s podobnými problémy jaké mají oni.

Zklamání

Každý člověk ve svém životě zažije zklamání. U balbutiků tento pocit může nastávat častěji než u jiných lidí. „*Nedostal jsem práci kvůli koktavosti.*“ Zklamání mají často dopad na psychiku balbutiků, kteří pak cítí „*frustraci, sebenávist, sebepohrdání, nepřijetí sama sebe.*“ Nepomáhá tomu ani nedostatek zdrojů: „*málo informací o tomto problému a nových výzkumech v češtině.*“ „*Musel jsem čerpat ze zahraniční literatury, přednášek, kurzů a workshopů.*“

Mnoho balbutiků pociťovalo zklamání z terapií. Ze začátku většina respondentů pociťovala zlepšení, avšak to se brzy zpomalilo, až zastavilo: „*Po jisté době malý posun v řečových dovednostech.*“ „*Neúčinnost terapie samotné.*“ „*Myslela jsem si, že budu vyléčena a budu docela dobře mluvit.*“ Zejména velké zklamání přinášely „*prázdninové pobyty v nemocnici.*“ Kdy zde byl „*neprofesionální a bezcitný přístup lékařů.*“ Odpovědi respondentů: „*Snažil jsem se nekoktat, abych mohl rychle domů.*“ „*Naprosto ztracené 2 měsíce života.*“

Vlastní strategie

Balbutici mají svoje vlastní strategie, které jim pomáhají s koktavostí. Může se jednat o lepší plynulost řeči, ale také o to, jak sebe člověk vnímá a jak na sebe pohlíží. „*Je důležité zlepšovat si svoji integritu. Nebát se udělat při prezentaci dlouhou pauzu, případně na poště napsat na papír svoje jméno, pokud se u něho zakoktaváte.*“ „*Když je člověku jedno, jak ostatní reagují na neplynulou řeč či co si o něm myslí, tak je na dobré cestě.*“

Mezi nejčastěji zmiňované strategie patří „*práce s dechem / dechová cvičení*“, „*regulace tempa řeči*“ a „*regulace vlastních emocí.*“ Do této kategorie byla zařazena také „*meditace*“, „*samohypnóza*“ a „*relaxační cvičení.*“ Důležité je také „*naučit se vnímat své tělo a myšlenky*“ a také „*vystavování se stresu*“ (ve smyslu budování odolnosti). V případě, že

budeme muset mluvit na určité téma či prezentovat před více lidmi je žádoucí „*příprava předem*.“

Respondenti většinou ví dopředu, jaká slova či slovní spojení jim dělají problém, proto je také důležité rozšiřování slovní zásoby: „*V mládí jsem hodně četl, abych si rozšířil slovní zásobu a dokázal vždy najít jiný výraz či spojení pro daný problém.*“ Pro plynulejší mluvu také pomáhá používat „*krátké výstižné věty*“ a „*cvičit jazykolamy.*“

6.6.2 Konstrukce teorie

V zakotvené teorii tohoto výzkumu se jako výsledek prezentují vzniklé vztahy, příčiny a následky, které tvoří výslednou teorii. Konstrukce teorie ukazuje kategorie, které vzešly z kódování, jak na sebe vzájemně působí a ovlivňují se. Vazby mezi kategoriemi jsou lineární povahy, to znamená, že jeden prvek vždy vede ke druhému. Tyto souvislosti určují povahu výsledků výzkumu a sestavují výslednou teorii.

Schéma č. 1



První schéma nám znázorňuje, jak se vyvíjel pohled dospělých balbutiků na terapii, kterou v průběhu života podstoupili. V dětství začali respondenti vnímat narušenou komunikační schopnost. Někteří zažívali tlak, výsměch a nepochopení okolím. Cítili se být vyloučení ze společnosti. V tomto období přichází odborná pomoc, kterou vyhledají rodiče dítěte, které trpí koktavostí. Odborná pomoc se většinou skládá zejména z klinického logopeda, klinického psychologa, případně pak z dalších odborníků. Dítě podstupuje řadu terapií, rodiče se snaží hledat různé způsoby, které by zaručily, že jejich dítě bude mluvit

plynule. To však v případě těchto respondentů nenastává. Vážnější případy jsou posílány na letní pobyty, kde jim je nabídnuta intenzivnější terapie.

Po určité době přichází zklamání u respondentů. Balbutici, kteří navštívili letní pobyty zažívali přímo až frustraci a označují je nyní jako ztracený čas. Odborná péče respondentům ze začátku pomáhala a respondenti často viděli zlepšení, avšak to velmi rychle přestává. Příznaky koktavosti nemizí, v některých případech může docházet až k opětovnému zhoršení. Dotazovaní pocítují frustraci z neustálého docházení k odborníkům, snahám o zlepšení, které již nepřichází. Po určité době vzdávají snahy k terapii a začínají se více zabývat vlastními strategiemi, které jim pomáhají k plynulejší mluvě či k jejich lepší psychické kondici. Některé strategie mohou být převzaté z terapií, které v dětství podstupovali, na jiné si museli balbutici přijít sami. Každý z nich má nyní soustavu činností, postupů a strategií, které jim pomáhají, ať už je využívají aktivně či jim v minulosti pomohly dostat se tam, kde jsou nyní.

Schéma č. 2



Druhé schéma nám začíná v období starší školní docházky a práce. V tomto období si adolescenti a dospělí začínají znovu uvědomovat, jaký vliv může mít koktavost na jejich život. Při studiu může docházet k neúspěchům, jsou nuceni prezentovat výzkumy či referáty před celou třídou či absolvovat ústní zkoušení. Po škole přichází další náročné období, a to výběr práce a pracovní pohovory. Balbutici jsou často nuceni volit kvůli koktavosti jiné povolání, než by chtěli, případně musejí hledat jinou firmu, protože jim koktavost zamezila

získání místa. Další překážka přichází s pracovním kolektivem, se kterým se musejí nejenom seznámit, ale být s ním v časté interakci. Tyto nástrahy jsou pro balbutiky často motivující.

Začíná jim vadit, že se nedokážou představit bez zakoktání, jejich prezentace před pracovním kolektivem vyžadují náročnou přípravu a poté stejně odcházejí z meetingu zklamaní. Balbutici se opět zamýšlejí, zda by nešlo s jejich koktavostí něco podniknout a začínají vyhledávat pomoc tam, kde ji jako děti nehledali. Začínají se zaměřovat na svépomocné skupiny, svépomocné terapie při koktavosti. Důležitým zdrojem se nyní pro ně stává internet, kde mohou hledat v odborné literatuře nebo v zahraničních zdrojích. Motivaci nacházejí také v inspirativních příbězích balbutiků s popisem, co jim pomohlo k jejich zázračnému překonání koktavosti. Balbutici začínají pracovat sami na sobě, na své psychice, vnímání sebe sama a na dovednosti vystoupit ze své komfortní zóny. Začínají přicházet na vlastní strategie, které jim se zvládním koktavosti pomáhají. Může se jednat o různá relaxační cvičení, dechová cvičení, čtení, cvičení jazykolamů či hlídání si tempa řeči.

Schéma č. 3

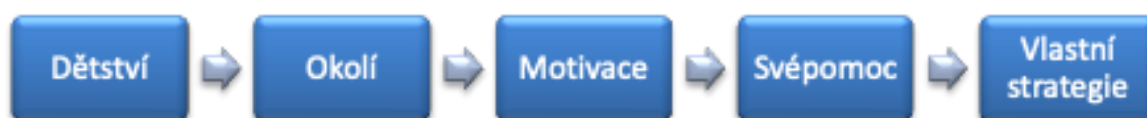
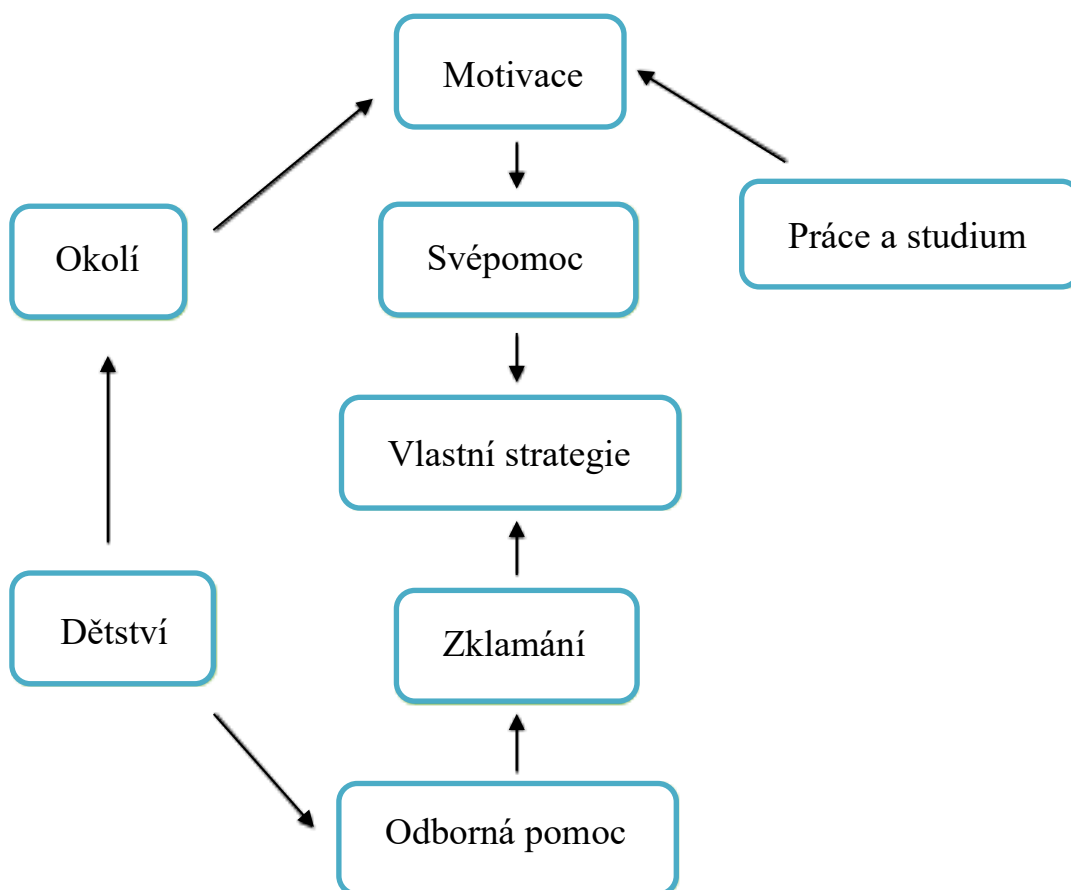


Schéma č. 3 sdílí některé části z předchozího schématu, avšak vychází z jiného základu. Již v dětském věku začínáme vnímat vlivy okolí, které na nás působí, ať už jsou příznivé nebo negativní. Můžeme se již v dětství cítit vyloučení ze společnosti. V adolescenci poté nastává další zvrat a to, když se bojíme seznamovat. Bojíme se, co si o nás okolí pomyslí a jak na nás poté bude nahlížet. Balbutici proto mohou pociťovat problémy jak v partnerském životě, tak při seznamování s novými přáteli. I když si najdou partnera není vše vyhráno, kvůli koktavosti může docházet k nepochopení si navzájem. Ať již pozitivní

tak negativní vliv okolí balbutiky motivuje, aby se opět zamysleli nad svojí koktavostí a zda je možné na ní začít opět pracovat. Zde již můžeme vidět stejnou část schéma č. 2. Motivace opět směřuje ke svépomoci. Je důležité začít pracovat sám na sebe, na své psychice a vnímání sebe sama i svého okolí. Pokud se balbutik začne přijímat i s koktavostí, začne ho mnohem lépe vnímat celé okolí. Svépomoc má poté opět za následek vytvoření vlastních strategií, mezi které může patřit napsání svého vlastního jména na papírek v případě, že nejsem schopen říct ho v dané situaci jiné osobě.

6.6.3 Vztahová síť a centrální kategorie



Obrázek č. 3: Vztahová síť – postavení centrální kategorie k ostatním

Ze schémat, která byla popsána v předchozích kapitolách, byla vytvořena vztahová síť, která nám dává ucelený pohled na řešenou problematiku pomocí zakotvené teorie.

Za klíčovou kategorií tohoto šetření byla zvolena kategorie „Vlastní strategie“, jelikož se nám objevila ve všech schématech vzniklé teorie. Všechna schémata končí právě ve zmíněné centrální kategorii.

Všichni respondenti označili vlastní strategie za nezbytný prvek k lepší plynulosti mluvy, přičemž většina respondentů je označila za nejdůležitější složku jejich procesu vypořádání se s koktavostí. Každý balbutik si vytváří svoje vlastní strategie, které pomáhají jemu, ale na ostatní nemusí mít takový vliv. Dospělí balbutici většinou již od dětství řešili svoji koktavost neúspěšně, často se museli potýkat s výsměchem okolí, s vlastní psychikou, podceňováním se, vyloučením ze společnosti až po nezískání pracovního místa, které si přáli. Často již od dětství absolvovali terapie pomocí odborné péče, které pro ně nebyly úspěšné. Právě proto si všichni respondenti hledají vlastní cestu k úspěchu či ke zlehčení jejich života.

6.6.4 Formulace zakotvených tvrzení

Z výše uvedené vztahové sítě a schémat vyplývá několik tvrzení, díky kterým můžeme lépe pochopit, jak koktavost ovlivňuje život balbutikům až do jejich dospělosti a jak sami balbutici vnímají koktavost, která je celý život provází. Tvrzení představují příčiny a následky jevů, které se objevily v tomto výzkumu. Shrnutí těchto zakotvených tvrzení představují jádro zkoumané problematiky.

Zakotvené tvrzení č. 1

Neúčinná odborná pomoc v dětství vede k vytvoření vlastních strategií.

U tohoto tvrzení se předpokládá, že balbutici, kteří se od dětství snaží na své koktavosti pracovat, zažívají zklamání z nelepších se narušené komunikační schopnosti. Po jisté době vzdávají terapii a s ní odbornou pomoc. V tento moment se zaměřují zejména na své vlastní strategie, které si celý život budovali a které jim nakonec z jejich pohledu nejvíce pomáhají.

Zakotvené tvrzení č. 2

Práce a studium je nejčastějším motivátorem k vytvoření vlastních strategií, které dospělým balbutikům pomáhají s terapií.

V tomto zakotveném tvrzení se předpokládá, že práce a studium bývají nejčastějšími motivujícími prvky pro lidi s koktavostí. Balbutici narážejí při studiu a v práci na nové překážky kvůli koktavosti. Tyto překážky je nejčastěji motivují k vytvoření vlastních strategií, které jim mohou pomáhat s plynulostí mluvy, s lepší psychickou kondicí a tím pádem k lepším výsledkům ve studijním i pracovním životě.

Zakotvené tvrzení č. 3

V dětství má hlavní vliv na motivaci okolí, díky kterému si balbutici vytváří vlastní strategie.

Stejně jako v zakotveném tvrzení č. 1 vychází toto zakotvené tvrzení z dětství balbutiků. V tomto období má na ně velký vliv okolí, díky kterému jsou motivováni na sobě začít pracovat. Díky svépomoci si hledají vlastní prostředky, které jim k tomu pomohou. Vytváří si vlastní strategie, které jim budou s plynulostí mluvy pomáhat.

6.6.5 Analýza dotazníku – doporučení balbutiků

Pro splnění vedlejšího cíle byla provedena analýza výpovědí z poslední otevřené otázky dotazníku: „*Co byste doporučili lidem, dle svých zkušeností, kteří trpí obdobnými problémy?*“

Nejčastěji se ve výpovědích respondentů objevovalo „*nevzdávat se*“ a „*přijmout koktavost jako svoji součást, ne jako handicap*“. Pro balbutiky je opravdu nezbytné „*zapracovat na své psychice*“ a „*sebelásce*“. Důležité je nebát se říct okolí „*nech mě domluvit*

a neskákej mi do řeči.“ Nebrat si nic z toho *„jak druhý reaguje na neplynulou řeči“* či *„co si o něm druhý myslí.“*

Mezi doporučení patří *„pracovat na svých schopnostech“*, mezi které může spadat například *„čtení“*. To balbutikům může pomoci najít vhodnou náhradu za slovo, které jim nejde vyslovit.

Jelikož se jedná o komplexní problém, je důležité k němu tak i přistupovat a vyhledat odbornou pomoc: *„ideálně psycholog a logoped“* a propojit to ve starším věku se *„svépomocným programem.“* *„Je důležité nestydět se požádat o pomoc.“*

6.7 Závěry šetření

Koktavostí se v odborné literatuře zabývá mnoho autorů, jako je Lechta, Kršňáková, Peutelschmiedová, Neubauer atd. Málo kdy se však setkáme v odborné literatuře s názorem dospělých balbutiků na jejich život, který koktavost často doprovázela již od dětství. Hlavním cílem výzkumného šetření proto bylo zjistit, jak dospělí balbutici vnímají svoji koktavost. Vedlejším cílem bylo najít odpověď na otázku, co by sami balbutici doporučili lidem, kteří trpí obdobnými problémy. K dosažení cílů byly vytyčeny výzkumné otázky a na jejich zodpovězení bylo použito kvalitativní šetření na principu zakotvené teorie.

Výzkumná otázka č. 1: „Co je hlavní motivací balbutiků k řešení koktavosti?“

Na tuto otázku jsme dostali odpověď díky zakotvenému tvrzení č. 2: *„Práce a studium je nejčastějším motivátorem k vytvoření vlastních strategií, které dospělým balbutikům pomáhají s terapií.“* Z tohoto výroku můžeme určit, že pracovní a studijní (školní) prostředí má velký vliv na život člověka s koktavostí. Pokud balbutici trpí koktavostí již od dětství, často se u nich během života vyskytuje zklamání z nelepších se narušené komunikační schopnosti, které je až může demotivovat. Právě škola a práce jim mnohokrát dodá energii, aby na sobě opět začali pracovat a motivuje je k hledání nových cest a přístupů, které vedou k vytvoření vlastních strategií.

Během výzkumného šetření, zejména v průběhu kódování, jsme přišli na další motivační faktory. Patří sem například nemožnost představit se vlastním jménem bez zakoktání, ale také rodina a okolí. Pokud respondenti vyhledali během života podpůrné skupiny, přicházela k nim motivace také z této strany. Skupiny pro respondenty nebyly

účinné z hlediska terapie, ale dodávaly jim právě zmíněnou motivaci a vzájemnou inspiraci, aby to nevzdávali. Posledním vyzkoumaným motivačním faktorem bylo setkání s balbutikem, který i přes diagnózu koktavosti byl v životě velmi úspěšný.

Výzkumná otázka č. 2: „Mají balbutici vlastní strategie, které jim pomáhají s plynulostí řeči?“

Odpověď na tuto otázku nám ukázala všechna tři zakotvená tvrzení.

- 1. Neúčinná odborná pomoc v dětství vede k vytvoření vlastních strategií.*
- 2. Práce a studium je nejčastějším motivátorem k vytvoření vlastních strategií, které dospělým balbutikům pomáhají s terapií.*
- 3. V dětství má hlavní vliv na motivaci okolí, díky kterému si balbutici vytváří vlastní strategie.*

Všichni balbutici si během života vytvářejí vlastní strategie, které jim pomáhají s plynulostí mluvy. Mezi důvody vytváření vlastních strategií může patřit neúčinná odborná pomoc, motivace okolí v dětském věku balbutiků, ale také snaha získat vysněnou práci či dosáhnout úspěšného dokončení studia.

K nejčastěji zmiňovaným vlastním strategiím patří práce s dechem / dechová cvičení, regulace tempa řeči a regulace emocí. Mezi řečové strategie můžeme řadit i rozšiřování si slovní zásoby, cvičení jazykolamů a vyjadřování se pomocí krátkých a výstižných vět. Jednou z častých strategií je příprava předem, pokud jsou balbutici nuceni mluvit před publikem, což jim způsobuje časté problémy. Balbutici vyhledávají relaxační cvičení, meditace a hypnózy, která jim pomáhají s celkovým zklidněním a navozením příjemného stavu. Je důležité naučit se pracovat s vlastním tělem, vnímat své myšlenky.

Výzkumná otázka č. 3: „Co by balbutici doporučili lidem, kteří mají obdobné problémy?“

K odpovědi na tuto otázku bylo důležité zanalyzovat výpovědi respondentů. Na základě jejich odpovědí bylo sestaveno osm doporučení, které mohou být užitečné jak pro dospělé balbutiky, tak pro rodiče dětí, u kterých se projevila koktavost.

Doporučení pro balbutiky:

1. Přijměte koktavost jako svoji součást, ne jako handicap.
2. Zapracujte na své psychice a mějte se rádi takoví, jací jste.
3. Neberte si nic z toho, co si o vás myslí druzí či jak reagují na vaši neplynulost.
4. Nebojte se požádat si o pomoc.
5. Vyhledejte odbornou pomoc, hlavně klinického psychologa a klinického logopeda.
6. Zkombinujte odborné terapie se svépomocným programem.
7. Pracujte na svých dovednostech.
8. A hlavně se NEVZDÁVEJTE!

6.7.1 Doporučení pro praxi

Z realizovaného výzkumného šetření je možné formulovat doporučení pro logopedickou praxi:

- již od útlého věku se zaměřit na psychiku balbutika;
- motivovat balbutiky k rozšiřování slovní zásoby;
- pracovat s balbutiky tak, aby nebrali koktavost jako svůj handicap;
- motivovat balbutiky k vystoupení ze své komfortní zóny a překonávání svých limitů.
- doporučit balbutikům k terapii svépomocný program;
- motivovat balbutiky či rodiče balbutiků k docházení na klinickou logopedii i na klinickou psychologii;

Závěr

Diplomová práce se zabývala pohledem dospělých balbutiků na jejich život s narušenou komunikační schopností. Koktavost se u většiny lidí projevuje již v dětském věku, u 65 až 85 % koktavost vymizí, avšak zbytek takové štěstí nemá a musí se s ní potýkat v průběhu celého života. Tato práce byla rozdělena na dvě části, a to teoretickou a praktickou.

Teoretická část práce byla uvedena kapitolou Motivace, která nám stručně představila svoji definici, vysvětlila nám, co je to motiv a obsáhla také podkapitolu motivace druhé osoby. Druhá kapitola nás seznamuje s komunikací, komunikační rolí, motivací ke komunikaci, se strachem a panikou z komunikace a v poslední řadě s narušenou komunikační schopností. Třetí kapitola byla věnována koktavosti, její etiologii, patogenezi, symptomatologii a klasifikaci jí samotné. Čtvrtá kapitola blíže popisuje diagnostický postup a diagnostické metody, které se využívají v České republice. Blíže se pak zaměřuje na diferenciální diagnostiku, která je zejména pro diagnostiku narušené komunikační schopnosti nezbytná. Teoretickou část diplomové práce uzavírá kapitola Terapie koktavosti, která blíže popisuje nejčastěji využívané terapie u nás a na Slovensku. Spadá sem terapie zaměřená na tvarování plynulosti, na modifikaci koktavosti, principy českých a slovenských metodik podle Bubeníčkové, alternativní terapie a svépomocný program.

Praktickou část diplomové práce představuje kapitola šestá obsahující výzkumné šetření zaměřené na to, jak balbutik pohlíží na život s koktavostí. Hlavním cílem výzkumného šetření proto bylo zjistit, jak dospělí balbutici vnímají koktavost. Pro dosažení stanovaného cíle byla zvolena kvalitativní metoda zakotvená teorie. Ta byla použita na zpracování dat, která byla získána dotazníky obsahující otevřené i uzavřené otázky. Kromě hlavního cíle byl stanoven také vedlejší cíl, který měl najít odpověď na otázku, co by sami balbutici doporučili lidem, kteří trpí obdobnými problémy. K dosažení cílů byly stanoveny tři výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1 se zabývala motivací balbutiků. Zakotvené tvrzení č. 2 nám ukázala, že největší motivací v životě balbutika bývá práce a studium. K dalším motivačním faktorům patřily rodina a okolí, svépomocné skupiny a setkání s balbutikem, který byl úspěšný v životě.

Výzkumná otázka č. 2 se zaměřovala na vlastní strategie balbutiků, které jim pomáhají s plynulostí řeči. Ze zakotvených tvrzení nám vzešlo, že každý balbutik má řadu vlastních strategií, které si během života vybudoval a které mu pomáhají se zvládním neplynulostí. Nejvíce využívanými vlastními strategiemi jsou dechová cvičení, regulace rychlosti řeči a regulace emocí. V případě mluvení před publikem je pro balbutiky velmi prospěšná důkladná příprava předem. Vyhledávanými strategiemi jsou také relaxační cvičení, meditace a hypnózy, které pomohou balbutikům s celkovým zklidněním.

Třetí výzkumná otázka se již zabývá doporučeními, které by balbutici poskytli lidem s obdobnými problémy. Z výzkumného šetření bylo sestaveno doporučení pro balbutiky. Je možné využít toto doporučení i v případě, že jste rodič a vaše dítě trpí koktavostí. Doporučení pro balbutiky obsahuje osm nejdůležitějších bodů očima samotných balbutiků. Cíle práce i výzkumu bylo dosaženo.

Seznam použitých informačních zdrojů

ATKINSON, Rita. *Psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8640-3.

BLOMGREN Michael. Behavioral treatments for children and adults who stutter: a review. *Psychology Research and Behavioral Management*. London: Dove Medical Press, 2013, v.6, 9-19 [cit. 15.2.2021]. Dostupné z:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3682852/>

BRADBURY, Andrew. *Jak úspěšně prezentovat a přesvědčit*. Praha: Computer Press, 2001. ISBN 80-7226-424-9

BUBENÍČKOVÁ, Milena a Dana, Kutálková. *Koktavost: metoda reedukace*. Praha: Septima, 2001. ISBN isbn80-7216-145-8.

BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. *Komunikace dětí předškolního věku*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3008-0.

CLEGG, Brian. *Motivace*. Brno: CP Books, 2005. ISBN 80-251-0550-4.

CSÉFALVAY, Zsolt a Viktor LECHTA. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3.

DEZORT, Jan, MILLARDOVÁ, Sharon K., DAVIS, Stephen, KLENKOVÁ, Jiřina. Role rodiče v terapii dítěte s diagnózou balbuties. *Speciální pedagogika*. 2018 28(3), 273-278. ISSN 1211-2720.

DUFKOVÁ, Petra. Trojdimenzionální reflexe balbuties. *Logopaedica V: zborník Slovenskej asociácie logopédov*. Bratislava: LIEČREH GÚTH, 2002, s.10-13. ISSN 80-88932-10-6.

DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. ISBN 978-80-902536-6-7.

FRASER, Malcolm. *Svépomocný program při koktavosti: informace, zásady, postupy*. Přeložil Alžběta PEUTELSCHMIEDOVÁ. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-183-2.

HAGEMANN, Gisela. *Motivace*. Praha: Victoria Publishing, 1995. ISBN 80-85865-13-0.

HAYES, Nicky. *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-198-3.

HELUS, Zdeněk. *Úvod do psychologie*. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-247-4675-3.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického*

výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.

KRŠŇÁKOVÁ, Petra. *Cesta z hlubin koktavosti*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0911-9.

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Budu správně mluvit: chodíme na logopedii*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3687-7.

LAVID, Nathan. *Understanding Stuttering*. Mississippi: University of Mississippi, 2003. ISBN 1-57806-573-9.

LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

LECHTA, Viktor. *Koktavost: komplexní přístup*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-867-8.

LECHTA, Viktor. *Koktavost: integrativní přístup*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-643-8.

LECHTA, Viktor. *Logopedické repetitóriium: teoretické východiská súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990. ISBN 80-08-00447-9.

LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9.

- LECHTA, Viktor a Eva BAXOVÁ-ŠARKÖZYOVÁ. *Koktavost...?!*. Praha: Septima, 2001. ISBN 80-7216-152-7.
- MADSEN, Kristen Bent. *Moderní teorie motivace*. Praha: Mír, 1979. ISBN 509-21-857.
- MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0650-4.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia, 1996. ISBN 80-200-0592-7.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Základy psychologie*. Praha: Academia, 1998. ISBN 80-200-0689-3.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie: přehled základních oborů*. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-443-8.
- NAKONEČNÝ, M. *Motivace chování*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-830-6.
- NEUBAUER, Karel. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.
- NOVÁK, Alexej. *Foniatric a pedaudiologie*. Praha: A. Novák, 1997.
- NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-174-3.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Techniky práce s balbutiky*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1234-9.
- PLAMÍNEK, Jiří. *Tajemství motivace: jak zařídit, aby pro vás lidé rádi pracovali*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3447-7.
- PLAŇAVA, Ivo. *Průvodce mezilidskou komunikací: přístupy – dovednosti – poruchy*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0858-2.
- PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2004. ISBN 80-200-1086-6.
- POKORA, Jindřich. *Psychosomatika koktání: Jak transformovat koktání na plynulou řeč*. Příbram: MVDr. Helena Pokorová, 2019.

- PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-416-8.
- ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3133-9.
- SHAPIRO, David Allen. *Stuttering Intervention: A Collaborative Journey to Fluency Freedom*. Austin:Pro-Ed, 2011. ISBN 978-1-4164-0487-3.
- SOUKUPOVÁ, Naděžda a Ján PRAŠKO. *Panická porucha*. SANQUIS [online]. 2002, 19 [cit. 15.2.2021]. ISSN 1212-6535. Dostupné z: <https://www.sanquis.cz/index1.php?linkID=art785>
- STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. SCAN. ISBN 80-85834-60-X.
- ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.
- VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-387-1.
- VYMĚTAL, Jan. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2614-4.
- ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-0156-6.

Online zdroje

Mezinárodní klasifikace nemocí – ÚZIS ČR. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online] [cit. 5.1.2021]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci#o-klasifikaci>

Akupunktura | Dixo.cz. *Pro krásu i zdraví* | Dixo.cz [online]. Dostupné z: <https://www.dixo.cz/jak-vyuzit-lecivych-ucinku-akupunktury/>

Alternative Treatments for Stuttering – National Stuttering Association. *Home – National Stuttering Association* [online]. Copyright © 2021, National Stuttering Association, all rights reserved. [cit. 24.03.2021]. Dostupné z: <https://westutter.org/what-is-stuttering/resources/4295-2/>

Texas Association of Acupuncture and Oriental Medicine [online]. Copyright ©Q [cit. 24.03.2021]. Dostupné z: https://www.taaom.org/assets/uploads/acupuncture_WHO_full_report.pdf

Seznam příloh

Příloha 1 – Dotazník k diplomové práci

Seznam obrázků

Obrázek 1: Integrativní model: klinický obraz koktavosti (Lechta, 2010, s. 83)

Obrázek 2: Patogeneze koktavosti (Lechta, 2005, s. 253)

Obrázek č. 3: Vztahová síť – postavení centrální kategorie k ostatním

Seznam tabulek

Tabulka 1: Základní typy šumu (Vymětal, 2008, s. 34)

Tabulka 2: Pět běžných řečových registrů (Hayesová, 1998, s. 30)

Seznam grafů

Graf č. 1 – Vzdělání respondentů

Příloha č. 1 – Dotazník k diplomové práci

1) Kolik Vám je let?

- a. 18 až 30 let
- b. 31 až 50 let
- c. 51 let a více

2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? Pokračujete dále ve studiu?

- a. Základní
- b. Středoškolské
- c. Vysokoškolské

3) Kdy jste začal/a vnímat narušení komunikační schopnosti?

4) Přetrvává u Vás koktavost dodnes?

- a. Ano
- b. Ne
 - i. Kdy u Vás došlo k překonání koktavosti?*

5) Ovlivňuje či ovlivňovala koktavost Váš osobní život?

- a. Ano
 - i. Jak?*
 - ii. Ovlivňuje či ovlivňovala koktavost Vaši práci? Jak?*
 - iii. Ovlivňuje či ovlivňovala koktavost Váš partnerský život? Jak?*
 - iv. Motivovalo Vás to k terapii?*
- b. Ne

6) Které odborníky jste z důvodu kocktavosti navštívil/a?

- a. Klinický logoped
- b. Klinický psycholog
- c. Neurolog
- d. Foniatr
- e. Psychiatr
- f. Otorinolaryngolog
- g. Jiný odborník:

7) Jaké typy terapie jste během života podstoupil/a?

- a. Terapie zaměřené na tvarování plynulosti (např. techniky lehkého hlasového začátku, fonograforymika, metronom)
- b. Terapie zaměřená na modifikaci kocktavosti (např. MIDVAS, Lidcombský program)
- c. Principy českých a slovenských metodik podle Bubeníčkové
- d. Alternativní terapie (např. meditace, hypnóza, léčba botoxem, jóga, léčba medikamenty, akupunktura)
 - i. *Jaké?*
- e. Svépomocné programy (např. svépomocný program Malcoma Fräsera)
- f. Svépomocné terapeutické skupiny

8) Který typ terapie byl podle Vás nejúčinnější?

9) Máte vlastní strategie, které Vám napomáhají v lepší plynulosti řeči?

10) Co vás motivovalo k terapii?

11) Cítil/a jste se někdy demotivovaně? Co tento pocit vyvolalo?

12) Využíváte v současné době služby klinického logopeda či klinického psychologa?

a. Ano

i. Jaký typ terapie či kterou metodu s daným odborníkem vykonáváte?

1. Terapie zaměřené na tvarování plynulosti (např. techniky lehkého hlasového začátku, fonograforitmika, metronom)
2. Terapie zaměřená na modifikaci koktavosti (např. MIDVAS, Lidcombský program)
3. Principy českých a slovenských metodik podle Bubeníčkové
4. Jiná možnost – napište, prosím, o jaký typ terapie či metodu se jedná.

ii. Motivují Vás tato setkání?

b. Ne

13) Vyhledal jste někdy v minulosti podpůrnou skupinu?

a. Ano

i. Jak na Vás skupina působila?

ii. Pomáhala Vám skupinová setkání s motivací k terapii?

b. Ne

14) Jste v kontaktu s lidmi, kteří mají obdobné problémy?

a. Ano

i. Snažíte se mezi sebou navzájem motivovat a podporovat?

ii. Pomáhají Vám tato setkání k motivaci?

b. Ne

15) Jste členem organizace či sdružení, které se zabývá koktavostí? Jakého?

a. Účastníte se událostí, které tato sdružení a organizace pořádají?

b. Motivují Vás tato setkání k pokračování v terapii?

16) V posledním bodě bych Vás ráda požádala o Vás názor:

a. Co Vás v terapii potěšilo?

b. Co Vás v terapii naopak zklamalo?

c. Co byste doporučili lidem, dle svých zkušeností, kteří trpí obdobnými problémy?