

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta

RIGORÓZNÍ PRÁCE

Koktavost – návrh komplexního diagnosticko-terapeutického programu
pro dospělé s koktavostí s důrazem na desenzibilizaci, recidivu a následnou péči

Stuttering – a Proposal of a Complex Diagnostic-Therapeutic Programme
for Adults who Stutter with an Emphasis on Desensitization, Relapse and
Follow-up Care

Mgr. Jan Dezort

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

2019

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta

DISERTAČNÍ PRÁCE

Koktavost – návrh komplexního diagnosticko-terapeutického programu
pro dospělé s koktavostí s důrazem na desenzibilizaci, recidivu a následnou péči

Stuttering – a Proposal of a Complex Diagnostic-Therapeutic Programme
for Adults who Stutter with an Emphasis on Desensitization, Relapse and
Follow-up Care

Mgr. Jan Dezort

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

2019

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem disertační práci s názvem *Koktavost – návrh komplexního diagnosticko-terapeutického programu pro dospělé s koktavostí s důrazem na desenzibilizaci, recidivu a následnou péči* vypracoval pod vedením školitele samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato disertační práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 30. června 2019

Jan Dezort

PODĚKOVÁNÍ

Rád bych poděkoval vedoucí práce paní doc. PaedDr. Jiřině Klenkové, Ph.D. nejen za odborné vedení, připomínky, konzultace a rady, ale především za milý a přátelský přístup a inspirativní vhled do problematiky, který obohatil celou práci. Dále bych chtěl poděkovat své rodině za velkou míru trpělivosti, podpory a tolerance. Děkuji i svým kolegům a přátelům za jejich součinnost a spolupráci. Především ale děkuji svým klientům a dalším balbutikům, kteří do mě a mé práce vkládají důvěru a ukazují mi, že má smysl.

Abstrakt

Disertační práce má za cíl vypracovat návrh komplexního diagnosticko-terapeutického programu pro dospělého klienta s koktavostí. Je rozdělena na dvě části, teoretickou a empirickou. Teoretická část má čtyři kapitoly a byla zpracována obsahovou analýzou zahraniční a české odborné literatury, studií a elektronických médií. Tato část seznamuje s teoretickými východiskem práce a pojímá fenomén koktavosti z širší perspektivy. Popisuje její vliv na člověka a jeho řeč a ukazuje, jak se s jejím výskytem člověk snaží vyrovnat a jak se mění jeho vnímání, postoje a pocity. Popisuje koktavost u dětí, dospívajících a dospělých. Věnuje se kritickým obdobím vzniku koktavosti zpracováním rizikových faktorů a obsahuje i popis dalších poruch plynulosti řeči. Práce klade důraz na osobnost terapeuta a jeho významný vliv na celý proces terapie. V práci je rozpracován model MKF (*Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*) pro koktavost (dle Yaruss a Quesal, 2004) jako východisko pro diagnostiku a terapii koktavosti.

Výzkumná část je rozdělena na dvě kapitoly. V první kapitole byla zpracována případová studie, na které je prezentováno využití modelu MKF v praxi a aplikace SMART cílů v diagnóze a terapii. Druhá kapitola pomocí dotazníkového šetření analyzuje zkušenosti balbutiků s reakcí na jejich neplynulost pomocí mapování vnějšího prostředí. Obě kapitoly obsahují formulaci cílů, výzkumných otázek, vyhodnocení šetření s návrhy opatření pro praxi.

Přínosem práce je seznámení s NKS koktavostí v celé její komplexnosti, což nabízí specialistům možnost volby při zpracování diagnostiky a následně při volbě terapeutického programu. Práce dokládá nutnost využití všech dostupných znalostí, prostředků a postupů, protože pouze tak dojde k posunu kvality péče o osoby s balbuties, ale hlavně dojde ke zlepšení kvality života těchto lidí.

Klíčová slova: koktavost (balbuties), logopedie, diagnostika, terapie, MKF (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví), SMART cíl, komunikace, řeč

Abstract

The aim of this dissertation thesis is to develop a complex diagnostic-therapeutic programme for adults who stutter. The thesis is divided into two parts: theoretical and empirical. The theoretical part consists of 4 chapters and is based on an analysis of foreign and Czech specialized literature, studies and electronic media. This part presents the theoretical basis of the dissertation and shows the topic of stuttering from a broader perspective. It describes how people who stutter (PWS) are affected by this disorder, its effect on speech, how PWS try to cope with it and how their perception, opinions and feelings change. The dissertation describes stuttering in children, adolescents and adults. It deals with the critical period of the onset of stuttering by specifying various risk factors. It also includes a description of other fluency disorders. A special attention is paid to the personality of the therapist and his/her impact on the therapy process. The dissertation also explains the application of ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) model as a starting point for diagnosis and therapy of PWS as proposed by Yaruss and Quesal (2004).

The empirical part is divided into two chapters. The first part consists of a case study which presents the experimental use of the ICF model for stuttering and setting SMART goals in diagnosis and therapy. The second part provides the results of a questionnaire which analyses the experience of PWS with reactions to their dysfluencies by mapping the external environment. Both chapters include the formulation of goals, research questions and their evaluation with a focus on practical measures.

The benefit of this dissertation is the explanation of stuttering in its complexity, thus allowing the specialist a choice when determining diagnosis and therapy approaches. The dissertation highlights the necessity of using all available knowledge, means and approaches to enhance the treatment of PWS and, above all, to improve the quality of their lives.

Keywords: stuttering, speech therapy, diagnosis, therapy, ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), SMART goal, communication, speech

Obsah

Úvod.....	10
1 Základní terminologické vymezení problematiky logopedické péče u balbutiků .	13
1.1 Logopedie	13
1.2 Komunikace, řeč, jazyk a jejich narušení	15
1.3 Logopedická intervence.....	17
1.4 Dokumenty Mezinárodní zdravotnické organizace (WHO).....	18
1.5 MKF a koktavost	21
2 Koktavost (balbuties).....	24
2.1 Terminologické vymezení	24
2.2 Výskyt (epidemiologie).....	25
2.3 Symptomatologie.....	26
2.3.1 Projevy v řeči (primární znaky, v anglické literatuře <i>core behaviors</i>)	26
2.3.2 Druhotné znaky (v anglické literatuře <i>secondary behaviors</i>)	26
2.3.3 Postoj a pocity	26
2.4 Vývojová neplynulost.....	27
2.5 Hraniční koktavost.....	28
2.5.1 Rizikové faktory.....	29
2.5.2 Diagnostika balbuties u hraniční koktavosti	32
2.6 Incipientní koktavost	33
2.6.1 Diagnóza a terapie incipientní koktavosti	35
2.6.2 Terapeutické metody incipientní koktavosti	35
2.7 Fixovaná koktavost.....	40
2.7.1 Diagnostika fixované koktavosti.....	41
2.8 Specifika chronické koktavosti.....	42
2.9 Další poruchy plynulosti řeči.....	44
2.9.1 Tumultus – breptavost.....	44
2.9.2 Získaná neurogenní dysfluence (neplynulost).....	46
2.9.3 Získaná psychogenní neplynulost (dysfluence)	49
2.9.4 Atypické poruchy plynulosti	51
3 Diagnostika chronické koktavosti.....	54
3.1 Úvod do diagnostiky koktavosti	54
3.2 Nároky na terapeuta.....	55

3.2.1	Vzdělání a praxe terapeuta	55
3.2.2	Terapeutické dovednosti logopeda.....	56
3.2.3	Role terapeuta v diagnostickém procesu.....	59
3.3	Pravidla a objektivita diagnostiky kóktavosti.....	60
3.4	Teoretická východiska diagnostiky kóktavosti	61
3.5	Nediagnostikování balbutií	63
3.6	Specifika procesu diagnostiky u kóktavosti	64
3.6.1	Diagnostické nástroje	64
3.6.2	Diagnostika vnitřních rysů kóktavosti	65
3.6.3	Diagnostika povrchových struktur kóktavosti	67
3.6.4	Diagnostika sekundárních projevů kóktavosti	68
3.6.5	Další možná diagnostická kritéria	69
3.6.6	Průběh diagnostického procesu.....	72
3.7	Testy pro diagnostiku kóktavosti používané v zahraničí	75
3.7.1	BAB - Behavior Assessment Battery	75
3.7.2	OASES – Overall Assessment of the Speaker’s Experience of Stuttering	76
3.7.3	SSI-4 – Stuttering Severity Instrument-4	78
4	Terapie balbutií.....	79
4.1	Specifika terapie dospělých osob	79
4.2	Cíle terapie.....	79
4.2.1	Obecné terapeutické cíle	79
4.2.2	Specifické cíle terapie	80
4.3	Základní východiska a zásady terapie	80
4.4	Základní rozdělení terapeutických přístupů	82
4.5	Specifika terapie tvarování plynulosti	83
4.5.1	Fonograforytmika.....	84
4.6	Specifika terapie modifikace kóktavosti	85
4.6.1	Identifikace.....	86
4.6.2	Desenzibilizace	87
4.6.3	Variace	89
4.6.4	Modifikace	89
4.6.5	Stabilizace	92
4.7	Skupinová terapie, svépomocné skupiny	93
4.8	EBP v terapii kóktavosti.....	94
4.8.1	Terminologické vymezení EBP	94

4.8.2	EBP a jeho uplatnění v praxi.....	95
4.8.3	Přístup EBP a jeho omezení.....	95
5	Výzkumná část.....	98
5.1	Úvod k výzkumné části	98
5.2	Vymezení problematiky, metodologie	99
5.3	Formulace cílů a výzkumných otázek	100
5.4	Diagnostika dle MKF	101
5.4.1	Účastník studie, etiologie a motivace.....	102
5.4.2	Diagnostika tělesných funkcí a stavby těla	102
5.4.3	Diagnostika osobních faktorů	103
5.4.4	Diagnostika aktivit/participace.....	103
5.4.5	Diagnostika prostředí	104
5.5	Výběr terapie a popis intervence	104
5.6	Výsledky terapie	107
5.7	Závěr prvního výzkumu	107
6	Výzkumná část 2.....	110
6.1	Vymezení problematiky	110
6.2	Formulace cílů a výzkumných otázek	111
6.3	Průběh výzkumného šetření	111
6.4	Nástroj výzkumného šetření	112
6.5	Metodika.....	112
6.6	Charakteristika výzkumného vzorku	113
6.7	Výsledky.....	115
6.8	Závěry šetření a doporučení pro praxi.....	137
6.9	Shrnutí výsledků výzkumu	150
	Závěr	151
	Seznam grafů, schémat a tabulek	153
	Seznam použitých informačních zdrojů.....	156
	Seznam příloh.....	165

Úvod

Disertační práce je zaměřena na logopedickou problematiku koktavosti (balbuties). Koktavost je v rámci práce logopeda možné vnímat jako jednu z nejkompexnějších narušení komunikační schopnosti. Různorodost příznaků koktavosti, její mezioborový přesah a to, jak se každý klient díky svým osobním životním zkušenostem, povahovým rysům a charakteru jinak k této poruše staví, a tím jak se různé příznaky u různých lidí v odlišných situacích jinak projevují a každého jinak ovlivní, z ní činí pro logopeda jednu z největších profesionálních výzev, které může přijmout.

Logoped je ten, na koho se většinou klient s koktavostí obrátí v první řadě. Tento fakt na něj klade velké nároky a požadavky nejen po stránce vzdělání a odbornosti, ale i po stránce osobní odpovědnosti, schopnosti empatie, porozumění různorodým a v čase se měnícím pocitům balbutiků a v neposlední řadě také ve schopnosti vést nekonečný kritický dialog sám se sebou a stále přezkoumávat své postupy a rozhodnutí. Ne vždy je navíc logoped odměněn stoprocentním úspěchem.

Proč jsou za cílovou skupinu výzkumu vybráni dospělí balbutici? Je zjevné, že zásadním cílem logopedického snažení by mělo být, aby bylo natolik úspěšné, že žádní dospělí balbutici už péči logopeda nebudou potřebovat, protože jejich problém bude v zárodku vyřešen. Bohužel tomu tak není a v nejbližší budoucnosti pravděpodobně nebude. Dospělí balbutici jsou jedinečná skupina, která má svá specifika a je terapeuticky náročná. Je to skupina obávaná a sama se obávající do logopedické ambulance vůbec vstoupit. Pokud však tito lidé, často v těžkých životních situacích, najdou sílu a motivaci pomoc logopeda vyhledat, je nutné jim poskytnout odpovídající péči, jelikož logoped je často jejich poslední nadějí a z jejich pohledu je jediným, kdo jim může pomoci zlepšit jejich život. Je tedy na logopedovi, aby se na tuto úlohu dobře připravil a pomohl překonat negativní vzorce chování a často i neúspěšnou zkušenost z předchozích logopedických terapií.

Disertační práce si klade za hlavní cíl vypracovat návrh komplexního diagnosticko-terapeutického programu pro dospělého klienta s koktavostí, tím poskytnout ucelený teoretický základ pro odborníky zabývající se koktavostí a ukázat jim možnosti, které mohou ve své praxi využít. Je rozdělena do čtyř kapitol, které tvoří teoretickou část, a dvou kapitol, které tvoří praktickou část.

V první kapitole jsou definovány základní pojmy z oblasti problematiky logopedické péče u balbutiků. Jsou zde informace o oboru logopedie a jejím zařazení do systému věd. Definuje pojmy komunikace, řeč, jazyk a jejich možné narušení v mezilidských vztazích. Dále popisuje logopedickou intervenci a jsou představeny dokumenty *Mezinárodní zdravotnické organizace* ve vztahu ke kóktavosti. Kapitola seznamuje s *Mezinárodní klasifikací funkčních schopností, disability a zdraví* a s jejím možným použitím v rámci diagnostiky a terapie balbuties.

V druhé kapitole je terminologicky vymezena porucha plynulosti řeči *balbuties*, epidemiologie, symptomatologie, která je rozdělena na tři oblasti, jež specifikují zasaženou komponentu. V další části kapitoly jsou podrobně popsány vývojová neplynulost, hraniční kóktavost a incipientní kóktavost. Jsou zmíněny jednotlivé charakteristiky pro každé období. I když je cíl práce věnovaný chronické kóktavosti, byla dětem v práci věnována zvýšená pozornost. Conture (2001) tvrdí, že v podstatě u naprosté většiny lidí, kteří kóktají, má kóktavost svůj počátek v dětství. Dětský věk má svá specifika a terapie poskytovaná v raných stádiích kóktavosti má nejlepší a nejrychlejší terapeutický efekt a nejlepší prognózu dalšího vývoje. V kapitole fixovaná kóktavost jsou představena specifika diagnostiky a terapie pro období dospívání. Je nezbytné v práci věnované dospělým balbutikům zmínit i další poruchy plynulosti řeči, které mohou být zaměněny za kóktavost, a to především breptavost, neurogenní a psychogenní neplynulost.

Třetí kapitola se věnuje diagnostice chronické kóktavosti. Jedním z hlavních témat je osobnost terapeuta, jeho role v diagnostickém procesu a specifické nároky na něj touto diagnózou kladené. V podkapitole specifika procesu diagnostiky u kóktavosti jsou zmíněny málo známé aspekty diagnostiky vnitřních rysů kóktavosti, dále jsou popsány povrchové struktury kóktavosti, jako je frekvence zadržnutí, délka a tlak neplynulostí. Je zmíněna diagnostika sekundárních projevů kóktavosti a další možná diagnostická kritéria, jako je sebehodnocení klienta či hodnocení motivace. Je zde podrobně popsán postupný průběh diagnostického procesu. V podkapitole testy jsou informace o třech nejpoužívanějších zahraničních diagnostických bateriích *BAB*, *OASES* a testu *SSI-4*.

Čtvrtá kapitola je věnována terapii kóktavosti u dospělých osob. Jsou zde zmíněny terapeutické cíle, východiska, zásady terapie a základní rozdělení terapeutických přístupů na terapii tvarování plynulosti a modifikaci kóktavosti. V podkapitole věnované tvarování plynulosti je popsána v České republice známá metoda fonograforytmiky prof. Lechty. Podkapitola modifikace kóktavosti podrobně informuje o jednotlivých fázích terapie a jejich

specifických. Další podkapitola se věnuje skupinové terapii, která se jeví jako velice vhodný doplněk klasické terapii individuální. V závěru čtvrté kapitoly je popsán přístup *EBP - Evidence Based Practice* neboli praxe založené na důkazech, která stále více ovlivňuje lékařské obory a vstupuje i na pole logopedie. V kapitole jsou předstřeny její výhody i možná omezení.

Výzkumná část vychází a zpětně podporuje část teoretickou a je zpracována do dvou kapitol. První část je kvalitativní výzkum zpracovaný ve formě kazuistiky. Hlavním cílem je ověření a praktické popsání existujícího a teoreticky zpracovaného alternativního komplexního diagnosticko-terapeutického programu pro dospělého balbutika. Tento program má sloužit jako možnost volby pro odbornou veřejnost. Případová studie má ověřit její výhody či případná omezení.

Druhá část obsahuje kvantitativní výzkum s využitím statistického zpracování získaných dat. Hlavním cílem je analýza zkušeností balbutiků s reakcí okolí na jejich neplynulost a její vyhodnocení. Mezi dílčí cíle patří analyzovat celkový rozsah pomoci s kótváním a navrhnout vhodné činnosti pro pomoc s kótvavostí.

Pro oba výzkumy jsou stanoveny hlavní cíle, ze kterých vycházejí cíle dílčí, na jejichž základě jsou formulovány výzkumné otázky. V dalších částech práce jsou cíle vyhodnoceny, interpretovány a jsou navržena doporučení pro praxi.

V práci se vyskytují původní anglické názvy, zejména pokud chybí český ekvivalent nebo je v odborné literatuře málo využívány. Překladem by mohlo dojít k chybné interpretaci, a proto byly ponechány v původním znění s vysvětlením v poznámce pod čarou. Práce obsahuje seznam použitých informačních zdrojů (monografií, studií a elektronických zdrojů) a přílohy.

1 Základní terminologické vymezení problematiky logopedické péče u balbutiků

1.1 Logopedie

Logopedie je mladý vědní obor, který se formuje až ve 20. století. Z toho důvodu se stále vyvíjí i terminologické vymezení vlastního názvu oboru. Název je utvořen z řeckého slova *logos* – slovo a *paidea* – výchova. V literatuře nalezneme obor logopedie pod anglickými pojmy *Speech Therapy*, *Speech Correction*, v němčině *Sprachheilpädagogik*, *Logopädie*, *Rehabilitationspädagogik für Sprachgeschädigte*, *Sprachbehintertenpädagogik* (Klenková, 2006).

Dvořák (2007, s. 112) uvádí následující definici logopedie: „jde o obor zabývající se fyziologií a patologií mezilidské komunikace (rozvoj různých forem komunikace, výzkum, diagnostika, terapie, prevence, profylaxe) ve všech aspektech, který se opírá o nozologické jednotky MKN¹.“ Lechta (2003a, s. 11) definuje obor širěji jako „vědní obor interdisciplinárního charakteru, jehož předmětem jsou zákonitosti vzniku, eliminování a prevence narušené komunikační schopnosti. Logopedie v moderním chápání je vědou zkoumající narušenou komunikační schopnost z hlediska jejích příčin, projevů, následků, možností diagnostiky, terapie i prevence.“

Lechta (2003a) dále uvádí, že logopedie je interdisciplinární vědní obor, situovaný mezi přírodně-společenské a empiricko-normativní vědy. Takovéto chápání logopedie je příznačné mimo jiné pro americkou a britskou logopedii. Dále uvádí analogii zařazení logopedie do systému věd se zařazením psychologie podle Nakonečného, tedy mezi vědy empirické, přírodně-společenské (viz Schéma 1 níže).

¹ MKN – Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

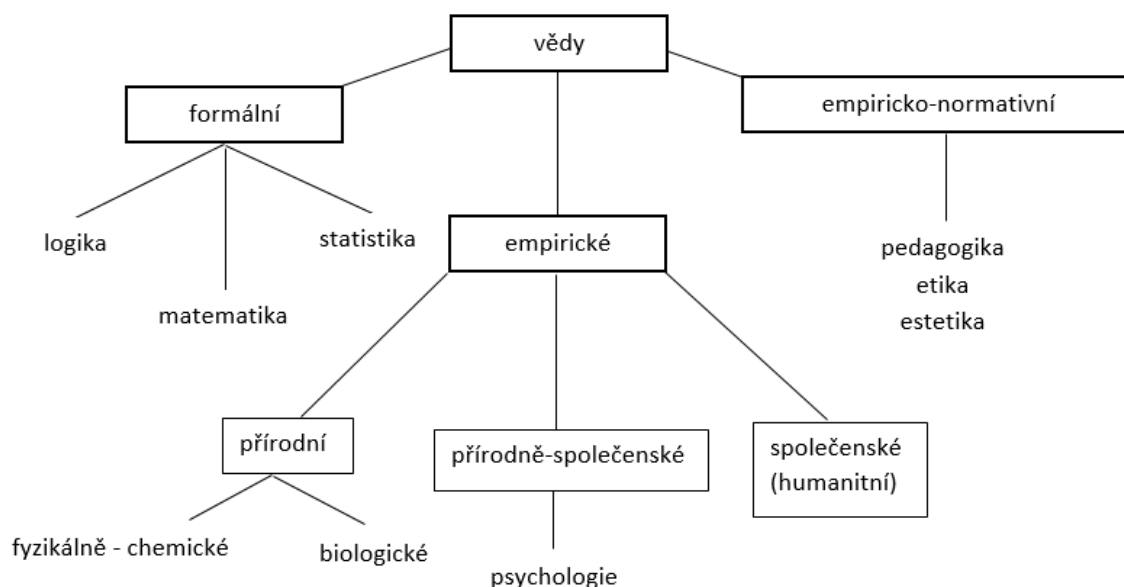


Schéma 1: Rozdělení věd dle Nakonečného (Nakonečný, 1998)

V České republice je logopedická péče zastřešena ministerstvy třech rezortů (Fukanová, 2003): Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT), Ministerstvem zdravotnictví (MZ) a Ministerstvem práce a sociálních věcí (MPSV). Logopedi působí ve státních zařízeních (kliniky, nemocnice polikliniky, lázně apod.), nestátních zařízeních (církevních, charitativních apod.) i soukromých (privátní praxe klinických logopedů).

Z hlediska balbutologie² je klíčová zejména spolupráce klinického logopeda se školou, do níž jeho klient dochází. Zde jde zejména o spolupráci s třídním a dalšími učiteli a případně školním logopedem. Logoped může pracovat s klienty různých věkových skupin. V balbutologii se jedná zejména o děti předškolního věku (kdy se může objevit jak vývojová neplynulost, tak již vlastní kóktavost), adolescenty a mladé dospělé.

Pro úspěch logopedické terapie je dále vhodné, aby klinický logoped spolupracoval s dalšími odborníky z rezortu zdravotnictví. Jako účinná se prokazuje spolupráce s neurologem, foniatrem, psychologem a psychiatrem.

² Balbutologie – podobor logopedie zabývající se kóktavostí (Klenková, 2007)

1.2 Komunikace, řeč, jazyk a jejich narušení

Jedním z klíčových pojmů v logopedii je komunikace. Dvořák (2007, s. 102) ve svém *Logopedickém slovníku* uvádí tuto základní definici: „komunikace (z lat. *communicatio*) je přenos různých informačních obsahů pomocí různých komunikačních systémů zejména prostřednictvím jazyka; výměna informací a dorozumívání; realizuje se ve 3 hlavních formách: mluvené, psané a ukazované“. Klenková (2006, s. 25) dále uvádí rozšířenou definici: „Komunikace (z lat. *communicatio*), které lze chápat ve významu spojování, sdělování, ale také přenos, společenství, participace), znamená obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů. Komunikace významně ovlivňuje rozvoj osobnosti, je důležitá v mezilidských vztazích a je prostředkem vzájemných vztahů. V nejširším slova smyslu lze komunikaci chápat jako symbolický výraz interakce, tj. vzájemné a oboustranné ovlivňování mezi dvěma nebo více systémy.“ Komunikace se uskutečňuje pomocí chování. Zvířata komunikují doteky, pohyby či zvuky, u člověka se pak jedná o další prostředky: spontánní a stylizovaná gesta, určité způsoby jednání, mimika a pantomimika a zejména pak mluvená a psaná řeč, jazyk (Nakonečný, 2003).

Jako základní kameny komunikace uvádí Klenková (2006) následující součásti komunikačního procesu: *komunikátor* (osoba sdělující něco nového, zdroj informace), *komunikant* (příjemce informace, který na ni nějakým způsobem reaguje), *komuniké* (nová informace, obsah sdělení) a *komunikační kanál* (nezbytná podmínka úspěšné výměny informace, aby si obě strany rozuměly, musí používat předem dohodnutý kód). Proces komunikace lze rozdělit do šesti na sebe navazujících fází (Klenková, 2006): *ideová geneze* – vznik myšlenky, nápadu, názoru, obsahu komunikátora; *zakódování* – vyjádření myšlenky v symbolech, slovech, znacích, pohybech; *přenos* – pohyb symbolů od vysílajícího k příjemci, vedení vysílaného obsahu; *příjem* – okamžik, kdy symboly dojdou k příjemci; *dekódování* – proces, kdy příjemce interpretuje přijaté symboly; *akce* – adaptivní, expresivní či opoziční chování, činnost příjemce vyvolaná přijatou zprávou, využití informace.

Komunikaci rozlišujeme *neverbální* a *verbální*. Neverbální komunikace je dle Křivohlavého (1988) realizována zejména výrazem obličeje, oddálením, dotekem, postojem, pohyby, gesty, pohledy, tónem řeči či úpravou zevnějšku. Verbální komunikací dle Vybírala (2000) rozumíme dorozumívání se jedné, dvou a více osob pomocí slov (ve zvláštních případech i jinými znaky jazykového systému). Jedná se o výběr, kombinování a produkci jazykových znaků (psaní projevu, rozmyšlení řeči, artikulaci, řečovou strategii a „diplomacii“),

volbu stylu), proces vzájemného sdělování, percepce (vnímání) a recepci (příjem) slovních sdělení a porozumění jim.

Verbální komunikace je realizována pomocí jazyka. Dvořák (2007, s. 96) uvádí, že „jazyk je soustava druhotných dorozumívacích prostředků znakové povahy, zprostředkující dorozumívání lidí“. Dle Atkinsonové (1995) každá lidská společnost má svůj jazyk a každá lidská bytost, která má normální inteligenci, si osvojuje svůj mateřský jazyk a bez námahy jej používá. Jazyk je kód, který používáme ke sdělování myšlenek a vyjádření svých požadavků a potřeb. Neubauer (2007) uvádí, že adekvátní použití jazyka je podmíněno kognitivními procesy, především v oblasti paměti a pozornosti.

Neubauer (2007) rozlišuje následující složky jazykového kódu:

Sémantická složka – zahrnuje význam a rozsah částí jazykového kódu, u verbálního kódu především rozsah a výbavnost aktivní a pasivní slovní zásoby.

Syntaktická složka – zahrnuje adekvátní strukturu větších celků – stavbu vět a souvětí.

Fonologická složka – týká se abstraktní lingvistické úrovně individuálního zvukového systému, jímž jsme jazykový kód realizovali.

Pragmatická složka – týká se užití jazyka v sociální komunikaci a efektivity jeho užití nebo možností individuálního výběru slov či jiných částí jazykového kódu.

Termín jazyk bývá často zaměňován s pojmem řeč. Neubauer (2007) uvádí, že řeč je fyzikální realizací jazyka, je to užití signálů, které vzniká respirací, fonací, artikulací a rezonancí. Dle Dvořáka (2007) se termíny řeč a jazyk často užívají zaměnitelně, i když jde o dvě odlišné kategorie vývojově i neurologicky. Řeč se vztahuje k mechanismu mluvení a zahrnuje pohyby jazyka, rtů, čelistí, tváří a hrdla k produkci hlásek, elementy dýchání a mechanismy tvoření hlasu. Řeč považuje za realizaci, použití jazyka.

Jak již bylo zmíněno výše, logopedie se zabývá studiem narušené komunikační schopnosti (NKS). Lechta (2005, s. 15) uvádí následující definici: „Komunikační schopnost jedince považujeme za narušenou tehdy, působí-li některá jazyková rovina jeho projevu (příp. několik rovin – simultánně či sukcesivně) rušivě se zřetelem k jeho komunikačnímu záměru. Může jít o foneticko-fonologickou, morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou nebo pragmaticko-komunikační rovinu, přičemž vysílatel i příjemce informace používají stejný kód – společný jazyk.“ Koptavost (balbuties) řadí Lechta (2003a) do skupiny NKS narušení fluence řeči (spolu s breptavostí).

1.3 Logopedická intervence

Logopedická intervence je specifická aktivita, kterou uskutečňuje logoped s určitým cílem (Klenková, 2006). Lechta (2003, s. 37) uvádí, že „logopedickou intervencí chápeme jako složitý multifaktoriální proces, který se realizuje – v zájmu dosažení svých tří základních cílů – na třech, s těmito cíli analogických, vzájemně se prolínajících úrovních: logopedická diagnostika; logopedická terapie; logopedická prevence.”

Logopedická diagnostika má za cíl identifikovat NKS. Existují tři úrovně logopedické diagnostiky: orientační vyšetření, základní vyšetření a speciální vyšetření. Orientační vyšetření se provádí v rámci screeningu či depistáže a má zjistit, zda má vyšetřovaná osoba NKS nebo ne. Základní vyšetření zjišťuje, o jaký typ NKS se jedná a určuje základní diagnózu. Speciální vyšetření má pak za úkol přesněji určit NKS (jeho typ, formu, stupeň atd. (Lechta, 2005). Klenková (2006) uvádí následující strukturu logopedického vyšetření: *navázání kontaktu; anamnéza* (osobní, rodinná); *vyšetření sluchu* (orientační vyšetření sluchu, vyšetření fonemické diferenciacce); *vyšetření porozumění řeči* (tj. vyšetření receptivní složky řeči); *vyšetření řečové produkce* (tj. vyšetření expresivní složky řeči, které obsahuje vyšetření výslovnosti jednotlivých hlásek, pasivní i aktivní slovní zásoby, gramatické stavby řeči, prozodických faktorů řeči, muzikálnosti, dýchání při řeči, užití hlasu); *vyšetření čtení, psaní, počítání; vyšetření motoriky* (vyšetření celkové motoriky, vyšetření jemné motoriky, vyšetření motoriky mluvních orgánů – tzv. oromotoriky); *vyšetření laterality a prozkoumání sociálního prostředí*. Diagnostika NKS by měla uplatňovat obecné všeobecné zásady diagnostiky: tj. zásadu objektivnosti, komplexnosti a týmového přístupu, kvantifikace a dlouhodobého pozorování. Specifikům diagnostiky chronické koktavosti u dospělých balbutiků se dále věnuje kapitola 3 *Diagnostika chronické koktavosti*.

Správně provedená logopedická diagnostika je východiskem pro zvolení efektivního terapeutického přístupu. Klenková (2006, s. 60) definuje logopedickou terapii jako „specifickou aktivitu, která se realizuje specifickými metodami ve specifické situaci záměrného učení”. Lechta (2005) uvádí 3 typy metod logopedické terapie: *stimulující* (nerozvinuté a opožděné řečové funkce); *korigující* (vadné řečové funkce) a *reedukující* (ztracené či zdánlivě ztracené, dezintegrované řečové funkce). Přestože bylo výše předesláno, že terapie navazuje na diagnostiku NKS, Lechta (2005) hovoří i o jejich prolínání ve formě *terapeutické diagnostiky* (např. už první kontakty terapeuta a člověka s NKS, resp. jeho příbuzným mohou mít pozitivní terapeutický efekt). Lechta dále zmiňuje i pojem *diagnostická terapie*, tedy permanentní

zpřesňování diagnostiky v průběhu terapie, kdy se diagnostika s terapií prolíná. Oba tyto koncepty by měly být uplatňovány i při diagnostice a terapii osob s balbuties. Terapií dospělých osob s diagnózou balbuties se podrobně zabývá kapitola 4 *Terapie*.

Třetí část logopedické intervence tvoří logopedická prevence. Dle Lechty (2005) se terapie může kromě diagnostiky prolínat i s prevencí. Rozlišuje prevenci *primární, sekundární a terciární*. Primární prevence může být nespecifická (např. obecné informování veřejnosti o správném vývoji řeči) nebo specifická (zaměřená proti konkrétnímu riziku, na ohrožení konkrétní NKS) a cílem je předcházet situacím v celé sledované populaci. Cílem sekundární prevence je riziková skupina, která je ohrožena rizikovým jevem, Lechta uvádí např. prevenci koktavosti u dětí s vývojovou dysfluencí. Terciární prevence se zaměřuje na lidi, kde se NKS již projevila a cílem je předejít dalšímu negativnímu vývoji. Tento typ logopedické prevence je tedy nejúžeji spjat s vlastní terapií.

1.4 Dokumenty Mezinárodní zdravotnické organizace (WHO)

Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, WHO, též SZO) je agentura *Organizace spojených národů (OSN)* se sídlem v Ženevě ve Švýcarsku. Byla založena 7. dubna 1948. Ústava WHO stanovuje, že jejím posláním je dosažení co nejvyšší úrovně zdraví všemi lidmi. Mimo jiné se snaží pomoci odborníkům, kteří pracují ve zdravotnictví, sdílet informace na mezinárodní úrovni. To je možné pouze za předpokladu, že jsou nemoci a poruchy jednotně klasifikovány a popsány v rámci mezinárodního konsensu.

Pro koktavost je důležité zejména zařazení v následujících dokumentech: *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10 (anglicky ICD – International Classification of Diseases and Related Health Problems)* a *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF, anglicky ICF – International Classification of Functioning, Disability, and Handicap)*. MKN-10 poskytuje etiologický rámeček pro zdravotní problémy, zatímco MKF klasifikuje funkční schopnosti a disability. Tyto dokumenty se vzájemně doplňují a doporučuje se je používat dohromady.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10 byla připravena mezinárodní Světovou zdravotnickou organizací WHO pod názvem *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Desátá decenální revize MKN byla přijata na 43. plenárním zasedání Světového zdravotnického shromáždění WHO a vstoupila do účinnosti k 1. 1. 1993. V České republice je v platnosti od

roku 1994. Neubauer (2018) uvádí, že MKN-10 má zajistit, aby ve všech členských státech Světové zdravotnické organizace (WHO) byly nemoci, úrazy, příčiny smrti a další přidružené zdravotní problémy stejně vykazovány, tříděny, a tudíž byly mezinárodně srovnatelné.

Koktavost je v MKN-10 začleněna do Kapitoly V *Poruchy duševní a poruchy chování* (F00-F99), tato kapitola zahrnuje oblast vývojových poruch spojených s řečovým, jazykovým, kognitivním a sociálním vývojem dítěte. U koktavosti (a také breptavosti či dyslalie) řadí MKN pod toto označení jak vývojovou poruchu, tak získané a akcelerované projevy těchto poruch řečové komunikace. Koktavost je zařazena do podkapitoly F90-F98 *Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání* – F98 *Jiné poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání* – F98.5 *Koktavost*.

Dalším dokument Mezinárodní zdravotnické organizace (WHO), který zmiňuje koktavost, je Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (*MKF, anglicky ICF – International Classification of Functioning, Disability, and Handicap*). MKF je víceúčelová klasifikace, určená k tomu, aby sloužila různým disciplínám a různým sektorům. Jako specifické cíle uvádí např: poskytnutí vědecké báze k pochopení a studiu zdraví a ke zdraví se vztahujících stavů, východisek a determinant; zavedení společného jazyka při popisování zdraví a ke zdraví se vztahujících stavů za účelem zlepšení komunikace mezi různými uživateli; umožnění srovnání dat mezi zeměmi, disciplínami zdravotní péče, službami a časem a poskytnutí systematického kódovacího schématu pro systémy zdravotnických informací. Z uvedených cílů je zřejmé, že MKF lze využít jako: statistickou pomůcku, výzkumnou pomůcku, klinickou pomůcku, jako pomůcku sociální politiky či pomůcku při výchově.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF, 2008, s. 9) definuje disabilitu následovně: „Disabilita je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí.“ MKF (2008) klasifikuje situace každého člověka v řadě okolností, vztahujících se ke zdraví. Nejsou tedy vytvářeny kategorie „méněcenných osob“, ale pouze je popsána situace, ve které se jedinec nachází.

MKF (2008) uvádí domény a ke zdraví se vztahující domény. Jsou popsány ve 2 základních seznamech: a) *tělesné funkce a struktury*; b) *aktivity a participace*.

Pro klasifikaci MKF systematicky seskupuje různé domény pro člověka s danými zdravotními problémy (tj. co člověk s onemocněním nebo postižením dělá nebo může dělat). Funkční schopnost (*functioning*) popisuje všechny tělesné funkce, aktivity a participaci jakožto

zastřešující pojem; disabilita (*disability*) vyjadřuje poruchu, snížení aktivity nebo restrikcii participace. MKF se skládá z 2 částí, z nichž každá má 2 komponenty: *část 1: Funkční schopnost a disabilita* (komponenty: a) Tělesné funkce a struktury, b) Aktivity a participace) a *část 2: Spolupůsobící faktory* (komponenty: a) Faktory prostředí, b) Osobní faktory). Komponenty lze vyjádřit z *pozitivního* nebo *negativního* hlediska. Každá komponenta se skládá z různých domén a uvnitř každé domény z kategorií, které jsou jednotkami této klasifikace. Zdraví a ke zdraví se vztahující stavy člověka jsou zaznamenány vyčleněním kódu nebo kódů příslušných kategorií a přidáním kvalifikátorů, které jsou numerickými kódy, a upřesňují rozsah nebo velikost výkonu nebo zdravotního postižení v dané kategorii, nebo rozsah příslušného vlivu faktoru prostředí, které je buď *facilitující* (usnadňující) nebo *omezující* (bariérové).

Grafické znázornění modelu MKF (viz *Schéma 2: Model MKF části a komponenty MKF a jejich vzájemné působení* (zdroj: MKF, 2008) umožňuje lepší úpochození propojení jednotlivých komponent, *Tabulka 1: MKF – podrobnější členění* pak lépe vystihuje obsah těchto komponent.

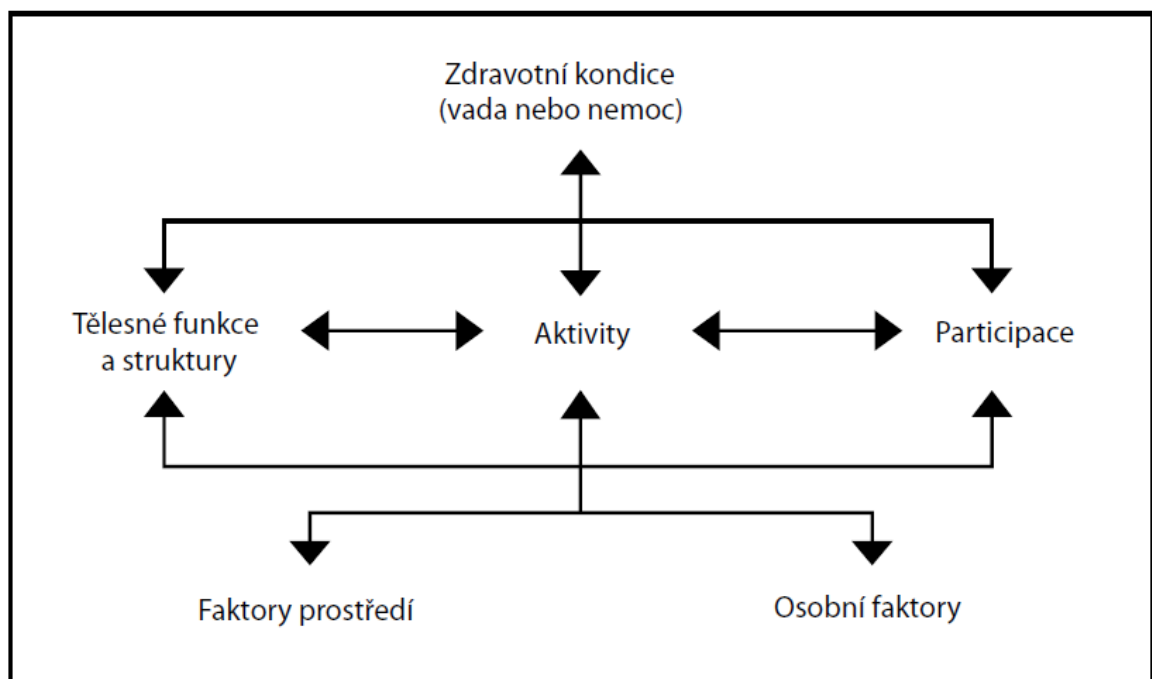


Schéma 2: Model MKF části a komponenty MKF a jejich vzájemné působení (zdroj: MKF, 2008)

	Část 1: Funkční schopnost a disabilita		Část 2: Spolupůsobící faktory	
Komponenty	Tělesné funkce a struktury	Aktivity a participace	Faktory prostředí	Osobní faktory
Domény	Tělesné funkce Tělesné struktury	Oblasti života	Vnější vlivy na funkční schopnosti a disabilitu	Vnitřní vlivy na funkční schopnosti a disabilitu
Konstrukce	Změny v tělesných funkcích (fyziologické) Změny v tělesných strukturách (anatomické)	Kapacita Výkony ve standardním prostředí Výkony v běžném prostředí	Facilitující nebo omezující vliv fyzických, sociálních a postojových faktorů v daném prostředí	Význam osobnostních vlastností
Pozitivní hledisko	Funkční a strukturální integrita	Aktivity a participace	Facilitátory	Nelze aplikovat
	Funkční schopnosti			
Negativní hledisko	Porucha	Snížená aktivita Omezená participace	Bariéry/překážky	Nelze aplikovat
	Disabilita			

Tabulka 1: MKF – podrobnější členění (zdroj: MKF, 2008)

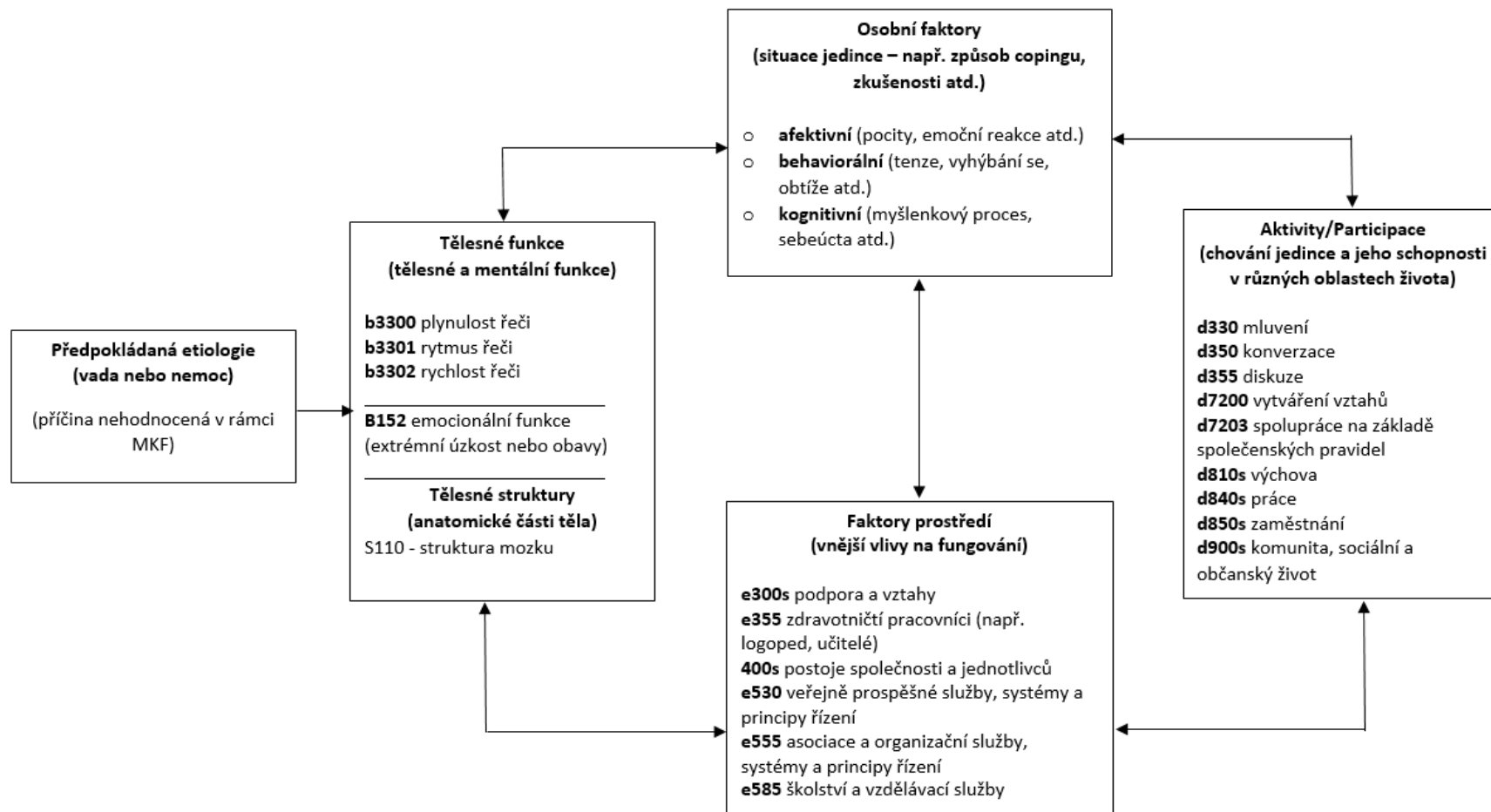
1.5 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví a koftavost

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví je vhodným nástrojem pro komplexní posouzení situace jedinců s různými zdravotními obtížemi. Implementaci tohoto modelu pro koftavost popisují Yaruss a Quesal (2004) ve svém článku *Stuttering and the International Classification of Functioning, Disability, and Health: An Update*). Jak uvádí Guitar (2006), klasifikace MKF je přínosná, jelikož popisuje pojem zdravotní situace v její úplnosti. Zahrnuje nejen oblasti funkce a stavba těla (včetně vad), ale také aktivity a participaci případná (omezení). MKF zohledňuje i osobní faktory a faktory prostředí, nesoucí zodpovědnost za rozdíly ve zdravotní zkušenosti jednotlivců.

Koncept MKF klasifikuje všechny složky zdraví a jeho cílem je popsat zdraví a zkušenosti spojené se zdravím všech. Yaruss a Quesal (2004) ve svém modelu MKF aplikovaném pro koftavost uvádějí jednotlivé oblasti, které mají vliv na zdravotní situaci

jedince, který koktá. Poukazují na to, jak lze model MKF uzpůsobit tak, aby mohl být využit k popisu situace člověka s koktavostí. Důraz je kladen na skutečnost, že koktavost zahrnuje více faktorů nežli pouze pozorovatelné vzorce chování a problémy s řečí. Konkrétně může zkušenost jedince s koktavostí zahrnovat negativní afektivní, behaviorální a kognitivní reakce (jak mluvčího, tak jeho okolí), stejně tak jako významná omezení, kvůli kterým se se nemůže mluvčí účastnit každodenních aktivit.

Yaruss a Quesal vytvořili upravený model MKF pro koktavost, který ukazuje, jak různé faktory přispívají ke zkušenosti jedince s koktavostí. To zahrnuje jak reakce jedince, který koktá, tak jeho okolí. Vzhledem k různorodosti jednotlivých faktorů, jak vnitřních, tak vnějších, je jasné, že různí jedinci se stejnou poruchou mohou mít naprosto odlišné zkušenosti. Tato variabilita je základním aspektem, kterému musí terapeut rozumět, aby byl schopen poskytnout klientovi odpovídající péči. Model je tedy možné použít pro diagnostiku a následně stanovit vhodné cíle pro terapii. Níže je k dispozici český překlad modelu MKF pro koktavost. Následně je v praktické části této disertační práce tento upravený model použit při diagnostice a terapii klienta s koktavostí (viz kapitola 5.4 *Diagnostika dle MKF*).



Tabulka 2: Grafické znázornění Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) a jeho užití pro kochtavost dle Yaruss, Quesal (2004, s. 48).

2 Kocktavost (balbuties)

2.1 Terminologické vymezení

Jak se neustále vyvíjí pohled na kocktavost, mění se terapeutické postupy a zpřesňuje se etiologie, stále se také vyvíjí a mění definice této poruchy. Je několik úhlů pohledu na kocktavost. Shapiro (1999) uvádí pojetí autorů Culatta and Goldberg (1995), kteří tvrdí, že pokud se sejde deset logopedů na jednom místě, dají dohromady jedenáct definic kocktavosti. Bloodstein (1990, cit. dle Shapiro, 1999, s. 9) uvádí tři alternativní typy definic. První typ definuje kocktavost tak, jak ji vidí ostatní: Kocktavost je cokoliv, co komunikační partner nebo pozorovatel může vidět či slyšet). Druhý typ definuje kocktavost podle typu neplynulostí (repetice, prolongace...). Třetí typ definuje kocktavost podle toho, jak ji člověk sám vnímá, tedy kocktavost je cokoliv, co balbutik cítí a sám vnímá. Jsou to definice, které by dnes pravděpodobně neobstály, ale v podstatě popisují celou problematiku kocktavosti a terapeutické cíle. Tedy tři základní narušené komponenty: řeč, tělo a vnímání a emoce. Ucelenou definici kocktavosti uvádí Peters a Guitar (1991, s. 9). „Pro kocktavost je příznačná neobvykle vysoká četnost a/nebo délka přerušeni plynulého toku řeči. Tato přerušeni se většinou projevují jako: *repetice (opakování)* hlásek, slabik nebo jednoslabičných slov; *prolongace (prodlužování)* hlásek a *bloky (zastavení)* proudu vzduchu a/nebo hlasu při mluvení.“ Jedinci, kteří kocktají, o tom většinou vědí a často se za to stydí. Navíc velmi často k mluvení vynakládají velké psychické a fyzické úsilí.

Z našich autorů definuje Lechta (2004, s. 16) kocktavost jako „syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nejnápadněji projevuje charakteristickými nedobrovolnými specifickými pauzami narušujícími plynulost procesu mluvení a tím působícími rušivě na komunikační záměr. Je to multifaktoriální, dynamický a variabilní syndrom narušené komunikační schopnosti (NKS) se složitou symptomatikou, která je často důsledkem několika parciálních, vzájemně se prolínajících, navazujících a/nebo recipročně i souhrnně reagujících příčin.“

Jiný úhel pohledu nabízí Shapiro (1999), který se ptá samotných lidí, kteří trpí touto poruchou, jak ji pojmenovávají a vnímají. Oni samotní se označují za kocktavé a poruchu definují jako poruchu (DISorder), NEplynulost (DISfluency), NEmožnost a NESchopnost komunikovat (DISability). To nám ukazuje, jak negativně je samotné kocktání vnímáno balbutiky, často v rozporu s pocety jejich okolí a ostatních lidí. Vnímají pouze chybnou část, nikoliv nePLYNULOST (disFLUECY), neMOŽNOST, neSCHOPNOST (disABILITY), ale

jen to chybné. Je znepokojující, že lidé, kteří koktají, považují sebe sama za „disabilitu/poruchu“ nikoliv za člověka, který je právoplatným členem společnosti se svou odpovídající společenskou rolí (muž, žena, manžel, matka, kamarád apod.) Shapiro (1999) ukazuje, jak se porucha (koktavost) stává hlavní charakteristikou klienta a tím jsou dále upozaděny ostatní nenarušené vlastnosti, dovednosti a vlastně celá osobnost člověka.

Někteří současní zahraniční autoři používají termín vývojová koktavost a je tím myšlena právě výše definovaná koktavost, aby zdůraznili rozdíl od neplynulosti např. neurogenní či psychogenní (více kap. 2.9 *Další poruchy plynulosti řeči*). Nejstručnější definice uvádí Smith, Weber, 2013; Chang a kol., 2017 (cit. dle Neubauer 2018, s. 372): „vývojová koktavost je komplexní neurovývojová porucha s počátkem v dětství a s možným pokračováním až do dospělosti”.

2.2 Výskyt (epidemiologie)

Vznik koktavosti je nejpravděpodobnější u dětí v období od 2 do 5 let (Conture, 2001). Shapiro (1999) a (Guitar 1991) uvádějí, že může vzniknout i později, nejčastěji do 12 let věku dítěte. Pozdější výskyt je už nepravděpodobný. V období 2-5 let se překrývá s obdobím tzv. fyziologické, vývojové neplynulosti (více viz 2.4 *Vývojová neplynulost*), což znesnadňuje zjistit přesné údaje o incidenci. Současné výzkumy se nejčastěji shodují na incidenci 5 % (např. Mansson, 2000) u dětí, u kterých byla délka trvání obtíží delší než 6 měsíců. Výskyt neplynulostí kratší dobu je odhadován okolo 15 % (Hood, 1999, cit. dle Lechta 2004b, s. 18). Prevalence koktavosti je dle dostupných výzkumů 1 % (Bloodstein (1995) u dětí školního věku a odhaduje se stejný počet i u dospělých. Zajímavé studie uvádí Shapiro (1999) a Guitar (1991). Ukazují, že pravděpodobnost spontánního uzdravení nebo jen s minimální terapií do 16 let je 75-78 %. Toto procento klesá s věkem (pravděpodobnost 75% u dětí zadržávajících ve 4 letech, 50 % u dětí zadržávajících v 6 letech a 25 % u dětí zadržávajících v deseti letech).

Zajímavé je i rozložení koktavosti dle pohlaví. Zde velice záleží na věku, který porovnáваме. Kloth a kol. (1999) a Mansson (2000) uvádějí, že v době vzniku je to 1,1:1 (chlapci:dívky), ale o 6 let později již 2,5:1. Yairi and Ambrose (1992) také uvádějí, že dívky začínají zadržávat trochu dříve, ale k odeznění příznaků dojde rychleji a častěji. Bloodstein (1995) dokládá výskyt u školních dětí v poměru 3:1.

2.3 Symptomatologie

Koktavost se nejdříve začíná projevovat v řeči, ale velice rychle se může projevit i v dalších segmentech, jako jsou projevy fyzické. Následně se může objevit i psychická tenze.

2.3.1 Projevy v řeči (primární znaky, v anglické literatuře *core behaviors*)

V řeči hodnotíme vždy délku, počet opakování, frekvenci, lokalizaci a specifické znaky. Nejčastěji jsou projevem koktavosti *repetice, prolongace a bloky*. *Repetice* je opakování (zvuku, hlásky, slabiky, slova). *Prolongace* je protáhnutí zvuku. Je často pozdějším projevem koktavosti než *repetice* a její délka může být od téměř nepostřehnutelné 0,5 sekundy až po minuty. *Blok* je posledním z nejtypičtějších projevů v řeči a znamená přerušení slov nebo nemožnost slovo začít. Projevuje se buď tichem, nebo je vyplněný zvukem. Blok je často již doprovázený viditelným svalovým napětím.

2.3.2 Druhotné znaky (v anglické literatuře *secondary behaviors*)

Vznikají jako reakce na neplynulosti v řeči, kterých se mluvčí chce vyvarovat, zkrátit je či se jim vyhnout. Jedná se o již naučené chování. Může mít formu viditelného tlaku, úsilí, které je patrné nejvíce v obličeji (rty, brada, jazyk apod.), ale často je charakterizováno vyhybavým či únikovým jednáním ve formě vkládání nepotřebných jakoby pomocných slov, nahrazováním obtížně tvořených slov slovy podobnými či odsouváním obtížného slova. Může se také projevovat např. jako viditelné úhyby hlavou, nenavázání očního kontaktu či zakrývání úst. Čím déle trvá tento způsob reakcí, tím déle se tyto zlozvyky upevňují a trvá déle se je odnaučit.

2.3.3 Postoj a pocity

U déletrvající koktavosti se vyhybání zadrhnutí projevuje strachem, nervozitou či obavami. Stejně jak zadrhnutí vyvolává tyto obavy, tak tato obava vyvolá zadrhnutí (Guitar, 2006). Je-li problém dlouhodobější, pak se projevuje frustrací a studem, který vyvolá větší tlak a úsilí o plynulost. Reakce je však opačná a projevy neplynulosti se zvětšují. To se postupně u dospívajících a dospělých stává součástí jejich vnímání sebe sama a ovlivňuje to jejich sebehodnocení a sebevědomí. Balbutici si své zkreslené představy o sobě promítají do svého okolí a myslí si, že je jejich okolí vnímá jako hloupé a divné. Turnbaugh a kol. (1979) a Woods a Williams (1976) také uvádějí, že tuto představu podporují někteří učitelé a logopedi, kteří stereotypně popisují koktavé žáky jako tenzní, bojácné a nejisté.

Všechny tyto tři komponenty tvoří komplexní obraz koktavosti. Intenzita jejich narušení je vysoce individuální a může se stát, že i pokud nebudou téměř žádné známky koktavosti v řeči

patrné, klient bude trpět výraznými projevy vyhýbavého a únikového jednání nebo je značně ovlivněno jeho vnímání okolí. Proto je na místě důsledná diagnostika všech tří rovin koktavosti.

2.4 Vývojová neplýnulost

Lechta (2004b, s. 57) vysvětluje vývojové dysfluence jako přechodnou fázi, která vzniká „na bázi dočasného pnutí mezi tzv. symbolickými a nesymbolickými procesy. Kvalitativní přelom v ontogenezi okolo přibližně 3. roku života v oblasti symbolických procesů, týkající se především morfologicko-syntaktické roviny a lexikálně-sémantické roviny, zde koliduje s oblastí nesymbolických procesů, kde jednak ještě nevyzrálý artikulační aparát, jednak ještě neúplně rozvinutá schopnost fonematische diferenciace neumožňují dítěti v tomto věku pokaždé fluentně vyslovit zamýšlené jazykové konstrukce.“ Lechta dále dodává, že pro období 3-5 let je typická psychická nestabilita. Výskyt obtíží je obvykle nárazový dle situace, ve které se dítě právě nachází. Tyto děti nemají pocit ztráty kontroly nad svou řečí nebo alespoň nedokážou tyto pocity vyjádřit. Pokud si již neplýnulosti uvědomují, nevnímají je jako problém (Lechta, 2004b).

Jedná-li se ale o rizikové dítě z hlediska působení dalších přítěžujících faktorů, pak může dojít k fixaci neplýnulostí a vývojová neplýnulost přejde v incipientní koktavost. Van Riper (1982) popsal 4 nejčastější možnosti podle vzniku a vývoje obtíží. Nejčastěji se u dítěte mezi 2 a 4 lety začnou objevovat repetice, dále vznikají prolongace, které přejdou v bloky se vzrůstajícím fyzickým tlakem, ke kterému se přidává strach a vyhýbavé chování. Druhou nejčastější variantou vývoje je, že se u dětí vyskytnou neplýnulosti později, ale zároveň je u nich zjištěno opoždění řečového vývoje, problémy s artikulací nebo velmi rychlé tempo řeči. Guitar (2006) u této skupiny zmiňuje zajímavou skutečnost, že se u těchto dětí často vyskytuje problém uvědomění si vlastní řeči jako výsledku obtíží při zpracování řečového signálu. Třetí skupinou dětí jsou ty, u kterých byl začátek obtíží náhlý a byl doprovázen značnou fyzickou tenzí vycházející z bloků hrtanu. U poslední, nejméně časté skupiny, je vznik koktavosti doprovázen psychickými obtížemi a objevuje se výrazně později. Typ neplýnulostí se věkem nemění a není pro něj typické vyhýbavé chování – dnes tuto skupinu řadíme k tzv. psychogenní neplýnulosti.

Vývojové neplýnulosti mohou doprovázet vývoj dětské řeči a jsou pro něj typické určité znaky. Většina autorů se dle Guitara (2006) shoduje, že mezi hlavní kritéria, odlišující normální

neplynulost a incipientní koktavost patří množství neplynulostí, počet konkrétních opakování či interjekcí a typ neplynulosti, to vše ve vztahu k věku dítěte.

Množství neplynulostí se počítá dvojím způsobem (Guitar, 2006). Buď se může vztahovat k počtu slov, počítáme neplynulosti na 100 slov, nebo je možné a pro starší děti, které používají více víceslabičných slov, přesněji vztahovat počet neplynulostí k počtu slabik. Nejčastěji se opět počítá počet neplynulostí na 100 slabik. Guitar (2006) uvádí souhrnnou studii, kde je za nenarušenou plynulost považováno v průměru sedm neplynulostí na 100 slov nebo 6 neplynulostí na 100 slabik u předškolního dítěte. U mladších dětí je toto číslo vyšší, ale nemělo by překročit 10 neplynulostí na 100 slov (Guitar, 2006). Druhým pozorovaným kritériem je konkrétní počet opakování v jednom slově či počet interjekcí za sebou před konkrétním slovem. Yairi (1981) a Johnson (1959) provedli studie, ve kterých je za normální plynulost považována jedna repetice nebo jedna interjekce, ve výjimečných případech dvě. Posledním sledovaným kritériem je typ neplynulosti. Za nejčastější projevy vývojové neplynulosti jsou považovány repetice, interjekce a opravy (revize). Opravy (revize) jsou nejčastější a časově nejstálejší. Interjekce a repetice jsou nejčastější v období 2-3 let a po třetím roce věku dítěte se objevují méně často.

Žádné z těchto vodítek nicméně není možné používat samostatně, ale platnosti nabývají ve vzájemné součinnosti. U dětí s vývojovou neplynulostí nejsou patrné žádné známky narušeného koverbálního chování a nevykazují žádné známky vyhubavého či únikového jednání. Andrews či Starkweather uvádějí, že obecně s ohledem na výše uvedený názor na koktavost (tedy že se porucha může vyskytnout, pokud je kapacita mozku určená pro ovládnutí motorického systému používána k jiným účelům) lze říci, že může platit jak pro dítě, které koktá, tak dítě, které nekoktá (Andrews et al, 1983; Starkweather, 1987, cit. dle Guitar, 2006, 144).

2.5 Hraniční koktavost

Termín hraniční koktavost (angl. *borderline stuttering*) u nás není používán, ale v zahraničí se často užívá pro stavy, kdy se řeč mění a kolísá právě mezi ještě plynulou řečí s fyziologickými neplynulostmi a incipientní koktavostí. Jedná se o velmi zajímavou skupinu dětí, která je z terapeutického hlediska velice důležitá a při bližším zkoumání nám pomůže odpovědět na otázku, zda je toto dítě ohroženo koktavostí, zda a kdy se má začít s terapií, případně jedná-li se o přechodný fyziologický stav.

Není zatím možné vždy s jistotou určit, jedná-li se o koktavost či o neplynulost, ale mnozí autoři nabízejí různá vodítka. Jak již bylo v předchozí kapitole zmíněno, jedním z prvních znaků je frekvence neplynulostí. Přesáhne-li počet neplynulostí 10 na 100 slov, je to považováno za rizikový znak (Guitar, 2006). Dalším rozlišovacím znakem je typ neplynulosti. Mannig (2001) uvádí rozlišení na dysfluence podobné koktavosti (*angl. stuttering like disfluences*) a ostatní dysfluence. Mezi dysfluence podobné koktavosti patří opakování části slova, opakování jednoslabičného slova, dysrytmická fonace (tzn. jakékoliv zkomolení, prolongace nebo blok ve fonaci v rámci slova, které nepatří do žádné další kategorie a pauzy provázené tlakem). Za ostatní neplynulosti nebo také dysfluence nepodobné koktavosti (*angl. nonstuttered types of disfluencies*). Yaruss (2017) považuje opakování víceslabičných slov, opakování vět, interjekce a opravy nedokončeného větného spojení. Guitar uvádí, že pokud dítě vykazuje více jak 50 % dysfluencí podobných koktavosti, je možné stav označit za koktavost. Oproti tomu Yaruss (2017) upozorňuje na specifickou skupinu dětí, které produkují tzv. dysfluence nepodobné koktavosti (*angl. nonstuttered types of disfluencies*) např. pauzy, interjekce s větší frekvencí, která ukazuje na problém s plynulostí, proto musí být do celkového obrazu dítěte zahrnuty všechny typy neplynulostí.

Dalším z kritérií je počet opakování slov, slabik či zvuků. Guitar (2006) zmiňuje výzkumy (Ambrose and Yairi, 1995; Johnson et al, 1959; Yairi and Lewis, 1984; Zebrowski, 1991), které uvádí 1,13 opakování u plynulých dětí a 1,51 opakování u dětí s koktavostí. Pokud je u dítěte vícečetná repetice, jedná se o další rizikový ukazatel. V oblasti koverbálního chování není patrný žádný signifikantní rozdíl mezi porovnávanými kategoriemi. Děti také nevykazují známky nervozity či obav z řeči, můžou si situace všimnout, ale nejsou jí znepokojeni.

Dalším vodítkem k identifikaci koktavosti u dětí je působení rizikových faktorů, jelikož dle Lechty (2004, s. 60) u rizikového dítěte vlivem působení rizikových faktorů mohou vývojové dysfluence přerůst do incipientní koktavosti: „dítě se snaží eliminovat neplynulosti v řeči, přičemž si však stále více začíná uvědomovat mechanismus procesu mluvení, který by jinak probíhal automaticky. Výsledkem jsou dysfluence, které už ale nejsou fyziologické a stávají se postupně součástí syndromu koktavosti.“

2.5.1 Rizikové faktory

Tématu rizikových faktorů se věnuje mnoho autorů (např. Lechta, Conture, Bloodstein). Jejich názory se v některých aspektech liší. Za nejrozpracovanější a nejnovější lze považovat práci autorů Kelman a Nicholas (2008) *Practical intervention for early childhood stammering:*

Palin PCI approach. Dalšími významnými odborníky v této oblasti jsou Yaruss a Manning. Právě Manning rozděluje rizikové faktory na dvě skupiny: na ty, které se sice dávají do souvislosti se vznikem koktavosti, ale jejich vliv je buď zanedbatelný, sporný či historický a nyní považovaný již za neplatný, a na faktory, které pravděpodobně ovlivňují koktavost velice silně. Dále zdůrazňuje, že tyto okolnosti stále nejsou plně objasněny a je možná jejich vzájemná vnitřní provázanost a že možná existují ještě další, neznámé, zde tedy neuvedené rizikové faktory.

Manning (2001) uvádí následující faktory, které nemají významný vliv na koktavost, ale patří k rozšířeným, byť mylným: *rozvoj motorických dovedností* (neexistují podklady o tom, že by na koktavost mělo vliv opoždění fyzického vývoje dítěte); *onemocnění* (míra nemoci dětí nemá souvislost se vznikem koktavosti, pouze je možná souvislost u onemocnění centrální nervové soustavy); *napodobování* (nebyla prokázána souvislost mezi imitací koktavosti a vznikem obtíží); *šok, leknutí* (u vývojové koktavosti se nepotvrdila se závislost vzniku koktavosti a traumatické události, u většiny dětí se nějaká forma neplynulosti objevila již před touto případnou skutečností, ale rodiče si ji často s nějakou událostí v tomto období dávají do souvislosti); *emocionální a komunikační konflikt* (nejsou známé poklady, které by potvrzovaly, že děti, u kterých se projevila neplynulost v řeči, prožívají větší množství emočně-komunikačních stresů než ostatní děti, u kterých se porucha plynulosti neobjevila), *socioekonomický status rodiny* (koktavost se vyskytuje ve všech socio-ekonomických stupních společnosti); *národnost* – jazyk a kultura neovlivňuje míru výskytu koktavosti, ta je ve společnosti kolem 1%.

Faktory, které jsou naopak považovány za důležité pro vznik či přetrvávání koktavosti:

Pohlaví

Primárně je za rizikový faktor je považováno, pokud je dítě, jež zadržává, chlapec. I když je v počátku obtíží porucha rozdělena rovnoměrně, u dívek je zaznamenán větší ústup obtíží. Jako možné vysvětlení Manning (2001) udává, že jsou chlapci obecně méně zblhlí v řečových schopnostech a také se hůře adaptují na vzniklé obtíže v komunikaci.

Věk

Dalším důležitým faktorem je doba vzniku koktavosti. Andrews (cit. dle Mannig 2001, s. 107) dokládá, že po 4. roce klesá pravděpodobnost vzniku obtíží o 50 % a po 6. roce dítěte o 75 %. Yaruss (2017) uvádí jako rizikový pro rozvoj koktavosti pozdější vznik obtíží (po 35. měsíci).

Genetické faktory

Považuje se za rizikové, pokud se v rodině, ať blízké či vzdálené, vyskytovala koktavost. Studie uvádějí pravděpodobnost 30-69 %, že je mezi příbuznými někdo s koktavostí Bloodstein (cit. dle Manning, 2001, s. 108). Yaruss (2017) pokládá za důležitý faktor, jaký byl průběh koktavosti u příbuzných, zda přetrvávala nebo ustoupila. Za rizikový faktor pokládá přetrvávání obtíží. Howie (1981) zmiňuje, že pokud jedno z jednovaječných dvojčat trpí koktavostí, je vysoká pravděpodobnost výskytu stejných obtíží i u dvojčete (Howie, 1981).

Doba od vzniku koktavosti

Kelman (2008) tvrdí, že většina dětí dosáhne plynulé řeči 12-18 měsíců od vzniku koktavosti. I později je to možné, ale pravděpodobnost spontánní nápravy je nízká.

Proměnlivost v čase

Svou roli hraje i to, zda je stav dlouhodobě stabilní, zhoršuje se či zlepšuje. U dítěte, u kterého je stav stabilní či dochází ke zhoršení stavu, je riziko přetrvávání koktavosti vyšší. Za rizikové je považováno, pokud se začnou vyskytovat nebo se zvýší podíl prolongací, bloků a intraverbálních repetit. Dalším rizikovým faktorem je vznik sekundárních projevů koktavosti (fyzické napětí, oční kontakt, psychická tenze).

Úroveň foneticko-fonologické roviny řeči

V tomto bodě se výsledky studií rozcházejí. Kelman (2008) však uvádí výzkumy (Paden a Yairi, 1996; Paden et al, 1999; Yairi et al, 1996), které zmiňují pravděpodobnost, že děti, u nichž je větší riziko přetrvávání obtíží, vykazují i opoždění fonologických dovedností.

Opoždění nebo naopak nadprůměrný rozvoj jazykových rovin (lexikálně-sémantické, foneticko-fonologické) v době vzniku koktavosti.

Studie jsou i v tomto případě dosud nejednoznačné (porovnej Watkins, Yairi, 1997; Watkins a kol. 1999) a novější studie Watkins, Johnson (2004), ale existuje oprávněný předpoklad, že vývoj jazyka a doba vzniku koktavosti spolu blízce souvisí.

Intenzita obtíží, ve smyslu počtu neplynulostí, neznamená perspektivu návratu k plynulé řeči.

Přestože mají studie opět nejednoznačné výsledky (porovnej Yairi a kol. 1996; Yairi, Ambrose, 1999), zdá se, že se nedá na základě frekvence neplynulostí v prvních měsících od vzniku předpokládat budoucí ústup obtíží.

Yaruss (2017) uvádí i další rizikové faktory. Prvním z nich je, pokud si dítě uvědomuje své obtíže v řeči. V tomto případě je vyšší riziko fixace obtíží, protože si dítě ve snaze o plynulou řeč může automatizovat negativní vzorce řečové produkce („pomáhá si“ zvýšeným tlakem, větší rychlostí řeči apod.). Druhým rizikovým faktorem je, že reakcí dítěte na neplynulosti je strach a vyhýbání se. Toto je to známka již pokročilého stádia koktavosti. Dalším rizikovým faktorem dle je chování a reakce rodičů, které může vést k fixaci a zhoršení neplynulostí řeči dítěte.

Na základě informací obsažených v této kapitole můžeme vytvořit profil maximálně ohroženého dítěte. Dítě patří mezi rizikové, pokud se jedná o chlapce, některý z rodičů od dětství zadržával a stále zadržává, začal zadržávat po dosažení 3,5 let, zadržává déle jak 6 měsíců, stupeň zadržávání je stále stejný nebo se zhoršuje, v jeho řeči se objevují prolongace, bloky, repetice a intraverbální repetice, je citlivý, snadno vznětlivý, obtížně reguluje svoje emoce, uvědomuje si svoji „jinou“ řeč a reakcí na ni je obava, strach, je patrné ještě další narušení některé z jazykových rovin, jeho rodiče mají velký strach a obavy.

Není možné na základě těchto zjištění vytvořit zcela jednoznačnou prognózu, protože dosud není známo, který z těchto výše zmíněných faktorů je určující, ani zatím není možné odhadnout jejich vzájemný vliv. Je možné jen vyjádřit pravděpodobnost dalšího vývoje řeči a na základě studií se lépe orientovat v rizikových faktorech.

2.5.2 Diagnostika balbuties u hraniční koktavosti

Včasná identifikace obtíží a případná raná intervence je důležitá především proto, že je považována za nejefektivnější a úspěšně předchází zhoršování a chronicitě obtíží. Výsledkem první diagnostické rozvahy je většinou zařazení klienta do jedné z pěti kategorií (Conture, Curlee, 2007, s. 4):

Neplynulosti u dítěte jsou velmi vzácné a řeč odpovídá věku. V řeči se vyskytují nejčastěji repetice slov a frází a interjekce. Řeč je realizována bez viditelného úsilí, neplynulosti se vyskytují nárazově do 10 % na celkový počet slov, nejčastěji však okolo 2-3 %. V tomto případě se doporučuje sledování dítěte.

Pozorujeme nekonstantní neplynulosti v řeči dítěte a je potřeba stav sledovat, případně jej doplnit komplexní diagnostikou. Zadržávání v řeči není stálé, je přítomno nárazově. Je doporučeno provést videoanalýzu a stav průběžně konzultovat.

V řeči dítěte se neplynulosti objevují méně než jeden rok a rodiče se zmiňují o negativní reakci dítěte na zadržnutí, která je však zatím výjimečná. Neplynulosti kolísají v rozmezí

3-10 % a období neplynulostí se střídá s obdobím plynulé řeči. Dítě občas uhýbá očima, zvýší hlas či zrychlí. Na neplynulost mohou děti reagovat netrpělivě či s obavou. Některé děti si svůj problém již uvědomují a dokáží jej verbalizovat. Pokud se první obtíže objevily před více jak rokem, Conture a Curlee doporučují začít přímou terapií.

Neplynulosti v řeči dítěte jsou časté a společně je pozorována jedna či více poruch řeči. Dítě konstantně vykazuje charakteristiky incipientní koktavosti a jedna či více jeho jazykových rovin nedosahuje úrovně věku. Společně s terapií této narušené složky Conture a Curlee doporučují za vhodnou k terapii koktavosti metodu na bázi terapie tvarování plynulosti řeči (angl. *fluency shaping*), která by neměla zhoršovat stav řeči při terapii zaměřenou na jiný řečový deficit.

Zadrhávání v řeči dítěte je pozorováno déle jak rok a bez známek remise. Frekvence zadrhávání je vysoká (více jak 15 %), je doprovázena tlakem a zvýšeným úsilím, jsou patrné známky narušeného koverbálního chování. Je možné zaznamenat frustraci a obavu z řeči. Dítě by mělo být ihned přijato do terapie, jelikož jej jeho řeč může vyloučit z běžných aktivit a ovlivnit další složky jeho osobnosti. Dále se vzhledem k délce trvání snižuje možnost spontánní remise. Dalším důvodem pro zahájení terapie je, že terapeutické výsledky jsou lepší u dětí než u dospívajících a dospělých.

Na základě této rozvahy se terapeut rozhoduje, zda situace odpovídá věku, zda ji sledovat, případně začít terapií a jak ji individuálně upravit pro potřeby klienta.

2.6 Incipientní koktavost

Jinými slovy začínající koktavost má v anglické literatuře ekvivalent *beginning stuttering*. Na rozdíl od vývojové neplynulosti (angl. *bordering stuttering*) je již jasné, že se jedná o koktavost, která má tendenci se fixovat a dále rozvíjet. Koktavostí zde není myšlena pouze složka řečová, ale v celém svém významu poruchy to znamená i vznikající fyzická a začínající psychická tenze. Dle mnoha autorů (např. Lechta, Manning) se jedná o kritické období, které bylo dříve terapeuticky přehlíženo, ale právě intenzivní a dobře cílená terapie prováděná v této etapě vývoje koktavosti, je kratší a přináší lepší výsledky s perspektivou trvalého vymizení poruchy řeči. Zároveň je dobré připomenout výzkumy Yairi a Ambrose (1992) a Yairi (1993), které dokládají, že během dvou let od vzniku koktavosti dojde u 65-75 % dětí k vymizení příznaků a v rámci několika dalších let je to dokonce 85 %.

Oproti dříve zmíněné přechodné koktavosti zde většinou dochází k pomalému zhoršování příznaků ve všech oblastech našeho zájmu. Guitar (2006, s. 151) uvádí následující nejzřejmější příznaky:

1. U koktavosti se vyskytují *příznaky svalové tenze a spěchu*. Repetice jsou rychlé a nepravidelné s náhlým ukončením každého prvku.
2. *Zesílený (tlačený) hlas* (angl. *pitch rise*) se vyskytuje u konce repetice nebo prolongace.
3. Občas jsou zřejmé *bloky artikulační polohy*, pokud dítě není dočasně schopné začít slovo (očividně jako důsledek tenze artikulačních orgánů).
4. U balbutiků se může vyskytovat *vyhýbavé chování*. Mezi jinými se jedná např. mrkání, kývání hlavou a vsouvání pomocného „hm“.
5. Vyskytuje se *uvědomění si obtíží a pocity frustrace*. Nejsou však přítomny silné negativní pocity vůči sobě jako mluvčímu.

Proč u některých dětí dochází ke zhoršení stavu řeči, není dosud plně známo (Guitar, 2006). Terapeutické cíle vycházejí z individuální diagnostiky, ale dle Lechty (2004) je správné se zaměřit především na předcházení možného vzniku psychické tenze, eliminaci fyzické tenze a námahy při řeči a korekci dysfluencí. Cílem je spontánní plynulost, protože ještě nedošlo k plnému rozvinutí příznaků. Guitar (2006) uvádí, že vzhledem k častému zadržování si je dítě svého počínání vědomo. Dochází tedy k psychické tenzi. Nejčastější emoce je frustrace a nezdělaná práce rodičům říká, že mu nějaké slovo nejde, ale pocit stresu a strachu je zatím vázán pouze k momentu zadrhnutí. U dítěte se zatím nerozvinul pocit, že něco neumí, že dělá něco špatně a zadrhnutí se neprojevuje na jeho sebevědomí a sebehodnocení. Ve chvílích plynulé řeči na problém nemyslí.

V rámci terapeutických sezení s rodiči je v České republice častá tabuizace tohoto tématu, kdy s dětmi toto téma není probíráno, aby nevěděly, že něco dělají špatně. To přispívá k tomu, že dítě, které si je svého problému většinou velice dobře vědomo, i když na něj nemusí negativně reagovat, zůstává v obtížích samo, bez možnosti s rodiči sdílet tuto negativní zkušenost a to negativně přispívá k prohlubování obtíží. Je vhodné na tomto místě zmínit názor např. autorů Conture a Curlee (2007), kteří nabádají nebát se na toto téma s dětmi mluvit. Je však nutné použít výrazy, kterým dítě rozumí, dokážeme jimi problém popsat a dítě se s nimi dokáže bez negativní reakce identifikovat. Není nutné používat slovo koktavost, ale je potřeba citlivě s ohledem na věk a pocity dítěte tyto obtíže definovat.

2.6.1 Diagnóza a terapie incipientní koktavosti

Diagnostický proces zahrnuje sběr anamnestických údajů se zaměřením na rizikové faktory vývoje řeči, vzniku a průběhu trvání koktavosti u dítěte, případně v jeho okolí. Je nezbytné vyhotovení audio a videonahrávky pro pozdější analýzu. Dalším diagnostickým vodítkem je dle Shapira (1999) či Manninga (2001) hodnocení, jak spolu spolupracují a komunikují dítě s rodiči při spontánní aktivitě, a jak dítě reaguje na terapeuta a jeho zvyšující se konverzační nároky. Dále se provádí analýza typu, kvality a kvantity neplynulostí. V zahraničí se pro tyto účely používá např. test SSI-4 (*Stuttering Severity Instrument – 4th edition*), v České republice je rozšířený balbutiogram, který u nás zpopularizoval prof. Lechta (Lechta, 2004a). Hodnotí se, zda si je dítě vědomo svých obtíží v řeči a jak na ně reaguje, např. pomocí testu CAT-R (*Communication Attitudes Test-Revised (CAT-R) nebo A-19 Scale, Directions, and Responses*). Hodnotí se tempo řeči a ostatní jazykové roviny.

Cílem terapie je obnovit spontánní plynulost řeči. Terapeutické metody vychází z potřeb dítěte dle diagnostické rozvahy terapeuta. Shapiro (1999) obecněji uvažuje o technikách založených na principu tvarování plynulosti nebo modifikace koktavosti. Guitar (2006) či Lechta (2004b) doporučují např. *Lidcombe program*, *PCI terapie (Parent-child interaction therapy)*, *KIDS (Kinder dürfen stottern)*, *RESTART – DCM (Demands and Capacities Model)* a další. V následujících podkapitolách jsou tyto terapeutické postupy stručně popsány. Výběr nebyl náhodný, ale každá terapie představuje jiný terapeutický přístup. U terapie Lidcombe program (přímá behaviorální terapie) a terapie RESTART – DCM existuje dostatek studií, které potvrzují její efektivnost dle EBP³ (Sonnevile-Koedoot a kol., 2015), terapie *KIDS* – je založena na modifikaci koktavosti a terapie *PCI* je nepřímou terapií zaměřenou primárně na rodiče.

2.6.2 Terapeutické metody incipientní koktavosti

KIDS – Kinder dürfen Stottern

„Děti mají dovoleno koktat.“ (Sandrieser, P. Schneider)

Tato terapeutická metoda modifikace koktavosti (angl. *stuttering modification*) a je vhodná pro děti od dvou do šesti let. Metoda funguje na principu osvojení pozitivní copingové strategie⁴ dítětem, a tím se zvyšuje jeho šance na spontánní plynulost. Vychází z předpokladu, že se dítě pod tlakem okolí či samo od sebe učí vyhýbat zadrhnutí. Pokud se zadrhne, vnímá to

³ EBP – Evidence-based practice – praxe založená na důkazech, viz 4.8 EBP v terapii koktavosti

⁴ copingová strategie – způsob zpracování/vyrovnaní se s koktavostí (Lechta, 2004b, s. 72)

jako chybu a neúspěch. Vynakládá větší úsilí a zvyšuje tlak na obtížná slova. Vzniká tím negativní reakce. Dítě se stydí a bojí se mluvit, cítí se vinno a to má vliv na jeho sebevědomí. Tato terapie je nejvhodnější pro děti, u kterých je již patrná fyzická tenze, je přítomna kognitivní a emoční reakce na zadržávání (vyhýbání, strach, stud), pokud mají rodiče dítěte velké obavy, pokud je společně s kochtavostí patrná další řečová vada nebo se u dítěte nebo v okolí dítěte vyskytují významné rizikové faktory pro rozvoj kochtavosti. Fáze terapie jsou: desenzibilizace, identifikace, modifikace a generalizace.

Cílem terapie je pozitivní vyrovnání se s touto poruchou, což často vede k vymizení příznaků, případně k modifikování zadržnutí do podoby co nejbližší plynulé řeči. Výsledkem je krátké a lehké (netlačené) zadržnutí, klidná, asertivní reakce na zadržnutí a také, když dítě rádo a bez obav hovoří. Nepodaří-li se nastolit plynulou řeč, v řeči alespoň není patrná fyzická tenze a neplynulosti jsou pouze lehké repetice. Dítě má kontrolu nad neplynulostí a to mu dodává sebevědomí a pozitivní zpětnou vazbu.

Specifikem tohoto terapeutického postupu je, že se jedná o paradoxní přístup – oba rodiče s touto metodou musí být seznámeni a musí s ní souhlasit. Rodiče jsou dostatečně informováni o tom, co je kochtavost a téma není v rodině tabu. Součástí terapie jsou i samostatná konzultační sezení pro rodiče. Rodiče i terapeut musí být dostatečně desenzibilizováni – sami se nebojí a nestydí zadržnout. Terapie je ukončena, pokud je dosaženo plynulé řeči. Dítě vykazuje pouze krátké, měkké, občasné opakování, necítí neadekvátní negativní reakci na zadržnutí a rodiče se cítí dostatečně informováni a zkušení na to, aby situaci dokázali zvládat sami.

Palin Parent-Child Interaction Therapy

Palin Parent-Child Interaction Therapy (Palinova terapie interakcí mezi rodičem a dítětem) je terapeutický program používaný v Centru Michaela Palina pro kochtavost v Londýně (*The Michael Palin Centre for Stammering*). Autory jsou Frances Cook a Willie Botterill, kteří program vytvořili na základě terapeutického přístupu Leny Rustin. Program vznikl v období let 1980-96. Program je primárně určen dětem do 7 let a jedná se o kombinaci nedirektivní a direktivní terapie. Program počítá s rodičem jako s klíčovým prvkem, který nejvíce dovede ovlivnit zlepšení i zhoršení stavu plynulosti řeči dítěte.

U rodičů kochtavost dítěte vyvolává různé emoce: frustraci, bezmoc či provinilost. S těmito pocity je obtížné se vyrovnat i kvůli velké proměnlivosti a komplexnosti kochtavosti, kdy se stav často mění bez zjevné příčiny. Rodič také vnímá obavy z budoucnosti

a společenského zařazení a fungování dítěte i celé rodiny. Úzkost u rodičů se přenáší na dítě a to přímo ovlivňuje jeho reakci na koktavost. Koktavost v rodině má často vliv na chování rodičů, které může být přímo ovlivněno úzkostí a strachem. S dítětem mluví jinak, než by mluvil s dítětem bez této poruchy. Dále koktavost může narušovat sebevědomí a sebehodnocení rodičů, má vliv na vztah matky s otcem, mění sourozenecké vztahy a vztah rodič-dítě. Proto je rodič v této terapii vnímán jako klíčový element, na kterého je program cílen.

Původní program počítá s úvodní fází šestitýdenní logopedické terapie, pak následuje šest týdnů domácí terapie a zhodnocení změny stavu řeči dítěte. Základem programu je předpoklad, že rodič často instinktivně ví, co ovlivňuje plynulost řeči dítěte, a terapie pouze posiluje toto rodičovské chování a zlepšuje sebevědomí rodiče v tom, že postupuje správně. To je rozdíl od jiných terapeutických přístupů, kde se rodič učí, co nesmí dělat. Zde naopak se posilují postupy, které rodič již sám přirozeně dělá, ale díky hendikepu svého dítěte je dělá méně či je úplně přestává užívat.

V prvních fázích vzniku neplynulostí dítěte není rozdíl v chování, tempu řeči, přerušování dítěte, pauzách mezi rodiči dětí, které nezadržávají a které ano. Později díky neplynulostem v řeči dítěte dochází ke změně tohoto intuitivního chování a rodiče dětí, které zadržávají, často mluví rychleji, častěji dítě přerušují a jsou více úzkostliví. Tato změna chování nadále může udržovat či zhoršovat stav plynulosti dítěte. Rodiče si na základě pozorování vyberou vlastní postup, co budou dělat podle toho, co dítě potřebuje a co jeho řeč nejvíce ovlivňuje.

V první fázi terapie se vyhodnotí řeč dítěte, ale důraz je především kladen na vyhodnocení způsobu interakce rodič-dítě a na způsob komunikace rodičů. Hodnotí se například jazyková a obsahová rovina řeči rodičů, tempo řeči, množství otázek, způsob vkládání pauzy do řeči, schopnost rodičů přizpůsobit se potřebám dítěte, soustředit se na činnost prováděnou dítětem, schopnost pochválit a ocenit (Guitar, 2006). Program zahrnuje interaktivní strategie: např. dítě vede hru, nedáváme více otázek než komentářů, rodinné strategie – vybudování sebevědomí rodiče i dítěte, sdílení pocitů, střídání se v řeči (angl. *turn-taking*) a v poslední fázi strategie dítěte – přímé direktivní metody (zpomalení tempa řeči, pauzy apod.).

Restart DCM method

Jedná se o terapeutický přístup, který vychází z předpokladu Starkweathera na vznik koktavosti, že porucha plynulosti řeči vzniká u dítěte kvůli rozporu mezi nároky, požadavky (angl. *demands*) na plynulou řeč ze strany nejbližšího sociálního okolí, které přitom převyšují

jeho vlastní kognitivní, jazykové, motorické a emoční schopnosti (angl. *capacity*) pro plynulou řeč (Bloodstein, 1995). Autorkami terapeutického programu jsou Marie-Christine Franken a Durdana Putker-de Bruijn. Terapie je vhodná pro děti od 2 do 5 let.

Princip programu pracuje se snížením požadavků a nároků, které ovlivňují řeč dítěte. Požadavky jsou vnější (škola, rodiče atd.) a vnitřní (dítěte – temperament, osobnost atd.). Primárně se stimuluje a zvyšuje kapacita dítěte pro plynulou řeč. Teorie DCM⁵ vychází z předpokladu, že na schopnost dítěte produkovat plynulou řeč mají vliv *motorické dovednosti*: (především schopnost rychlé změny artikulačních pohybů, efektivní koordinace pohybů a plánování a vykonávání rychlých sekvencí pohybů), *jazykové dovednosti* (lexikální dovednosti (hledání slova), formování gramatických a syntaktických struktur) a *ostatní dovednosti* (emoce, hrubá motorika, kognitivní dovednosti, sociální dovednosti, vlastní osobnost dítěte).

Požadavky můžeme rozdělit na *závislé na čase* (očekávání jisté řečové rychlosti, přerušování v řeči, jazyková komplexnost, řeč na vyžádání: stálé otázky, musíš to říct..., emoční vzrušivost, rušné/uspěchané domácí prostředí, střídání v řeči) a další *požadavky* (strach ze selhání, perfekcionismus, pocit, že něco dělat musím..., koktavost není přijímána, není akceptována, dovolena). V terapii se vždy začíná úpravou vnějších požadavků na dítě, pokud se stav nezlepší, pokračuje se posilováním schopností dítěte.

Postup sezení po komplexní diagnostice vždy zahrnuje poskytnutí informací o koktavosti: terapeut vysvětluje teorie vzniku koktavosti, možné příčiny a následný vývoj. Díky tomu se rodiče lépe zbaví pocitů viny. Dále je potřeba i nadále sdílení obav a strachu obou rodičů a je nutné pomoci s nastíněním realistických očekávání výsledků terapie. Terapeut pomůže rodičům nalézt způsob, jak o koktavosti s dítětem a s okolím mluvit.

Následuje fáze identifikace a modifikace. Rodič se učí identifikovat a následně modifikovat svoje chování v různých situacích. Rodič se učí přijímat změnu svého chování a vnímat, jak na ni reaguje okolí. Cílem terapie je změnit rodiče na terapeuta. Příkladem modifikace chování rodiče může být změna tempa řeči, přizpůsobení délky sdělení kapacitě dítěte, eliminace verbální a neverbální negativní reakce na zadrhnutí, nebát se mluvit o koktavosti s dítětem způsobem jemu blízkým či střídání se v řeči. Terapeuticky se cílí i na celkovou změnu prostředí: např. omezení chaotického denního režimu, pravidelný rozvrh

⁵ DCM – *demand-capacity model*, Shapiro (1999) uvádí, že koktavost se pravděpodobně vyskytuje, pokud požadavek na plynulou řeč překračuje schopnosti dítěte

činností a příprava dítěte na změnu v denním režimu. Je nezbytné zapojit dítě do prováděných změn a rodič i dítě se učí dovolit si udělat chybu (opak perfekcionismu). Mezi použité metody patří pravidelné konzultace s oběma rodiči, kolektivní terapie pro rodiče, kolektivní terapie pro dítě a videotrénink

Lidcombe program

Lidcombe program vytvořili Mark Onslow a kol. v 90. letech 20. stol. v australském Sydney a je to v současnosti jeden z nejznámějších terapeutických programů pro děti v předškolním věku (Lechta, 2004b). Jedná se o přímou behaviorální terapii, která je zaměřena na řeč dítěte a nezabývá se na rozdíl od předchozích programů přístupem rodičů, osobností dítěte apod. (Conture, Curlee, 2007). Během úvodních sezení se rodiče naučí podporovat plynulost řeči dítěte a naučí se ji měřit. Principem Lidcombe programu je proces operačního podmiňování, které poskytují rodiče dítěti každý den v průběhu běžných činností.

V první etapě se dle Lechty (2004) provádí eliminace koktavosti a ve druhé části se pracuje na udržení plynulé řeči. Jak uvádí Guitar (2006), terapie začíná řízeným rozhovorem, kdy je maximálně podpořena plynulost řeči dítěte a dítě dostává od rodičů okamžitou zpětnou vazbu ve formě pozitivního komentáře ke své plynulosti. Rodič ze začátku komentuje řeč dítěte jen ve speciálně určeném čase. V průměru každé páté plynulé sdělení je rodiči pozitivně komentováno, oceněno, aby si dítě svoji plynulost uvědomilo. V případě neplynulosti rodiče na neplynulost upozorní, ale poměr „ocenění“ k označení neplynulosti by měl být 5:1 tak, aby dítě tuto činnost vnímalo pozitivně. Postupně, jak roste plynulost, se přechází od komentování v řízeném rozhovoru k běžné konverzaci. Plynulost je rodiči každý den zaznamenávána a hodnocena.

Lechta (2004b) vyzdvihuje 3 principy programu: aplikaci operačního podmiňování, pravidelné měření plynulosti doma a při terapeutických sezeních a systematické udržování získané plynulosti. Lidcombe program jako jeden z mála terapeutických přístupů vykazuje prokazatelnou úspěšnost (Sonnevile-Koedoot a kol., 2015) a v rámci EBP by měl patřit k prvním volbám u předškolních dětí. Srovnatelnou úspěšností se může prokázat ještě DMC RESTART (Sonnevile-Koedoot a kol., 2015).

2.7 Fixovaná koktavost

Stejně jako pojednávala předchozí kapitola, tak i koktavost u starších dětí ve věku 6-13 let, má svá specifika. V naší odborné literatuře se toto období pojmenovává fixovaná koktavost, v angloamerické se jedná o *intermediate stuttering*. Je to období, které je charakteristické více změnou a vývojem znaků koktavosti, které souvisejí s délkou trvání problému a změnami ve vývoji osobnosti dítěte než přesným věkovým vymezením. Dle Lechty (2004) je to také druhé nejčastější období, kdy může koktavost vzniknout, a dává ji do souvislosti se začátkem školní docházky. V tomto období může dojít k relapsu již plynulé řeči u vývojové koktavosti.

Guitar (2006) vidí hlavní změny oproti incipientní koktavosti (angl. *beginning stuttering*) především v začátku vnímání strachu a obav ze zadrhnutí a s tím související snahou o vyhnutí se obtížnému slovu, situaci apod. S tímto jevem se u mladších dětí často nesetkáváme, ale nyní častěji vidáme snahu problém maskovat a potlačit. Dítě již dopředu předjímá situace, kde ke zhoršení řeči dochází, a mění v nich své chování. Stejně tak vnímá některá slova ve své řeči jako riziková a nahrazuje je synonymy či odpovídá vyhýbavě a někdy, i když zná např. ve škole správnou odpověď, tak ji v obavě ze zadrhnutí neřekne. Toto je již typické únikové jednání. (Conture, 2001) popisuje tuto skutečnost jako „paralýzu z analýzy“. Van Riper (1982) uvádí několik typů vyhýbavého jednání: a) *nahrazování* (balbutik užije slova stejného významu), b) *opis* (slovo je vysvětleno pomocí jiných slovních spojení), c) *odsunutí* (slovo je posunuto na nové místo, kde před něj balbutik vloží výplňová slova), d) *neočekávané prostředky* (je využito nezvyklých prostředků k dosažení plynulého vyslovení slova např. změny výšky hlasu).

Kromě již dříve slyšitelných projevů v řeči, jako jsou repetice a prolongace, se nově jako typický pro fixovanou koktavost přidává blok doprovázený fyzickým napětím, které je lokalizováno individuálně. Guitar (2006) uvádí jako nejčastější místo bloku hrtan. Blok je moment v řeči, kdy je na posluchači vidět snaha o mluvený projev, ale ten je buď tichý, nebo je vyplněný zvukem či hlasem, nikoliv hláskou či slabikou. Blok je pro dítě velice frustrující zážitek úplné ztráty kontroly nad řečí i tělem a k němu se přidává reakce okolí, které často neví, jak se zachovat a co v té chvíli dělat.

Velký dopad má koktavost na vnímání sebe sama a rozvoj postojů, vnímání a emocí. V tomto věku se děti snaží vyrovnat svým vrstevníkům a najít si v této nové společnosti své místo. Conture (2001) uvádí, že děti stále konfrontovány s neúspěchem si vytvářejí negativní postoj ke své řeči a ke svým řečovým dovednostem. Dokonce říká, že někteří náctiletí vnímají

svoje řečové dovednosti negativně i přesto, že se ze strany svého okolí, svých vrstevníků, nesetkali s výrazně negativní, odmítavou reakcí. Pocity zahrnují strach před tím, než začnu

mluvit, zahanbení během projevů neplynulosti a stud po dokončení řeči. To se negativně odráží na sebevědomí a sebehodnocení balbutika a dále přispívá ke zhoršení plynulosti.

Důležitou komponentou ve vnímání dospívajícího balbutika jsou jeho rodiče a často se jedná o klíčový prvek v terapii. Zajímavý pohled na to, jak situaci vnímá rodič, nabízí Conture (2001). První skupina rodičů se dlouhodobě snaží získat pro své dítě terapeuta s odpovídajícím vzděláním a zkušenostmi a jsou rozladěni z času, kdy nebyla jejich dítěti věnována optimální péče. Často jsou poprvé konfrontováni s profesionálním přístupem a péčí. Druhou skupinou rodičů jsou ti, kteří již se svým dítětem absolvovali mnoho hodin terapie zaměřené na zlepšení plynulosti řeči, ale nedošlo ke zlepšení, jejich pocity jsou skepse a obezřetnost. Poslední skupinou rodičů jsou ti, kteří nevěnovali velkou pozornost obtížím svého dítěte s tím, že předpokládali, že obtíže samy vymizí (někdy i na základě porady s lékařem či logopedem), ale nyní si vážnost situace již plně uvědomují a chtějí ji řešit. Navíc se cítí provinile, že situaci nechali zajít tak daleko a cítí vlastní osobní zodpovědnost za obtíže dítěte. Tito rodiče mají i stejné starosti jako rodiče ostatních dospívajících dětí, jako jsou starosti o zvládnutí školních dovedností, jak si udržet vzájemný respekt, jak se dítě samo zvládne o sebe postarat mimo dozor rodičů, jak si najde partnerku, budoucí práci atd.

Lechta (2004b) se zaměřuje na nutnost pracovat s fixujícími faktory koktavosti, za které považuje *sociální stresory* (sociální vztahy v rodině, rivalitu mezi sourozenci, nepravidelný denní režim...), *komunikační stresory* (nevhodný komunikační styl rodičů, v rodině je téma koktavost tabu, nevhodná reakce na zadrhnutí dítěte: např. dořeknu slovo, radím, jak slovo říct, přeruším oční kontakt, cítím se v rozpacích) a *kognitivní stresory* (nároky ve škole, nefunkční coping).

2.7.1 Diagnostika fixované koktavosti

Diagnostika fixované koktavosti se zaměřuje na všechny zasažené oblasti (řeč, fyzickou a psychickou tenzi) a na všechny fixující faktory (rodiče, škola, copingové strategie atd.). Měl by být vyplněn anamnestický formulář a provedena videonahrávka

Základním diagnostickým prostředkem je rozhovor s rodiči, s učitelem a s dítětem. Při rozhovoru s rodiči je navíc na rozdíl od diagnostiky incipientní koktavosti nutné probrat dle Lechty (2004) faktory, které mohly vést ke zhoršení verbálních dysfluencí, psychické tenze, jak

ji rodiče vnímají a faktory nárůstu fyzické tenze. Guitar (2006) zmiňuje, že je třeba zjistit, jak rodič situaci sám vnímá a jak ji dle něj vnímá samo dítě. Zdůrazňuje potřebu akceptovat rodiče takové, jací jsou, a podpořit myšlenky a činnosti, kterými mohou svému dítěti pomoci.

Rozhovor s učitelem je velice důležitý, protože ve školním prostředí dítě tráví hodně času a učí se v něm sociální interakci. Dufková ve své studii (2002) uvádí, že 50 % balbutiků vnímá učitele jako negativní prvek. Důvodem je zejména nesprávná reakce učitele na koktavost, čímž dochází i k prohloubení narušení vazeb mezi spolužáky, kde je učitel negativním vzorem. Otázky na učitele se zaměřují na to, jak dítě vnímá ve třídě, jak často mluví, jakým způsobem zadržává a jak ovlivňuje koktání jeho školní výkony. Důležité je zjistit, jak sám učitel reaguje na neplynulost dítěte. Ptáme se na možnou šikanu ze strany spolužáků apod.

Rozhovor s dítětem je zaměřen na jeho vlastní vnímání problému a zahrnuje jak domácí, tak školní prostředí. Zjišťuje vyhybavé a únikové reakce, terapeut se snaží o sdílení pocitů a emocí klienta. Zjišťuje se typ, délka, umístění neplynulostí atd. Ke zpřesnění diagnostického procesu je možné použít diagnostické testy (např. Lechtův test (2004a), OASES – T, BAB – CAT, SSI-4).

Shapiro (1999) za cíl terapie považuje dosažení spontánní nebo kontrolované plynulosti za současného vybudování a udržení pozitivního postoje k řeči. Cílem je vybudovat nebo zlepšit plynulost řeči a její transfer; vybudovat odolnost k možným neplynulostem; vybudovat a udržet si pozitivní postoj k řeči a komunikaci vůbec a udržet pozitivní efekt terapie na chování, pocity a emoce.

2.8 Specifika chronické koktavosti

Je nutné mít stále na paměti, že hranice mezi koktavostí fixovanou a chronickou je do jisté míry umělá a slouží k lepší orientaci v problematice. Je zde sice věková hranice, ale spíše se jedná o dlouhodobé a často trvalé působení chronické řečové obtíže na člověka. Tím dochází k plnému rozvinutí příznaků ve všech sledovaných aspektech. Především se jedná o již zažitě jednaní a chování, kdy je často zkresleno a potlačeno vnímání reálného stavu. Guitar (2006) uvádí, že se časově jedná o období starší adolescence až dospělosti a mohou se projevat všechny typy neplynulostí (repetice, prolongace, bloky). Dále je typické, že balbutik již dopředu předpokládá řečový neúspěch a negativní reakci posluchače. Dospělí si jsou vědomi svých řečových obtíží, vnímají je jako nepatřičné a jako překážku k dosažení svých cílů (pracovních, osobních, životních).

Více než u ostatních věkových skupin pro ně platí, že se budou držet již vyzkoušených (tzv. „svých“) způsobů zadrhnutí, zažitých vzorců chování, protože jsou na ně zvyklí a ví, co mají od sebe a od okolí v tu chvíli očekávat. Ví, jak situace dopadne a nejsou ochotni jít do neznáma a vyzkoušet nový způsob zpracování neplynulosti, na který nejsou zvyklí. Jak poeticky píše Conture (2001, s. 283): „často je lákavější jednat s ďáblem, kterého známe, než s neznámým andělem“. Toto chování není vlastní jen dospělým balbutikům, ale je pokládáno za vlastní většině lidem. Často přestože člověk ví, že nedělá dobře, ve svém jednání stejně pokračuje. Pro všechny dospělé je typické, že si své zvyky a způsoby chování dlouhodobě vytvářeli. Dospělý balbutik většinou nechce měnit své chování, prožívání situací, způsob myšlení, protože se v těchto svých zónách možná necítí komfortně, ale cítí se bezpečně. Málokdo chce v dospělosti razantní změnu, protože svým způsobem už to nebude on. Dospělý balbutik chce po terapeutovi především jediné – přestat koktat jen ve smyslu plynulé řeči. Je to paradox, protože jsou to právě jeho maladaptivní chování, prožívání, neadekvátní reakce na vnější i vnitřní stimuly, které především způsobují jeho řečové obtíže.

Podobně jako u adolescentů s neplynulou řečí je častá zvýšená emocionalita a přecitlivělost ohledně tématu koktavost. Je to dáno dlouhodobým přizpůsobováním se obtížím a hledáním únikových a krycích mechanismů. Toto je velice individuální, a přestože Woods a Williams (1971) uvádí, že společným znakem pro všechny balbutiky jsou nervozita, neklid, nedostatek sebevědomí, opatrnost a podceňování svých schopností, není možné takto generalizovat. Pokud by se tyto vlastnosti vztáhly pouze k řečovým dovednostem, tak zde společný prvek nejistoty, nízké „řečové sebevědomí“ přítomen je. S tím také souvisí schopnost terapeuta umět povzbudit a udržet tak vysokou motivaci klienta, protože práce, aby byla úspěšná, musí zahrnovat všechny zasažené komponenty. Lze předpokládat, že terapie bude dlouhodobý obtížný proces.

Lechta (2004b) vidí jako typický znak chronické koktavosti narušení extralingvy, vnějších faktorů ovlivňujících řečový projev, které se individuálně vzájemně prolínají. Patří sem osobnost balbutika, jeho způsob chování a fyziologické vegetativní symptomy. Lechta (2004b, s. 202) dále uvádí, že „frekvence a stupeň dysfluencí stoupá v korelaci s komplexností a významem informace, jež má být sdělena“. Tedy, že čím osobnější či důležitější informace má být sdělena, tím jsou obtíže větší a nápadnější.

2.9 Další poruchy plynulosti řeči

Porucha plynulosti řeči může mít i jinou příčinu a s tím souvisí i jiný terapeutický postup, proto je důležité znát a umět od sebe rozlišit různé typy neplynulostí (dysfluencí).

2.9.1 Tumultus – breptavost

Tumultus (neboli breptavost) je porucha plynulosti řeči, které dlouho nebyla věnována přílišná pozornost, a dokonce si vysloužila v logopedické literatuře přídomek „sirotek“ pro svou opomíjenost a přehlíženost. Přitom poprvé, jak uvádí Conture a Curlee (2007), ji popsal již Kusmaull v roce 1877. Jak zmiňuje Lechta (2003b), vedlo k tomu několik důvodů. Porucha se vyskytuje jen zřídka, není jasná terminologie, etiologie a klinický obraz a osoby s touto poruchou vyhledávají odbornou pomoc jen výjimečně.

Terminologie, etiologie, symptomatologie breptavosti

Od 80. let 20. století se stav mění a nyní je breptavosti věnována zvýšená pozornost. Conture a Curlee (2007, s. 299) uvádí následující definici této poruchy řeči: „Breptavost je porucha plynulosti řeči, která se vyznačuje tempem, které je pro mluvčího vnímáno jako abnormálně rychlé nebo nerovnoměrné nebo oboje (i když pokud je měřeno pomocí frekvence slabik, nemusí převyšovat běžné limity).“ Tyto abnormality frekvence se nadále projevují jedním nebo více z následujících symptomů: a) nadměrný počet neplynulostí, z nichž většina není pro balbutiky typická; b) časté vkládání pauz a používání prosodických schémat, která neodpovídají sémantickým a syntaktickým omezením; c) nevhodné (často nadměrné) společné vyslovování především u víceslabičných slov. Je patrné, že se jedná spíše o popis obtíží než o jasně definovanou a specifikovanou poruchu.

Výskyt poruchy je odhadován na základě několika málo studií. Becker a Grundmann (1971, cit. dle Conture, Curlee, 2007, s. 301) uvádějí výskyt 1,5 % u sedmi až osmiletých německých školáků. Novější studie (Van Zaalén, Abbink-Spruit, Dejonckere, 20013, cit. dle Neubauer 2018, s. 404) uvádí výskyt okolo 2,3 % dětí i dospělých osob s breptavostí. Někteří autoři začátek obtíží posouvají na později než u koktavosti až k 7. roku věku (Conture, 2001). Je ale otázkou, zdali porucha není přítomna již dříve a jen díky nástupu do školy, a tedy vyšším nárokům a vyzářejším, komplexnějším řečovým dovednostem dětí není diagnostikována pozdě. Zajímavý je náhled na možnost upravení obtíží bez terapie, která na základě studií uvedených v Conture, Curlee (2001) kolísá od velice malé až po dobrou s tím, že vždy záleží na stupni poruchy a jak si ji člověk je schopen uvědomit.

Ani etiologie není dosud plně objasněna. Conture a Curlee (2001, s. 307) předkládají 4 současné modely:

Teorie integrity CNS (centrální nervové soustavy): Do této kategorie můžeme zařadit výzkum prováděný českými odborníky. Seeman (1970) předpokládá centrum obtíží v bazálních gangliích. Morávek a Langová (1962) dále dokládají nález na EEG u lidí s breptavostí. Conture a Curlee (2001) uvádějí, že novější výzkumy na základě technologie mozkového mapování předpokládají souvislost mezi breptavostí a poruchami učení a poruchami pozornosti.

Modely schopnosti kognitivního zpracování předpokládají narušení na úrovni řečového zpracování, pozornosti, centrálního zpracování řečového signálu, narušení funkcí hybnosti mluvních orgánů nebo kombinaci faktorů.

Genetický model se zakládá na obecně uznávaném předpokladu o genetické predispozici a vyšší náchylnosti pro mužské pohlaví (4:1) (např. Raphael et al, 2005; St. Louis & McCaffrey, 2005, cit. dle Conture, Curlee, 2001, s. 308).

Teorie, kterými se vysvětluje původ kocktavosti, je starší teorie, která vychází z předpokladu, že kocktavost a breptavost často koexistují u jednoho člověka, a tak existuje dosud neověřený předpoklad o jejich stejném původu.

Conture a Curlee (2001) uvádí následující symptomy breptavosti: porucha plynulosti řeči, odchylka řečového tempa, kocktavost, porucha artikulace, narušení řečových dovedností, ADHD a specifické poruchy učení. Za možné koexistující poruchy s breptavostí pak považuje: narušení zpracování centrálního řečového signálu, syndrom bazálních ganglií, řečovou apraxii a specifickou podskupinu breptavosti, která koexistuje s kocktavostí. Lechta (2003b) podrobněji zpracovává symptomy v oblasti řečových dovedností a rozděluje je na *deformace obsahu výpovědi* (ztráta dějové linie, odbíhání od tématu), *deformace formy výpovědi* (příliš dlouhé věty, dysgramatismy) a *deformace substance výpovědi* (rychlé tempo, chybné pauzy, monotónnost. Zdůrazňuje zároveň nutnost normálního intelektu, aby bylo splněno kritérium diagnostiky breptavosti.

Diagnostika a terapie breptavosti

Diagnostika breptavosti musí zahrnovat všechny narušené komponenty a v rámci diferenciální diagnostiky musí být vyloučena (nebo potvrzena koexistence) kocktavosti a tachyfemie. U tachyfemie je narušena komponenta rychlosti řeči bez symptomů v dalších oblastech pro breptavost typických. Neubauer (2018) uvádí možnost využití diagnostické škály

Predictive Cluttering Inventory (Van Zaalen a Reichel). Dále je nutné provést anamnestický rozhovor, rozbor čteného textu a vyhodnotit jazykové dovednosti.

Terapie breptavosti v současnosti zahrnuje několik doporučených postupů. Neubauer (2018) uvádí základní postupy dle Dalyho, který se zaměřuje na 3 hlavní komponenty: nadměrné opakování mluvních prvků, nedostatečná délka udržení pozornosti a nedostatky v uvědomování si vlastní řeči. Naproti tomu další autoři (např. Bezemer, Bouven) doporučují kognitivně-behaviorální přístup v terapii, kam patří práce na změně vnímání vlastních obtíží, práce s negativními emocemi, které breptavost přináší, práce na samotném tempu řeči, artikulaci a rozvoji pozitivního vztahu ke komunikaci. Conture a Curlee (2007) uvádí seznam možných terapeutických metod zaměřených např. na zlepšení sebekontroly (např. videonahrávka, zpětná vazba od ostatních), zlepšení tempa řeči a artikulace (DAF⁶, vkládání pauzy), zlepšení jazykových schopností (podstata příběhu, stavba vyprávění), zlepšení plynulosti projevu, zapojení přátel a rodiny do terapie a další. Pokud se u dospělého klienta zároveň vyskytuje i koktavost, Neubauer (2018) doporučuje jako první začít s terapií breptavosti, naopak u dětí začít terapií koktavosti a teprve následně pokračovat terapií breptavosti. Dále uvádí čtyři fáze terapie tumultu: identifikace obtíží, transfer naučených dovedností, zlepšení narativních dovedností a zlepšení sociálně-komunikačních schopností.

Pro stanovení prognózy, a tedy výsledku naší práce, dosud není zpracován žádný výzkum, ale existuje předpoklad (Jedlička, Škodová, 2003), že prognóza závisí na včasném zachycení poruchy, správné diagnostice a volbě terapeutického přístupu, maximální spolupráci okolí, správném mluvním vzoru a dostatečně dlouhém nácviku, ale i na pravidelných kontrolách (z důvodu častých recidiv).

2.9.2 Získaná neurogení dysfluence (neplynulost)

Jedná se o získanou poruchu plynulosti řeči na neurologickém podkladě. Lechta (2004b, s. 104) uvádí definici Manninga: „jedná se o získanou nebo znovuzískanou poruchu plynulosti řeči s evidentními mimovolnými iteracemi nebo prolongacemi, které vznikly jako následek poškození CNS⁷ a nejsou výsledkem jazykového formulování projevu nebo psychiatrického problému“. Pro tuto získanou neplynulost je typické, že vzniká v dospělém věku a nejčastěji

⁶ DAF – angl. *delayed auditory feedback*, opožděná akustická zpětná vazba

⁷ CNS –centrální nervová soustava

příčinou bývá úraz mozku, neurodegenerativní onemocnění, tumor či mozková mrtvice. Mezi méně časté příčiny patří stav způsobený léky, Shapiro (1999) uvádí i AIDS a další.

Terminologie neurogení neplynulosti

Přesná terminologie se stále vyvíjí, dříve byly užívány názvy jako organická koktavost, neurogení koktavost, získaná koktavost a jiné (Manning, 2001). Jedná se o starší názvy. Nyní se upouští od užívání termínu koktavost a je nahrazen pojmem neplynulost. Je to z důvodu zdůraznění odlišnosti od tzv. pravé koktavosti, kde je příčina neznámá, i když projevy mohou být stejné. Často se v této souvislosti začíná používat zkratka SAAND – *Stuttering associated with acquired neurological disorders* (neplynulost přidružená k neurologické poruše) (Helm-Estabrooks cit. dle Manning 2001, s. 166). Neurogení neplynulost není v naší logopedické literatuře příliš podrobně popsána možná proto, že se nezdá být příliš častá, a možná i proto, že primárně spadá do péče lékařské. V zahraničí již je a i u nás se klinický logoped stává důležitou součástí multidisciplinárního týmu pečujícího o tyto klienty. Conture a Curlee (2007) uvádí výzkum Market a kol. (1990), kteří tvrdí, že ze 150 logopedů v USA má zkušenost s péčí o pacienta s neurogení dysfluencí 100 logopedů. Tento údaj dokládá, že tato porucha není tak vzácná, jak se zdá.

Jak již bylo zmíněno výše, neurogení neplynulost je typická pro dospělé klienty. Conture a Curlee (2007) na základě výzkumných šetření věk blíže specifikuje mezi 43–48 roky klienta, ale může se vyskytnout i u mladších lidí, a dokonce i u dětí. Conture a Curlee (2007) dokonce uvádí výsledky výzkumu týmu Aram, Meyers a Ekelman (1990), kteří dokládají 15 % prevalenci neurogení dysfluence u dětí s unilaterálním poškozením mozku. Za zmínku stojí i studie uvádějící prevalenci mužských pacientů s touto poruchou (Manning, 2001): 62 % dle výzkumu Stewart a Rowley (1996p) a 79 % dle výzkumu Markét et al. (1990).

Etiologie neurogení neplynulosti

Rozložení příčin neurogení dysfluence je možné vysledovat ze studie Market a kol. (1990, cit. dle Manning, 2001, s. 329), která uvádí podíl úrazů hlavy 38,3 %, ischemický infarkt 37 %, nedegenerativní onemocnění 1,2 % (zbytek příčin není blíže specifikován). Neurogení neplynulost není lokalizována do určitého mozkového centra, nezáleží na zasažené hemisféře a ani stupeň poškození neodpovídá míře narušení plynulosti řeči. Conture a Curlee (2006)však uvádí, že pravděpodobně významnou roli v incidenci neurogení neplynulosti hraje zasažení bazálních ganglií.

Jedná se o velkou heterogenní skupinu, kterou spojuje jen neplynulost na různém neurologickém podkladě. Guitar (2006) uvádí rozdělení neurogeních dysfluencí na tři podkategorie dle Cantera (1971): *Dysartrická neplynulost* – do této skupiny patří např. pacient s Parkinsonovou chorobou a poškozením mozečku. Porucha vzniká na podkladě nedostatečné kontroly nad svaly, které se účastní řeči. Typické jsou artikulační bloky provázeny svalovou tenzí; *Apraktická neplynulost* – do této kategorie se řadí lidé, u kterých selhává schopnost motorického plánování fonémů a neplynulost vzniká kvůli snaze o jejich správné provedení. Často se projevuje jako repetice, kdy pacient zkouší najít správný začátek slova, nebo tichý blok; *Dysnomická neplynulost* – porucha vzniká na podkladě poruchy výbavnosti pojmů a pojmenování. Zde jsou převážně patrné repetice slov či slovních spojení, pauzy, interjekce.

Diagnostika neurogení neplynulosti

Canter (1971, cit. dle Shapiro, 1999, s. 103) stanovil základní pravidla pro diferenciální diagnostiku a uvádí charakteristické znaky neurogení dysfluence:

- Repetice a prolongace není lokalizovaná pouze na začátku slova, ale je častá uprostřed a na poslední souhlásce; dysfluence je na jiných hláskách, netypických pro koktavost (R, L, H);
- dysfluence není soustředěna na významová slova, ale je rozložena rovnoměrně;
- často neexistuje přímá úměra mezi řečovou komplexností a množstvím neplynulostí, u zpěvu či spolu-mluvení, spojení často nedochází k výraznému zlepšení stavu. Nemusí zde být přímý vztah mezi lingvistickou komplexností výroku a neplynulostí (řeč samostatně vytvořená může být snazší než automatická řeč);
- není patrné zlepšení díky adaptačnímu efektu (opakované čtení);
- pacient netrpí výrazně velkou psychickou tenzí, může být patrná nervozita a nejistota
- není přítomné výrazné sekundární chování (fyzická tenze, vyhýbavé a únikové jednání).

Tato pravidla byla sestavena roku 1971, ale jsou s výhradami platné doposud a během let doznaly jen malých úprav (např. Helm-Estabrooks cit. dle Conture, Curlee, 2007, s. 331). Shapiro (1999) uvádí i další odlišnosti mezi neurogení dysfluencí a koktavostí, ale tyto považuje za hlavní.

Správně provedená diagnostika umožní předejít aplikování nesprávných terapeutických metod, které by byly bez efektu a vedly by k oddálení možného zlepšení. Protože řeč je velice

citlivá ke změnám nervové soustavy, právě zde mohou být patrné obtíže ve formě neplynulostí, které jako první upozorní na možné probíhající změny na mozku např. ve formě rostoucího nádoru či jiného vznikajícího onemocnění. Logopedická diagnostika se skládá z anamnestického rozhovoru (viz kapitola 3.6.6 *Průběh diagnostického procesu*). Nadále je nutné provést testy pro dg. afázie, kognice, demence, dysartrie, koktavosti, na jejichž základě získáme komplexní profil pacienta, který nám pomůže sestavit plán terapie a doporučit následná lékařská vyšetření.

Terapie neurogení neplynulosti

Terapie neurogení neplynulosti je individuální a vychází z typu obtíží pacienta. Ne vždy je nezbytná, někdy jsou obtíže pouze přechodného charakteru (např. při užívání léků) nebo jsou obtíže mírné. Vždy je potřeba zvážit, zda bude klient z terapie profitovat (např. při těžké kognitivní poruše). Primárně je stav možné zlepšit medikací (např. u Parkinsonovy choroby), v indikovaných případech může pomoci chirurgický zákrok, který vyřeší neurologický problém a následně se řeč stane plynulou. Logopedické terapeutické postupy zlepšující plynulost se primárně zaměřují na řeč jako takovou, protože pravděpodobně nebudou přítomny sekundární znaky koktavosti.

Guitar (2006) uvádí nejčastější možné terapeutické postupy. Patří mezi ně *pacing* (krokování), udržování tempa a rytmizovaná řeč. V našich podmínkách se v podstatě jedná o 1. stupeň fonograforytmiky prof. Lechty (viz 4.5.1 *Fonograforytmika*), která je u nás velice rozšířená. Pacient rozkládá slova na slabiky a prstem vytukává tempo nebo s ním pohybuje ze strany na stranu. Pro pacienty s neurogení neplynulostí je také vhodné vyzkoušet použití metody DAF. Dále je vhodné vyzkoušet techniky z programu tvarování plynulosti řeči (*fluency shaping*), jako je měkký hlasový začátek a vázanou řeč s výrazným zpomalením tempa řeči.

Neurogení neplynulost není sice častá, ale její hlubší výzkum nám pomáhá pochopit fungování mozku a jeho vliv na řeč a plynulost. To přináší nové poznatky i otázky, kam a na co se zaměřit při hledání příčin vzniku koktavosti právě. Role logopeda je zde nezastupitelná a klientovi prospěšná. V terapeutickém procesu je nezbytné provést správně diferenciatní diagnostiku a na ni navázat vhodnou terapií.

2.9.3 Získaná psychogení neplynulost (dysfluence)

Jedná se o poměrně zřídka se vyskytující poruchu řeči, pro kterou je charakteristické, že se objevuje až u starších adolescentů a dospělých a většinou jí předchází dlouhotrvající

psychické napětí nebo silně traumatická událost (Guitar, 2006). Její výskyt je mezi muži a ženami vyrovnaný (Manning, 2001), což je pro ostatní neplynulosti netypické. Někteří klienti, kteří mají zkušenost s touto poruchou plynulosti, dokonce neuvádějí žádnou extrémní situaci, která předcházela vzniku obtíží. Může se jednat například o reakci na dočasný pracovní stres. Nejčastěji se psychogenní neplynulost vyskytuje jako jeden z projevů psychického onemocnění (jako somatizace psychických problémů, úzkosti, deprese), méně časté jsou reaktivní deprese, porucha osobnosti, drogová závislost a nejsou výjimečné ani jejich kombinace. Psychogenní neplynulost může být přítomna i samostatně.

Diagnostika psychogenní neplynulosti

Aby bylo možno diagnózu psychogenní dysfluency použít, musí být vyloučena také klasická koktavost třeba ve formě, kdy se dočasně vyskytovala v dětství, a získaná neurogení neplynulost. Projevy v řeči jsou podobné jako u pravé koktavosti, tedy repetice, prolongace a bloky, ale sekundární chování může být velice zvláštní (např. upřené zírání do očí) a také může být nezávislé na řečovém projevu (Shapiro, 1999)

Je klíčové provést správnou diagnostiku v multidisciplinárním týmu (s přítomností logopeda, neurologa a psychiatra či psychologa). Důležité je hlavně zvážit, zdali se nejedná o získanou neurogení neplynulost, která má některé podobné rysy a je častější, a to především u klientů s bolestí hlavy a se záchvaty. Je potvrzená i kombinace a vzájemně se podmiňující získaná neurogení neplynulost a získaná psychogenní neplynulost (Guitar, 2006). Logopedická diagnostika zahrnuje kompletní anamnézu s důrazem na okolnosti vzniku neplynulosti, na případné změny stavu a na faktory, které tyto změny spouštějí. Pro vyloučení získané neurogení neplynulosti je možné použít odpovídající testy k vyloučení afázie, apraxie apod.

Typickými znaky u získané psychogenní neplynulosti jsou dle Shapira (1999) náhlý nástup obtíží; začátek obtíží odpovídá traumatické události nebo extrémnímu psychickému tlaku; dysfluency se projevuje především jako repetice lokalizovaná na začátku slova; neplynulosti se příliš nelepší při použití technik podporující plynulost (zpěv, spojení, DAF atd.); klient vykazuje velice malý či žádný adaptační efekt; vztah k neplynulosti je indiferentní (není negativní) a nejsou patrné snahy o únikové či vyhýbavé chování.

Guitar (2006) dodává další možné projevy ukazující na to, že se jedná o získanou psychogenní neplynulost například pokud dojde během terapeutického rozhovoru na téma koktavost a klient je schopný hovořit o svých emocích a pocitech, často dochází ke zlepšení

plynulosti nebo po vysvětlení terapeutického postupu dochází velice rychle ke zlepšení stavu řeči. Naopak pokud logoped použije techniky podporující plynulost (zpěv, spojení, DAF), klientovo zdrhávání se dokonce zhoršuje. Klient také může vykazovat podivné až výstřední chování.

Terapie psychogenní neplynulosti

Logopedická terapie by měla probíhat v součinnosti s terapií psychologickou či psychiatrickou a dle Guitara (2006) je možné použít standartní terapeutické techniky tvarování plynulosti řeči (*fluency shaping*) a modifikace koktavosti (*stuttering modification*). Jako velice přínosnou doporučuje kolektivní terapii. Velice důležitou roli bude hrát i vlastní motivace klienta stav řeči změnit. Nejvíce z terapie těží klient, který příznivě, rychle a pozitivně reaguje na ukázkou logopedických technik a jehož psychický stav mu dovoluje adekvátní zapojení. Naopak klienti, kterým se rychle nepodaří zlepšit plynulost během několika málo sezení, a klienti, kteří odmítají akceptovat, že koktavost může být spojena se stresem, nejsou vhodnými kandidáty na logopedickou terapii.

2.9.4 Atypické poruchy plynulosti

V této subkapitole budou pro úplnost popsány i další netypické poruchy plynulosti, které některými autory nejsou uváděny (Conture, Guitar), ale jinde v odborné literatuře popisovány jsou (Shapiro, Manning). O jejich zařazení k poruchám řeči se vede diskuze a nepanuje o tomto tématu mezi odbornou veřejností shoda.

Spastická dysfonie

Spastická dysfonie je spastická porucha, která se projevuje křečí hlasivek. Tím dochází k poruše hlasu, který je chraptivý, nejistý, přerývavý. Shapiro (1999) uvádí, že některými autory (Aronson, 1973, 1990; Nicolosi et al, 1996) je stav nazýván „*stammering of the vocal cords*“ („koktavost hlasivek“) a „*laryngeal stuttering*“ („hrtanová koktavost“). Většinou autorů je tato porucha řazena k poruchám hlasu, ale např. Silverman and Hummer (1989) ji řadí k poruchám plynulosti.

V určitých ohledech je možné vysledovat analogii s koktavostí. Shapiro (1999) uvádí, že řeč je podobně přerušovaná křečí svalů. Tím se stává tlačnou, namáhavou a přerušovanou. Je zde patrný i vliv dalších faktorů, jako je očekávání neúspěchu, typ komunikační situace a komunikačního partnera. Dále uvádí, že při spojení, zpěvu apod. porucha není patrná. Není

známa etiologie spastické dysfonie, zda je psychogenní či neurogenní. Její vznik je nejčastější v dospělosti a trpí jí na rozdíl od koktavosti více ženy. Cannito a kol. (1995) či Salamy a Sessions (1990) však považují koktavost a spastickou dysfonii za samostatné navzájem nezávislé poruchy

Simulování neplynulostí

Culatta a Goldberd (1995, cit. dle Lechta, 2004b, s. 106) uvádí simulování neplynulostí jako podkategorii psychogenní neplynulosti, Shapiro (1999) je řadí samostatně. Jedná se o stav „při níž jsou dysfluence pod volní kontrolou a produkují se za účelem dosažení osobního prospěchu, který je obvykle zjevný“. Jedná se např. o vyhnutí se vězení, vojenské službě apod. Hodnověrně vyloučit simulaci koktavosti je velice obtížné i pro zkušeného terapeuta.

Tourettův syndrom

Tourettův syndrom je dědičná neuropsychologická porucha, která se projevuje nekontrolovatelnými zvukovými či motorickými tiky. Mezi mnohé z těchto příznaků je řazena i řečová neplynulost, podobná koktavosti.

Jazyková dysfluence na základě opožděného/nerovnoměrného vývoje řeči

Lechta (2004b) uvádí, že u některých dětí s opožděným vývojem jazykových rovin se mohou objevit repetice slabik a slov, nejsou přítomny sekundární projevy neplynulosti jako fyzická či psychická tenze. Stimulací opožděných jazykových rovin dochází i k úpravě plynulosti řeči. Ke zhoršení plynulosti často dochází, pokud si dítě osvojuje nějaký nový řečový prvek. Shapiro (1999) to vysvětluje pomocí modelu *demands and capacities* (koktavost se pravděpodobně vyskytuje, pokud požadavek na plynulou řeč překračuje schopnosti dítěte) a zdůrazňuje nutnost znalosti vývoje řeči u dětí, abychom jim mohli cíleně a efektivně pomoci.

Vývojová dysfluence (neplynulost)

Ve věku od 2,5 do 4 let se u některých dětí dočasně vyskytne období, ve kterém dochází k neplynulé řeči. Stav je charakterizován opakováním prvních slabik, celých slov, někdy i frází (Shapiro, 1999). Pokud rodič tuto situaci zaznamená a vyhledá pomoc logopeda, je nutné jej s problematikou vývojové dysfluence seznámit, vysvětlit, jak má reagovat na neplynulosti a čeho si má všimnout, kdyby se stav nelepšil. Je nutné zvážit možné rizikové faktory a stav monitorovat (více viz kapitola 2.4 *Vývojová neplynulost*).

V této kapitole je uveden přehled možných poruch, které se projevují jako neplynulost nebo je neplynulost jedním z jejich průvodních znaků. Neplynulost/dysfluence v tomto

kontextu neznamena koktavost, i když některé charakteristiky jsou velice podobné. Vždy je nutná znalost problematiky a důsledná diferenciatní diagnostika k určení pravé příčiny neplynulosti. Logoped může být často první, kam se klient s touto náhle vzniklou poruchou obrátí, a včasnou diagnostikou je možné odhalit závažnější postižení, které se následně může dříve začít řešit. I v případech výše zmíněných druhů neplynulostí má logopedická terapie smysl a efekt.

3 Diagnostika chronické koktavosti

3.1 Úvod do diagnostiky koktavosti

„Koktavost je složitější než hlavolam, je to komplikovaná mnohvrstevnatá skládačka, kde nám ještě mnoho dílků chybí.“ (Van Riper)

Kapitola se zabývá způsoby, kterými je možné koktavost diagnostikovat. Uvádí postupy vhodné k diagnostice řeči balbutik a možnosti, kterými lze informace co nejefektivněji získat a následně co nejlépe využít v terapii. Při diagnostice je nutné zohlednit, jaký dopad má koktavost na chování, myšlenky a pocity člověka. V neposlední řadě hraje důležitou roli také terapeut, jeho znalosti a zkušenosti, jak získané informace vyhodnotí a zpracuje.

Shapiro (1999) považuje za nutné zohlednit při diagnostice a terapii následující zásady. Dospělí balbutici musí rozumět plynulosti své řeči, ovládat ji a tím ji i zlepšovat dříve, než budou schopni efektivně omezit své neplynulosti. Terapeut musí naučit klienta nejen zvládat projevy koktavosti v chování, ale zaměřuje se též na celkové pocity a myšlenky ohledně role komunikace v obecné rovině a učí jej vnímat jeho roli v tomto procesu. Účinná terapie musí zohlednit a zahrnout nejbližší rodinu (vztahy, role, postavení) i mimo rodinné vztahy (škola, práce, zájmy). Je vhodné zvážit i různé terapeutické postupy (tvarování plynulosti řeči, modifikace koktavosti). Změna neplynulosti je reálně možná a dosažitelná v jakémkoliv věku a terapeutická intervence pro dospělé klienty má představovat pozitivní a lákavou příležitost se něco nového se naučit.

Conture a Curlee (2007) připomínají, že stejně jako v ostatních oblastech balbutologie, tak ani v diagnostice neexistuje univerzální postup, jak nejlépe provést hodnocení obtíží. Pro dospělé balbutiky platí, že u dlouhotrvajících obtíží nelze počítat se spontánní nápravou. Legitimním cílem terapie může být i zlepšení a úprava stávajícího stavu, jehož výsledkem je např. méně námahy u zadržávání nebo mít koktavost pod kontrolou.

Conture (2001) zdůrazňuje, že i přes různé způsoby diagnostiky musíme mít stále na paměti tři oblasti, které mají vliv na celý proces. S koktavostí je spojena *komplexní interakce* mezi prostředím, ve kterém se balbutik vyskytuje, a jeho schopnostmi a dovednostmi, které do tohoto prostředí přináší. Není tedy možné hodnotit člověka samotného, protože koktavost je přímo ovlivňována i interakcí člověka s jeho okolím. Proto musí být do diagnostického procesu jeho okolí zahrnuto. *Koktavost se málokdy vyskytuje samostatně*. Velmi často je spojena s dalšími méně či více patrnými obtížemi v dalších oblastech. Nemůže být hodnocena pouze plynulost řeči, ale do diagnostiky musí být zahrnuty i ostatní jazykové roviny, hlas, motorika,

neverbální komunikace a další. *Lidé, kteří koktají, jsou na prvním místě lidmi a teprve potom lidmi, kteří koktají.* Jejich život je více než jen koktavost. Terapeut by měl svého klienta vnímat celistvě a do diagnostického procesu zahrnovat i jeho úspěchy, potřeby a cíle v jiných oblastech (škola, práce, soukromý život...).

3.2 Nároky na terapeuta

Logoped (terapeut) je základním prvkem úspěšnosti terapie, ale i přes stejné vzdělání mohou mít dva různí terapeuti různou úspěšnost při práci s klienty. Jak zmiňuje Manning (2001), každý klient je jedinečný a přichází s různými požadavky a potřebami, které se v průběhu terapie dynamicky proměňují. Proces dále ovlivňují profesní a osobní vlastnosti terapeuta. Vzájemně vytvářejí unikátní dynamickou kombinaci vztahu klient-terapeut. Protože nejsme všichni stejní, tak jsou někteří terapeuti ve své práci úspěšnější a efektivnější. Jaké vlastnosti a dovednosti jsou klíčové v úspěšném a efektivním poskytování péče? Manning před dovednostmi správně vysvětlit terapeutickou strategii a aplikovat danou techniku dává přednost schopnostem, jako je porozumění, podpora, povzbuzení a umění vést klienta celou dobu v průběhu terapie. Terapeut je klíčový a nejdůležitější článek celého terapeutického procesu. Jak zmiňuje například Cooper a Cooper (cit. dle Manning 2001, s. 4), bez ohledu na zvolenou léčebnou techniku a terapeutickou strategii je osoba, která ji provádí, nejpodstatnější proměnná ve vytvoření procesu, který vede ke změně.

3.2.1 Vzdělání a praxe terapeuta

Klíčovou komponentou je vzdělání a praxe, ale jak uvádí např. studie Matkin, Ringle and Snope z roku 1983 (cit dle Manning, 2001, s. 6) z 597 certifikovaných logopedů se většina cítí méně kompetentní pro práci s klienty s koktavostí než s jinou řečovou poruchou. To dokládá i další výzkum. Sommers a Caruso (1995, cit. dle Manning, 2001, s. 7) hledali vysvětlení pro nedostatky v oblasti balbutologie v USA a provedli šetření na veřejných univerzitách. Dle jejich zjištění bylo poruchám plynulosti řeči věnováno výrazně méně učebních hodin (v průměru 20 hodin) než jiným řečovým poruchám (průměr 104,2 hodin) a poruchám výslovnosti (průměrně 77,4 hodin).

Manning (2001) popisuje speciální program *Certificate of Speciality Recognition in Fluency Disorders* zastřešený americkou asociací ASHA (*American Speech-Language-Hearing Association*). Dosažení certifikátu vyžaduje splnění 100 hodin teoretického vzdělávání a z toho 50 hodin je přímo věnováno diagnostice a terapii dětí a dospělých s koktavostí. Dále

kandidát musí splnit 100 hodin práce pod vedením lektora. Tato praxe je rozdělena do 4 částí: a) 20 hodin pozorování práce lektora s klientem; b) minimálně 10 hodin praktického nácviku terapie s lektorem (role play); c) minimálně 10 hodin přímé terapie s klienty, kdy jsou lektorovi předvedeny schopnosti praktikanta; d) 40 hodin přímé terapie s klienty s pokračujícím dohledem lektora. Proces vzdělávání je završen psanou zkouškou.

Oficiální časová dotace věnovaná balbutologii při studiu logopedie v rámci České republiky neexistuje, ale v tematických i zkušebních okruzích je koktavost zastoupena na bakalářské a magisterské úrovni. Na Masarykově univerzitě bude ve školním roce 2019/2020 v navazujícím magisterském studiu nově balbutologie zastoupena jako samostatný předmět. V rámci předatestační přípravy klinických logopedů jsou do kurikula zařazeny kurzy Balbuties A a B.

Jaké další vlastnosti musí mít terapeut, aby byl efektivní? Daly (1998, cit. dle Manning, 2001, s. 12) tvrdí, že lepších výsledků dosáhne takový terapeut, který věří, že jeho klient má dostatečné schopnosti pro úspěšné zvládnutí terapie a dokáže v obtížných fázích terapie podpořit vlastní potenciál a sebevědomí klienta. Podobně na stejném místě cituje Manning Van Ripera, který tvrdí, že terapeutova víra je to, co má v člověku, který koktá, vzbudit naději. Většina odborníků, kteří vstupují do oboru logopedie, disponuje těmito vlastnostmi, postoji či schopnostmi. Není jasné, zda některé či všechny z nich mohou vzniknout nebo se zlepšit v rámci vzdělávání či praxe. Je nicméně jasné, že díky těmto základním charakterovým vlastnostem se jejich schopnosti intervence mohou zlepšit a zvýší se tak jejich efektivita (Manning, 2001).

3.2.2 Terapeutické dovednosti logopeda

Manning uvádí terapeutické dovednosti logopeda, které se podle něj dají naučit, případně zlepšovat, a přímo ovlivňují práci s klienty:

Přestat být nesmělý a obávat se Desenzibilizace logopeda, tedy oproštění od ostychu, přecitlivělosti a obav, je základní překážkou, kterou musí překonat. V užším slova smyslu to znamená nebát se vlastního zadržnutí, ve smyslu obecném pak nebát se práce s osobou, která koktá, a nebát se toto téma otevírat a popularizovat. Manning (2001) upozorňuje, že první věc, kterou musí logoped překonat, je pocit, že dělá nebo udělá něco špatně a tím klientovi ublíží. Připomíná, že je to patrně z důvodu dříve rozšířené diagnozogenická teorie vzniku koktavosti (Bloodstein, 1995), která hledala příčinu vzniku koktavosti v prožitých psychotraumatech a neurotizací v domácím i školním prostředí. Dítě na tlak okolí reaguje neúspěšnou snahou

o plynulou řeč a tedy „koktavost je to, co se dítě naučilo s účelem nezakoktavat se“ (Lechta, 2004b, s. 42) a osoby trpící koktavostí shledávala psychicky labilnějšími a citlivějšími. Dnes tuto teorii považujeme za překonanou.

Stav zlepšení i zhoršení plynulosti ovlivňuje mnoho faktorů a to, že se stav dočasně zhorší, může být i známka úspěšného posunu v terapii. U většiny lidí je zadržávání z dlouhodobé perspektivy stabilní a trvá již nějakou dobu, navíc klient projevil sám odvalu problém řešit a zahájit terapii. I proto by logoped neměl mít z této poruchy řeči strach. V užším významu jde sám terapeut svým klientům příkladem, kdy ukazuje zadržávání beze strachu v různých situacích a prostředích, a tím motivuje a inspiruje klienty ke změně svého zažitého pocitu strachu a selhání z řeči. Ukazuje, že i když řeč není plynulá, jsem schopen si věci vyřídit, jsem schopen o problému mluvit a jsem schopen být sám sebou. To bez důsledné desenzibilizace logopeda taktéž není možné.

Manning tvrdí, že řádně vzdělaný logoped se zkušenostmi by z této poruchy řeči neměl mít větší strach než z jakékoliv jiné vady řeči.

Být schopen nabídnout alternativu Existuje mnoho terapeutických metod a alternativních postupů léčby koktavosti. Slepé následování jedné jediné terapeutické cesty nám uzavírá cesty ostatní. Egan (cit. dle Manning, 2001, s. 17) říká „mějte se na pozoru před člověkem, který četl jen jednu knihu“. Je lákavé pracovat s jednou metodou, s tím, že je to konečně „TA“ metoda, postup, který vše změní a díky níž všichni lidé budou mluvit plynule. Nejenže se takový postup dosud nenašel, ale profesionální přístup je takový, který se neřídí konkrétní metodou, ale strategii a techniku volí podle povahy a potřeby daného klienta.

Vidět v souvislostech Manning připomíná Van Riperovo „*the client is the guide*“, tedy klient je naším průvodcem. Jde o rozšíření předchozího bodu a učí vidět terapeuta nejenom různé typy technik a metod, ale nabádá jej vidět šířeji a v souvislostech právě s ohledem na potřeby klienta. Je zřejmé, že bez zvládnutí základních diagnostických a terapeutických postupů nebude úspěch možný. Otázka, kterou si klade začínající logoped, možná zní, co mám dělat a jak, ale s ohledem na změnu úhlu pohledu má znít, kdy to mám dělat a hlavně proč. Stejně tak otázka zprvu může znít, co dnes mám dělat na terapii s klientem. Místo toho je vhodné se ptát: Co ode mne klient nyní potřebuje a jak to zapadá a ovlivní naši dlouhodobou strategii a cíle? Tedy na základě zkušeností je nezbytné vidět tzv. „za metodu“, za to, co právě dělám, a do hlavní role v terapii postavit klienta, jeho potřeby, cíle a možnosti a teprve potom naše terapeutické postupy.

Vcítit se do klienta Každý klient je jedinečný a specifický, ale pro logopeda je někdy obtížné se v množství počátečních informací, které získá, vyznat a také zpracovat aspekty, které ovlivňují plynulost řeči klienta. Různé situace, různá témata a různé okolnosti mění plynulost řeči a tento stav se také vyvíjí v čase. Jiná bude plynulost řeči klienta při prvním setkání a jiná bude při opakované schůzce. Některé znaky a charakteristiky řeči jsou pro většinu zadržávajících společné, ale vždy se objevují i znaky unikátní a jedinečné pro každého klienta.

K lepšímu porozumění a vcítění se do řeči a tím i do pocitů konkrétního člověka doporučuje Van Riper (1982) napodobování řeči klienta formou pantomimy neboli stínování. Logoped se učí koktat stejným způsobem jako jeho klient, učí se použít stejnou sílu, stejně dlouhé pauzy, stejně váhání před obávaným slovem, napodobuje stejné pohyby, a tak se lépe dokáže vcítit i do obav a psychické komponenty koktavosti. Stejnou pozornost, ale věnujeme i plynulé řeči klienta, pokud je přítomna. Jakým způsobem jí dosahuje? Používá nějaké naučené techniky nebo se jedná o spontánní plynulost bez kontroly? Analýza těchto faktorů nám dále pomůže pochopit konkrétní potřeby konkrétního klienta.

Umět mlčet Manning (2001) zdůrazňuje, že pokud má terapeut dobře porozumět svému klientovi, musí minimalizovat mluvení a maximalizovat naslouchání. Nejenže tím klient dostane větší prostor k lepšímu vyjádření vlastních myšlenek, ale v tichých pauzách si klient dokáže lépe uvědomit, co sám řekl, a lépe přemýšlet nad obsahem vyřčeného. Logoped mnohdy jen opakuje myšlenky klienta a ten samostatně a nezávisle nachází nejsmysluplnější možná řešení. Tím, že si na ně přišel sám, pro něj mají daleko větší platnost a váhu, než pokud by mu byla sdělena. Podle Van Ripera by měl logoped zpozornět, pokud řekne čtyři až pět vět v kuse bez přerušování.

Jít příkladem Logoped musí být připraven a musí umět ukázat v praxi ochotu a prokázat odvalu, pokud to sám chce po svých klientech. Sheehan (1970, cit. dle Manning, 21, 2001) toto označuje za Achillovu patu, kdy logoped pracující s balbutiky není ochoten předvést v praxi chování, které vyžaduje po klientech. Současná praxe učí klienty měnit a modelovat jejich způsob zadržnutí postupně na různých úrovních. To po nich vyžaduje velké překonání strachu, vykročení do neznáma a hledání a osvojování si nových technik řeči. Logoped je toto vše učí a celým procesem provází. K tomu, aby vztah klient-terapeut dále fungoval, musí být logoped ochoten převzít na sebe riziko, které na sebe bere jeho klient, a nejenom teoreticky vysvětlovat, co, jak a kdy se má dělat. Musí být v praxi ochoten to udělat a svému klientovi to předvést. Tím, že sám ukáže, že se situace dá řešit jinak, ukáže odvahu a názorně předvede požadovanou techniku a model chování jinde než v ambulanci, dává klientovi názorný příklad a klient ví, co

se může stát a jak okolí může reagovat. Tím se celá věc pro něj zjednodušuje a dále se posiluje se vztah logoped-klient. Z této vazby profitují obě strany. Logoped má pro své klienty stále větší pochopení a lépe rozumí jejich potřebám a klient cítí velkou podporu a ochotu logopeda mu pomoci.

Posouvat klienta pomocí výzev Již z podstaty vztahu logoped-klient je jasné, že klient se snaží něco naučit a logoped je ten, kdo mu k tomu pomáhá najít cestu. Kdyby bylo odstranění koktavosti snadné, nebylo by tolik lidí, které tento problém trápí. Cesta je to často dlouhá a těžká a i když to klient již od začátku ví a je často velice motivovaný, přijdou chvíle, kdy je potřeba, aby byl logoped přísný a trval na splnění úkolů. Logoped je tu od toho, aby tlačil klienta kupředu. Někdy to jde samo a někdy musí použít více síly. Pokud je úkol dobře zadán, tedy že jej klient chápe, je na něj připraven a není až příliš obtížný, tak vidí-li jej terapeut jako nezbytný k posunu dál v procesu terapie a vidí z dlouhodobé perspektivy prospěšnost úkolu, trvá na něm i přes negativní reakci klienta. Manning (2001) dokonce uvádí výzkumy (Cooper & Cooper, 1965; Manning & Cooper, 1969), kdy největšího posunu v terapii plynulosti řeči bylo dosaženo tehdy, kdy snaha o donucení splnit zadaný úkol začala vyvolávat v klientovi negativní pocity vůči terapeutovi. Tyto situace nejsou běžné a celá terapie nemůže být tímto konfrontačním způsobem vedena, ale jsou vždy dočasné. Jsou nicméně součástí terapeutického procesu. Tím, že terapeut posunuje klienta kupředu, mu ukazuje respekt k jeho schopnostem.

3.2.3 Role terapeuta v diagnostickém procesu

Guitar (2006) považuje za jeden z rozhodujících okamžiků první setkání klienta s logopedem a první dojem. V jeho pojetí je proces diagnostiky širší a dlouhotrvající proces, který začíná první žádostí klienta o pomoc a končí vypracováním terapeutického plánu. Diagnostika je podobná vzájemnému seznámení, kdy nejenže poznáváme nového člověka a jeho rodinu, ale snažíme se mu porozumět, pochopit jeho potřeby, motivaci a přijít na to, jak mu my můžeme pomoci. Není to tedy opět pouze koktavost člověka, ale jeho zázemí, které má být centrem zájmu terapeuta. Na druhou stranu sám klient na prvním setkání poznává a hodnotí terapeuta a jeho schopnost mu pomoci. Guitar (2006) píše, že skutečný logoped se opravdu zajímá a je empatický. Akceptuje prohry a selhání, stejně jako vítězství a pokrok. Úvodní hodnotící sezení je jeho první možností ukázat klientovi, že ho přijímá takového, jaký je, bez toho, aby ho zavrhl nebo se ho bál kvůli jeho koktavosti. Tato atmosféra pomáhá klientovi začít přijímat sebe sama i svou koktavost a podniknout první důležité kroky k plynulejší řeči a efektivní komunikaci.

Je samozřejmé, že v logopedické ambulanci se (stejně jako v lékařské praxi) musí dodržovat pravidlo mlčenlivosti a ochrana soukromí. Důvěra v mlčenlivost terapeuta je základním kamenem pro vybudování funkčního a profesionálního vztahu. Pouze tehdy nám klient sdělí i osobní informace jako jsou pocity, obavy, motivace a díky nim je možné lépe nastavit terapii. Guitar (2006) upozorňuje na možnou chybu, kdy terapeut vzhledem ke svým předchozím zkušenostem může zjednodušovat a zbrkle soudit důležité informace, které klient sděluje. Terapeut by se měl také vyvarovat komentářů z předchozí praxe, protože to může vést k tomu, že klient neřekne svůj názor a převezme ten, který mu byl předestřen terapeutem. Je nutné vidět nového klienta vždy novými očima.

3.3 Pravidla a objektivita diagnostiky koktavosti

Lechta (2004b) řadí diagnostiku koktavosti ke speciálnímu vyšetření narušené komunikační schopnosti (NKS), které slouží k co nejpřesnější identifikaci již zjištěné NKS. Kehoe (2000, cit. dle Lechta, 2004b, s. 79) uvádí některé komplikace, které znesnadňují objektivitu diagnostiky koktavosti. Různí lidé mohou z hlediska dysfluencí hodnotit tentýž projev odlišně. Každý člověk má i normální dysfluence (např. interjekce, opravy) – je sporné, jak je hodnotit u balbutiků. Mohou se vyskytnout rozdílné dysfluence u dětí a u dospělých. Někteří balbutici se pomocí parafrází vyhnou složitým slovům a zdánlivě se tedy mohou projevat jako fluentní (tzv. skrytá koktavost). Pro koktavost je charakteristická variabilita symptomů. Někteří balbutici se např. zakoktavají při čtení, jiní ne a je obtížné diagnostikovat vnitřní, psychické komponenty koktavosti, které mohou být vážnější než vnější, fyzické projevy.

Lechta (2004b, s. 80) dále připomíná všeobecná pravidla diagnostiky koktavosti: *Komplexnost* (kvalitativní i kvantitativní zhodnocení mluvního projevu, ale i vyšetření psychické a fyzické tenze), *materiál k hodnocení* (musí být provedena videonahrávka k hodnocení a archivaci), *konsekventnost* (diagnostika musí být zpravidla rozdělena do několika sezení, jelikož je zaměřena i na detaily, kterých je obtížné si všimnout), *analýza spontánní komunikace v přirozeném prostředí* (pro fungování tzv. hawthorského efektu), *hodnocení řeči v rámci různých komunikačních záměrů* (plynulost je na nich do jisté míry závislá), *spolupráce s nejbližším okolím* (díky kterému získá terapeut lepší ucelený celkový obraz), *netraumatizující styl vedení rozhovoru s balbutikem* (bez časového tlaku a projevů

netrpělivosti ze strany terapeuta, který by mohl ovlivnit symptomy a zkreslit výsledky vyšetřování) a *specifické anamnestické údaje* typické pro koktavost.

3.4 Teoretická východiska diagnostiky koktavosti

Variabilita a proměnlivost plynulosti řeči u balbutiků je jedním ze známých faktů. Pro posluchače je obtížné pochopit, proč je člověk, se kterým se baví, v jednu chvíli plynulý a za chvíli se jeho plynulost dramaticky zhorší, třeba při vyslovení vlastního jména. Pro posluchače je obtížné se takovým změnám přizpůsobit, protože není možné odhadnout, kdy k nim dojde. Stejně obtížně se s touto skutečností vyrovnává balbutik. Dopředu velice těžko odhadne množství a stupeň neplynulostí před nadcházející událostí. Je těžké se s touto skutečností vyrovnat, právě pro její nepředvídatelnost. Jak dodává Manning (2001), pravděpodobně žádná jiná NKS není tak proměnlivá jako koktavost. Jednotlivé testy obtížně odhalují mnoho aspektů koktavosti, proto je diagnostika koktavosti průběžný a déletrvající proces.

K pochopení podstaty koktavosti patří uvědomění si momentu ztráty kontroly nad řečí. Moment ztráty kontroly odlišuje pravou poruchu plynulosti řeči od zadrhnutí/neplynulostí, které se v řeči, kterou považujeme za plynulou, vyskytují a jsou běžné i u intaktní populace. Je to také důležitý mezník, podle kterého rozlišujeme hrané „pseudozadrhávání“ a reálné zadrhávání. Je to právě pocit ztráty kontroly, pocit neschopnosti se zastavit a ovládnout svaly podílející se na mluvení a pocit tlaku, které doprovázejí reálné zadrhnutí. Tento kognitivně-afektivní aspekt uvádí řada autorů jako hlavní rys prožívání koktavosti (Bloodstein, 1987; Cooper, 1968, 1987, 1990; Manning, 1977; Manning & Shrum, 1973; Perkins, 1990, cit. dle Manning, 2001, s. 117). Úzkost zvyšuje pocit ztráty kontroly a vede k reakcím, které se zakládají na pocitu strachu. Pocit ztráty kontroly Manning (2001) trefně přirovnává k pocitům bezmoci a strachu, pokud jsme v autě, které je ve smyku a v rychlosti klouže po zledovatělé vozovce.

Corcoran a Stewart (1998) ve své práci popisují pocity spojené s touto NKS. Své pocity strádání popisují jako hluboký pocit bezmoci, studu, strachu a vyhýbání se. Pocit bezmoci je spojený s momentem ztráty kontroly nad řečí, který se obtížně dá předvídat. Stud a stigma pociťují především proto, že nemají vysvětlení pro proměnlivost plynulosti a viní sami sebe, že nejsou schopni plynulé řeči, když se jim v jedné situaci daří a jinde selhávají. Strach je další pociťovaná emoce. Je to především strach z reakce okolí a díky němu se rozvíjí techniky maskování a vyhýbání se, což ovlivňuje kvalitu života balbutika. Je to právě logoped, který má

pomoci změnit a transformovat toto vnímání koktavosti, aby vedlo ke zmírnění trápení klienta a ke změně, která bude v jeho chování a řeči jasně viditelná/slyšitelná. Logoped již od úvodních sezení dává klientovi možnost alternativního pohledu na koktavost, nikoliv formou poučování, ale porozuměním a pochopením.

Manning (2001) upozorňuje na dva důležité body, které je nutné zohlednit při hodnocení a diagnostice. Prvním je fakt, že čím více klient podřizuje své možnosti koktání a omezuje své chování kvůli zadržování, tím větší hendikep to pro něj je. Terapeutické úsilí bude v různých formách zaměřeno na posílení schopnosti klienta dělat rozhodnutí, které nebude podřizovat své vadě řeči. Jako příklad k hodnocení stavu klienta může být použita jednoduchá otázka: Co děláte, protože koktáte? Hlavním terapeutickým cílem je naučit klienta „nechat to být“ a žít život, jak to jen nejlépe lze a nenechat se omezovat tím, co se mu může stát, pokud se zakoktá.

Druhým důležitým diagnostickým vodítkem je viditelná síla, fyzická tenze, která doprovází úsilí klienta o překonání neplynulosti. Manning tvrdí, že čím větší úsilí je vidět, tím je hendikep větší. Další terapeutické působení má být zaměřeno právě tímto směrem – na to, které svaly těla a svaly fonačního ústrojí a jakou silou se podílejí na překonání neplynulosti a její možné ovlivnění a zmírnění. Pro pokračování diagnostického procesu je důležité si zodpovědět následující otázky: Do jaké míry se klient otevřeně rozhoduje o komunikaci s ostatními? Do jaké míry se klient pokouší mluvit s minimální fyzickou tenzí hlasového aparátu?

U dospívajících a dospělých klientů je podstatné v úvodu diagnostického procesu věnovat pozornost jejich popisu dosavadních zkušeností. To, jakým způsobem klient svůj problém popisuje, je již vodítkem pro další práci. Klient může mít již mnoho zkušeností z předchozích logopedických zařízení, může si sám hledat informace a být zkušený v různých terapeutických technikách, na druhou stranu nemusí vědět nic. I toto je pro terapeuta cenná informace. Může být vstřícný k nabízeným řešením nebo může být frustrovaný z toho, že se dosud nikam neposunul a jeho předchozí logopedické zkušenosti skončily nezdarem (Lechta, 2004b). O to skeptičtější nyní bude k dalším postupům. Všechny informace, které terapeut získá, mu ukazují, kde se klient nachází na své cestě k přijetí problému, jeho ochotě ke změně a náročné práci, která terapii koktavosti provází.

Existuje rozdíl ve vnímání intenzity neplynulostí a intenzitou celkového postižení. Balbutik si postupně může vybudovat úspěšnou strategii vyhýbání se a maskování obtíží. Pokud dokáže předjímat potenciálně obtížná slova, dokáže za ně najít bezpečná synonyma. Dokáže se

vyhnout oslovení, vyhne se situacím, které považuje za rizikové a okolí si s ním koktavost nebude spojovat. Jeho chování a některé jeho vyjadřování pravděpodobně vzbudí pozornost, možná bude považován za introverta s ne úplně standartním vyjadřováním a slovní zásobou, ale nebude vnímán jako balbutik. Tento způsob maskování obtíží je málokdy úspěšný, protože postupem času se prostor pro manévrování, bezpečná slova a situace začne omezovat a sám balbutik je unavený z hledání nových cest, jak problém skrýt. Často také zjistí, že se od ostatních izoluje a že nepoužívá přesné výrazy. Někdy smysl toho, co chce říct, není plně pochopen, protože použije nevhodná synonyma.

Pro terapeuta je důležité vědět, že pouze povrchová vrstva koktavosti, tedy to, co je vidět a slyšet, neukazuje pravdivý, celkový obraz situace a nevypovídá to o celkové úrovni postižení. Manning (2001) zmiňuje, že čím úspěšnější je člověk ve skrývání a maskování svých obtíží, tím obtížnější je dosáhnout změny a tyto strategie během terapie odbourat. Frekvence viditelných projevů nemusí odpovídat hendikepu člověka. Rozhodujícím ukazatelem hendikepu je reakce člověka na něj – co si o dané situaci myslí (Emerick, 1981, cit. dle Manning, 2001, s. 124). Na jedné straně jsou balbutici, jejichž plynulost je zjevně narušená, neplynulosti jsou časté, zřejmě a mohou být doprovázeny i silným svalovým napětím, ale sami to nevnímají jako hendikep a svá rozhodnutí nepodřizují koktavosti. Tito lidé málokdy požádají o pomoc. Na druhé straně spektra, jak je již naznačeno výše, jsou balbutici, jejichž neplynulosti se dají snadno zaměnit s běžnými neplynulostmi intaktní populace, případně je frekvence neplynulostí velmi řídká. Přesto tyto situace hluboce negativně prožívají a vnímají je jako katastrofu a to, že se zadrželi, či případně to, že by ostatními mohli být považováni za osoby s koktavostí, hluboce devastuje jejich život ve všech oblastech. Mehrabian a Reed (1969, cit. dle Manning, 2001, s. 125) navrhuji definovat sílu obtíží jako:

$$\textit{Severity} = \textit{Distress} \times \textit{Uncontrollability} \times \textit{Frequency}$$

(*Severity* je intenzita obtíží. *Distress* odpovídá reakci mluvčího na zadržnutí ve smyslu afektivní a kognitivní reakce. *Uncontrollability* je pocit vnímání ztráty kontroly. *Frequency* je intenzita neplynulostí.)

3.5 Nediagnostikovaní balbutici

Neobjevení balbutici jsou lidé, kteří ačkoliv mají problém s plynulostí řeči, profesionální pomoc nikdy nevyhledají. Může to být z mnoha důvodů: stydí se, mají předsudky (např. že logopedie je jen pro děti), neví, že terapie je možná, nemají dostupnou logopedickou

péči, tam, kde není hrazená péče z veřejných peněz, na ni nemusí mít dostatek financí, nebo (a to je nejčastější vysvětlení i přesto, že i když je neplynulost patrná) není tento hendikep dostatečně závažný, případně jej mluvčí nevnímá tak intenzivně, aby měl potřebu jej řešit.

Manning (2001) uvádí zajímavou informaci, že i když tyto počty nejsou podepřeny výzkumem, je zřejmé, že velká většina lidí nikdy nevyhledá profesionální pomoc a nenavštíví logopeda. Z toho vyvozuje zajímavý fakt, že veškerý náš výzkum a znalosti v oblasti balbutologie jsou založeny na zkoumání nereprezentativního vzorku balbutiků z celkové populace lidí se stejným problémem, kteří logopedickou ambulanci navštíví. Intuitivní reakce na zadrhnutí je se jej pokusit překonat větším úsilím a tato snaha se stále zvyšuje a síla násobí, aby balbutik získal kontrolu nad ztrátou plynulosti. Logoped ví, že opak této reakce vede ke zlepšení stavu a znovuoobnovení kontroly nad řečí. Nezodpovězenou otázkou je, kolik takto terapií nedotčených balbutiků vnímá situaci jako fakt a ne jako hendikep a naučí se nevnímat koktání jako problém a kolik je naopak takových, kteří aktivně nahrazují obtížná slova, dopředu si promýšlejí věty a vyhýbají se rizikovým okamžikům, komunikačním situacím a preventivně se nevystavují možnému nebezpečí stigmatizace jako balbutik. Formou osvěty a prevence je možné stav změnit a pomoci i těm, kteří sami logopedickou péči aktivně nevyhledají.

3.6 Specifika procesu diagnostiky u koktavosti

3.6.1 Diagnostické nástroje

Jako nástroj vhodný pro diagnostiku koktavosti je v České republice dobře známý balbutiogram, který u nás uvedl ve známost prof. Lechta. Balbutiogram se začal používat v 70. letech 20. století především v německy mluvících zemích (Lechta, 2004a) a v našich podmínkách slouží k orientačnímu kvalitativnímu a kvantitativnímu hodnocení koktavosti. Hodnotí se neplynulost v rámci realizace různých komunikačních záměrů. Balbutiogram je doplněn o záznamové archy nadměrné fyzické a psychické tenze, které pomáhají s orientačním vyšetřením těchto narušených komponent.

Conture a Curlee (2017) považují diagnostiku nejen koktavosti, ale vlastně každé NKS, za proces řešení obtíží, která zahrnuje sběr dat o klientovi, na jejichž základě se rozhodne, zda je terapie potřeba, a pokud ano, jakou formu terapie bude mít. Conture a Curlee (2017) uvádějí výstižné shrnutí ideálního procesu hodnocení koktavosti. Na začátku je třeba získat anamnestické údaje od klienta, a pokud je to možné, i od jeho rodiny či okolí. Během sezení je pořízen záznam konverzace, monologu a čtení klienta, doplněný záznamem z přirozeného

prostředí balbutika. Jeho transkripce se vyhodnotí tzv. „profil plynulosti“, který dále slouží jako jedno z měřítek úspěšnosti terapie. Další oblastmi zájmu jsou chování, emoce a pocity balbutika. Jeho reakce na zadrhnutí a užívané copingové strategie. Vyšetření je doplněno o hodnocení vypracovaných testů. Na závěr této fáze je k dispozici dostatek informací, se kterými je klient seznámen a na jejichž základě je mu navrženo optimální terapeutické řešení.

Guitar (2006) se opakovaně vyjadřuje k reliabilitě hodnocení koktavosti a připomíná obtížnost hodnocení koktavosti pro její variabilitu a proměnlivost. Hodnocení může být také ovlivněno touhou terapeuta vidět pozitivní změnu. K problematice reliability píše Cordes (1994, cit. dle Guitar 2006, s. 180): „vnímání, úsudky a postřehy jsou ovlivněny proměnnými, které se vztahují k pozorovateli. Dále jsou ovlivněny použitím přístrojů a procesů kódování, situací a podmínkami pozorování, předmětem pozorování a vzájemným působením mezi nimi. Následkem toho se od vědců, kteří používají přímé metody pozorování, očekává, že poskytnou důkazy, že jejich závěry nejsou pouhými výsledky situačních vlivů a osobních zvláštností jednotlivců. Jinými slovy se od nich očekává, že poskytnou důkaz, že jejich data jsou reliabilní.”

3.6.2 Diagnostika vnitřních rysů koktavosti

Zhodnotit aspekty koktavosti, které nejsou na první pohled zřejmé, trvá déle a vyžaduje po terapeutovi již větší zkušenost a cit pro jejich rozpoznání. I přesto, že vnější znaky koktavosti, jako je frekvence, typ neplynulostí apod. se hodnotí snadněji, u dospělých klientů je důležité se právě na změnu či modifikaci vnitřních vlastností koktavosti zaměřit více, aby byla terapie úspěšná (Manning, 2001).

Identifikace momentu ztráty kontroly

Manning (2001) rozlišuje 3 stupně plynulosti, kdy je řeč buď plynulá, proměnlivá anebo neplynulá. Pomocí napodobování se logoped snaží co nejpřesněji imitovat řeč svého klienta, aby co nejlépe procítil stupeň její kontroly. Největší pozornost je věnována právě stupni, kdy klient kontrolu nad řečí ztrácí, ale ještě se neprojeví zjevnou neplynulostí. Klient může změnit tempo, syntax řeči, může nahrazovat slova nebo se před obtížným slovem projeví drobným zaváháním či pauzou. Může dojít k drobnému prodloužení první hlásky v obtížném slově nebo se naruší či změní řeč těla (často se projeví při očním kontaktu).

Terapeut si nejlépe ověří své pozorování, pokud konfrontuje své závěry s vlastní zkušeností klienta. Zaměření pozornosti logopeda právě na předěl mezi spontánně plynulou a zjevně neplynulou řečí zpřesňuje diagnostické pozorování klienta a napomáhá zvolení

správného terapeutického postupu. Pokud terapeut toto stádium řeči dobře nerozpozná a považuje jej za spontánní plynulost, může podporovat klienta v dalším používání technik (nahrazování, odsouvání či vynechávání slov), které nejsou žádoucí a brzdí další postup. Pokud je klient po skončení terapie schopný spontánní fluence, tak identifikace této hraniční plynulosti může zavčas odhalit možný relaps.

Plynulost a řeč pod kontrolou

Pro úvodní fázi diagnostických sezení nabízí Manning (2001) zajímavý pohled na vnímání koktavosti. Člověk, který zadržává, má tendenci se maximálně snažit o plynulou řeč i za cenu zvýšeného fyzického tlaku, vynechávání slov apod. Naproti tomu logoped mu nabídne tento fakt neskrývat, ale otevřeně, nicméně kontrolovaně zadržnout. Jedná se o zjevné zadržnutí, kdy má jeho mechanismus klient pod kontrolou. To je v kontrastu s jeho zkušeností, kdy zadržávání bylo nedobrovolné a vedlo k pocitu bezmoci. Klient má první zkušenost, že je možné zadržávat volně, lehce, bez zvýšeného svalového napětí, ale hlavně tam, kde a jak chce on. To vede k velké změně vnímání celého procesu a dává klientovi zpět kontrolu nad momentem ztráty plynulosti a tak se oslabuje jeho strach. Tím jak je balbutik schopný tuto část zvládnout, se testuje jeho schopnost identifikace momentu zadržnutí a jeho odvaha a schopnost ovládnout strach spojený se zadržnutím.

Hodnocení schopnosti dělat vlastní rozhodnutí

Hodnocení schopnosti dělat vlastní rozhodnutí je nejdůležitějším z výše zmíněných faktorů a jak uvádí Manning (2001, s. 130) „jsou to rozhodnutí, která člověk dělá ne na základě reality, ale podle pravděpodobnosti koktání“. Jinými slovy mapuje se prostor k rozhodování, který se na základě klientovy touhy vyhnout se nepříjemné zkušenosti se zadržáváním zmenšuje a ovlivňuje jeho rozhodování v běžném životě.

Je obtížné rozlišit skutečný záměr od toho, který je udělaný na základě koktavosti, protože dospělý klient má již mnoho rozhodnutí dlouhodobě zažitých tak, že je může považovat za své původní povahové rysy. Může sám sebe považovat za introverta, který nerad mluví před více lidmi, nerad nové lidi poznává, spíše naslouchá, nerad pracuje v týmu, stydí se mluvit před kolegy apod. Není vyloučeno, že by se podobné povahové rysy do jisté míry vyvinuly i bez přítomnosti poruchy plynulosti, a je na terapeutovi, aby se tímto hlouběji zabýval. Manning (2001) připomíná, že v těchto úvodních fázích seznamování se s klientem není nezbytné toto rozhodování měnit, ale pouze je rozpoznat a uvědomit si možnost alternativy, která by nebyla

ovlivněna skutečností, že klient koktá. Už jen to napomůže postupně měnit rozhodování a být opět sám sebou.

Toto uvědomění si s sebou nese i možné negativní důsledky. Klient, který dosud nebyl komunikačně příliš aktivní, vybíral si, kde, s kým a jakým způsobem bude mluvit, používal „bezpečné“ výrazy a „bezpečné“ situace, si svoji situaci začíná uvědomovat, začíná ji měnit a tím může dojít k nárůstu frekvence neplynulostí. Pro okolí to může být známka zhoršení stavu, ale pro klienta je to posun a změna k lepšímu. Je důležité o této eventualitě mluvit a připravit na ni jak klienta, tak jeho okolí.

3.6.3 Diagnostika povrchových struktur koktavosti

K vyhodnocení řeči je nezbytné pořídit videozáznam řeči. Záznamů může být několik, a to jak z logopedického pracoviště, tak z přirozeného prostředí balbutika. Je výhodné pořídit i záznam čteného textu. Délka nahrávek by měla být minimálně 5 minut, aby bylo snazší provést její přepis a analýzu. Je nezbytná archivace, aby bylo možné se k nahrávce opakovaně vracet a aby bylo možné sledovat výsledek terapie.

Frekvence zadrhnutí Množství neplynulostí je jedním z nejsnadněji pozorovatelných ukazatelů koktavosti, dá se snadno změřit a hodnotit. Nicméně sám o sobě nemá velkou vypovídací hodnotu a musí být doplněno délkou trvání neplynulostí a vyhodnocením psychické a fyzické tenze. Nejčastěji se počítá jako poměr počtu neplynulostí za určitý počet slov, ale Guitar (2006) doporučuje přepočítání a vyhodnocení na daný počet slabik. Frekvence má podíl na vnímání síly obtíží, ale nemusí odrážet, jak vnímá hendikep klient.

Kvantitativní hodnocení plynulosti pomocí spočítání frekvence výskytu zakoktání za určitý čas nám v českém jazyce teoreticky nepomůže odlišit plynulou řeč od neplynulé, protože jak Lechta (2004b) opakovaně uvádí, stále chybí daná česká jazyková norma, která by udávala, jaký počet neplynulostí je v běžné řeči považován za „normální“. Proto se v praxi stále nejčastěji využívají Van Riperova kritéria (Lechta, 2004b):

Opakování (repetice) slabik. Častější frekvence než ve dvou slovech v rámci 100 slov (2 %) indikuje koktavost, vzácnější frekvence než 2 % se pokládá za normální dysfluenci; více než dvě repetice v rámci jednoho slova charakterizují koktavost, vzácnější frekvence se považuje za normální dysfluenci.

Prolongace. Delší prodleva než jedna sekunda indikuje koktavost, kratší se pokládá za normální dysfluenci; častější frekvence výskytu než 1 % charakterizuje koktavost, vzácnější se považuje za normální dysfluenci.

Délka trvání a tlak neplynulostí Trvání prolongace je často spojeno s tlakem. Toto spojení opět negativně přispívá ke vnímání síly obtíží. Čím je prolongace delší, tím je stav vnímán hůře. Balbutik se snaží délku trvání zkrátit, a proto je často doprovázeno viditelnou fyzickou tenzí, která výsledný efekt a vnímání zadržnutí zhoršuje. Proto jako jeden z terapeutických cílů může být seznámit se s fungováním anatomie a fyziologie řeči, aby klient lépe pochopil proces jejího tvoření, a tím ji snadněji dostal pod kontrolu. K přesnému měření je možné použít EMG (elektromyograf), ale v běžných podmínkách to není nezbytné. Je nezbytné délku a intenzitu tlaku dobře identifikovat a poznat, aby se mohlo stát jedním z prvních terapeutických cílů v následné péči.

Fragmentace slov (slabikování) Manning (2001) přidává ještě nutnost pozorování úrovně fragmentace slova jako jeden ze základních rysů koktavosti. Občas všichni lidé rozdělují slova, zejména pokud jsou v emocionálním či komunikačním stresu. Balbutici v reakci na stresovou situaci dělí slova častěji a dříve, nejčastějším místem fragmentace je začátek slova či věty.

3.6.4 Diagnostika sekundárních projevů koktavosti

Fyzická tenze

Hodnotí se viditelná fyzická tenze u balbutika, které svalové skupiny a jakým způsobem doprovázejí moment zadržnutí. Lechta (2004b) upozorňuje, že narušené kverbální chování, tedy nadměrná námaha při řeči, nebylo předmětem standardizovaného způsobu diagnostiky, a doporučuje pro jeho zaznamenání pozorovací arch, kde je popsán pozorovaný orgán (např. oči, tvář, ruce) a typ předpokládaného chování (grimasy, mhouření očí, třes). Doporučuje stupeň nadměrné námahy hodnotit podobně jako ostatní symptomy NKS. Tedy: *0 - symptom se nevyskytuje*, *1 - lehký stupeň* (laikem nepostřehnutelný, logoped jej při diagnostice identifikuje), *2 - střední stupeň* (postřehne jej i laik), *3 - těžký stupeň* (dostane posluchače do rozpaků), *4 - velmi těžký stupeň* (může být znemožněna realizace komunikačního záměru).

Maskovací techniky

Dále se vyhodnocuje doprovodné chování, jako je např. postup maskování zadržnutí, jak se neplynulosti vyhnout či jak ji jinak zpracovat, třeba formou interjekce nebo změnou hlasu. Manning (2001) uvádí nejčastější formy skrývání obtíží:

Vyhýbání Na základě řečového selhání v předchozích situacích se u klienta může vyvinout snaha o co největší vyhýbání se podobným situacím. Vyhýbat se může určitým lidem, místům,

slovům, slovním obrátům, a to někdy tak úspěšně, až jeho obtíže v řeči nejsou patrné a ostatní jej za balbutika nepovažují. Tento způsob chování ale vyžaduje velkou energii a stálé kontrolování vlastní řeči a chování, což často balbutikům nevyhovuje. Rizikových situací, slov apod. může přibývat, až úspěšné vyhýbání není možné bez omezení vlastního fungování.

Nahrazování Balbutik na základě předchozího zvážení toho, co chce říct, aktivně nahrazuje riziková slova slovy podobného významu. Je to opět činnost náročná a pro mnohé vyčerpávající stále hledat vhodná synonyma. Rizikem je, že se často jejich použitím mírně mění význam toho, co chce balbutik říct.

Odsouvání Způsob odsouvání je nejčastější u slov, které balbutik jen obtížně dokáže nahradit synonymem (jméno, číslo, adresa...) a před obtížné slovo je vložen tzv. „pomocný“ výraz, zvuk, slovo či fráze, který má klientovi pomoci s dosažením plynulosti. Jsou to pomocné výrazy často užívané i v plynulé řeči intaktní populací, a tak jejich použití bývá často nenápadné. Je úkolem diagnostiky tyto projevy odlišit a určit, kdy jsou užity za účelem předpokládané neplynulosti a kdy ne. Cílové slovo je často vysloveno rychleji než zbytek věty bez předcházející pauzy před slovem. Dále je někdy obtížné slovo odsouváno až na závěr věty, aby nebylo ve větě jako první. Manning (2001) upozorňuje, že v extrémní formě je výpověď balbutika plná slovní vaty, bez významového slova protknuta častým opakováním již řečeného. V takovém případě je pro posluchače nesmírně namáhavé sledovat hovor a vede to ke znemožnění komunikačního záměru. Řeč se může jevit jako plynulá, ale je zcela nesouvislá a bezobsažná.

Pro všechny tyto tři techniky maskování platí, že čím je balbutik v jejich užití dokonalejší, tím obtížněji se jich bude vzdávat a tím horší je prognóza. Naopak až je stálým sledováním své řeči a jejich užíváním vyčerpán, až dojde k omezení aktivní slovní zásoby, až dojde k mnoha nedorozuměním na základě chybného významu vět kvůli nahrazování klíčových slov, ale především k uvědomění, že tento způsob řeči vlastnímu balbutikovi nevyhovuje, tak bere jejich nahrazení vlastním zadrhnutím jako úlevu. Často je vlastní dovolení si sám sobě zadržnout velice úlevný proces, který významně pomáhá stanovit úspěšnou prognózu.

3.6.5 Další možná diagnostická kritéria

Sebehodnocení klienta

Vnímání vlastní koktavosti a rozpoznání změny plynulosti v rámci různých situací je jedna z klíčových dovedností, které by měl balbutik umět. Jednou z možností, jak tuto

dovednost zjistit, uvádí Manning (2001). Na jednoduché stupnici vyznačí číselnou osu, kde začátek značí žádné obtíže a konec maximální možné obtíže, a vyzve klienta, aby mu ukázal, kam by zařadil obvyklé průměrné obtíže. Je důležité, aby klient sám zaznamenal toto místo, protože to terapeutovi naznačí, jestli a jak vnímá spoluodpovědnost za svou řeč. Je to zpravidla první konkrétní vymezení obtíží klientem. Dalším krokem je, že klient má na osu vyznačit, jak vnímá svoji plynulost právě teď. To ukazuje schopnost klienta vnímat změny plynulosti a pravděpodobně bude zaznamenán nižší údaj, jelikož častým jevem je, že v logopedické ambulanci je řeč plynulejší. V posledním kroku klient na ose vymezí šíři svých obtíží, odkud pokud je vnímá, a označí číslem. To logopedovi poskytuje lepší obrázek o celkovém stavu koktavosti.

Pokud je vnímání klientem a terapeutem ve velkém rozporu, je nutné příčinu zjistit dalším rozhovorem. I debata nad variabilitou koktavosti může být pro klienta nová, protože mnozí si sami vyčítají zhoršení stavu v emočně vypjatějších situacích a cítí za ně vinu. Někteří své obtíže přisuzují možnému psychickému onemocnění a mají strach o své duševní zdraví. Terapeut vysvětlí pravou příčinu koktavosti a může klienta vyzvat, aby mu ukázal, jak zadržává v lepším a horším období. Ochota a schopnost často poprvé sám vědomě ovládat svoji řeč ukazuje logopedovi motivaci a odhodlání klienta překonat strach. Zároveň logoped vidí schopnost klienta identifikovat místo neplynulosti, může navrhnout modifikaci momentu zadržnutí a na základě svých zjištění sestavit možný terapeutický plán.

Hodnocení motivace klienta

V České republice je hodnocení motivace dosud velice málo diskutované téma, ale v zahraničí má toto hodnocení v diagnostickém procesu své místo (Manning, 2001). Motivace patří mezi klíčové aspekty úspěšné terapie koktavosti. Velice obtížně se identifikuje a kvantifikuje. Je závislá na předchozích zkušenostech balbutika s terapií. Je třeba vědět, jestli k terapeutovi byl poslán například zaměstnavatelem nebo přišel sám.

První krok zahájit terapii je nejtěžší, proto udělal-li jej balbutik z vlastní vůle, svědčí to o jeho odhodlání. Cooper (cit. dle Manning 2001, s. 142) k tomu dodává: „Jednou z věcí, kterou můžeme vzít v úvahu při hodnocení potenciálního klienta, je kvalita „psychické odolnosti“ a stupeň „duševní energie, kterou má“. Není možné pracovat jen s vysoce motivovanými klienty, ale je nezbytné znát skutečný stav jejich odhodlání a je-li to nutné, tak jej posílit. Na druhou stranu nový klient by měl od logopeda dostat pravdivé informace o problematice terapie koktavosti, o prognóze a předpokládané délce trvání terapie, aby získal reálnou představu, co

je v terapeutických možnostech. Manning (2001) navrhuje pro odhad motivace se klienta zeptat, kolik peněz navíc je ochoten zaplatit za terapii, na kolik si cení času na terapii, případně jak daleko je ochotný na terapii dojíždět.

Pro mnoho klientů je zásadní načasování řešení problému s plynulostí řeči, a to z pohledu životního období. Nový klient se chystá na novou etapu a chce do ní vkročit lépe než do té předchozí. Za příklady takových milníků lze uvést nástup na vysokou školu, nové zaměstnání, svatba nebo očekávání potomka. Proto mohou pomoci například otázky: „Proč jste přišel právě nyní, a ne před rokem? Proč jste nepřišel až za měsíc?“ Zajímavou domněnku vyslovil Manning (2001, s. 145), že v dospělosti je „přijímání nových postojů ke starým problémům kdykoliv během života samozřejmě možné, ale zdá se, že nejčastější je to v období mezi 40. a 60. rokem.“ Pravděpodobně je to proto, že v tomto věku již člověk lépe ví, co chce, a jde si za tím, právě z perspektivy zlepšení kvality života.

Hodnocení přirozené řeči

Některé terapeutické postupy vedou k plynulosti, ale na druhou stranu je výsledná řeč nepřirozená, neobvyklá a zvláštní. Jak upozorňují Schiavetti and Metz (1997, cit. dle Guitar, 2006, s. 192), někteří balbutici mohou omezit počet svých zadrhnutí, avšak za cenu toho, že je jejich řeč sice bez zadrhnutí nicméně ne opravdu plynulá. Cílem terapie musí být tak přirozená řeč, jak je to jen možné, protože negativní reakce na „novou“, i když plynulou řeč, mohou být horší než na předchozí řeč neplynulou, a proto klient nemá žádnou motivaci tento nový způsob řeči využívat.

Hodnocení tempa řeči

Dle mnoha autorů (např. Shapiro, 1999) tempo řeči přímo souvisí se závažností zadrhávání. Ani příliš rychlé, ani pomalé tempo není žádoucí. Guitar (2006) navrhuje spočítat počet slabik (přesnější než počet slov) za 5 minut klientova spontánního řečového projevu, nebo je možné využít i text čtený. Slabiky, na kterých se klient zadrhne, se nezapočítávají. Průměrný počet slabik za minutu je 162-230 pro americkou angličtinu (Andrews and Ingham, 1971, cit. dle Manning 2001, s. 193). Průměrná norma hodnoty pro český jazyka není stanovena.

V této souvislosti je vhodné připomenout v České republice používanou zkratku PÚK – percepční úzus komunikace, který stanoví, že v běžné komunikaci za daný čas získáme od komunikačního partnera určitý souhrn informací. Jak uvádí Lechta (2004b), PÚK cítí balbutici často zkresleně a vnímají vlastní tempo řeči v porovnání s ostatními jako pomalejší.

Hodnocení pocitů a postoje

Diagnostika psychické tenze, tedy pocitů, změna vnímání, chování a emocí je nedílnou součástí celkového obrazu koktavosti, a především u dospělých osob musí být zahrnuta do celkového diagnostického obrazu balbutika. Je nutné mít na paměti, že psychická tenze není vždy přímo úměrná slyšitelným či viditelným aspektům koktavosti, tedy pouze verbální plynulosti a fyzické tenzi. Pokrok či zhoršení v této oblasti je třeba měřit, aby bylo možné vyhodnotit efektivnost terapie. Pro vyšetření se používají testové baterie.

V České republice je dostupný stručný dotazník psychické tenze, jež je součástí testové baterie prof. Lechty. Dotazník obsahuje 45 otázek v 7 kategoriích (telefonování, komunikace v nepříjemné situaci, rozhovor mezi čtyřma očima, skupinová konverzace, formální prezentace, požádání o informace a komunikace v časové tísní). To vše v konfrontaci od blízkých lidí, rodiny po cizí lidi až po autority. Hodnotí se škále 0-5, kde 0 znamená „necítím žádný problém“ a 5 představuje „extrémně náročný úkol“.

Další možný test dostupný v zahraničí je například *S24 Scale of Communication Attitudes* (Andrews a Cutler, 1974). Tento test byl standardizován za účasti balbutiků, tak lidmi, kteří nekoktají. Test *Perceptions of Stuttering Inventory (PSI)* (Woolf, 1967) hodnotí to, jak balbutik vnímá přítomnost zvýšené fyzické tenze, vyhýbavého chování a očekávání koktavosti.

Diagnostika koktavosti je průběžný proces, který se musí pravidelně opakovat, aby bylo možné průběžně zjišťovat stav klienta a podpořit pokrok objektivním zlepšením sledovaných parametrů. Toto lze dále použít pro další motivaci klienta. V případě, kdy není vidět zlepšení či je patrná stagnace, je nutné zvážit změnu terapeutického přístupu.

3.6.6 Průběh diagnostického procesu

Anamnestický dotazník

Formulář je vhodné vyplnit před první návštěvou, aby si terapeut již dopředu udělal základní představu o stavu klienta. Dotazník by měl obsahovat základní identifikační údaje o klientovi, jeho zdravotním stavu, co ví o svém zadrhávání, jak se problém vyvíjel a jaký problém s plynulostí má nyní. Je vhodné popsat případnou předchozí terapii a její efekt.

Rozhovor

Úvodní diagnostický rozhovor navazuje na informace získané z anamnestického dotazníku. Formou otevřených otázek zjišťuje, jak je klient schopen popsat problém detailněji.

Dává také terapeutovi možnost se s klientem lépe osobně poznat. Otázky se zaměřují na aspekty koktavosti, které klient vnímá jako důležité a které nikoliv. Zjišťuje se motivace klienta, zda přišel z vlastní vůle nebo jej někdo poslal, co má vliv na zlepšení a zhoršení plynulosti řeči, jeho základní copingové strategie, zhodnocení předchozí terapie nebo proč vyhledal pomoc až nyní. Jaké jsou jeho znalosti o vzniku koktavosti, jaké používá maskovací techniky, jak vnímají problém s řečí jeho nejbližší. Je nutné se ptát na schopnost/neschopnost klienta napodobit, ukázat vlastní zadrhnutí a tím naznačit vlastní postoj k problému.

Musí být také zodpovězena otázka, co klient očekává od sezení s logopedem a jaké jsou jeho představy o průběhu a cílech terapie. V průběhu sezení je možné udělat videonahrávku se vzorkem řeči a zaznamenat i čtení klienta. Je-li to možné, je vhodné doplnit rozhovor s klientem o konzultaci s blízkým člověkem klienta (např. manželka, sourozenec, rodiče). Tím se získá jiný úhel pohledu na problém mimo ambulanci. Klient zapojením dalších osob do terapie získává vhodného komunikačního partnera, což má význam pro jeho vlastní motivaci a zvyšuje se pravděpodobnost terapeutického úspěchu.

Testování terapeutického přístupu (angl. *trial therapy*)

Již během diagnostických sezení je možné postupně zkoušet možné budoucí terapeutické postupy a najít ten pro balbutika nejvhodnější. Guitar (2006) to doporučuje ze tří důvodů: 1. Zjišťuje reakci klienta na různé terapeutické podněty; 2. Reakce na podněty pomáhá s diferenciální diagnostikou, protože jinak reagují klienti s neurogení a psychogení neplynulostí a jinak klienti s koktavostí; 3. Klient již od začátku získává vzhled do dalšího průběhu společné práce.

Zjišťuje se, zda je klient schopný modifikace neplynulostí na lehčí, tedy dokáže-li identifikovat a pozměnit moment zadrhnutí se změnou fyzické tenze. Druhý přístup testuje, jak klient reaguje na změnu tempa řeči, na vázanou řeč a na prodlužování samohlásek. Podle reakce klienta a podle toho, co on sám vnímá jako přínosnější, je zvolen terapeutický postup.

Stanovení závěru

Jak bylo již dříve naznačeno, proces diagnózy u koktavosti nikdy nekončí pro její značnou variabilitu. Komplexní diagnostika zahrnuje vyplnění anamnestického dotazníku, rozhovor, nahrávku a analýzu vzorku řeči a zpracování vhodných testových baterií. Po několika úvodních sezeních by logoped měl umět odpovědět na otázky, o jaký typ neplynulosti (koktavost vs. jiný typ neplynulosti – tumultus, psychogení, neurogení či jiná neplynulost) a o jaký stupeň neplynulosti (fixovaná či chronická forma) se jedná. Stanoví stupeň a typ

verbálního narušení a dále fyzické a psychické tenze. Určí únikové, maskovací a copingové strategie. Logoped by měl také doporučit vhodný následný terapeutický postup a se svými závěry seznámit klienta a jeho okolí.

Stanovení předpokládané prognózy

Kvůli velké variabilitě všech proměnných není možné otázku prognózy koktavosti u dospělých klientů jednoduše zodpovědět. Svoji roli zde hrají vnitřní i vnější faktory, jak na straně klienta a jeho okolí, tak i terapeuta. I předběžné stanovení budoucího výsledku je problematické. Jedním z autorů, který se tímto tématem zabývá, je Shapiro (1999). Jmenuje indikátory, které mají pozitivní vliv na terapii. Mezi ně patří například absence předchozí terapie, podpora ze strany rodiny, přátel a kolegů, spíše těžší způsob zadržování a pozitivní motivace. Dále sem započítává: vhodné načasování terapie s událostmi v životě klienta (např. změna práce, očekávání rodiny), vhodnou četnost terapie (Shapiro, 1999 doporučuje 2x týdně, nejméně však 1x týdně v délce trvání 1-2 hodiny), vliv má osobnost klienta a jeho realistické očekávání a v neposlední řadě přístup logopeda a jeho zkušenosti.

Na druhé straně se Shapiro velice zdrženlivě až kriticky vyjadřuje k syndromu *CPS – Chronic Perseverative Stuttering Syndrome (syndrom chronické přetrvávající koktavosti)*. Shapiro (1999) uvádí, že syndrom CPS je porucha plynulosti řeči vyskytující se v průběhu adolescence a dospělosti, která vzniká na základě souběžně působících fyzických, psychických a environmentálních faktorů, které jsou typické: 1. návrat obtíží po období remise, 2. charakteristické kognitivní, afektivní a behaviorální vzorce pro reakce, 3. tendence ke zmírnění nikoliv však k vymizení obtíží. Tito klienti i navzdory vhodné, odpovídající a kvalifikované péči nejeví známky změny plynulosti.

Cooper (cit. dle Shapiro, 1999, s. 404) uvádí i výčet rizikových faktorů, které by měl klient se syndromem CPS splňovat. K tomu Shapiro kriticky namítá, že není možné stanovit definitivní hranici, kdy je již možné pacienta tímto způsobem definovat, již jen proto, že diagnóza a z ní vyplývající prognóza je dynamický proces, který se stále mění. Bojí se nadužívání a zneužívání tohoto označení stavu klienta, a i díky vlastní zkušenosti ví, že nikdy není na místě situaci vzdát, protože je změna vždy možná.

3.7 Testy pro diagnostiku koktavosti používané v zahraničí

3.7.1 BAB - Behavior Assessment Battery

(A Multidimensional and Evidence-Based Approach to Diagnostic and Therapeutic Decision Making for Adults Who Stutter)

BAB patří k nejčastěji užívaným komplexním testům při diagnostice koktavosti. Autory jsou Martine Vanryckeghem a Gene J. Brutton. První verze byla vytvořena v roce 2003. Test je průběžně aktualizován a poslední zpracování je aktuálně z roku 2018.

Jednotlivé subtesty jsou zaměřeny na a) postoj ke komunikaci b) emocionální reakce c) vlastní narušení řeči a d) copingové strategie. Subtest hodnotící **postoj** ke komunikaci je zpracován pro 3 věkové kategorie: KiddyCAT – je pro předškolní děti, CAT – pro školní děti, BigCAT – pro dospělé.

Jednotlivé subtesty jsou:

BigCAT

Zkoumá, jaký má klient názor na svoji řeč a řečové schopnosti. Je vytvořen za účelem srovnávání těchto postojů, mezi lidmi, kteří koktají a kteří nekoktají. Obsahuje 35 hodnotících položek. Žádný z výroků použitých v BigCAT se nezmiňuje o afektivních či copingových reakcích spojených s řečí (vyhýbání se a úniku), protože ty jsou hodnoceny v dalších subtestech.

Základním cílem je zjistit, co si balbutik myslí o své řeči a řečových schopnostech v různých komunikačních situacích a výsledkem je tzv. postoj k řeči a ten je buď pozitivní, nebo negativní. BigCAT je považován za citlivější nástroj pro diagnostiku postoje k řeči než dříve hodně používaný dotazník *Erikson S-24* (porovnej Vanryckeghem, Brutton, 2012).

Speech Situation checklist – ER – negativní emocionální reakce

Subtest hodnotí afektivní reakce, tedy specifickou negativní emocionální reakci spojenou s řečí (obavy, strach, úzkost) a narušení řeči v různých situacích, tak jak je popisuje samotný mluvčí. Dále obsahuje posouzení reakce a změny řeči v mezilidských vztazích (mluvení s někým, koho neznám, pracovní pohovor) a posouzení reakce u specifických hlásek a slov (představení se, říct slovo s obtížnou hláskou).

Speech Situation Checklist – SR - narušení řeči

Obsahuje stejné otázky jako předchozí subtest, ale zaměřuje se na přerušení toku řeči (repetice, prolongace atd.) při těchto situacích. Pro diagnostické účely se porovnává skóre u lidí s koktavostí a bez narušení plynulosti řeči a ke zjištění situací, které vyvolávají negativní emocionální reakci nebo zhoršení plynulosti řeči

Behavior Checklist

Subtest vyšetřuje copingové strategie, které balbutik používá jako výsledek předjímání neplynulosti nebo v případě obtíže v řeči. Poskytuje informace o maskování pomocí vyhýbání a únikového chování u specifických slov a u specifických situací. Test obsahuje 95 vzorců chování, kterých může být použito před či během konverzace. Výsledkem je seznam vyhýbavého a únikového chování, kterým se klient vyrovnává s koktavostí

BAB je reliabilní a validní testová baterie, která prokázala statisticky významný rozdíl mezi postojem jednotlivých skupin (PWS⁸ a PWNS⁹) a minimální shody v názoru, který mívají na svou řeč. Na rozdíl od změny povrchových struktur koktavosti, tedy různá změna plynulosti, která se špatně hodnotí pro její velkou variabilitu a silnou ovlivnitelnost prostředím, je postoj k řeči u dospělých brán za velice konsistentní. Jeho změna ovlivňuje pravděpodobnost zlepšení plynulosti řeči a její udržení.

3.7.2 OASES – Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering

Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES) je baterie testů hodnotící zkušenosti mluvčího s koktáním. Autory jsou J. Scott Yaruss a Robert W. Quesal (2005). Je příkladem dalšího moderního diagnostického nástroje, který splňuje kritéria validity a reliability, dotazník byl ve studii testován na 300 balbuticích (Conture, Curlee, 2007, 44). Měří dopad koktavosti na život člověka. Jeho použití je možné během celého diagnostického a terapeutického procesu, včetně měření výsledku terapie.

Existuje ve 3 verzích:

- OASES-A (Adult) - verze pro dospělé k použití od 18 let
- OASES-T (Teenage) – verze pro dospívající ve věku 13-17 let

⁸ PWS – people who stutter (česky lidé, kteří koktají)

⁹ PWNS – people who do not stutter (česky lidé, kteří nekoktají)

- OASES-S (School-Age) – verze pro školní věk 7-12 let

Dotazník pro dospělé obsahuje 100 položek, každá otázka je ohodnocena na pětibodové Likertově škále (ta je složena z výroků, na které respondent může odpovědět na škále reprezentující míru souhlasu). Odpovědi jsou zaznamenány a vyhodnoceny. Výsledkem je skóre a hodnocení škály narušení od mírného až po těžké. Administrace testu zabere 15-20 minut a vyhodnocení 5 minut. Hodnocení je možné pro každou kategorii zvlášť, ale je možné získat i celkové, komplexní vyhodnocení klienta.

Test je rozdělen na 4 části: 1. *obecné informace o koktavosti* (jak pacient vnímá toto postižení a jaké má informace a všeobecné znalosti o tomto narušení plynulosti řeči); 2. *reakce na koktání* (z hlediska změny prožívání, emocí a vnímání); 3. *komunikace v denních situacích* (v čem jej zadržávání omezuje a vnější faktory, které toto způsobují); 4. *kvalita života* (jak vnímá dopad omezení na svůj život).

OASES je jediný test, který zpracovává a hodnotí **dopad koktavosti na kvalitu života**.

Výhody testu OASES

- poskytuje rychlé, jednoduché a komplexní sebehodnocení klienta;
- poskytuje vhled nad rámec pozorovaných projevů koktavosti;
- pomáhá logopedovi a klientovi porozumět komplexnosti koktavosti;
- dodává informace, jak klient koktání vnímá, jaká je jeho reakce a jak dokáže čelit každodenním výzvám, které jsou spojeny s komunikací;
- vyšetřuje narušení fungování komunikace a kvalitu života z perspektivy člověka, který zadržává;
- podporuje uvědomění, jak koktání ovlivňuje život koktavého v práci, ve škole, doma a v dalších sociálních situacích;
- poskytuje důležité informace, na základě, kterých je možné objektivně měřit úspěšnost logopedické terapie (Bleek a kol, 2012).

OASES je možné použít během diagnostického sezení (určení stupně negativního vlivu koktavosti na klienta), při stanovení konkrétních terapeutických cílů, ke stanovení klíčových témat, které během intervence identifikuje terapeut jako důležitá pro cílenou terapii či k porovnání výsledků logopedické intervence při použití různých terapeutických přístupů

Test OASES je založen na adaptaci MKF, která vysvětluje, jak oslabení tělesné funkce vede k omezením ve schopnosti člověka vykonávat činnosti. U koktavosti je spojitost mezi

postižením a z něj plynoucích negativních následků zprostředkovaná **reakcemi** mluvčího na koktání. Tyto reakce jsou **afektivní**: pocity, postoje, emoce, **behaviorální**: jednání (vyhýbání se určitým situacím) i **kognitivní**: změněné myšlenkové procesy, sebehodnocení (viz kapitola 1.5 *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví a koktavost*).

3.7.3 SSI-4 – Stuttering Severity Instrument-4

Jedná se o 4. edici rozšířeného testovacího materiálu. Autorem je Glydon D. Riley (2009). Test nemůže být použit samostatně a jedná se pouze o doplňkový materiál, jelikož se zaměřuje pouze na povrchovou strukturu balbuties a nehodnotí vnitřní faktory. Je vhodný pro děti od dvou let a výsledné skóre je různé pro děti a dospělé. Závažnost koktání hodnotí na základě frekvence neplynulostí, délky trvání prolongací, viditelných fyzických projevů neplynulosti a hodnocení, jak řeč zní přirozeně. V instrukcích je uvedeno, že test je reliabilní a validní, nicméně to někteří autoři zpochybňují (např. Guitar, 2006), jelikož shledává nedostatky ve velikosti normované skupiny a nedostatečně popsán způsobu získání norem.

Celkové skóre je souhrnem třech komponent: *frekvence neplynulostí* na celkový počet slabik, v mluveném projevu a ve čtení; *délka neplynulostí* se vypočítá jako průměrná délka 3 nejdelších neplynulostí v hodnocené promluvě; *hodnocení fyzických projevů neplynulosti*. Dohromady se spočítá celkové skóre, percentil a odpovídající ekvivalent narušení (např. lehké, středně těžké, těžké).

Test je velice populární pro jeho snadnou administraci, přehlednost a také přináší dobrý přehled o stavu řeči klienta. Jeho nevýhodou je možná zpochybnitelnost norem a monodimenzionalita, proto se doporučuje jako test doplňkový, dokreslující celkový obraz klienta.

4 Terapie balbuties

4.1 Specifika terapie dospělých osob

Dospělý klient se většinou potýká s problematikou koktavosti po celý svůj život, a proto je u něj porucha rozvinuta ve všech sledovaných rovinách. V řeči jsou neplynulosti zautomatizované ve formě repetice, prolongací a bloků. Zadrhnutí jsou doprovázena zvýšeným svalovým napětím a ve snaze je co nejrychleji překonat balbutik využívá vyhýbavé a únikové strategie. Pravděpodobně vnímá svou řeč negativně a předpokládá odmítavou reakci posluchačů. Jeho chování, emoce, pocity a vnímání jsou změněny. Vliv koktavosti na něj je dlouhodobý a změny jsou dobře zažití, proto je předpoklad, že terapie bude dlouhodobá a musí být intenzivní. Koktavost pravděpodobně zasáhla i sociální oblast, osobní a pracovní vztahy, ovlivnila celou kvalitu života balbutika.

Guitar (2006) připomíná pravděpodobný vývoj koktavosti: Na základě fyziologické predispozice (genetická predispozice, neurologický nález, osobnost, temperament dítěte) a v souvislosti s vnějším prostředím (rodiče, sourozenci, okolí) se u dítěte objeví řečové neplynulosti (repetice, prolongace). Dítě se je snaží překonat zvýšeným fyzickým napětím a větší rychlostí. Později na základě negativních zkušeností vznikají chybné copingové strategie a vyhýbavé a únikové tendence. Díky nim se přidává strach, stud a frustrace vyvolaná zadrhnutím. Podmiňováním se toto chování stává součástí více a více řečových situací. Reakcí na to je vyhýbání se konkrétním slovům, situacím, lidem, a tak se celý proces fixuje a stává trvalou součástí života dospělého balbutika.

4.2 Cíle terapie

Na skutečnostech uvedených v podkapitole 4.1 *Specifika terapie dospělých osob* je možné definovat obecné a specifické terapeutické cíle.

4.2.1 Obecné terapeutické cíle

Snížit frekvenci neplynulostí – snížení frekvence neplynulostí lze dosáhnout užitím řečových technik, například tvarováním plynulosti řeči či modifikací neplynulostí.

Snížit fyzickou tenzi doprovázející zadrhnutí – Van Riper (cit. dle Guitar, 2006, s. 282) tvrdí, že balbutik možná nemá vždy možnost nezadrhnout, ale má možnost ovlivnit, jakým způsobem

zadrhne. Je možné využít např. techniky modifikace neplynulosti řeči (např. měkký hlasový začátek, pull out)

Omezit negativní vnímání, myšlenky doprovázející koktavost – zde je možné využít strategií z kognitivně-behaviorální psychologie, kde se klient učí, že jak na situaci myslí, ovlivní jeho pocity. To dále ovlivní jeho chování v dané dříve promyšlené situaci (Menzies a kol., 2009).

Omezit vyhýbání se situacím, slovům či lidem – Jednou z možných strategií může být dobrovolné zadrhnutí, nebo výrazné zpomalení řeči před kritickým slovem.

4.2.2 Specifické cíle terapie

Lechta (2004b) uvádí následující specifické cíle terapie: **spontánní fluence** (dosažení normální plynulosti řeči bez nutnosti kontroly), **kontrolovaná fluence** (balbutik dosáhne plynulé řeči pouze trvalým monitoringem řečového projevu), **akceptovatelná koktavost** (občasné zadrhnutí bez nadměrné fyzické a psychické tenze).

Guitar (2006) předpokládá, že ne všem dospělým s koktavostí se podaří dosáhnout spontánní fluence, a proto jeho cíle jsou: 1. Být plynulý tam, kde balbutik cítí, že je to potřeba (tedy *kontrolovaná fluence*); 2. Tam, kde balbutik cítí, že je potřeba být plynulý, ale není to možné za užití kontrolované fluence použít *lehké, mírné formy zadrhnutí*; 3. Tam, kde balbutik necítí potřebu být plynulý, užít *akceptovatelnou koktavost*.

4.3 Základní východiska a zásady terapie

Huinck a kol. (2004) tvrdí, že neexistuje univerzální terapeutický model vhodný pro všechny balbutiky. Úspěšným výstupem terapie je schopnost se soustředit na řeč, především pokud balbutik očekává neplynulosti. Na základě mapování mozkové aktivity (např. Boberg a kol. (1983), Kroll a kol. (1997); Neumann a kol. (2003); Neumann a kol., (2005), cit. dle Guitar, 2006, s. 395) se předpokládá zvýšení aktivity levé mozkové hemisféry jako výsledek lepší schopnosti balbutika kontrolovat vlastní řeč a její načasování. Úspěšným výstupem terapie je změna reakce na zadrhnutí a omezení vyhýbavého chování. Terapie je dlouhodobý proces. I po skončení přímé práce balbutik pokračuje ve vlastní terapii a je tedy sám sobě logopedem. K měření pokroku a změn je nutné používat standardizované testy a dotazníky např. *SSI-4, BAB, OASES*.

Zajímavou myšlenkou se zabývají Conture a Curlee, kteří se snaží zjistit, kolik dospělých balbutiků vyhledá odbornou pomoc. Konkrétní výzkum pro koktavost nebyl dosud proveden, proto hledá paralelu v podobných chronických, dlouhodobých obtížích a na základě výzkumu (Procháska, DiClemente, and Norcross (1992), cit. dle Conture a Curlee. 2007, s. 234) a dochází k závěru, že jich může být relativně málo (10-14 %).

Terapie neznamená jen posun k lepšímu, ale během procesu může dojít k propadům a zhoršení stavu. Na tuto možnost musí být klient i logoped připraven, aby se předešlo oboustrannému zklamání. Conture a Curlee (2007) doporučují být připraven modifikovat terapeutický plán a vhodně přizpůsobit probíhající terapii, motivovat klienta dlouhodobými i krátkodobými cíli, zahrnout do procesu změny okolí balbutika, dbát na dodržování úkolů a udržovat v povědomí klienta, že on je hybatelem změny, logoped je jen průvodce na této cestě. Tedy že terapie pomůže jen těm, kteří se aktivně snaží pomoci sami sobě.

Jak často by terapie měla probíhat? Existuje mnoho různých terapeutických programů s různou délkou trvání, ale Conture a Curlee (2007) uvádí jako příklad rozdělení terapie na *intenzivní* (zde probíhá sezení jedno či dvě sezení každý den po dobu tří týdnů) a *dlouhodobou* (jednou za týden po dobu jednoho roku). Výhodou intenzivní terapie je rychlá změna povrchových struktur řeči, ale tento typ terapie je nedostatečný z pohledu adaptace na změnu v oblasti vnitřních struktur (chování, copingové strategie a emoce). Z toho důvodu se přiklání k upřednostnění dlouhodobé terapie, která pomůže klientovi se lépe přizpůsobit proběhlým změnám.

Jak již bylo zmíněno výše, neexistuje univerzální terapeutický model vhodný stejně pro všechny balbutiky. Záleží na zkušenostech terapeuta, jakou techniku zvolí, záleží také na klientovi, jak bude na danou techniku reagovat a jak s ní dokáže pracovat. Základní rozdělení je na techniky založené na pravidlech (tzv. *rule-based*) a na techniky založené na principu (tzv. *principle-based*). Techniky založené na pravidlech jsou takové, které mají jasnou strukturu, pravidelnost, řád. Techniky založené na principech pracují s cílem, kterého chtějí klienti dosáhnout, volněji, bez pevně stanovených pravidel a řádu. Dávají větší prostor individuálním potřebám klienta.

Conture a Curlee (2007) upozorňují na další specifikum dospělých balbutiků – strávili dlouhé roky rozvojem a zdokonalováním svých reakcí a svého chování ovlivněného koktavostí. Ať je toto chování adekvátní či není, považují jej za své a jsou na něj zvyklí. Jakoukoliv změnu pocítují nekomfortně a vyvádí je z jejich rutinních bezpečných zón. Někdy je jejich požadavek

pouze na odstranění neplynulostí v řeči beze změn v dalších oblastech, což je dle Contura a Curlee nemožné.

4.4 Základní rozdělení terapeutických přístupů

Lechta (2004b) uvádí, že existují dvě velké terapeutické skupiny: terapie tvarování plynulosti (angl. *fluency shaping therapy*) a terapie modifikace koktavosti (angl. *stuttering modification therapy*). Tyto přístupy zastřešují velké množství různých adaptací a terapeutických metod jednoho z uvedených principů. Dále jsou nyní stále častější i kombinace těchto skupin v rámci tzv. *integrované terapie*. V principu je možné shrnout (Manning, 2001), že metody terapie tvarování plynulosti řeči se primárně zaměřují na povrchové struktury koktavosti, jako jsou její fyzické projevy (neplynulosti, artikulace, dýchání) a jejich modifikace. Věří, že po dosažení plynulosti tato změna povede ke změně kognitivních a afektivních reakcí spojených s koktavostí. Na rozdíl od toho strategie modifikace koktavosti se zaměřuje na vnitřní faktory koktavosti a věří, že díky změně postoje ke koktavosti, jejímu lepšímu pochopení a poznání (co a proč se děje a jak mě to ovlivňuje), se dosáhne i změny v povrchových strukturách řeči, tedy větší plynulosti.

V současnosti vstupují do obou terapeutických konceptů a vhodně je doplňují prvky KBP (kognitivně-behaviorální psychologie), terapie přijetí a odevzdání ACT (angl. *ACT – acceptance commitment therapy*) či terapie zaměřená na řešení (angl. *solution focus therapy*) (Harley, 2015).

Takzvaná ABC trilogie (angl. *affect, behavior, cognition*) se stala součástí mnoha terapeutických postupů a je i součástí modelu MKF – viz podkapitola 1.5 *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví a koktavost*. Jako součást terapie ji specifikuje např. Bouwen (cit. dle Contura a Curlee, 2007, s. 287). Bouwen stanovil pět terapeutických cílů pro dospělé balbutiky:

„Mít dovoleno koktat (mentální povolení ke koktání).

Odvázat se koktat (emocionální přijetí faktu, že se koktání objeví).

Moci použít metodu (mentální povolení si změny chování).

Odvázat se použít techniku (emocionální přijetí faktu, že použiji danou techniku).

Chci a umím použít metodu, abych mluvil tak normálně, jak je to možné (vnitřní přijetí učinit změnu chování).“

Bouwen předpokládá, že pokud není koktavost klientem akceptována, tedy pokud neakceptuje fakt, že nemá sám o sobě zakázáno se zadržnout, tak každé nové další zadržnutí po ukončení terapie v něm vyvolá paniku a podkopá motivaci k dalšímu užívání naučených technik.

4.5 Specifika terapie tvarování plynulosti

Metoda terapie tvarování plynulosti (angl. *fluency shaping*) je populární od 60. - 70. let 20. století a primárně se zaměřuje na redukci neplynulostí v řeči. Je založena na modelu behaviorální modifikace, je jasně strukturovaná a nemění pouze neplynulá slova, ale mění celý řečový vzor. Řeč je v prvních fázích terapie výrazně zpomalena, zpomalí se i přechod mezi slovy a ty se k sobě navážou. Dramatická změna tempa a měkké nasazení podpoří zapojení dýchání, fonace a artikulačních pohybů do řeči. Zároveň, jak uvádí Perkins (1984, cit. dle Conture, Curlee, 2007, s. 245) se zkracuje délka promluvy na dvě až pět slabik. V řeči tak vznikají pauzy, které klient využívá pro hluboký nádech. Se vzrůstající dovedností se původně značně zpomalené tempo řeči zrychluje. Také se postupně pracuje na transferu mimo logopedickou ambulanci.

Jelikož se jedná o vysoce strukturovaný behaviorální program, dá se snadněji a rychleji naučit, a tedy dosáhnout výsledků než u terapie založené na modifikaci koktavosti (Manning, 2001). Princip terapie je zaměřen právě pouze na koktavost jako fyzický řečový fenomén a nepracuje s vnitřními aspekty, jako je strach, chování, vyhýbání se apod. Mezi nejznámější metody patří původní metoda *Precisious Fluency Shaping Program (PFSP)* vyvinutá Websterem (Manning, 2001) a *Camperdown program* autorů Sue O'Brien, Marka Onslow, Angely Cream, and Anny Packman (Guitar, 2006). Metoda, která se používá v České republice a je vytvořena na tomto principu, je fonograforytmika profesora Lechty. I přes dlouhodobé používání a intenzivní výzkum metod založených na tvarování plynulosti se u nich nepotvrdil větší přínos než metod založených na modifikaci koktavosti (Prins, Hubbard, 1988). V současnosti se tyto programy často obohacují o práci s vnitřními aspekty koktavosti nebo se přímo obohacují o prvky modifikace koktavosti.

4.5.1 Fonograforhythmika

Fonograforhythmika je metoda, kterou vytvořil prof. Lechta v roce 2000. Jedná se o komplexní terapeutický přístup. Pozornost je zaměřena na všechny tři složky, které jsou zasaženy: psychická tenze, nadměrné úsilí a na vlastní řeč. Jedná se o kombinovanou metodu založenou na tvarování plynulosti řeči. Změní se celý proces řeči a terapie se nezaměřuje pouze na základní řečové chování.

K dispozici je komplexní sada materiálů. Skládá se z komplexní diagnostické zprávy a pomocných terapeutických materiálů, které jsou přizpůsobeny práci s dětmi, dospívajícími a dospělými. Metoda se nezaměřuje na práci s emocemi, vyhubavým chováním a strachem. Ty by se měly upravit po upravení plynulosti bez jakéhokoliv externího zásahu. Metoda zohledňuje předpoklad, že koktání může být způsobeno nesynchronní spoluprací dvou centrálních složek produkce řeči (segmenty levé a pravé hemisféry) a tyto procesy jsou integrovány do jednoho komplexního za účelem dosažení synchronizace. Metoda může vyvolat okamžitý pocit plynulosti a kontroly nad řečí a omezuje vznik a zvyšování subjektivního pocitu časového tlaku. Celý proces je realizován pomocí rytmické a pomalé řeči, a snižuje tak nadměrné úsilí. Všechny tyto principy jsou uskutečňovány současně. Výsledkem je zlepšení plynulosti řeči.

Metoda je implementována v 7 fázích. Přejít do další fáze je indikován plynulou řečí v předchozí fázi. Tyto stupně se liší v obtížnosti zadaných úkolů.

Lechta uvádí následující „etapy fonograforhythmiky (2005, s. 262):

1. etapa: *fonologická analýza slov na slabiky* (rytmickým vytleskáváním slabik, tlukotem paliček, bubnováním atp.)
2. etapa: *přičlenění grafik* — úroveň slabik („tajné písmo“: obloučky jako ekvivalenty slabik)
3. etapa: dvojslabičná slova; víceslabičná slova; věty z dvojslabičných slov; dialogy. *Zážitek plynulosti – získání kontroly nad svým mluvním projevem.*
4. etapa: *úroveň slov* („tajné písmo“: úsečky jako ekvivalenty slov) slova; věty; dialogy.
5. etapa: *pragmatizace* – používání fonograforhythmiky v dialogu, v konverzaci (Užívání laserového pointeru při „psaní“: přímkové jako ekvivalenty vět). *Zamezujeme vzniku časového tlaku.*
6. etapa: *imaginace* (představa písma bez jeho konkrétní realizace)

7. etapa: *fixace* (v poradně, přítomných je více účastníků komunikace)
8. etapa: *transfer* (prostředí mimo poradnu; dříve se patřičné situace nacvičily při hrách v rolích)“.

Tento způsob terapie musí být propojen s metodami snižujícími psychické napětí a nadměrné úsilí. Bylo by chybou soustředit se čistě na neplynulosti. Poskytnuté terapeutické materiály tyto složky nespecifikují, nevyvíjejí je a neponechávají na terapeutovi možnost volby metod pro snížení mentálního napětí. Bohužel to často vede k situaci, kdy nezkušený terapeut zaměřuje svou pozornost pouze na úpravu řeči a neprovádí terapii zaměřenou na psychické a fyzické napětí se nedělá. Úspěch této metody je tedy u řady klientů omezený. Na druhou stranu však zmiňuje význam těchto komponentů, ale ponechává na terapeutovi, pro jaký přístup se rozhodne. Může pak tedy vybrat přístup, který klientovi vyhovuje (např. KBT).

Výhody a nevýhody komentují mnozí autoři například Lechta a Shapiro. Mezi výhody technik založených na tvarování plynulosti patří to, že přístup je vhodný pro balbutiky, kteří neskrývají potíže, nevyhýbají se mluvení a nepovažují svou řeč za svou nevýhodu. Velmi často se brzy podaří realizovat plynulou řeč. Metoda je velmi efektivní u malých dětí, protože když se rodiče účastní terapie, musí se přizpůsobit rychlosti řeči a střídání se v řeči. Rodiče mohou kontrolovat tempo řeči pomocí grafické reprezentace řeči. V České republice je k dispozici mnoho podpůrných materiálů ve formě pracovních listů, které jsou upraveny pro různé věkové skupiny.

Mezi nevýhody patří často pomalý transfer, protože terapie necílí na desenzibilizaci. Dospělí klienti nejsou povzbuzováni k tomu, aby vnímali svůj vlastní řečový projev, jeho mechanismus a mechanismy, které způsobují dysfluence. Dále sem patří stálé opakování stejných cvičení a jejich malá různorodost a to, že se díky této metodě pozornost balbutika odvádí od řeči, což může pomoci plynulosti, ale v okamžiku, kdy tuto metodu nepoužívá, se může cítit nejistě a řeč může být ještě horší.

4.6 Specifika terapie modifikace kóktavosti

Tento terapeutický přístup modifikace kóktavosti (angl. *stuttering modification*) je založen na programu z roku 1972, jehož autorem je Van Riper. Existuje mnoho modifikací a variant této metody, ale princip zůstává stejný. Hlavní rozdíl oproti předchozímu postupu spočívá v tom, že není upravena celá řečová produkce klienta, ale týká se pouze neplynulostí.

Zabývá se také pocity, strachem a vyhýbavým chováním. Klient se je naučí rozpoznávat, zpracovávat a měnit.

Klienti se učí ovládat své kóktání a kóktat plynuleji. Naučí se dívat na své kóktání nezaujatě, jako na předmět studia, a naučí se jej měnit podobně, jako se mění naučené zvyky. Podle tohoto přístupu je kóktavost výsledkem vyhýbání se dysfluencím a snahou s nimi bojovat. Klienti se učí mít zadržávání pod kontrolou a zadržávat plynuleji. Tedy monitorovat a změnit staré, zautomatizované a zažité způsoby silového přemáhání neplynulostí a nahradit je lehčími formami neplynulosti (Conture, Curlee, 2007). Z tohoto důvodu je věnována velká pozornost výše uvedenému. Plynulost je považována za výsledek ovládnutí těchto emocí (což je v kontrastu s předchozím terapeutickým přístupem).

Terapeutický plán je opět rozdělen do několika etap. První etapa je diagnostická: jsou hodnoceny komunikační faktory – jak zjevné (stupeň kóktavosti), tak skryté (motivace, úzkost, hanba). Dále se hodnotí závažnost, četnost, délka a typ dysfluencí. Úvodní fáze je zaměřena na motivaci. Jeho cílem je vytvořit otevřený, přátelský a rovný vztah mezi terapeutem a klientem. Terapeut se učí porozumět motivům a pocitům klienta, aby ho mohl v průběhu celé léčby vhodně podporovat.

4.6.1 Identifikace

Klient se učí rozpoznávat a hodnotit vše, co považuje za neplynulost. To neplatí pouze pro řeč. Učí se také popsat pocity, které jsou způsobeny neplynulostmi. Vychází z předpokladu, že jakékoliv naučené zvyky je snazší změnit, pokud si je uvědomíme (Shapiro, 1999). V této fázi se kóktavost nijak nemodifikuje a nemění, dochází pouze k jejímu rozpoznání a popsání.

Výsledkem společné snahy s logopedem by měl být seznam věcí, které balbutik dělá, když zadržává. Popisuje vnější, povrchovou strukturu kóktavosti, tedy to, co je možné vidět a slyšet. Další seznam by měl obsahovat seznam věcí, které balbutik dělá, protože zadržává. Zde bude popsáno chování, pocity a emoce, které doprovázejí proces zadržávání, nebo předchází možnosti, že se klient zadrhne. Manning (2001) doporučuje, aby si klient napsal seznam za podpory logopeda sám a tím možná poprvé získal pocit odpovědnosti za své chování a pocity. Další možností identifikace je, že si klient napíše vlastní autobiografii ve formě příběhu, a to mu pomůže získat větší nadhled a odstup od problému. Logoped z příběhu lépe pozná svého klienta a získá větší přehled o jeho cílech a motivaci.

Oproti tomu jiní autoři např. Conture (2001) dávají v úvodní fázi přednost identifikaci hlavně fyzických projevů koktavosti a uvědomění si svalové dyskoordinace. Conture se věnuje především vlastnímu vnímání a fyzickému pocitu z činnosti svalu. K identifikaci se může použít videonahrávka, zrcadlo a další pomůcky, ale je nutné vědět, že vlastní akt sebezpozorování je pro většinu klientů velice nepříjemný a frustrující. Je to sice pro další etapu nezbytné, ale je nutné v této fázi postupovat citlivě a s ohledem na klienta. Postupně se klient učí rozpoznat neplynulost nejen po jejím skončení, ale i v průběhu a ještě před jejím začátkem. Rozpoznat neplynulost co nejdříve je jedním z cílů této fáze. Během cvičení je nezbytné reagovat na pocity a reakce klienta, diskutovat, co se děje, jaký to má význam, jaké emoce to v něm vyvolává a jak je možné je zpracovat. Cílem je rozpoznat 80 % a více neplynulostí co možná nejdříve od jejich vzniku.

Již během této fáze je možné si všimnout zlepšení, jak ale upozorňuje Manning (2001), rychlé zlepšení je často následováno rychlým zhoršením. Zlepšení se může projevit a) zkrácením trvání neplynulosti či její menší frekvencí; b) tak, že okolí balbutika zaznamená zlepšení jeho řeči; c) identifikace neplynulosti způsobí v průběhu zadržnutí spontánní změnu neplynulosti (zkrátí opakování, dokončí bez tlaku). Je to jeden z prvních momentů, kdy klient aktivně změní způsob svého zadržnutí a přebírá sám aktivní roli nad momentem ztráty kontroly, čehož si může či nemusí být vědom.

Může být, ale zaznamenáno (a není to výjimečné) i dočasné zhoršení neplynulosti klienta. To je často způsobeno objektivizací problému. Klient jej začal vnímat i tam, kde jej dříve neviděl, vidí vše, co dříve považoval za nepostřehnutelné či za užitečné, jak vypadá ve skutečnosti. Je na terapeutovi, aby klienta dokázal dopředu na tuto skutečnost připravit a dopředu ji vysvětlit.

4.6.2 Desenzibilizace

Cílem fáze zvané desenzibilizace je snížení nebo odstranění strachu, obav, plachosti a negativních emocí, které doprovázejí koktání. Klient se naučí odstraňovat vyhýbavé metody, které používal. Vychází se z předpokladu, že nelze změnit něco, čemu se vyhýbáme. V této fázi se může dočasně objevit zhoršení neplynulostí a je dobré, aby si klient tuto možnost uvědomil. Klient se učí zvyšovat svoji odolnost vůči stresu, které mu mluvení způsobuje. Opouští své staré zvyky a reakce spojené s koktáním. „Trvalá změna chování je poměrně možná, ale zřídka snadná nebo rychlá – zejména pokud se u balbutika, který je znepokojený, bojí se nebo je

úzkostný kvůli své koktavosti, vyvinul pocit blízký beznaději, že se mu dá pomoci a/nebo se koktání může změnit” (Conture, 2001, s. 341).

Fáze desenzibilizace je důležitá proto, aby si klient uvědomil, že v průběhu zadrhnutí není bezmocný a pokud se mu podaří omezit strach a další negativní emoce, bude mít větší možnost změnit své chování či způsob neplynulosti. Jednotlivé cíle uvádí Conture (2001) takto: a) dokázat popsat, co jako klient dělám, když zadrhávám a kdy se zadrhávání vyhýbám; b) snížit negativní reakci na zadrhnutí; c) transfer.

Jednou z nejužívanějších technik je dobrovolné zadrhnutí neboli pseudozadrhávání. Technika vychází z principu opakovaného vyvolání negativního podnětu, díky čemuž postupně dojde k vyhasnutí negativní reakce na něj. Navíc klient má často zažitou skutečnost, že čím více se snaží zadrhnutí skrýt, tím více se potom zadrhne. Zde se uplatňuje opačný postup: tedy neskrýváním dojde ke snížení strachu, a tím se řeč stane plynulejší. Guitar (2006, s. 413) píše, že „koktavost je udržována strachem z koktání a omezením tohoto strachu dojde k omezení koktavosti”. Klient pod vedením terapeuta postupně zkouší úmyslně dvakrát pomalu volně zopakovat první slabiky ve slově a postupně se náročnost zvyšuje větším počtem opakování, přidáváním dalších typů neplynulostí, přidává se koverbální chování typické pro klientovo zadrhávání a pracuje se na transferu mimo terapeutickou místnost. Je to velice obtížná technika a tento paradoxní postup se musí klientovi velice dobře vysvětlit, aby pochopil výhody, které z něj plynou. Tou je především zvládnutí pocitu strachu a skutečnost, že klient díky tomu získá postupně kontrolu nad momentem zadrhnutí.

Další cestou, jak se přestat zadrhnutí bát, je otevřeně o problému mluvit. Tím se zároveň odbourává obava z reakce okolí na balbutikův problém. Pro většinu balbutiků je to problém, protože o svém hendikepu nejsou zvyklí mluvit a jejich nejčastější reakcí je maskování obtíží. Guitar (2006, s. 403) říká, „toto může pomoci klientům vyzkoušet realitu a zjistit, kolik z jejich úzkosti a odmítání kvůli koktavosti je v jejich mysli spíše než v mysli jejich posluchačů.“ Klient se připraví na možné pozitivní i negativní reakce okolí a je možné vytvořit i hierarchii zátěžových situací, kde se technika bude zkoušet. Může o problému podrobněji mluvit se svými blízkými nebo může vtipně zareagovat na vlastní zadrhnutí v cizím prostředí. Reakce ostatních lidí je velice často pozitivní a to jej motivuje k další praxi.

4.6.3 Variace

Během stadia variance se klient učí koktat plynuleji, učí se zbavovat starých zvyků a osvojuje si nové. Staré návyky se oslabují pomocí variací a klient se učí získat kontrolu nad svou řečí. Klient má v této fázi za úkol nikoliv zastavit probíhající zadržnutí, ale předem připraveným způsobem jej změnit. Může to být výměna úvodního slova, které klient obvykle používá, za jiné, může to být přidání fonace v průběhu řečového bloku apod. Manning (2001) připomíná, že cílem není odstranění neplynulostí, ale opětovné získání kontroly nad ní. Dalším ze způsobů změny způsobu koktání a tím oslabení strachu z něj je tzv. zamrznutí v momentu neplynulosti. Guitar (2006) vidí jeho důležitost především v tom, že být schopen zastavit v momentu zadržnutí, vydržet v něm a z této situace se nesnažit nijak uniknout postupně vyvolá uvolnění svalů a umožní pokračovat v řeči jiným způsobem než dříve naučeným a zautomatizovaným zvýšeným svalovým napětím doprovázeným unikem. Klient se učí být tolerantní a nezpanikařit v okamžiku neplynulosti. Učí se to u všech typů neplynulostí, prodlužuje se délka zamrznutí a náročnost se zvyšuje dle předem připravené stupnice obtíží. Transfer je nezbytnou podmínkou úspěchu a logoped zde slouží jako konzultant, motivátor, ale především prakticky ukáže, jak má co vypadat a jde příkladem v praktickém použití techniky mimo ambulanci. Proto je nezbytné, aby terapeut měl sám zkušenosti s těmito technikami a byl sám dostatečně desenzibilizován praktickým tréninkem.

4.6.4 Modifikace

Ve stádiu modifikace klient pokračuje v opouštění vyhýbavého chování a následně si osvojuje méně nápadný způsob zadržnutí. Klient se učí techniky, jako jsou *cancellation*¹⁰, *pull outs*¹¹ a *preparatory sets*¹². Učí se více technik, aby si z nich mohl vybírat dle situace.

Cílem této etapy je nahrazení starých typů neplynulostí, které klient neměl pod kontrolou, novými lehčími a plně ovladatelnými vůlí. Nahrazení je obtížné nejen proto, že dřívější typy neplynulostí jsou za roky používání dobře zautomatizované, ale jsou pro klienta i pohodlné a cítí se v nich jistě. Nové způsoby modifikace jsou často vnímány jako trapné, nepříjemné a divné. Je to proto, že nejsou dostatečně zažité. Smith (1997, cit. dle Manning, 2001, s. 284) vysvětluje, proč je tato změna tak obtížná: „chování, které doprovází zadržnutí, se dá považovat spíše za hyperkoordinované než nekoordinované. Tedy že komplexní systémy

¹⁰ *cancelling* - český termín *zrušení* – Lechta (2004b, s. 129)

¹¹ *pull out* – český termín *vytažení* - Lechta (2004b, s. 129)

¹² *preparatory sets* – český termín *vytažení* - Lechta (2004b, s. 129)

mají sklon se organizovat a ustálit ve způsobu chování, které je upřednostňováno před jinými možnými způsoby”.

Pomocné řečové techniky i jejich postupné naučení se u jednotlivých autorů mírně liší, zde jsou uvedeny v nejčastějším pořadí (Manning, 2001). Jako první se často učí technika *cancelling*. Jedná se o modifikaci po opravdovém zadržnutí, které klient nezměnil. Ihned po neplynulém slově musí následovat tichá pauza a poté klient znovu zopakuje velice pomalu cílové slovo, bez tlaku a lehce. V nácviku je možné cílové slovo trénovat potichu, aby si klient uvědomil, kdy došlo ke ztrátě kontroly, a dokázal s tímto momentem pracovat. Technika primárně neslouží k lepší plynulosti, ale především k důslednému nahrazování starých forem neplynulosti. Pauza a opakování slouží jako určitá forma potrestání za to, že k jejich nahrazení nedošlo již s předstihem. Tím se toto cílené kladné chování zpevňuje a fixuje. Jedná se o formu operantního podmiňování. Další terapeutickou technikou je *pull out*. Lechta (2004b) ji popisuje tak, že po nastálém bloku se cvičí dokončení slova hladkou, kontrolovanou a plynulou prolongací. Poslední technikou je *preparatory set*, která je následována měkkým hlasovým začátkem, kdy je u slova s uvolněnými artikulačními svaly a lehkým posazením hlasu realizována první hláska a z ní se plynule přechází na hlásku následující. Techniky se trénují ve výše uvedeném pořadí, ale je nutné stále připomínat klientovi, že jejich užití nemá za cíl, aby byla řeč plynulá – to by bylo kontraproduktivní. Jedná se o modifikaci starých forem neplynulosti za účelem mít řeč pod kontrolou. Zvládnutí je velice náročné a vyžaduje dlouhodobý trénink a habituaci. Nejnepříjemnější technikou je *cancelling* kvůli jeho velké nápadnosti a narušení hovoru, ale má svůj význam jako poslední stupeň opravy nekontrolované neplynulosti. Guitar (2006) tyto původní techniky obohacuje ještě o techniky *flexible rate*¹³ a *light contact*¹⁴.

Význam propriocepce u neplynulosti vnímal již Van Riper (1982), který předpokládal, že některé z obtíží u balbutiků pravděpodobně vznikají během zpracování sluchového signálu. Proto pokud dokážeme, aby se soustředil na proprioceptivní zpětnou vazbu a nikoliv auditivní, můžeme se těmito obtížím vyhnout. Klient se učí vnímat schopnost nervového systému, zaznamenat změny vznikající ve svalech při zadržnutí a při plynulé řeči. K tomu, aby výsledek nebyl ovlivněn sluchovou zpětnou vazbou, je možné použít Lee-efekt, fungující na principu

¹³ *flexible rate* – český termín flexibilní tempo – jedná se o zpomalení vyslovení první slabiky, tedy pomalý přechod z první hlásky na druhou

¹⁴ *light contact* – český termín lehký kontakt - jedná se o opak vyražení začátku slova, v praxi se jedná o variantu měkkého hlasového začátku

DAF, a podobné pomůcky. Guitar používá termín *superfluency* (superplynulost) právě pro kombinaci řečových technik a propriocepce.

Jednou z možností naučení se výše zmíněných řečových technik je jejich primární zapojení nejprve do plynulé řeči, kde si na ně klient zvykne a učí se je aktivně používat, a až později techniky využívá jako nahrazení starých vzorců neplynulosti. Terapeut zde má roli kontrolní, motivační, ale postupně se tyto kompetence snaží převést na klienta. Transfer a nácvik je podobný jako u předchozích fází. Nejprve probíhá v logopedické ambulanci, následně mimo ambulanci s logopedem v každodenních situace. Zařazuje se telefonát příp. jiná nejobtížnější část dle individuálních požadavků klienta, například prezentace, aktivní oslovení cizích lidí apod.

Dále je nezbytné, aby se klient učil samostatně vnímat reakce ostatních lidí na modifikované neplynulosti a toho využil v jejich dalším upevňování. Conture (2001) připomíná možnost spontánní modifikace již po průpravné fázi identifikace, kdy si terapeut může všimnout změny fyzického tlaku u neplynulostí či zkrácení zadržnutí a vlastně i provedení techniky *pull out* či měkkého hlasového začátku ještě před vysvětlením těchto technik. K upevňování nových vzorců musí logoped vždy klienta povzbudit, opakovaně chválit ihned po správně provedené technice, stále motivovat a připomínat cíle, které si klient vytyčil. Pro přechod do další fáze terapie je nutné, aby došlo k transferu do reálného života a aby se dařil alespoň z 80 %. Někdy je nezbytné se v terapeutickém programu vrátit zpět a cíleně zopakovat některou jeho část. V průběhu terapie je vhodné opakovaně provádět testy, jejichž vyhodnocení nám pomůže s rozhodnutím, jak dále pokračovat. Aktivita pro dané fáze musí být jasné stručné a dobře naplánované.

V současné praxi se nejlépe osvědčují tzv. SMART úkoly. Název SMART je zkratkou vlastností v angličtině, které by měl správně stanovený cíl splňovat. Cíl má být **S - Specific** (tedy specifický, konkrétní, jasně definovaný), **M – Measurable** (když je cíl konkrétní, je také měřitelný, což jasně dokazuje, že klient cíle dosáhl), **A – Achievable/Acceptable** (tedy dosažitelný ve stanoveném čase a vhodný/přijatelný pro klienta), **R - Realistic/Relevant** (realistický a relevantní vzhledem k okolnostem) a **T – Time Specific/Trackable** (časově určený, tedy s jasným termínem, a jeho plnění by mělo být možné sledovat).

Aby byl cíl dobře splnitelný, měl by splňovat všechny tyto vlastnosti. V případě, že je nesplňuje, je buď špatně definovaný, nebo se jedná o široký strategický cíl. Pak je ale k němu zapotřebí vytvořit specifické cíle, které budou SMART vlastnosti splňovat.

4.6.5 Stabilizace

V tomto stádiu se automatizují nově naučené schopnosti, které klient získal. „Naše terapie koktavostí by se měla neustále snažit pomáhat balbutikům, pokud se tak rozhodnou, mluvit co nejplynuleji ve svém každodenním prostředí, aby se uskutečnila nezbytná změna chování, která usnadní plynulejší řeč“ (Conture, 2001, s. 341). Klient by měl být schopen získat kontrolu nad svým projevem a měl by být schopen převzít sám roli terapeuta. Guitar (2006) prohlašuje: „S tím, jak se klienti zlepšují, jim předávám stále více a více odpovědnosti za terapii. Je důležité, aby realisticky chápali, co mohou očekávat z hlediska své dlouhodobé plynulosti.“

Balbutik se v této poslední fázi stává odolnějším vůči možným vnějším i vnitřním negativním reakcím na zadrhnutí a učí se vše zvládat ve stále obtížnějších podmínkách. Ví, že techniky se musí stále procvičovat. Ví, že víc, než úplná plynulost je žádoucí kontrolovaná neplynulost (Conture, 2001), sám sobě si dává dovolení se zadržnout. Musí umět monitorovat vlastní řeč i pocity z ní vycházející.

Techniky udržující a stabilizující plynulou řeč jsou například odpovědnost být sám sobě logopedem, protože klient si prošel celým procesem modifikace koktavosti, dobře jej zná a měl by umět reagovat na nově vzniklé podněty a obtíže samostatně zařazením odpovídajícího cvičení. Měl by umět identifikovat obtíže, nastavit si vlastní cíl a cestu k jeho splnění. V této fázi terapie se již logoped odpoutává od klienta a předává odpovědnost jemu samotnému. Sleduje, jestli efektivně identifikuje a reaguje na možné změny. Další možností udržení dosažených dovedností je stanovení dlouhodobých cílů, kdy je plynulost pouze vedlejším produktem změny, kterou si prošel.

Conture (2001) definuje základní vodítka, které terapeutovi napoví, kdy je klient schopný opustit terapii. *Jaký druh neverbálního chování se u klienta objevuje?* Terapie a řečové obtíže již pro něj nejsou prioritou, volí jiná témata hovoru, často ruší návštěvy atd. *Jaký druh verbálního chování klient projevuje?* Jak reaguje na možné neplynulosti v řeči, jak efektivní je v užívání modifikací, jak časté jsou jeho neplynulosti v řeči atd. *Jak klient zvládá delší pauzy v terapii?* Jak se změnila plynulost, jak na ni klient dokázal reagovat? Převzal odpovědnost za svoji řeč? Pokud klient projde těmito parametry, termíny návštěv se budou prodlužovat napřed

na jednou měsíčně, následně na jednou za tři měsíce a méně. Vždy je důležité nechat klientovi otevřené dveře, a pokud bude cítit nutnost opakované návštěvy, měla by mu být umožněna.

4.7 Skupinová terapie, svépomocné skupiny

Jako vhodný doplněk individuální terapie nebo jako nástroj stabilizace mohou sloužit svépomocné skupiny. Skupiny mohou probíhat pod vedením logopeda, samostatně nebo pod supervizí logopeda (Lechta, 2004b). Další kategorizaci nabízí Guitar (2006), který dělí skupiny na vedené terapeutem, pomocné/svépomocné a vzájemně kombinované. Logopedem vedené skupiny fungují především jako podpora programu tvarování plynulosti a jsou zaměřené na praktický aktivní nácvik řečových technik. Naproti tomu pomocné skupiny slouží primárně ke sdílení společných pocitů a ke vzájemné podpoře.

Výhody skupinové terapie jsou nesporné (Manning, 2001). Klient může sledovat, jak se ostatní vypořádávají se stejným problémem, různé názory členů skupiny mohou sloužit k novým myšlenkám a k jiným způsobům řešení. Skupina slouží k praktickému nácviku nově naučených řečových dovedností a sdílení pocitu, že balbutik není se svým řečovým hendikepem sám. Je to dobré místo k další desenzibilizaci a umožňuje otevřeně mluvit o pocitech, obavách, obtížích a neúspěších. Stejně tak je to místo, kde se může balbutik pochlubit a pochválit za úspěch. Členové navzájem sdílejí informace, motivují se a pomáhají si. Terapeut může ve skupině lépe poznat své klienty a může zvolit další aktivity vhodné pro více lidí (hraní rolí, dramatizace, diskuze, prezentace, zkoušení si dovedností z individuální terapie).

Aby skupina dobře fungovala, musí být dobrovolná, každý člen motivován, ochotný spolupracovat a podělit se o své zkušenosti. Conture (2001) upozorňuje, že skupinová sezení nejsou vhodná pro všechny a musí se i dobře zvážit doba, kdy terapeut klienta do skupiny doporučí. Při vytvoření skupiny je nejčastěji obtížné najít si společné prostory a určit čas, který by vyhovoval většině účastníků. Počet účastníků dle Lutermana (cit. dle Manning, 2001, s. 300) by měl být nejlépe kolem sedmi členů a maximálně však do patnácti. Větší skupina představuje nebezpečí, že se klienti navzájem nebudou dobře znát a nebudou si důvěřovat. Vedení skupiny musí být vyvážené, na jedné straně musí poskytovat dostatek prostoru a volnosti každému k vyjádření, ale přitom musí skupinu směřovat za nějakým cílem. Pokud bude vedení příliš direktivní, nebudou klienti sami iniciativní, a naopak. Logoped by měl mít zkušenosti s terapií kochtavosti a měl by umět skupinu směřovat. Musí umět nastolit atmosféru vzájemné důvěry,

kteřá je pro skupinovou terapii klíčová, měl by umět aktuálně reagovat na potřeby skupiny a být flexibilní, měl by umět dát každému dostatečný prostor k vyjádření.

Každá skupina by měla mít stanovená svoje vnitřní pravidla, která by neměla být předem daná, ale skupina by je měla sama sestavit. Skupina by také měla být sama odpovědná za program a témata. Základním principem pro dobré fungování skupiny je navzájem se nesoudit a nehodnotit. Každý má možnost se zapojit až cítí, že je připraven, a ne všechny otázky vyžadují odpověď. Aby se všichni členové cítili dobře a bezpečně, platí, že co se řekne na skupině, by mělo zůstat důvěrné.

4.8 EBP v terapii koktavosti

4.8.1 Terminologické vymezení EBP

Termín EBP – *Evidence Based Practice* neboli praxe založená na důkazech, je termín, který se užívá již od 90. let 20. století, nicméně jak uvádí Roddam (2018), jeho použití bývá často nepřesné či nadužívané. Vznik tohoto přístupu byl motivován variabilitou ve způsobu provádění medicínské praxe, tedy tím, že si širší veřejnost začala všímat, že se klinické poznatky často diametrálně liší a také různé instituce začaly požadovat důkazy o účinnosti léčebných postupů. Tyto pohnutky byly dle Roddama (2018) i politické a finanční, jelikož se mezinárodní tlak soustředil na co nejvyšší kvalitu ve zdravotnictví, která měla být zajištěna právě lepší standardizací ve zdravotnictví. Došlo tedy k posunu – od tradičního pojetí, kdy se vycházelo z výuky a výcviku, kde se předávaly zkušenosti (tzv. nejlepší praxe), se přecházelo k tomu, že se rozhodování se mělo zaměřovat explicitně na kvalitní vědecké důkazy spíše než na klinický úsudek.

Roddam cituje nejčastěji uznávanou původní definici EBM (*Evidence-based medicine*, Sackett a kol, 1996, s. 2): „*Evidence-based medicine* je vědomé, rozvážné a záměrné použití nejlepších dostupných důkazů při rozhodování o jednotlivých pacientech. Užívat *evidence-based medicine* znamená propojit osobní klinickou odbornost s nejlepšími dostupnými důkazy plynoucími ze systematického výzkumu“. Finn (2003) uvádí, že přístup založený na důkazech k výběru terapie je „empiricky řízený přístup, je založený na měření a je citlivý ke klientovi“.

Jak uvádí Roddam (2018, s. 109), tři základní složky EBM jsou: nejkvalitnější důkazy plynoucí z výzkumu, prověřený expertní klinický posudek a faktory související s jednotlivým

pacientem. Tyto tři složky lze vysledovat ve všech definicích EBM a EBP, měly být vyrovnané a žádná by neměla převažovat. „Obecně se má za to, že EBP představuje zásadní a hluboký proces hodnocení řady zdrojů důkazů, které obohacují naši běžnou klinickou praxi. To samozřejmě zahrnuje publikované výzkumy přímo související s daným případem, nicméně je rovněž nutné zvážit jedinečný klinický profil obtíží a projevů pacienta stejně jako jeho preference a priority ve společném rozhodování o průběhu jeho léčby.“ (Roddam, 2018, s. 110). Je tedy důležité, aby byl terapeut seznámen aktuálními výzkumy a byl schopen je ve své praxi vhodně využít.

4.8.2 EBP a jeho uplatnění v praxi

Roddam (2018) uvádí pět krokový model užití EBP dle Sacketta, který má pomoci odborníkům naučit se používat výzkumné důkazy. Tyto kroky jsou: *formulovat specifickou otázku* - musí být přímo relevantní buď pro konkrétního pacienta, nebo skupinu pacientů; *najít nejlepší dostupné výzkumné důkazy* - cílené a obsahově vyčerpávající hledání odpovědi na otázku; *implementovat změnu do klinické praxe* - přesvědčit se, že výzkum se skutečně blíže vztahuje k pacientovu případu; *kriticky ohodnotit zdroje důkazů* - na základě zhodnocených výzkumných zjištění, pokud to připadá v úvahu a *zhodnotit dopady změn v klinické praxi*.

Tento postup by měl vést k použití pouze relevantních vědeckých poznatků v terapii tak, aby z nich klient profitoval, nikoliv aby byl vystaven nepřínosnému modelu a byl jím případně i poškozen. Je tedy důležité vzít v úvahu zkušenosti z klinické praxe a aplikovat je společně s novými vědecky podloženými informacemi. Toto vyžaduje zralou osobnost terapeuta, který je motivován inovovat své postupy, ale zároveň si uvědomuje, že je odpovědný za rozhodnutí v rámci případu. Především si dle Roddama musí odpovědět na dvě otázky: Jak jsme uvažovali a jaké faktory jsme brali v potaz? Jsme si jistí, že známe poslední výzkumy ve svém konkrétním oboru, které by mohly být relevantní pro našeho pacienta?

4.8.3 Přístup EBP a jeho omezení

Z výše uvedeného je zřejmé, že přestože je EBP přínosem i pro oblast klinické logopedie, a tedy i oblast terapie balbuties, jeho skutečné uplatnění může být limitováno právě všemi třemi výše uvedenými složkami.

V první řadě je nutné vzít v úvahu výběr nejkvalitnějších důkazů plynoucích z výzkumu. Zde se setkáváme s mnoha faktory, které mohou ovlivnit výběr důkazů. Materiály, které mohou být k některému tématu dostupné, mohou vyvolat u odborníků až značnou míru nejistoty či úzkosti z toho, jak přesně mají aplikovat EBP ve vlastní praxi a často se cítí „provinile“, pokud si vyhradí čas na aktivity spojené EBP (např. rešerše relevantních zdrojů pro vedení terapie pro pacienty) na úkor přímého kontaktu s pacienty (Roddam, 2018). Je nutné si také položit následující otázky: Které studie zahrnout a které vynechat? Jak si může být terapeut jistý, že získal všechny relevantní materiály? Dalším hlediskem je stránka finanční. Výzkumy (především rozsáhlé a kvantitativní) nemohou být realizovány bez financování organizací (což platí i pro výzkum různých typů terapií, testů apod.). Bohužel se většinou zveřejňují pouze výsledky dobře financovaných a velkých projektů. Je tedy pravděpodobné, že nejsou známy informace o alternativních přístupech, které nemají dostatečnou podporu pro provádění studií založených na větším počtu případů, přestože právě výsledky těchto výzkumů by mohly být relevantní pro daný případ.

Dalšími faktory jsou omezení na straně terapeuta, jeho klinického úsudku a s tím spojené i faktory související s jednotlivými klienty. Bernstein-Ratner (2005) pokládá otázku: Záleží vůbec na vlastní terapii? Článek zmiňuje dva odlišné pohledy na terapeutický přístup – terapeut hraje nejdůležitější roli v léčbě a na druhé straně terapie by měla vždy dosáhnout cíle a selhání je způsobeno terapeutem, který není schopen ji správně provádět. Je tedy podstatné si připomenout, že není možné jednoduše hromadit data, vybrat jen jeden terapeutický přístup, který se momentálně zdá jako přínosný, a dále se jej slepě držet. Klienti mají své vlastní osobnosti a terapeutické přístupy, které fungují u jednoho člověka, nemusí být pro někoho jiného správnou volbou. Je nutné mít na paměti, že se v průběhu času mění potřeby klientů a terapie se musí přizpůsobit nové situaci. Jako příklad lze uvést klienta s chronickou koktavostí, u něhož byla zahájena terapie tvarováním plynulosti řeči (*fluency shaping*) a kde bylo dosaženo dobrých výsledků. Nicméně po určité době bylo nutno změnit terapeutický přístup a zaměřit se na desenzibilizaci, jelikož původní přístup již přestal být pro klienta přínosný.

Z tohoto důvodu by přístup léčby založené na důkazech měl brát v úvahu nejen výsledky výzkumu dostupné na počátku terapie, ale měl by se také zaměřit na opakované přehodnocení údajů. Toto není možné bez odborných zkušeností terapeuta a sebehodnocení klienta a jeho blízkých (Finn, 2003). Odborné a osobní předpoklady pro práci terapeuta v oblasti balbutologie podrobněji rozebírá kapitola 3.2 *Nároky na terapeuta*.

Je nezvratitelné, že zaměření terapie na důkazy a měřitelnost není důležité jen pro terapeuta, ale zejména pro samotné klienty. Ti si často dlouhodobě neuvědomují, jakých pokroků dosáhli. Toto hledisko se málokdy v odborné literatuře zmiňuje, nicméně pro úspěch terapie může být klíčové. Viditelný pokrok v jejich práci zaznamenaný měřitelným způsobem jim pomáhá uvědomit si, že se zlepšují. Data připomínají jejich úspěch a motivují je k další práci ve chvíli, kdy čelí obtížím v terapii či dokonce v životě. Měření dat, které terapeut aplikuje, se musí dle Kully a Langevin (2005) týkat cíle léčby, musí se v průběhu terapie opakovat, ukazovat výkon klienta a být validní a reliabilní. Jedině tak je pro práci terapeuta a pro klienta EBP přínosem.

5 Výzkumná část

5.1 Úvod k výzkumné části

Disertační práce má dvě části, teoretickou a empirickou. Část teoretická byla zpracována za použití obsahové analýzy zahraniční a české odborné literatury, studií a elektronických médií. Výzkumná část vychází a zpětně podporuje část teoretickou a je zpracována do dvou kapitol. Jsou v ní využity metody a techniky kvalitativního a kvantitativního výzkumu. První částí je výzkum ve formě kazuistiky. Kapitola je ilustrativní případovou studií možného použití modelu MKF pro klienta s koktavostí. Pomocí tohoto modelového přístupu logoped vypracuje materiál, který vyhodnocuje vnější a vnitřní faktory, jež se podílejí na koktavosti klienta a ovlivňují jeho osobnost v celé šíři. Jednotlivé komponenty se vzájemně doplňují a překrývají, ale dohromady poskytují ucelenou komplexní charakteristiku problému. Analýza jednotlivých komponent je důležitým vodítkem a nástrojem v celém procesu diagnostiky, ale především terapie koktavosti. Hlavním cílem je ověření a praktické popsání existujícího teoreticky zpracovaného alternativního komplexního diagnosticko-terapeutického programu pro dospělého balbutika, který by sloužil jako možnost volby pro odbornou veřejnost. Cílem je na případové studii demonstrovat její výhody či případná omezení.

Druhá část obsahuje kvantitativní výzkum s využitím statistického zpracování získaných dat. Hlavním cílem je analýza zkušeností balbutiků s reakcí okolí na jejich neplynulost a její vyhodnocení. Mezi dílčí cíle patří analyzovat celkový rozsah pomoci s koktáním a navrhnout vhodné činnosti pro pomoc s koktavostí.

Výběr výzkumného vzorku probíhal formou záměrného výběru, tvořili jej tedy informanti, kteří odpovídali daným kritériím a dobrovolně se přihlásili. Kritéria byla věk nad 18 let, diagnostikovaná porucha plynulosti řeči v odborném zařízení a čeština jako rodný jazyk.

Pro oba výzkumy byly stanoveny hlavní cíle, ze kterých vycházely cíle dílčí, na jejichž základě byly formulovány výzkumné otázky. V dalších částech práce jsou cíle vyhodnoceny, interpretovány a jsou navržena doporučení pro praxi.

5.2 Vymezení problematiky, metodologie

Tato kapitola je ilustrativní případovou studií možného použití modelu MKF pro klienta s koktavostí. Při výzkumném šetření byla použita technika kvalitativního výzkumu. „Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu.“ (Švaříček & Šed'ová, 2014, s. 17) Pomocí vytvoření modelu MKF má logoped k dispozici kontrolní seznam toho, na co je nutné při diagnostice brát zřetel, a může tak stanovit cíle terapie. Je potřeba zdůraznit, že získané informace v kvalitativním výzkumu mají pravděpodobnostní povahu a výsledek nelze zevšeobecnit. (Průcha, Walterová & Mareš, 2013).

Jak je patrné z podkapitoly 1.5 *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví a koktavost* výše, model MKF pro koktavost (Yaruss, Quesal, 2004) je velmi komplexní a skládá se z mnoha vzájemně na sebe působících oblastí souvisejících s osobností člověka. Šipky v modelu naznačují, jak se různé složky osobnosti navzájem ovlivňují.

Model MKF pro koktavost byl vybrán jako diagnostická metoda proto, aby bylo možné popsat souvislosti, kterých je klient součástí, a spletnost možných probíhajících interakcí. Dále umožní stanovit vhodné, konkrétní cíle terapie.

Po úvodní diagnostice (viz *Schéma 3: Model MKF aplikovaný při diagnostice klienta*) jsme se rozhodli jako těžiště terapie zvolit metodu desenzibilizace – tj. minimalizovat negativní reakce pomocí postupného vystavování se obávaným situacím, modifikaci zadržávání, snižování negativních emocí a změnu copingových strategií. Terapie začíná učením se v jednodušších situacích a ve chvíli, kdy je klient tyto snadnější situace schopen zvládat, se pokračuje složitějšími úkoly podle vytvořené hierarchie (Guitar a kol., 2010; Turnbull a kol., 2010).

Terapeutický proces byl rozdělen do šesti fází a pro každou z těchto fází byly zvoleny jiné SMART cíle (vysvětlení viz podkapitola 4.6 *Specifika terapie modifikace koktavosti*, oddíl *Modifikace*). SMART cíle byly zadávány pro každé sezení, aby bylo možné je snáze hodnotit a aby si jich klient i terapeut byli jasně vědomi. Případová studie je zakončena výsledky, které byly naměřeny po ukončení devítiměsíční terapie.

5.3 Formulace cílů a výzkumných otázek

Zpracovaná případová studie mladého balbutika má v praxi demonstrovat možnost komplexního diagnosticko-terapeutického programu pro dospělého klienta s koktavostí. Hlavním cílem je ověření existujícího teoreticky popsaného komplexního diagnosticko-terapeutického programu pro dospělého s koktavostí. Za skrytý cíl je možné považovat seznámení odborné veřejnosti s málo využívaným terapeutickým programem modifikace plynulosti řeči.

Ve vztahu k hlavnímu cíli byly stanoveny cíle dílčí:

1. Ověřit funkčnost modelu MKF v českém prostředí.
2. Analyzovat možnost užívání SMART cílů v terapii koktavosti
3. Kvantifikovat výsledky terapie

Na základě stanovených cílů byly stanoveny následující výzkumné otázky:

VO 1: Je možné model MKF efektivně využít v praxi?

VO 2: Osvědčí se praktické zadávání SMART cílů v terapii?

VO 3: Je možné doložit efekt terapie výsledky?

5.4 Diagnostika dle MKF

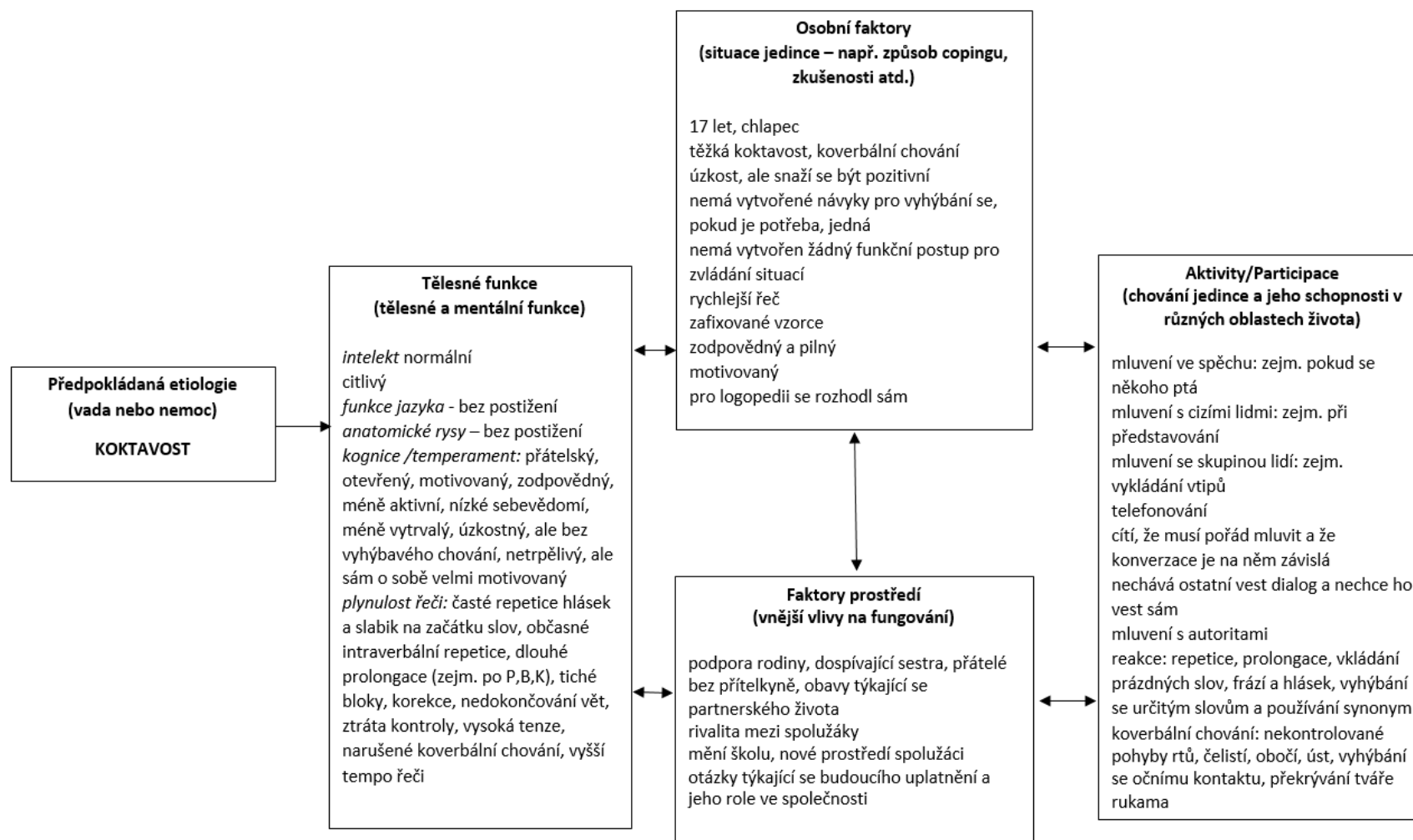


Schéma 3: Model MKF aplikovaný při diagnostice klienta

5.4.1 Účastník studie, etiologie a motivace

Subjektem této případové studie je sedmnáctiletý klient Petr¹⁵. Petr je studentem střední školy a je pravák. Zadrhávání se u něj projevuje od tří let, ve věku 5-7 let mu byla poskytována logopedická péče. Terapie však nebyla efektivní a Petr přestal na logopedii docházet. Nikdo jiný z rodiny nezadrhává. Postupem věku se jeho zadrhávání zhoršovalo, poslední dva roky je ale situace stabilizovaná.

Petr má osobní motivaci a sám se rozhodl podniknout kroky ke zlepšení své řeči. Petr bude měnit školu, a to je důvod, proč chce opět zkusit logopedii. Jeho rodiče jsou o jeho záměru informovaní a podporují ho. Zadrhávání mu znesnadňuje zapojení ve škole. Trápí ho, že jeho řeč není plynulá a že kvůli dlouhým blokům v řeči není schopný vyslovit, co chce.

5.4.2 Diagnostika tělesných funkcí a stavby těla

Jelikož nejsou ovlivněny žádné jiné tělesné funkce, těžištěm diagnostiky je v tomto případě řeč. Aby bylo možno lépe popsat symptomy, byla pořízena videonahrávka rozhovoru a čtení. V Petrově řeči byly identifikovány následující symptomy: *repetice hlásek a slabik* (lokalizované pouze na začátku slov, repetice celých slov, repetice frází), *prolongace* (zejm. po P, B, K, délka prolongace 3-5 vteřin), *citoslovce* (šva, pomocná slova – no, tak), *bloky* (tichá a dlouhá pomlka – přibližně 3 vteřiny), *přerušovaná slova, korekce a vynechávání náročných slov* (P...).

Za účelem zjištění úrovně koktavosti bylo použito čtvrté vydání testu *SSI-4 Měřítka závažnosti koktavosti*, v původním znění *Stuttering Severity Instrument 4th edition* (Riley, 2008). Tento test měří stupeň intenzity koktavosti ve čtyřech oblastech řečového chování: frekvence, trvání prolongace, fyzické průvodní jevy a přirozenost promluvy u jedince. Pouze pro našeho klienta byl test jako experiment adaptován do češtiny. Ke čtení byly vybrány texty dle délky a obtížnosti textů použitých v anglickém originále. Celkové skóre této upravené verze bylo 35 (percentil mezi 89-95), korespondující s hodnocením *těžká koktavost*. Podrobnější informace o testu viz pod kapitola 3.7.3 *SSI-4 – Stuttering Severity Instrument-4*.

Motorické dovednosti, funkce jazyka a anatomické rysy jsou bez postižení. V chlapcově chování se promítá i nízké sebevědomí, jeví se jako méně vytrvalý. Ačkoli je úzkostný a citlivý, našťástí si dosud plně neosvojil vyhýbavé chování. Petr je netrpělivý, ale velmi motivovaný; intelektové schopnosti jsou odhadovány jako odpovídající normě až nadprůměrné. Mezi

¹⁵ Zákonní zástupci souhlasili se zveřejněním případové studie, jméno klienta bylo změněno.

nejzřetelnější projevy dysfluence v chlapcově projevu patří časté repetice hlásek a slabik na začátku slov, občasně se objevují intraverbální repetice. Jsou přítomné dlouhé prolongace, zejména po /p/, /b/ a /k/. Lze si povšimnout tichých bloků, korekcí, nedokončování vět, ztráty kontroly, vysoké tenze, narušeného koverbálního chování a vyššího tempa řeči.

Na základě dat byly stanoveny následující cíle terapie: 1) zvýšit toleranci k chybám, 2) podporovat plynulou řeč. Podle upraveného testu SSI-4 bylo *koverbální chování na úrovni 3* (rušivé – např. nekontrolované hýbání hlavou, sevřené oči, vyhýbání se očnímu kontaktu, nekontrolovatelné pohyby rty a čelistmi). Celkové skóre pro upravený test SSI-4 bylo 35 (percentil mezi 89-95), což odpovídá ekvivalentu narušení 4 – těžké.

5.4.3 Diagnostika osobních faktorů

Jak již bylo zmíněno výše, Petr je sedmnáctiletý chlapec, student. Je úzkostnější, ale zatím si zcela neosvojil strategii vyhýbání se a zůstává pozitivní a přátelský. Koktavost je těžká a Petr projevuje známky narušeného koverbálního chování. Nemá vytvořeny žádné funkční copingové strategie, postupy pro zvládání situací. Je zodpovědný a pilný. Není příliš sebevědomý.

Testy, které byly provedeny, byly upravený SSI-4 a Lechtův test (2004a), který měří psychickou tenzi. Lechtův test se v České republice běžně používá k diagnostice koktavosti. Hodnotí následující stránky koktavosti *plynulost řeči, koverbální chování a psychickou tenzi*. V tomto případě jsme měřili pouze *psychickou tenzi*. Test se skládá ze 45 otázek, které měří postoj mluvčího k daným situacím. Výsledky byly následující: ze 45 otázek bylo: 18 pozitivních (řeč je pro mě v této situaci snadná), 4 byly neutrální, 23 bylo negativních (řeč je v této situaci pro mě těžká a velice těžká – např. telefonát, vyprávění vtipu, promlouvání ke skupině lidí, představování se, mluvení ve spěchu). Celkově reagoval negativně na náročné situace tím, že oddaloval jednání v dané situaci a takovým situacím se vyhýbal. Je-li to ale nevyhnutelné, je schopný se výzvě postavit a problémy vyřešit.

Na základě diagnostiky osobních faktorů se terapie zaměřila na snižování Petrových požadavků (tj. je na sebe příliš přísný), informování se o možnostech terapie, snížení obav ze zadržávání a rozpoznávání pokroků v řeči.

5.4.4 Diagnostika aktivit/participace

Tato část diagnózy se zaměřuje na dopad koktavosti na to, jak koktavost ovlivňuje každodenní život Petra. Petr zmínil následující problémy spojené s řečí: často mluví velmi rychle (zejm. pokud se někoho ptá), často má problém mluvit s neznámými lidmi (zejm. při

představování), má obavy mluvit ke skupině lidí (např. vypráví-li vtip), a při telefonování. Vzhledem k tomuto scénáři se může zdát, že aby se cítil pohodlně, má pocit, že musí neustále mluvit a že celá konverzace závisí pouze na něm. Aby vykompenzoval tento problém, zvolil si nemlčet, ale naopak vkládá do hovoru citoslovce, aby tak vyplnil a překonal předpokládaný moment zadrhnutí. Dokončí konverzaci s partnerem, ale zároveň s ním mluví a nechává ostatní vést dialog. Nerad také mluví s autoritami a má pocit, že není schopen dodržovat společenská pravidla konverzace. Jak je již uvedeno výše, Petr bude měnit školu, a protože v jeho stávající škole vládne mezi spolužáky rivalita, je z nové školy a nových spolužáků trochu znepokojený. Má také obavy o svoje budoucí zaměstnání a místo ve společnosti.

Terapie se na základě zjištěného zaměřuje na identifikaci obtížných situací a na jeho reakce v nich. Cílem je i zvýšení sebevědomí. Petr musí být schopný rozpoznat svoji plynulou řeč a zaměřit se na úspěchy a pozitivní myšlení. Musí si uvědomit, že se s tímto problémem nemusí vyrovnávat sám a že si může říct o pomoc. Do terapie bude začleněno i jeho okolí - rodiče a kamarádi, aby ho podporovali, motivovali. Dále bude navázána spolupráce s novou školou.

5.4.5 Diagnostika prostředí

Petr pochází ze zcela funkční rodiny, která ho podporuje. Má jednu dospívající sestru a přátele. Přesto má obavy o svůj další partnerský život, protože nemá přítelkyni. Atmosféra ve třídě je napjatá, mezi spolužáky vládne rivalita. Bude měnit školu a také z tohoto kroku má trochu obavy.

Hlavním cílem terapie v této oblasti je začít komunikovat o všech uvedených tématech. Petr si také musí všimnout úspěchů v jiných oblastech, jako je sport nebo matematika, vyhledávat příležitosti ke komunikaci a být v komunikaci více aktivní.

5.5 Výběr terapie a popis intervence

Hlubková diagnostika založená na modelu MKF poskytuje dostatek materiálu k výběru pro klienta správného terapeutického programu (teoretická východiska pro výběr terapeutického přístupu uvádí podkapitola 4.3 *Základní východiska a zásady terapie* a 4.4 *Základní rozdělení terapeutických přístupů*). Byla zvolena terapie zaměřující se na *desenzibilizaci a modifikaci koktavosti*. V průběhu modifikace koktavosti se klient učí o různých typech neplynulosti (např. opakování, protahování s přidanou svalovou tenzí nebo

relaxované). Klient experimentuje se způsobem, jakým mluví a zadržává, a tak si uvědomuje, že je to něco, co dělá a kontroluje. To mu pomáhá objevit skutečnost, že může modifikovat svoji vlastní řeč, což znamená, že má na výběr z možností a může ovládat způsob, jakým mluví. Toto uvědomění je v procesu terapie výjimečně motivující. (Shapiro, 1999; Manning, 2010) Tématem se podrobně zabývá podkapitola 4.6 *Specifika terapie modifikace koktavosti*.

Tato intervence se skládá z šesti fází: úvod a motivace, identifikace, desenzibilizace, variace a modifikace, učení se a používání kontrolované plynulosti a stabilizace. U každé fáze byl stanoven obecný cíl a zároveň několik SMART cílů tak, aby klient lépe vnímal výsledky jednotlivých fází.

1. fáze – Úvod a motivace

Cílem této fáze je především se poznat, sdělit si, jaké jsou možnosti a očekávání, a stanovit obecné cíle terapie. Logoped musí vyjasnit vztah mezi terapeutem a klientem, to znamená zdůraznit, že terapeut je pouze průvodce na cestě k plynulosti a ne šéf, který nařizuje, co kdy, jak má být vykonáno. Je nutné se pobavit o očekáváních klienta a poskytnout mu informace o koktavosti. Na základě těchto potřeb lze také stanovit SMART cíle. V tomto případě takovými cíli bylo: *Přečti si dva články o koktavosti na následující setkání, abychom se o koktavosti mohli bavit.* nebo *Připrav stupnici stresujících situací na základě toho, jak pozitivně či negativně ovlivňují tvoji řeč.*

Jelikož Petr se chtěl primárně zbavit pocitu strachu a obav, byla zvolena terapie modifikace koktavosti.

2. fáze – Identifikace

Hlavním cílem této fáze bylo pohlížet na zadržávání bez emocí, popsat zadržávání v řeči a popsat narušené koverbální chování (viz podkapitola 4.6.1 *Identifikace*). Příklady SMART cílů pro tuto fázi jsou: *Připrav videonahrávku a proved' její analýzu.* nebo *Každý den do dalšího setkáním popiš svou nejlepší a nejhorší zkušenost se zadržáváním.*

3. fáze – Desenzibilizace

Tato fáze je pro dospívající a dospělé balbutiky klíčová, neboť se v ní učí omezovat návyky pro vyhýbání se a únik, učí se redukovat pocit úzkosti a negativní se zadržnutím spojené emoce. Učí se také používat záměrné pseudo koktání – tj. záměrně vytvářejí řečové chování podobné koktavosti. Ze zadržávání si dělají legraci a tím, že o koktavosti otevřeně mluví, redukují svoje obavy z reakce posluchače (viz podkapitola 4.6.2 *Desenzibilizace*). SMART cíle

pro fázi desenzibilizace mohou zahrnovat např. *Použij pseudokoktavost každý den u pěti různých osob v průběhu celého dialogu.* nebo *Připrav prezentaci na téma koktavost pro svoje kolegy, spolužáky a od prezentuj ji doma.*

4. fáze – Variace/Modifikace

V této fázi se zaměřujeme na „plynulejší zadržávání“ a na nahrazování starých stereotypů novými zvyky (balbutici se např. učí měnit intenzitu, barvu svého hlasu, nahrazovat citoslovce atd.). Více o této fázi terapie pojednávají podkapitoly 4.6.3 *Variace* a 4.6.4 *Modifikace*.

SMART cíle této fáze mohou být např.: *Každý druhý den čti své sestře nebo svým rodičům článek, který tě zaujal (cca 10 min), a měň všechny dysfluence (prodlužuj je nebo je zkracuj, vyčkej v momentě zadrhnutí).* nebo *Do dalšího setkání vytvoř čtyři videonahrávky, proved' analýzu a popiš své koverbální chování.*

5. fáze – Učení se a používání kontrolované plynulosti

Hlavním cílem je naučit se a používat modifikovanou formu koktavosti. Klienti také mění své chování (např. si osvojí *cancelling*, začnou používat obávaná slova nebo vstupují do situací, ze kterých měli dříve strach a obavy). To, co se naučili v ambulanci, přenáší do běžného života.

SMART cíle pro tuto fázi jsou např. *Čti každý den 15 minut a používej naučené techniky. Proved' analýzu 5 příkladů čtení a tuto analýzu přines na příští setkání.* nebo *Po cestě do školy v tramvaji předstírej telefonát. Alespoň 10krát použij metodu zrušení.*

6. fáze – Stabilizace

Cílem je začít automatizovaně používat naučené vzorce a naučit se převzít zodpovědnost za vlastní řeč. Je také důležité se dozvědět o skutečnosti, že v tomto bodě může dojít k remisi a mít reálná očekávání (viz 4.6.5 *Stabilizace*)

SMART cíle u této fáze mohou být např. *Každý den oslov jednoho nového člověka a použij při tom modifikaci koktavosti.* nebo *Do dalšího setkání zavolej na 10 různých míst a předstírej, že zadržáváš. Hovory nahraj a příště přines.*

5.6 Výsledky terapie

Tato část uvádí hodnocení terapie provedené po devíti měsících od jejího započetí. Terapie je založena na MKF modelu pro koktavost a Petr je nyní ve fázi 5. Ve všech oblastech, na kterých s logopedem pracuje, se mu povedlo dosáhnout výrazného zlepšení. Největší zlepšení jsou patrná v jeho chování a v samotné řeči.

Petr je nyní v hovoru aktivnější, dále již nevolí chybné copingové strategie. Začal více používat telefon a o koktavosti mluví s ostatními. Momenty, kdy se zadržává, pro něj stále nejsou příjemné. Chlapcovo koverbální chování se také zlepšilo, jen příležitostně ztrácí oční kontakt. Jeho řeč je plynulejší a Petr pracuje na transferu mimo ambulanci. Naučil se soustředit na řeč a zpomaluje rychlost hovoru. Do terapeutického procesu jsou zapojeni jeho rodiče, personál školy spolužáci a kamarádi.

Upravený test SSI-4 podporuje subjektivní dojmy klienta a jeho logopeda. Před započtím terapie bylo celkové skóre 35, ale na jejím konci mělo hodnotu 2. Lechtův test psychické tenze také ukázal významné zlepšení. Počet odpovědí, kde klient hodnotí situace jako lehké a velmi lehké se významně zvýšil (18 na začátku, 33 na konci) a počet negativně vnímaných situací, tedy řešení, je pro mě těžké až velmi těžké klesl (z 22 na 2 – jsou jen dvě situace, které jsou vnímány obzvláště náročně – mluvení v rádiu a v divadle).

Výsledky testu	Před terapií	Po terapii
upravený SSI-4	35 bodů	2 body
Lechtův test	22 negativních situací	2 negativní situace

Tabulka 3: Porovnání výsledků testů na začátku a na konci terapie.

Podrobnější popis terapie je uveden v tabulce v Příloze č. 1.

5.7 Závěr prvního výzkumu

Zpracovaná případová studie má v praxi vyzkoušet uvedený model komplexního diagnosticko-terapeutického programu pro dospělého balbutika. Hlavním cílem bylo ověření komplexního diagnosticko-terapeutického programu pro dospělého s koktavostí na případové studii a hlavního cíle bylo dosaženo. Prezentovaná studie dokládá funkčnost systému a její

využitelnost v praxi jako adekvátní alternativě ke stávajícím terapeutickým programům. Postup terapie je podrobně rozepsán v Příloze č. 1, kde je doprovázen i komentářem terapeuta k sezení.

Podařilo se splnit i skrytý cíl, kde byla v rámci propagace odborná veřejnost informována o možnostech využití modelu MKF v praxi a to například na Pražských logopedických dnech 2018, Logopedickém sympoziu 2017 a dalších. Byl vytvořen i informační portál www.nekoptam.cz, který slouží ke sdílení informací a k otevření širší diskuze na téma koptavost.

Na základě výsledků terapie je možné zodpovědět výzkumné otázky.

VO 1: Je možné model MKF efektivně využít v praxi?

Model MKF se v praxi ukázal jako velice přesný a vhodný nástroj k terapii koptavosti. Díky jeho zpracování a logické struktuře se terapeut dokáže lépe orientovat v komponentech, které koptavost zasahuje. Práci to zjednodušuje a terapeut je modelem veden ke konfrontaci i s méně využívanými aspekty, jako je třeba větší zapojení okolí balbutika do procesu terapie.

Díky systému zpracování terapeut přesně vidí zasažené komponenty, ale zároveň by měl umět využít i silné stránky klienta, k čemuž model MKF nabízí příležitost. Terapeut díky modelu neztrácí přehled a nesoustředí se jen na jeden zasažený modul, ale lépe vidí klienta v souvislostech. Díky tomu může klienta lépe poznat, motivovat a zpřesnit terapii. Tím se proces stává efektivnějším a kratším. Zdánilovou nevýhodou je delší proces diagnostiky, ale v konečném důsledku důkladnější příprava na terapii celý proces zkrátí.

VO 2: Osvědčí se praktické zadávání SMART cílů v terapii?

Zapojení a zadávání cílů v podobě SMART bylo v důsledku bráno za jeden z hlavních aspektů úspěšnosti terapie. Zadané cíle nutí klienta pracovat záměrně, přesně a pod časovou kontrolou. Z počátku je nezbytné, aby se s jejich užíváním seznámil terapeut a naučil se je efektivně využívat. To je bráno za možnou nevýhodu, kdy odborná obec dosud není s tímto způsobem zadávání cílů podrobně seznámena. Nicméně SMART cíle jsou velice logické a v praxi snadno použitelné. Společné definování cílů s klientem je součástí terapeutického procesu, které nakonec vede klienta k vlastní definici cílů.

Cíle vedou terapeuta k přesnému zadání, kdy je zapotřebí odhadnout především aspekt dosažitelnosti, protože co se jeví v ambulanci jako snadné, bývá většinou v okolním prostředí značně obtížnější. Proto se v praxi osvědčilo zadání lehčí a těžší varianty úkolu, aby klient vždy úkol splnil. Klientem byly vnímány dobře, protože jednou z hlavních výhod cílů je jejich

konkrétnost, takže vždy věděl co, kde, kolik a do kdy má udělat. Hlavním přínosem bylo, že klient věděl, proč daný úkol dělá, protože zadání nebylo obecné a vágní. Díky tomu, že musel plnit zadané úkoly, nedocházelo k tomu, že by se na terapii nepřipravil a byl v ní pasivní. To pomohlo k rychlému postupu v terapii a k velkým pokrokům.

VO 3: Je možné doložit efekt terapie výsledky?

Na základě použitých testů je možné doložit pozitivní vliv terapie na klienta. Test SSI-4 vykázal změnu z původního celkové skóre 35 – *těžké narušení*, na hodnotu 2 – *bez narušení*. Lechtův Test psychické tenze ukázal významné zlepšení, hodnocení situací jako lehké a velmi lehké se významně zvýšilo (18 na začátku, 33 na konci) a počet negativně vnímaných situací klesl (z 22 na 2).

Je nicméně vhodné si připomenout, že tyto testy nejsou komplexní a jsou monodimenzionální. Ani jeden z testů není v českém jazyce normován. Informační vypovídající hodnotu však mají. Bohužel jiné testy nejsou v ČR k dispozici. O pozitivním efektu nejvíce vypovídá větší aktivita klienta v hovorech mimo ambulanci, jeho častější využívání telefonu a fakt, že se nebojí s okolím o koktavosti mluvit. Koverbální chování nyní není narušeno, kromě výjimečné ztráty očního kontaktu.

Lze potvrdit, že aplikace modelu MKF na studii zabývající se koktavostí tak, jak navrhuje Yaruss and Quesal (2004) se ukázala být přínosnou strategií. Použití adaptovaného modelu umožňuje klinickým pracovníkům zhodnotit koktavost v celé své složitosti včetně všech složek osobnosti, které jsou poruchou ovlivněny. Díky celkovému hodnocení je logoped schopný vybrat vhodnou terapeutickou strategii, která bude pro klienta adekvátní, a také stanovit odpovídající cíle. V kombinaci s nastavením vhodného SMART cíle u každé fáze terapie tak, aby byl klient plně zapojen do terapeutického procesu, se terapie stává mnohem strukturovanější a účinnější. Také pro klienta jsou výsledky terapie zřejmější.

Na začátku může být poněkud obtížné rozhodnout, kam některé symptomy spadají (např. se překrývají kategorie jako *Formování vztahů* a *Podpora a vztahy*). Nicméně se tímto potvrzuje, že koktavost je velmi komplexní porucha mající vliv na celého člověka a jeho život, a všechny roviny jsou těsně propojené. Toto je nutné brát v potaz při hledání vhodného terapeutického přístupu, který bude klientovi vyhovovat. MKF model pro koktavost může sloužit jako velmi užitečné vodítko.

6 Výzkumná část 2

6.1 Vymezení problematiky

Empirické šetření bylo zaměřeno na výzkum vnějšího prostředí, kterým je dospělý balbutik denně obklopen, které jej formuje, z něhož získává zkušenosti. Toto prostředí jej motivuje a také odrazuje od změny jeho dosavadního chování a užívání řečových stereotypů. Jak již bylo v teoretické části popsáno (viz podkapitola 2.8 *Specifika chronické koktavosti*), chronická koktavost je dlouhodobý problém, který se promítne a změní vnímání, chování a emoce člověka. Důležitou součástí výše popsané terapie je desenzibilizace, tedy změna negativního pocitu z vlastní neplýnulé řeči, která musí být prováděna v přirozeném prostředí mimo logopedickou ambulanci s postupným nárůstem obtížných úkolů. I když je každý klient specifický, se svými individuálními potřebami a nároky, výzkum se snažil najít společné znaky a reakce okolí, které by v praxi pomohly i dalším klientům.

Hlavním cílem je analýza zkušeností balbutiků s reakcí okolí na jejich neplýnulost a její vyhodnocení. Mezi dílčí cíle patří, analyzovat celkový rozsah pomoci s koktáním a navrhnout vhodné činnosti pro pomoc s koktavostí.

Z modelu MKF (viz 1.5 *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví a koktavost*), který je základním prvkem v práci popsaného diagnosticko-terapeutického programu, jasně plyne nutnost zapojit širší okolí do práce s klientem. To, jak balbutik vnímal pomoc právě z prostředí, které jej obklopovalo, a tedy jak moc se na jaké prostředí musí terapeut snažit zacílit, jak jej ovlivnit a snažit integrovat do procesu terapie, případně změnit, je jedním z dalších cílů výzkumné části. Dílčím cílem je ověřit, zda existuje nějaká souvislost a společná charakteristika klientů dle jejich věku, pohlaví, délky terapie a vzdělání, které by se následně daly ve speciálně-pedagogické praxi využít. Dalším cílem bylo zjistit, jaké jsou zkušenosti balbutiků s účastí ve skupinové terapii za účelem zvážení jejího širšího využití v praxi.

Zpracování dotazníku poskytlo klientům prostor k zamyšlení a revizi svých dosavadních často stereotypních postojů ve vnímání okolí, byli obvykle nuceni přehodnotit svá zažitá stanoviska a zpětně hodnotit, zda je reakce opravdu negativní, za kterou ji pokládali, nebo zda je to reakce neutrální či snad ji je možné pokládat i za pozitivní. To vše by mělo být součástí logopedické terapie, zejména ve fázi identifikace a desenzibilizace (viz podkapitola 4.6 *Specifika terapie modifikace koktavosti*).

6.2 Formulace cílů a výzkumných otázek

Výzkumné šetření je zaměřeno na hodnocení pomoci při koktání u dospělých balbutiků, které je realizováno pomocí české verze dotazníku PASS-Ad (*Personal Appraisal of Support for Stuttering – Adults*). Hlavním cílem je analýza zkušeností balbutiků s reakcí okolí na jejich neplynulost a její vyhodnocení. Za skrytý cíl je možné považovat otevření tohoto tématu pro diskuzi v rámci zúčastněných logopedických pracovišť, osvěta a zpřístupnění tohoto tabuizovaného tématu širší veřejnosti.

Ve vztahu k hlavnímu cíli byly stanoveny cíle dílčí:

1. Stanovit pořadí pozitivních a negativních reakcí.
2. Analyzovat celkový rozsah pomoci s koktáním.
3. Analyzovat konkrétní pomoc s koktáním, kterou respondentovi poskytlo okolí.
4. Navrhnout vhodné činnosti pro pomoc s koktavostí.
5. Zjistit míru závislosti souhlasu u jednotlivých položek na věku, letech vzdělávání, terapie a svépomoci.
6. Analyzovat rozdíly mezi muži a ženami dle míry souhlasu s jednotlivými položkami.

Na základě stanovených cílů byly stanoveny následující výzkumné otázky:

VO 1: *Jaké reakce na svoji řeč respondent vnímá jako pozitivní/negativní?*

VO 2: *Kterí lidé respondentovi poskytli pomoc s koktáním?*

VO 3: *Jak respondenti hodnotí celkový rozsah pomoci okolí a jak sami pomoc poskytují?*

VO 4: *Jaké jsou představy respondentů o činnostech, které by jim pomohly?*

VO 5: *Ovlivňuje vzdělání, věk, délka terapie a účast ve svépomocné skupině reakci míry souhlasu s jednotlivými položkami?*

VO 6: *Existuje rozdíl mezi muži a ženami při vnímání pomoci při koktavosti?*

6.3 Průběh výzkumného šetření

V průběhu doktorského studia, při přípravě zpracování teoretické části disertační práce, jsem byl na základě tématu projektu přizván k mezinárodní spolupráci, která měla za cíl vypracovat studii srovnávající balbutiky v USA s ostatními zeměmi. Výsledkem byl společný

výzkum, který podpořil původní hypotézu, že mezi balbutiky z USA a ze zemí zúčastněných, kde jsme na základě získaných dat náš předpoklad dále rozšířili i na další země v Evropě a Blízkém východě, existuje více společných rysů než rozdílů ve vnímání pomoci při koktání (St. Louis a kol, 2017). Závěry studie byly představeny na mezinárodní konferenci v Hirošimě v roce 2018 a Římě 2018n (St. Louis a kol, 2019). Vedoucí projektu Kenneth O. St. Louis souhlasil s dalším detailním zpracováním výsledků pro potřeby této disertační práce, které zohledňuje pouze Českou republiku a přináší podrobné dosud nepublikované výsledky.

6.4 Nástroj výzkumného šetření

Pro realizaci výzkumného šetření byla využita technika dotazníku. Byl použit dotazník *Osobní hodnocení pomoci při koktání* (dále PASS-Ad – *Personal Appraisal of Support for Stuttering – Adults – viz Příloha 2*), který vytvořil Kenneth O. St. Luis (St. Louis a kol, 2017). Dotazník se skládá z šesti částí, ve kterých respondent hodnotí: 1. podporu pro sebe ve 24 různých situacích, které mohou nastat v reakci na jeho zadrhnutí, 2. hodnotí celkový stupeň pomoci se svým koktáním, které dostal či dostat chtěl, 3. hodnotí celkový stupeň pomoci, kterou chtěl poskytnout ostatním zadrhávajícím, 4. hodnotí stupeň pomoci s koktáním, kterou mu poskytly ostatní osoby (výběr z 25 položek), 5. otevřené otázky, kde respondent měl vyjmenovat 5 důležitých věcí, jak může nekoktavý člověk vyjádřit koktavému podporu, 6. hodnotí nabízené činnosti, které mohou pomoci lidem, kteří koktají. Dohromady bylo hodnoceno 60 položek.

6.5 Metodika

Míra souhlasu s jednotlivými položkami dotazníku byla zjišťována na pětistupňové Likertově škále 1-5, kde 1 znamenalo vůbec ne, 5 znamenalo velmi a 3 je neutrální odpověď. Míra souhlasu s jednotlivými položkami dotazníku byla vyhodnocena pomocí průměru, který byl zobrazen pomocí sloupcového grafu, přičemž u některých témat byly vzhledem k vysokému počtu položek grafy rozděleny na položky s průměrem vyšším než 3 a nižším než 3.

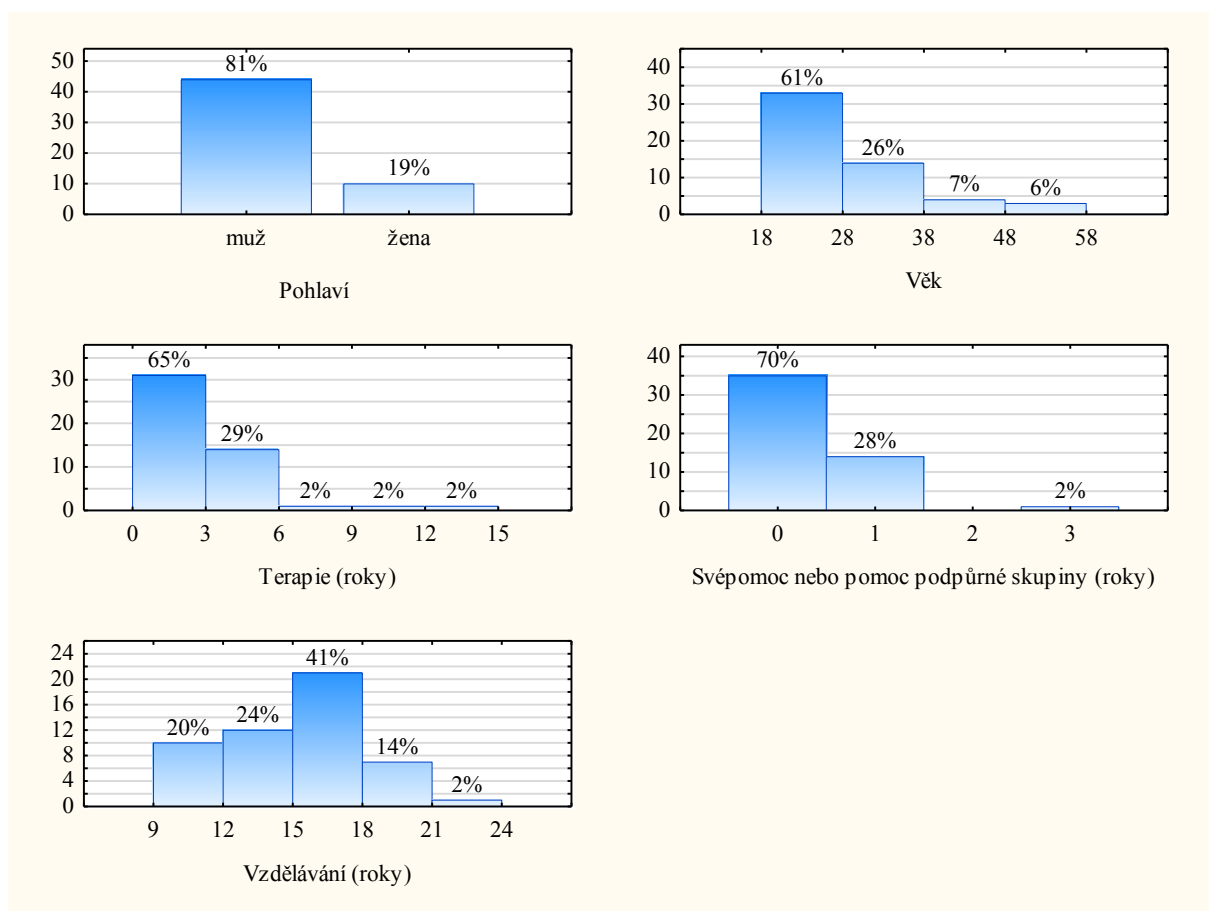
Závislost míry souhlasu na věku, letech vzdělávání, letech terapie a letech svépomoci nebo pomocí podpůrné skupiny byla testována pomocí testu nezávislosti založeném na Spearmanově korelačním koeficientu. Míra souhlasu byla intervalová proměnná, u které bylo dle Shapiro-Wilkova testu zamítnuto normální rozdělení (pro všechny položky), věk, roky

vzdělávání, roky terapie a roky svépomoci nebo pomoci podpůrné skupiny byly poměrové proměnné. Závislost míry souhlasu na pohlaví byla testována pomocí Mann-Whitneyho testu. Dvouvýběrový t-test nebyl použit z důvodu zamítnutí normálního rozdělení dle Shapiro-Wilkova testu.

Výpočty byly provedeny za pomoci statistického centra dat Mgr. T. Zdražilem, pomocí programu *STATISTICA EN 13*, grafy byly vytvořeny pomocí programů *MS Excel* a *STATISTICA EN 13*. Hladina významnosti byla zvolena na hodnotě 0,05.

6.6 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek byl tvořen 54 respondenty, z nichž bylo 19 % žen a 81 % mužů. Ze složení výzkumného vzorku vyplývá nepoměr mezi muži a ženami 4:1. Byl předpokládán, protože studie dokládají rozložení koktavosti dle pohlaví v poměru 3:1 (viz podkapitola 2.2 *Výskyt (epidemiologie)*), a potvrzuje se předpoklad, že nepoměr se zvyšuje s věkem (Bloodstein, 1995).



Graf 1: Charakteristika výzkumného vzorku

Nejvíce zastoupena byla věková kategorie mezi 18 a 28 lety, přičemž 3 respondenti byli starší 45 let. Pro největší zastoupení věkové kategorie mezi 18-28 lety je nejpravděpodobnější vysvětlení, které vychází z motivace a vykročení do nové životní etapy. Většinou se jedná o ukončení nějakého cyklu, případně vstup do nového např. docházky na střední školu, ukončení vysoké školy, hledání si prvního zaměstnání. Tato etapa rané dospělosti, je také provázána hledáním životního partnera či případnou rolí jako rodiče. Největší zastoupení participantů v této kategorii potvrzuje závěry (vice viz 3.6.5 *Další možná diagnostická kritéria*), že je u dospělých balbutiků důležitá motivace a vhodné načasování se svým problémem znovu něco udělat, protože balbutik si již plně uvědomuje možný dopad a důsledky pro další životní etapu. V pozdějších etapách dospělosti již je předpokládána smířenost, rezignace na problém či větší adaptace a musí dojít k nějakému stimulu, aby balbutik svůj problém opět začal řešit.

Všichni participanti měli zkušenosti s logopedickou terapií. 65 % z nich mělo za sebou do 3 let terapie, 29 % od 3 do 6 let terapie. Nebylo účelem studie se dotazovat, kdy předchozí terapie byla uskutečněna, ale můžeme předpokládat, že u většiny tomu tak bylo v dětství, kdy se porucha plynulosti řeči poprvé objevila, tedy v období 3-5 let. U skupiny, kde byla délka terapie 3-6 let, je možné vysvětlení opakovaný pokus problém řešit v pozdějším věku. Je nepravděpodobné vymizení příznaků a jejich znovuobjevení až v rané dospělosti, stejně tak první projevy neplynulosti v dospělosti u vývojové koktavosti nejsou pravděpodobné (viz 2.4 *Vývojová neplynulost*), proto se můžeme domnívat, že respondent má zkušenost s terapií spíše negativní na základě dřívějšího neúspěchu. Jedná se o zkušeného klienta, který hledá alternativu k již dříve vyzkoušeným terapeutickým postupům. Pravděpodobně je obezřetný a opatrný a bude nezbytné si získat jeho důvěru. Získaná data potvrzují důležitost role terapeuta v diagnosticko–terapeutickém procesu. (více viz 3.2 *Nároky na terapeuta*).

Respondenti měli za sebou nejčastěji 15-18 let vzdělávání (41 %). To odpovídá délce vzdělání středoškolského s navazujícím tříletým oborem, případně navazujícího vysokoškolského vzdělání. Ze získaných dat můžeme usuzovat, že většina z respondentů (přes 80 %) má minimálně středoškolské vzdělání a vyšší, to může vést k závěru, že lidé s vyšším vzděláním mají větší zájem v dospělosti poruchu plynulosti řešit, možná kvůli budoucí pracovní pozici, společenské prestiži, lepší dostupnosti péče, větší motivaci na sobě pracovat, větší víře ve své schopnosti a schopnosti logopedické péče. Není možné dojít k relevantnímu závěru, protože celkový počet respondentů je nízký a ani výzkumný cíl nebyl tímto směrem

koncipován, ale vzhledem k tomu, že rozložení koktavosti v populaci není závislé na vzdělání a socio-ekonomickém statusu, tak si tato otázka zasluhuje být předmětem dalšího výzkumu.

Většina z respondentů (70 %) neměla žádnou zkušenost se skupinovou terapií a pouze 30 % vyhledalo pomoc podpůrné skupiny, a to nejčastěji v době trvání 1 roku. Vzhledem k omezené dostupnosti a minimální nabídce svépomocných skupin se jedná o překvapivě vysoké číslo a dá se předpokládat, že by o tuto službu byl mezi balbutiky větší zájem.

6.7 Výsledky

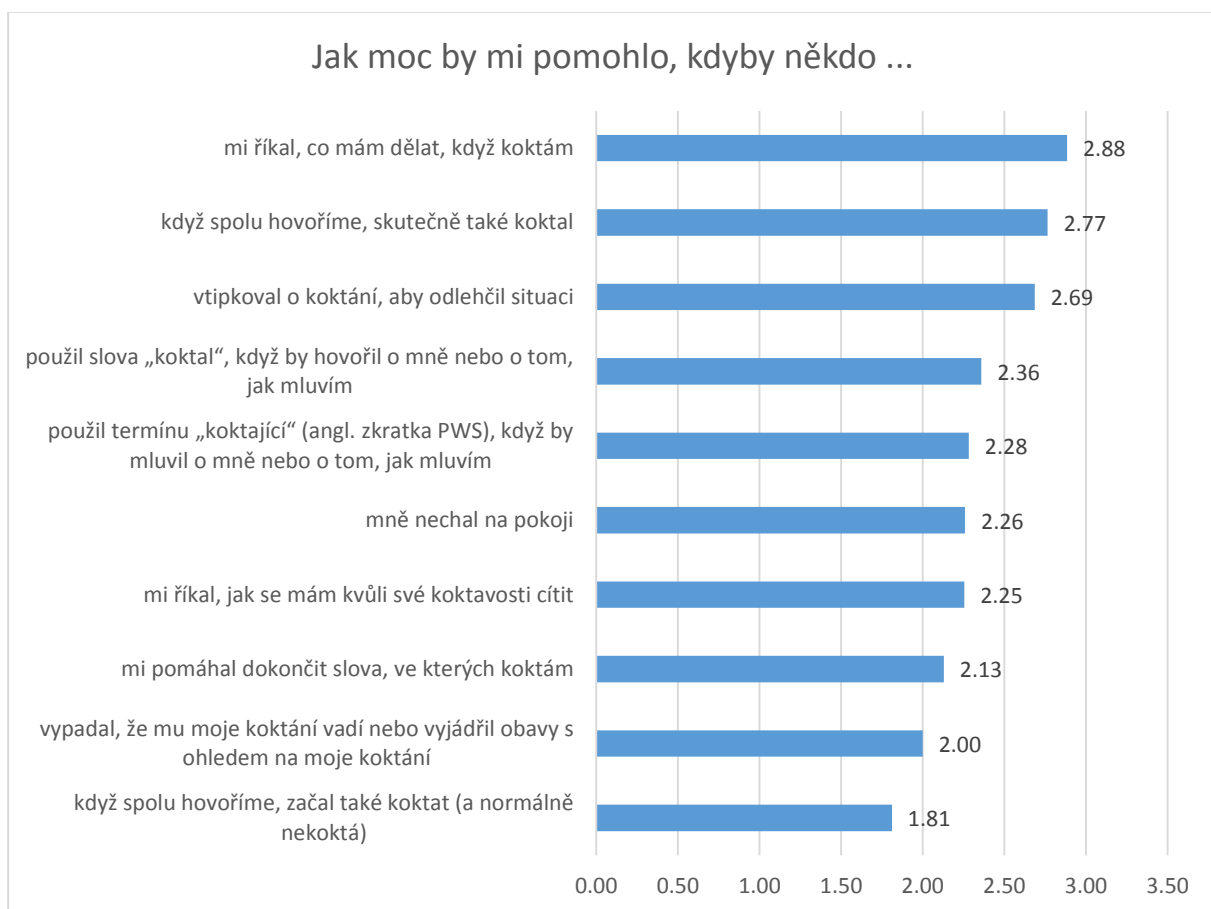
Následující grafy zobrazují průměry položek s názvem „Jak moc by mi pomohlo, kdyby ...“, seřazené od nejvyššího po nejnižší. První graf obsahuje položky s průměrem vyšším než 3, tj. ty, kde respondenti v průměru tíhli spíše k souhlasu, druhý graf obsahuje položky s průměrem nižším než 3, tj. ty, kde respondenti v průměru tíhli spíše k nesouhlasu.



Graf 2 : Jak moc by mi pomohlo, kdyby někdo - položky s průměrem vyšším než 3

Položky s průměrem větším nebo rovným 4 jsou ty, kde respondenti tíhli k výraznému souhlasu. Nejvýrazněji by respondentům pomohlo, kdyby lidé čekali, až respondenti dokončí, co chtějí říct (průměr 4,4 na 1-5 škále), dále, kdyby jim pověděli o své koktavosti (4,28), kdyby je pozvali do svépomocné skupiny nebo na skupinovou terapii (4,20), udržovali s nimi během konverzace normální oční kontakt (4,17), pozvali je na večírek (4,02), nabídli posláni respondenta k někomu, kdo by mohl s koktáním pomoci (4,00) nebo je požádali o pomoc s jejich vlastním koktáním (4,00).

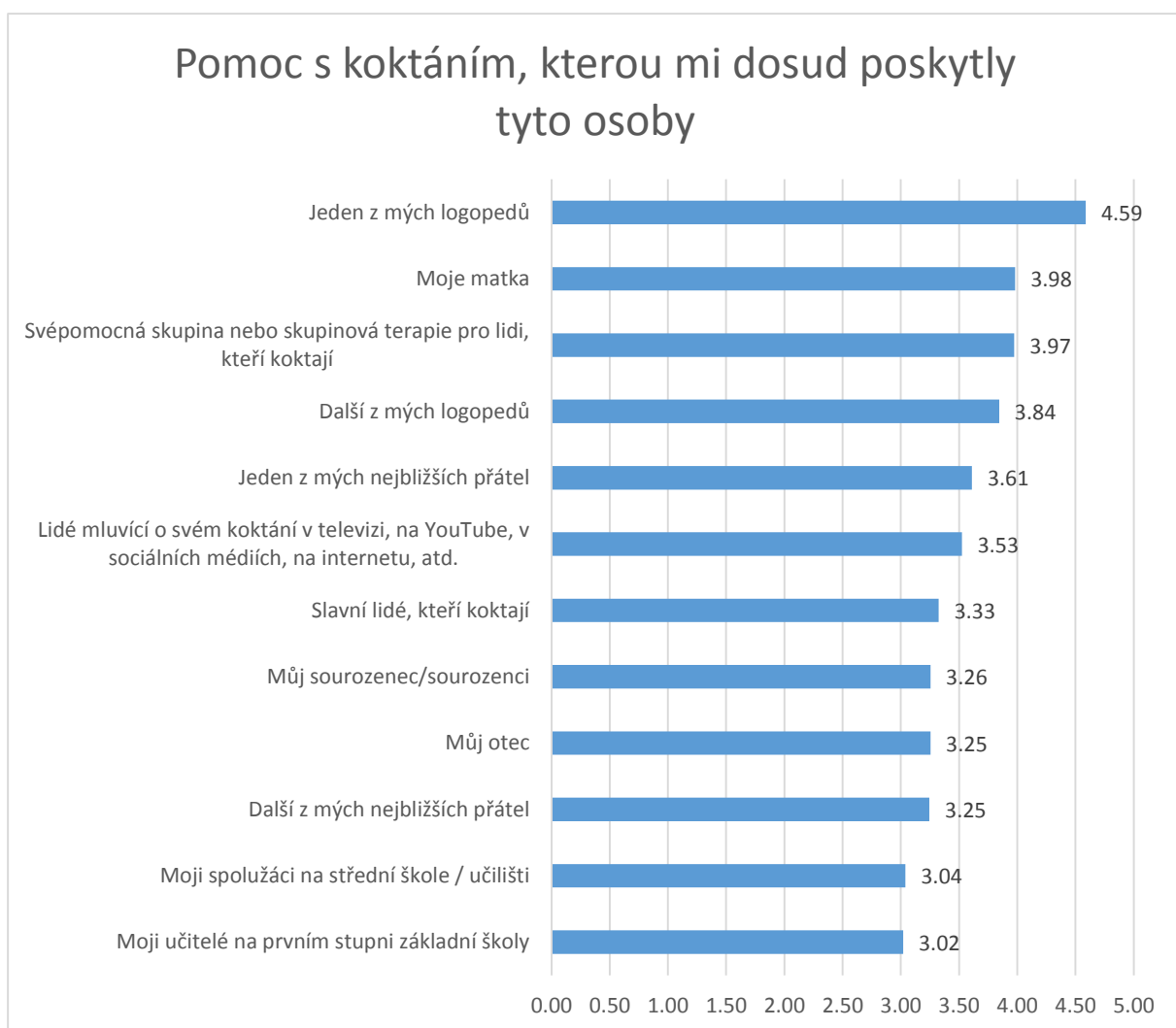
Položky s průměrem mezi 3 a 4 jsou ty, kde respondenti tíhli k mírnému souhlasu. Jednalo se o situace, kdy by lidé respondentům nabídli, že je pošlou k někomu, kdo jim pomůže se s koktavostí vyrovnat (3,88), kdyby se respondentů ptali na koktavost (3,81), kdyby respondentům sdělili, kde získají informace ke koktavosti (3,80), kdyby se respondentů zeptali, jak mohou s koktáním pomoci (3,70), kdyby s respondentem komunikovali, ale nikdy se nezmínili o koktání (3,66), kdyby poskytli knihu, video, brožuru apod. o koktání (3,48) nebo kdyby zařídili setkání s někým, kdo koktá (3,39).



Graf 3: Jak moc by mi pomohlo, kdyby někdo - položky s průměrem nižším než 3

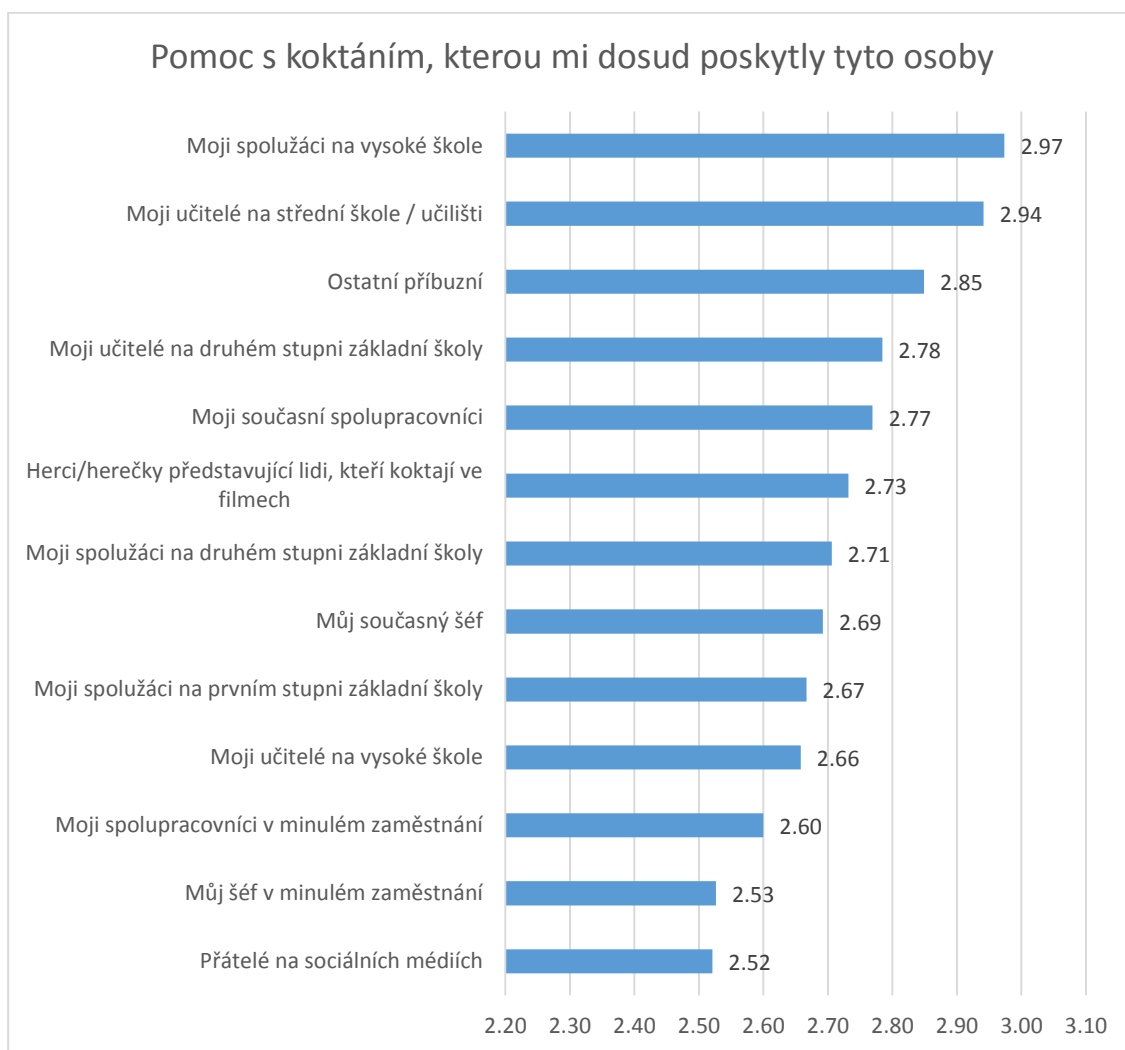
Mezi situace, kde respondenti tíhli k mírnému nesouhlasu ohledně nápomocnosti, patřilo, kdyby jim někdo říkal, co mají dělat, když koktají (2,88), kdyby koktal během hovoru (2,77), kdyby vtipkoval o koktání, aby odlehčil situaci (2,69), kdyby použil slovo koktal v souvislosti s respondentem (2,28), kdyby respondenta nechal na pokoji (2,26), kdyby respondentovi říkal, jak se má kvůli své koktavosti cítit (2,25), kdyby mu pomáhal dokončit slova (2,13) a kdyby vypadal, že mu respondentovo koktání vadí (2,00). Výrazný nesouhlas byl zaznamenán u situace, kdyby někdo začal koktat, i když normálně nekoktá (1,81).

Následující grafy zobrazují průměry položek s názvem „Pomoc s koktáním, kterou mi doposud poskytly tyto osoby“, seřazené od nejvyššího po nejnižší. První graf obsahuje položky s průměrem vyšším než 3, tj. ty, kde respondenti v průměru tíhli spíše k souhlasu, druhý graf obsahuje položky s průměrem nižším než 3, tj. ty, kde respondenti v průměru tíhli spíše k nesouhlasu.



Graf 4: Pomoc s koktáním, kterou mi doposud poskytly tyto osoby - položky s průměrem vyšším než 3

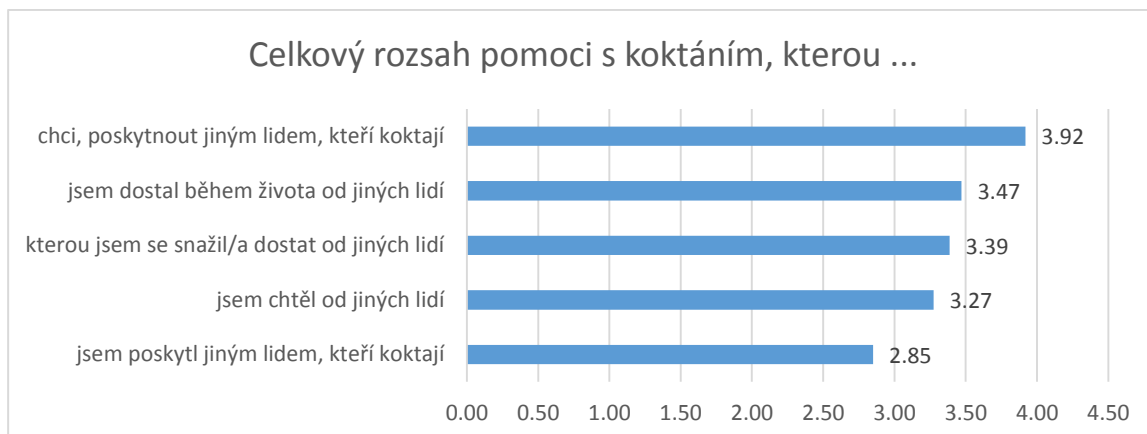
Nejvyšší míru pomoci respondenti s výrazným nárůstem uvedli od logopeda (4,59). Spíše nápomocná byla dle respondentů matka (3,98), svépomoc nebo skupinové terapie (3,97), dalšího logopeda (3,84) jednoho z nejbližších přátel (3,61), lidí mluvících o koktání v TV, na YouTube apod. (3,53), slavných lidí, kteří koktají (3,33), sourozenců (3,26), otce (3,25), dalšího z nejbližších přátel (3,25), spolužáků na střední škole/učilišti (3,04) a učitelů na prvním stupni základní školy (3,02).



Graf 5: Pomoc s koktáním, kterou mi doposud poskytly tyto osoby - položky s průměrem nižším než 3

Spíše nenápomocní byli spolužáci na vysoké škole (2,97) a nejméně nápomocní byli přátelé na sociálních mediích (2,52).

Následující graf zobrazuje průměry položek s názvem „Celkový rozsah pomoci s kockáním, kterou ...“ seřazené od nejvyššího po nejnižší.



Graf 6: Celkový rozsah pomoci s kockáním, kterou ...

Ohledně pomoci s kockáním bylo nejvyšší průměrné hodnocení zaznamenáno u vůle pomoci jiným lidem, kteří koktají (3,92), pomoci, kterou respondenti dostali od jiných lidí (3,47), pomoci, kterou se snažili dostat od jiných lidí (3,39) a pomoci, kterou chtěl dostat od jiných lidí (3,27). Nižší hodnota průměru než 3 byla zaznamenána u pomoci, kterou respondenti poskytli jiným lidem, kteří koktají (2,85).

Následující graf zobrazuje průměry položek s názvem „Jak by tyto činnosti mohly pomoci lidem, kteří koktají“, seřazené od nejvyššího po nejnižší.



Graf 7: Jak by tyto činnosti mohly pomoci lidem, kteří koktají

Za výrazně nápomocnou respondenti označili situaci, kdyby se účastnili svépomocné skupiny nebo skupinové terapie lidí, kteří koktají (4,06). Za spíše nápomocnou respondenti označili situace, kdyby se seznámili s příběhy lidí, kteří koktají, četbou, sledováním nebo poslechem audio a video záznamů (3,71), kdyby mluvili v tváři tvář s osobou, která koktá (3,63), kdyby přečetli brožuru nebo shlédli video s nejnovějšími informacemi o koktání (3,55), popř. další situace (3,08). Za spíše nenápomocnou respondenti považovali situaci, kdyby pobývali ve společnosti osoby, která koktavost předstírá (2,27).

Statistické testování závislosti míry souhlasu u jednotlivých položek na věku, letech vzdělávání, terapie a svépomoci

Spearmanův korelační koeficient: Jak moc by mi pomohlo, kdyby někdo ... v závislosti na věku		
Jak moc by mi pomohlo, kdyby někdo ...	hodnota R	p-hodnota
mně nechal na pokoji	-0,26	0,063
komunikoval se mnou, ale nikdy by se nezmínil nebo nereagoval na to, že koktám	0,15	0,297
se mě zeptal, jak mi může s koktáním pomoci	-0,17	0,220
vypadal, že mu moje koktání vadí nebo vyjádřil obavy s ohledem na moje koktání	0,02	0,875
mi pomáhal dokončit slova, ve kterých koktám	-0,08	0,544
když spolu hovoříme, skutečně také koktal	0,09	0,563
když spolu hovoříme, začal také koktat (a normálně nekotá)	-0,06	0,687
použil slova „koktal“, když by hovořil o mně nebo o tom, jak mluvím	-0,15	0,306
vtipkoval o koktání, aby odlehčil situaci	-0,25	0,074
čekal, až dokončím, co chci říct	-0,04	0,769
se mě ptal na koktavost	-0,11	0,444
mě požádal, abych mu / jí pomohl s jejich vlastním koktáním	0,00	0,972
mně sdělil, kde dostanu informace o koktavosti	-0,14	0,306
mi říkal, jak se mám kvůli své koktavosti cítit	-0,03	0,833
mi říkal, co mám dělat, když koktám	0,31	0,024
mi pověděl/a o své koktavosti	0,12	0,404
mi nabídl, že mě pošle k někomu, o kom se domnívá, že by mi mohl pomoci se s koktavostí vyrovnat, ne ji změnit	-0,05	0,744
mi nabídl, že mě pošle k někomu, o kom se domnívá, že by mi mohl pomoci, abych přestal koktat nebo alespoň moje koktání hodně omezil	-0,07	0,639
použil termínu „koktající“ (angl. zkratka PWS), když by mluvil o mně nebo o tom, jak mluvím	0,19	0,175
pozval do svépomocné skupiny pro koktající nebo na skupinovou terapii	0,02	0,862
mne pozval na svůj večírek	-0,12	0,421
mi zařídil setkání s někým jiným, kdo koktá	0,04	0,767
udržoval se mnou během hovoru normální oční kontakt	-0,07	0,635
mi dal brožuru, knihu, video, apod. o koktání	0,24	0,092

Tabulka 4: Spearmanův korelační koeficient: Jak moc by mi pomohlo, kdyby někdo ... v závislosti na věku

Statisticky významná závislost na věku byla zjištěna u jedné položky, kdy bylo na hladině významnosti 0,05 prokázáno, že s nižším věkem je spojena nižší míra souhlasu s tvrzením, že by koktajícím lidem pomohlo, kdyby jim někdo říkal, co mají dělat, když koktají. U ostatních položek nebyla závislost prokázána.

Spearmanův korelační koeficient: Jak moc by mi pomohlo, kdyby někdo ... v závislosti na letech vzdělávání		
Jak moc by mi pomohlo, kdyby někdo ...	hodnota R	p-hodnota
mně nechal na pokoji	-0,16	0,273
komunikoval se mnou, ale nikdy by se nezmínil nebo nereagoval na to, že koktám	0,03	0,832
se mě zeptal, jak mi může s koktáním pomoci	-0,21	0,147
vypadal, že mu moje koktání vadí nebo vyjádřil obavy s ohledem na moje koktání	-0,10	0,509
mi pomáhal dokončit slova, ve kterých koktám	-0,25	0,080
když spolu hovoříme, skutečně také koktal	-0,13	0,409
když spolu hovoříme, začal také koktat (a normálně nekotá)	-0,04	0,792
použil slova „koktal“, když by hovořil o mně nebo o tom, jak mluvím	-0,13	0,392
vtipkoval o koktání, aby odlehčil situaci	-0,20	0,181
čekal, až dokončím, co chci říct	-0,07	0,628
se mě ptal na koktavost	-0,19	0,181
mě požádal, abych mu / jí pomohl s jejich vlastním koktáním	-0,29	0,043
mně sdělil, kde dostanu informace o koktavosti	-0,32	0,022
mi říkal, jak se mám kvůli své koktavosti cítit	-0,16	0,283
mi říkal, co mám dělat, když koktám	-0,10	0,507
mi pověděl/a o své koktavosti	-0,16	0,269
... mi nabídl, že mě pošle k někomu, o kom se domnívá, že by mi mohl pomoci se s koktavostí vyrovnat, ne ji změnit	-0,33	0,022
mi nabídl, že mě pošle k někomu, o kom se domnívá, že by mi mohl pomoci, abych přestal koktat nebo alespoň moje koktání hodně omezil	-0,35	0,014
použil termínu „koktající“ (angl. zkratka PWS), když by mluvil o mně nebo o tom, jak mluvím	0,09	0,513
pozval do svépomocné skupiny pro koktající nebo na skupinovou terapii	-0,26	0,074
mne pozval na svůj večírek	-0,16	0,274
mi zařídil setkání s někým jiným, kdo koktá	-0,23	0,114
udržoval se mnou během hovoru normální oční kontakt	-0,37	0,008
mi dal brožuru, knihu, video, apod. o koktání	-0,11	0,458

Tabulka 5: Spearmanův korelační koeficient: Jak moc by mi pomohlo, kdyby někdo ... v závislosti na letech vzdělávání

Statisticky významná závislost na počtu let vzdělávání byla zjištěna u pěti položek, kdy bylo na hladině významnosti 0,05 prokázáno, že s větším počtem let vzdělávání je spojena nižší míra souhlasu s tvrzeními, že by koktajícím lidem pomohlo, kdyby je někdo požádal, aby mu pomohli s jeho vlastním koktáním, kdyby jim někdo sdělil, kde dostanou informace o koktavosti, kdyby jim někdo nabídl, že je pošle k někomu, o kom se domnívá, že by jim mohl pomoci se s koktavostí vyrovnat, nebo ji změnit, kdyby jim někdo nabídl, že je pošle k někomu, o kom se domnívá, že by jim mohl pomoci, aby přestali koktat nebo alespoň jejich koktání

hodně omezil a kdyby s nimi někdo během hovoru udržoval normální oční kontakt. U ostatních položek nebyla závislost prokázána.

Spearmanův korelační koeficient: Jak moc by mi pomohlo, kdyby někdo ... v závislosti na letech terapie		
	hodnota R	p-hodnota
Jak moc by mi pomohlo, kdyby někdo ...		
mně nechal na pokoji	-0,12	0,443
komunikoval se mnou, ale nikdy by se nezmínil nebo nereagoval na to, že koktám	0,00	0,977
se mě zeptal, jak mi může s koktáním pomoci	0,13	0,379
vypadal, že mu moje koktání vadí nebo vyjádřil obavy s ohledem na moje koktání	0,27	0,072
mi pomáhal dokončit slova, ve kterých koktám	-0,25	0,089
když spolu hovoříme, skutečně také koktal	0,19	0,243
když spolu hovoříme, začal také koktat (a normálně nekotá)	0,12	0,408
použil slova „koktal“, když by hovořil o mně nebo o tom, jak mluvím	0,09	0,544
vtipkoval o koktání, aby odlehčil situaci	-0,37	0,012
čekal, až dokončím, co chci říct	0,22	0,133
se mě ptal na koktavost	0,09	0,553
mě požádal, abych mu / jí pomohl s jejich vlastním koktáním	0,24	0,101
mně sdělil, kde dostanu informace o koktavosti	-0,11	0,468
mi říkal, jak se mám kvůli své koktavosti cítit	-0,48	0,001
mi říkal, co mám dělat, když koktám	-0,05	0,730
mi pověděl/a o své koktavosti	0,32	0,028
... mi nabídl, že mě pošle k někomu, o kom se domnívá, že by mi mohl pomoci se s koktavostí vyrovnat, ne ji změnit	-0,09	0,539
mi nabídl, že mě pošle k někomu, o kom se domnívá, že by mi mohl pomoci, abych přestal koktat nebo alespoň moje koktání hodně omezil	-0,20	0,183
použil termínu „koktající“ (angl. zkratka PWS), když by mluvil o mně nebo o tom, jak mluvím	-0,12	0,420
pozval do svépomocné skupiny pro koktající nebo na skupinovou terapii	0,19	0,201
mne pozval na svůj večírek	0,20	0,194
mi zařídil setkání s někým jiným, kdo koktá	0,39	0,007
udržoval se mnou během hovoru normální oční kontakt	0,39	0,006
mi dal brožuru, knihu, video, apod. o koktání	0,20	0,172

Tabulka 6: Spearmanův korelační koeficient: Jak moc by mi pomohlo, kdyby někdo ... v závislosti na letech terapie

Statisticky významná závislost na počtu let terapie byla zjištěna u pěti položek, kdy bylo na hladině významnosti 0,05 prokázáno, že s větším počtem let terapie je spojena nižší míra souhlasu s tvrzeními, že by koktajícím lidem pomohlo, kdyby někdo vtipkoval o jejich koktání, a kdyby jim někdo říkal, jak se kvůli koktavosti cítit. Dále bylo na hladině významnosti 0,05 prokázáno, že s větším počtem let terapie je spojena vyšší míra souhlasu s tvrzeními, že by koktajícím lidem pomohlo, kdyby jim někdo pověděl o své koktavosti, kdyby jim někdo zařídil setkání s někým, kdo koktá, a kdyby s nimi někdo během hovoru udržoval běžný oční kontakt. U ostatních položek nebyla závislost prokázána.

Spearmanův korelační koeficient: Jak moc by mi pomohlo, kdyby někdo v závislosti na letech svépomoci nebo pomoci podpůrné skupiny		
Jak moc by mi pomohlo, kdyby někdo ...	hodnota R	p-hodnota
mně nechal na pokoji	0,00	0,991
komunikoval se mnou, ale nikdy by se nezmínil nebo nereagoval na to, že koktám	-0,09	0,538
se mě zeptal, jak mi může s koktáním pomoci	0,02	0,895
vypadal, že mu moje koktání vadí nebo vyjádřil obavy s ohledem na moje koktání	0,11	0,472
mi pomáhal dokončit slova, ve kterých koktám	-0,18	0,203
když spolu hovoříme, skutečně také koktal	0,17	0,266
když spolu hovoříme, začal také koktat (a normálně nekotá)	0,10	0,473
použil slova „koktal“, když by hovořil o mně nebo o tom, jak mluvím	0,03	0,846
vtipkoval o koktání, aby odlehčil situaci	-0,32	0,030
čekal, až dokončím, co chci říct	-0,07	0,614
se mě ptal na koktavost	0,23	0,116
mě požádal, abych mu / jí pomohl s jejich vlastním koktáním	0,06	0,700
mně sdělil, kde dostanu informace o koktavosti	0,02	0,872
mi říkal, jak se mám kvůli své koktavosti cítit	-0,24	0,109
mi říkal, co mám dělat, když koktám	-0,09	0,524
mi pověděl/a o své koktavosti	-0,05	0,757
... mi nabídl, že mě pošle k někomu, o kom se domnívá, že by mi mohl pomoci se s koktavostí vyrovnat, ne ji změnit	0,17	0,252
mi nabídl, že mě pošle k někomu, o kom se domnívá, že by mi mohl pomoci, abych přestal koktat nebo alespoň moje koktání hodně omezil	-0,22	0,126
použil termínu „koktající“ (angl. zkratka PWS), když by mluvil o mně nebo o tom, jak mluvím	-0,13	0,355
pozval do svépomocné skupiny pro koktající nebo na skupinovou terapii	0,14	0,340
mne pozval na svůj večírek	0,16	0,295
mi zařídil setkání s někým jiným, kdo koktá	0,02	0,886
udržoval se mnou během hovoru normální oční kontakt	0,24	0,090
mi dal brožuru, knihu, video, apod. o koktání	-0,38	0,007

Tabulka 7: Spearmanův korelační koeficient: Jak moc by mi pomohlo, kdyby někdo v závislosti na letech svépomoci nebo pomoci podpůrné skupiny

Statisticky významná závislost na počtu let svépomoci nebo pomoci podpůrné skupiny byla zjištěna u dvou položek, kdy bylo na hladině významnosti 0,05 prokázáno, že s větším počtem let svépomoci nebo pomoci podpůrné skupiny je spojena nižší míra souhlasu s tvrzeními, že by koktajícím lidem pomohlo, kdyby někdo vtipkoval o koktání, aby odlehčil situaci, a kdyby jim dal někdo brožuru, knihu, video apod. o koktání. U ostatních položek nebyla závislost prokázána.

Spearmanův korelační koeficient: Celkový rozsah pomoci v závislosti na věku		
Celkový rozsah pomoci s koktáním, kterou ...	hodnota R	p-hodnota
jsem dostal během života od jiných lidí	-0,30	0,031
jsem chtěl od jiných lidí	-0,22	0,124
kterou jsem se snažil/a dostat od jiných lidí	0,04	0,799
jsem poskytl jiným lidem, kteří koktají	-0,05	0,721
chci, poskytnout jiným lidem, kteří koktají	-0,20	0,164

Tabulka 8: Spearmanův korelační koeficient: Celkový rozsah pomoci v závislosti na věku

Na hladině významnosti 0,05 bylo prokázáno, že s vyšším věkem je spojen nižší rozsah pomoci, kterou balbutici dostali od jiných lidí.

Spearmanův korelační koeficient: Celkový rozsah pomoci v závislosti na letech vzdělávání		
Celkový rozsah pomoci s koktáním, kterou ...	hodnota R	p-hodnota
jsem dostal během života od jiných lidí	-0,20	0,175
jsem chtěl od jiných lidí	-0,11	0,446
kterou jsem se snažil/a dostat od jiných lidí	-0,01	0,944
jsem poskytl jiným lidem, kteří koktají	-0,02	0,890
chci, poskytnout jiným lidem, kteří koktají	-0,09	0,569

Tabulka 9: Spearmanův korelační koeficient: Celkový rozsah pomoci v závislosti na letech vzdělávání

Závislost rozsahu obdržené či poskytnuté pomoci na počtu let vzdělávání nebyla na hladině významnosti 0,05 statisticky významná pro žádnou z položek.

Spearmanův korelační koeficient: Celkový rozsah pomoci v závislosti na letech terapie		
Celkový rozsah pomoci s koktáním, kterou ...	hodnota R	p-hodnota
jsem dostal během života od jiných lidí	0,18	0,228
jsem chtěl od jiných lidí	0,02	0,909
kterou jsem se snažil/a dostat od jiných lidí	0,13	0,388
jsem poskytl jiným lidem, kteří koktají	0,15	0,328
chci, poskytnout jiným lidem, kteří koktají	0,09	0,560

Tabulka 10: Spearmanův korelační koeficient: Celkový rozsah pomoci v závislosti na letech terapie

Závislost rozsahu obdržené či poskytnuté pomoci na počtu let terapie nebyla na hladině významnosti 0,05 statisticky významná pro žádnou z položek.

Spearmanův korelační koeficient: Celkový rozsah pomoci v závislosti na letech svépomoci nebo podpůrné skupiny		
Celkový rozsah pomoci s koktáním, kterou ...	hodnota R	p-hodnota
jsem dostal během života od jiných lidí	0,31	0,033
jsem chtěl od jiných lidí	-0,06	0,692
kterou jsem se snažil/a dostat od jiných lidí	0,11	0,461
jsem poskytl jiným lidem, kteří koktají	0,08	0,570
chci, poskytnout jiným lidem, kteří koktají	0,03	0,856

Tabulka 11: Spearmanův korelační koeficient: Celkový rozsah pomoci v závislosti na letech svépomoci nebo podpůrné skupiny

Na hladině významnosti 0,05 bylo prokázáno, že s vyšším počtem let svépomoci nebo pomocí podpůrné skupiny je spojen vyšší rozsah pomoci, kterou balbutici dostali od jiných lidí.

Spearmanův korelační koeficient: Pomoc s koktáním, kterou mi dosud poskytly tyto osoby v závislosti na věku		
Pomoc s koktáním, kterou mi dosud poskytly tyto osoby	hodnota R	p-hodnota
Moje matka	-0,43	0,001
Můj otec	-0,43	0,002
Můj sourozenec/sourozenci	-0,28	0,054
Ostatní příbuzní	-0,19	0,183
Jeden z mých nejbližších přátel	-0,28	0,040
Další z mých nejbližších přátel	-0,31	0,026
Přátelé na sociálních médiích	0,06	0,693
Moji učitelé na prvním stupni základní školy	-0,25	0,080
Moji spolužáci na prvním stupni základní školy	-0,47	0,001
Moji učitelé na druhém stupni základní školy	-0,11	0,441
Moji spolužáci na druhém stupni základní školy	-0,31	0,028
Moji učitelé na střední škole / učilišti	-0,19	0,182
Moji spolužáci na střední škole / učilišti	-0,43	0,002
Moji učitelé na vysoké škole	-0,18	0,274
Moji spolužáci na vysoké škole	-0,21	0,201
Můj současný šéf	0,04	0,797
Moji současní spolupracovníci	-0,10	0,542
Můj šéf v minulém zaměstnání	-0,16	0,342
Moji spolupracovníci v minulém zaměstnání	-0,15	0,361
Jeden z mých logopedů	0,15	0,316
Další z mých logopedů	-0,09	0,625
Svépomocná skupina nebo skupinová terapie pro lidi, kteří koktají	0,06	0,727
Lidé mluvící o svém koktání v televizi, na YouTube, v sociálních médiích, na internetu, atd.	0,42	0,007
Slavní lidé, kteří koktají	0,41	0,007
Herci/herečky představující lidi, kteří koktají ve filmech	0,11	0,486

Tabulka 12: Spearmanův korelační koeficient: Pomoc s koktáním, kterou mi dosud poskytly tyto osoby v závislosti na věku

Na hladině významnosti 0,05 bylo prokázáno, že s vyšším věkem je spojena nižší míra pomoci od matky, otce, nejbližších přátel, spolužáků na prvním nebo druhém stupni základní školy a spolužáků na střední škole nebo učilišti. Na hladině významnosti 0,05 bylo prokázáno, že s vyšším věkem je spojena vyšší míra pomoci od lidí mluvících o svém koktání v televizi, na YouTube, v sociálních médiích, na internetu apod. a od slavných lidí, kteří koktají.

Spearmanův korelační koeficient: Pomoc s koktáním, kterou mi dosud poskytly tyto osoby v závislosti na letech vzdělávání		
Pomoc s koktáním, kterou mi dosud poskytly tyto osoby	hodnota R	p-hodnota
Moje matka	-0,16	0,252
Můj otec	-0,28	0,047
Můj sourozenec/sourozenci	-0,15	0,313
Ostatní příbuzní	-0,14	0,335
Jeden z mých nejbližších přátel	-0,12	0,417
Další z mých nejbližších přátel	-0,08	0,585
Přátelé na sociálních médiích	-0,08	0,602
Moji učitelé na prvním stupni základní školy	-0,07	0,646
Moji spolužáci na prvním stupni základní školy	-0,13	0,410
Moji učitelé na druhém stupni základní školy	-0,19	0,185
Moji spolužáci na druhém stupni základní školy	-0,14	0,342
Moji učitelé na střední škole / učilišti	-0,11	0,449
Moji spolužáci na střední škole / učilišti	-0,21	0,162
Moji učitelé na vysoké škole	-0,05	0,770
Moji spolužáci na vysoké škole	-0,12	0,503
Můj současný šéf	0,27	0,116
Moji současní spolupracovníci	0,07	0,698
Můj šéf v minulém zaměstnání	0,22	0,197
Moji spolupracovníci v minulém zaměstnání	0,04	0,813
Jeden z mých logopedů	0,02	0,898
Další z mých logopedů	-0,29	0,120
Svépomocná skupina nebo skupinová terapie pro lidi, kteří koktají	0,12	0,523
Lidé mluvící o svém koktání v televizi, na YouTube, v sociálních médiích, na internetu, atd.	0,08	0,655
Slavní lidé, kteří koktají	0,18	0,265
Herci/herečky představující lidi, kteří koktají ve filmech	-0,09	0,593

Tabulka 13: Spearmanův korelační koeficient: Pomoc s koktáním, kterou mi dosud poskytly tyto osoby v závislosti na letech vzdělávání

Na hladině významnosti 0,05 bylo prokázáno, že s větším počtem let vzdělávání je spojena nižší míra pomoci od otce.

Spearmanův korelační koeficient: Pomoc s koktáním, kterou mi dosud poskytly tyto osoby v závislosti na letech terapie		
Pomoc s koktáním, kterou mi dosud poskytly tyto osoby	hodnota R	p-hodnota
Moje matka	0,03	0,814
Můj otec	0,17	0,252
Můj sourozenec/sourozenci	0,20	0,196
Ostatní příbuzní	0,23	0,111
Jeden z mých nejbližších přátel	0,29	0,048
Další z mých nejbližších přátel	0,04	0,794
Přátelé na sociálních médiích	0,18	0,242
Moji učitelé na prvním stupni základní školy	0,11	0,489
Moji spolužáci na prvním stupni základní školy	0,07	0,670
Moji učitelé na druhém stupni základní školy	0,17	0,258
Moji spolužáci na druhém stupni základní školy	0,06	0,670
Moji učitelé na střední škole / učilišti	0,25	0,088
Moji spolužáci na střední škole / učilišti	0,12	0,412
Moji učitelé na vysoké škole	-0,07	0,693
Moji spolužáci na vysoké škole	-0,10	0,570
Můj současný šéf	0,31	0,075
Moji současní spolupracovníci	0,07	0,676
Můj šéf v minulém zaměstnání	0,31	0,075
Moji spolupracovníci v minulém zaměstnání	0,20	0,233
Jeden z mých logopedů	0,02	0,921
Další z mých logopedů	0,19	0,321
Svépomocná skupina nebo skupinová terapie pro lidi, kteří koktají	0,35	0,055
Lidé mluvící o svém koktání v televizi, na YouTube, v sociálních médiích, na internetu, atd.	0,37	0,030
Slavní lidé, kteří koktají	0,21	0,204
Herci/herečky představující lidi, kteří koktají ve filmech	0,10	0,564

Tabulka 14: Spearmanův korelační koeficient: Pomoc s koktáním, kterou mi dosud poskytly tyto osoby v závislosti na letech terapie

Na hladině významnosti 0,05 bylo prokázáno, že s větším počtem let terapie je spojena vyšší míra pomoci od jednoho z nejbližších přátel a vyšší míra pomoci od lidí mluvících o svém koktání v televizi, na YouTube, v sociálních médiích, na internetu apod.

Spearmanův korelační koeficient: Pomoc s koktáním, kterou mi dosud poskytly tyto osoby v závislosti na letech svépomoci nebo podpůrné skupiny		
Pomoc s koktáním, kterou mi dosud poskytly tyto osoby	hodnota R	p-hodnota
Moje matka	0,05	0,724
Můj otec	0,02	0,872
Můj sourozenec/sourozenci	0,09	0,574
Ostatní příbuzní	0,09	0,542
Jeden z mých nejbližších přátel	0,04	0,797
Další z mých nejbližších přátel	-0,12	0,422
Přátelé na sociálních médiích	-0,08	0,591
Moji učitelé na prvním stupni základní školy	0,31	0,033
Moji spolužáci na prvním stupni základní školy	0,13	0,389
Moji učitelé na druhém stupni základní školy	0,14	0,327
Moji spolužáci na druhém stupni základní školy	0,04	0,767
Moji učitelé na střední škole / učilišti	0,23	0,122
Moji spolužáci na střední škole / učilišti	0,25	0,092
Moji učitelé na vysoké škole	0,12	0,501
Moji spolužáci na vysoké škole	0,08	0,640
Můj současný šéf	0,26	0,127
Moji současní spolupracovníci	0,27	0,114
Můj šéf v minulém zaměstnání	0,21	0,220
Moji spolupracovníci v minulém zaměstnání	0,09	0,593
Jeden z mých logopedů	-0,12	0,455
Další z mých logopedů	0,26	0,178
Svépomocná skupina nebo skupinová terapie pro lidi, kteří koktají	0,38	0,031
Lidé mluvící o svém koktání v televizi, na YouTube, v sociálních médiích, na internetu, atd.	0,17	0,316
Slavní lidé, kteří koktají	0,22	0,184
Herci/herečky představující lidi, kteří koktají ve filmech	0,05	0,760

Tabulka 15: Spearmanův korelační koeficient: Pomoc s koktáním, kterou mi dosud poskytly tyto osoby v závislosti na letech svépomoci nebo podpůrné skupiny

Na hladině významnosti 0,05 bylo prokázáno, že s větším počtem let svépomoci nebo pomoci podpůrné skupiny je spojena vyšší míra pomoci učitelů na prvním stupni základní školy a (přirozeně) vyšší míra pomoci svépomocné skupiny nebo skupinové terapie pro lidi, kteří koktají.

Spearmanův korelační koeficient: Jak by tyto činnosti mohly pomoci - v závislosti na věku		
Jak by tyto činnosti mohly pomoci lidem, kteří koktají:	hodnota R	p-hodnota
Přečtení brožury nebo zhlédnutí videa, shrnující nejnovější informace o problémech s koktáním.	0,09	0,546
Mluvit tváří v tvář s osobou, která koktá.	-0,09	0,535
Seznámení se s příběhy lidí, kteří koktají četbou, sledováním nebo poslechem audio a videozáznamů.	0,11	0,436
Účast ve svépomocné skupině nebo účast na skupinové terapii lidí, kteří koktají.	-0,14	0,329
Pobývat ve společnosti osoby, která koktavost v různých situacích pouze předstírá, aniž by prozradila, že ve skutečnosti nekoktá.	0,10	0,535
Další?	0,24	0,435

Tabulka 16: Spearmanův korelační koeficient: Jak by tyto činnosti mohly pomoci - v závislosti na věku.

Závislost pomoci jednotlivých činností na věku nebyla na hladině významnosti 0,05 statisticky významná pro žádnou z položek.

Spearmanův korelační koeficient: Jak by tyto činnosti mohly pomoci - v závislosti na letech vzdělávání		
Jak by tyto činnosti mohly pomoci lidem, kteří koktají:	hodnota R	p-hodnota
Přečtení brožury nebo zhlédnutí videa, shrnující nejnovější informace o problémech s koktáním.	-0,22	0,136
Mluvit tváří v tvář s osobou, která koktá.	-0,10	0,504
Seznámení se s příběhy lidí, kteří koktají četbou, sledováním nebo poslechem audio a videozáznamů.	0,23	0,109
Účast ve svépomocné skupině nebo účast na skupinové terapii lidí, kteří koktají.	-0,15	0,290
Pobývat ve společnosti osoby, která koktavost v různých situacích pouze předstírá, aniž by prozradila, že ve skutečnosti nekoktá.	-0,09	0,588
Další?	-0,39	0,216

Tabulka 17: Spearmanův korelační koeficient: Jak by tyto činnosti mohly pomoci - v závislosti na letech vzdělávání.

Závislost pomoci jednotlivých činností na počtu let vzdělávání nebyla na hladině významnosti 0,05 statisticky významná pro žádnou z položek.

Spearmanův korelační koeficient: Jak by tyto činnosti mohly pomoci - v závislosti na letech terapie		
Jak by tyto činnosti mohly pomoci lidem, kteří koktají:	hodnota R	p-hodnota
Přečtení brožury nebo zhlédnutí videa, shrnující nejnovější informace o problémech s koktáním.	0,15	0,319
Mluvit tváří v tvář s osobou, která koktá.	0,24	0,108
Seznámení se s příběhy lidí, kteří koktají četbou, sledováním nebo poslechem audio a videozáznamů.	0,35	0,019
Účast ve svépomocné skupině nebo účast na skupinové terapii lidí, kteří koktají.	0,33	0,025
Pobývat ve společnosti osoby, která koktavost v různých situacích pouze předstírá, aniž by prozradila, že ve skutečnosti nekotá.	0,28	0,084
Další?	0,08	0,796

Tabulka 18: Spearmanův korelační koeficient: Jak by tyto činnosti mohly pomoci - v závislosti na letech terapie

Na hladině významnosti 0,05 bylo prokázáno, že s rostoucím počtem let terapie je spojena vyšší míra pomoci prostřednictvím seznámení se s příběhy lidí, kteří koktají četbou, sledováním nebo poslechem audio a videozáznamů a účastí ve svépomocné skupině nebo účastí na skupinové terapii lidí, kteří koktají.

Spearmanův korelační koeficient: Jak by tyto činnosti mohly pomoci - v závislosti na letech svépomoci nebo podpůrné skupiny		
Jak by tyto činnosti mohly pomoci lidem, kteří koktají:	hodnota R	p-hodnota
Přečtení brožury nebo zhlédnutí videa, shrnující nejnovější informace o problémech s koktáním.	0,18	0,224
Mluvit tváří v tvář s osobou, která koktá.	0,17	0,259
Seznámení se s příběhy lidí, kteří koktají četbou, sledováním nebo poslechem audio a videozáznamů.	0,06	0,683
Účast ve svépomocné skupině nebo účast na skupinové terapii lidí, kteří koktají.	0,14	0,332
Pobývat ve společnosti osoby, která koktavost v různých situacích pouze předstírá, aniž by prozradila, že ve skutečnosti nekotá.	-0,05	0,763
Další?	-0,05	0,880

Tabulka 19: Spearmanův korelační koeficient: Jak by tyto činnosti mohly pomoci - v závislosti na letech svépomoci nebo podpůrné skupiny

Závislost pomoci jednotlivých činností na počtu let svépomoci nebo pomoci podpůrné skupiny nebyla na hladině významnosti 0,05 statisticky významná pro žádnou z položek.

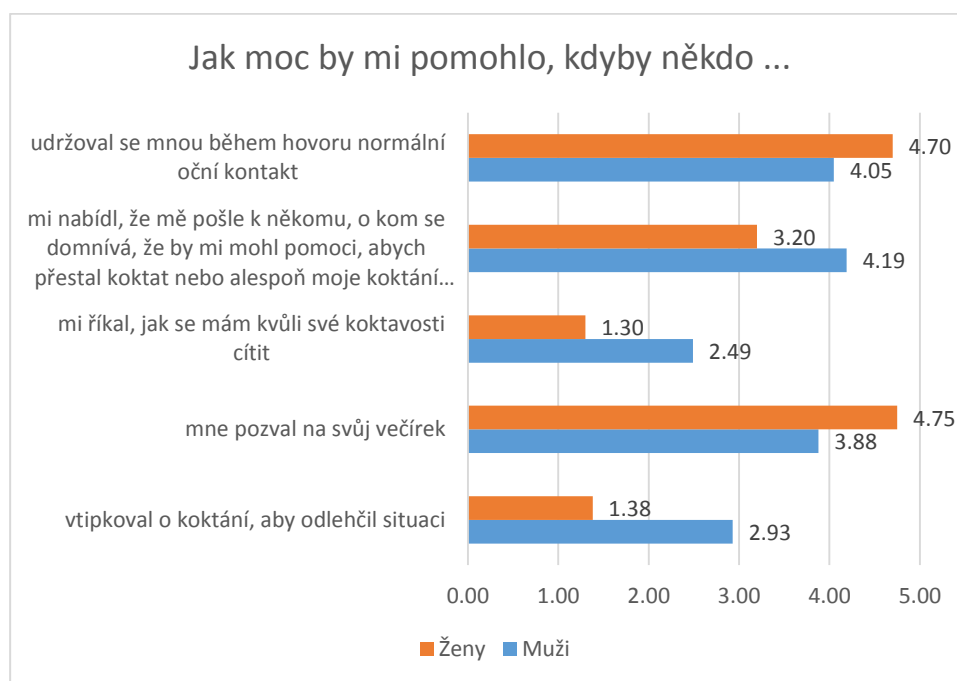
Mann-Whitneyho test: Závislost míry souhlasu s vybranými položkami dotazníku na pohlaví

Jak moc by mi pomohlo, kdyby někdo ...	Muži průměr	Ženy průměr	M-W p-hodnota
mně nechal na pokoji	2,25	2,30	0,917
komunikoval se mnou, ale nikdy by se nezmnínil nebo nereagoval na to, že kocktám	3,56	4,10	0,268
se mě zeptal, jak mi může s kocktáním pomoci	3,74	3,50	0,531
vypadal, že mu moje kocktání vadí nebo vyjádřil obavy s ohledem na moje kocktání	2,05	1,75	0,467
mi pomáhal dokončit slova, ve kterých kocktám	2,30	1,40	0,127
když spolu hovoříme, skutečně také kocktal	2,65	3,20	0,222
když spolu hovoříme, začal také kocktat (a normálně nekocktá)	1,79	1,90	0,863
použil slova „kocktal“, když by hovořil o mně nebo o tom, jak mluvím	2,35	2,43	0,873
vtipkoval o kocktání, aby odlehčil situaci	2,93	1,38	0,005
čekal, až dokončím, co chci říct	4,43	4,25	0,278
se mě ptal na kocktavost	3,80	3,88	0,552
mě požádal, abych mu / jí pomohl s jejich vlastním kocktáním	3,93	4,30	0,314
mně sdělil, kde dostanu informace o kocktavosti	3,80	3,80	0,906
mi říkal, jak se mám kvůli své kocktavosti cítit	2,49	1,30	0,015
mi říkal, co mám dělat, když kocktám	2,95	2,60	0,559
mi pověděl/a o své kocktavosti	4,21	4,60	0,106
... mi nabídl, že mě pošle k někomu, o kom se domnívá, že by mi mohl pomoci se s kocktavostí vyrovnat, ne ji změnit	3,88	3,90	0,703
mi nabídl, že mě pošle k někomu, o kom se domnívá, že by mi mohl pomoci, abych přestal kocktat nebo alespoň moje kocktání hodně omezil	4,19	3,20	0,021
použil termínu „kocktající“ (angl. zkratka PWS), když by mluvil o mně nebo o tom, jak mluvím	2,33	2,10	0,648
pozval do svépomocné skupiny pro kocktající nebo na skupinovou terapii	4,21	4,11	0,768
mne pozval na svůj večírek	3,88	4,75	0,005
mi zařídil setkání s někým jiným, kdo kocktá	3,29	3,80	0,282
udržoval se mnou během hovoru normální oční kontakt	4,05	4,70	0,036

mi dal brožuru, knihu, video, apod. o koktání	3,52	3,30	0,773
---	------	------	-------

Tabulka 20: Mann-Whitneyho test: Závislost míry souhlasu s vybranými položkami dotazníku na pohlaví

Statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami byl na hladině významnosti 0,05 prokázán u pěti položek, jejichž průměry byly zobrazeny pomocí kategorizovaného sloupcového grafu.



Graf 8: Položky se statisticky významným rozdílem mezi muži a ženami

Na hladině významnosti 0,05 bylo prokázáno, že ženy pokládají za více nápomocné udržování očního kontaktu a pozvání na večírek, zatímco muži pokládají za více nápomocné nabídku posláni k někomu, kdo by mohl pomoci, a méně nenápomocné, když někdo řekne, jak se mají kvůli své koktavosti cítit a když někdo vtipkuje o koktání.

Mann-Whitneyho test: Závislost míry souhlasu s vybranými položkami dotazníku na pohlaví			
Pomoc s koktáním, kterou mi dosud poskytly tyto osoby:	Muži průměr	Ženy průměr	M-W p-hodnota
Moje matka	4,02	3,80	0,413
Můj otec	3,24	3,30	0,943
Můj sourozenec/sourozenci	3,32	3,00	0,229
Ostatní příbuzní	2,79	3,10	0,601
Jeden z mých nejbližších přátel	3,48	4,20	0,127
Další z mých nejbližších přátel	3,23	3,30	1,000
Přátelé na sociálních médiích	2,39	3,00	0,259
Moji učitelé na prvním stupni základní školy	2,90	3,56	0,261
Moji spolužáci na prvním stupni základní školy	2,62	2,89	0,741
Moji učitelé na druhém stupni základní školy	2,71	3,11	0,348
Moji spolužáci na druhém stupni základní školy	2,67	2,89	0,786
Moji učitelé na střední škole / učilišti	2,80	3,50	0,165
Moji spolužáci na střední škole / učilišti	2,98	3,30	0,635
Moji učitelé na vysoké škole	2,61	2,86	0,693
Moji spolužáci na vysoké škole	2,87	3,43	0,309
Můj současný šéf	2,58	3,13	0,394
Moji současní spolupracovníci	2,71	3,00	0,578
Můj šéf v minulém zaměstnání	2,42	3,00	0,328
Moji spolupracovníci v minulém zaměstnání	2,55	2,86	0,499
Jeden z mých logopedů	4,76	3,89	0,179
Další z mých logopedů	3,76	4,14	0,438
Svépomocná skupina nebo skupinová terapie pro lidi, kteří koktají	3,92	4,10	0,698
Lidé mluvící o svém koktání v televizi, na YouTube, v sociálních médiích, na internetu, atd.	3,30	4,20	0,053
Slavní lidé, kteří koktají	3,18	3,80	0,227
Herci/herečky představující lidi, kteří koktají ve filmech	2,69	2,89	0,671

Tabulka 21: Mann-Whitneyho test: Závislost míry souhlasu s vybranými položkami dotazníku na pohlaví

Závislost pomoci jednotlivých osob na pohlaví nebyla na hladině významnosti 0,05 statisticky významná pro žádnou z položek.

Mann-Whitneyho test: Závislost míry souhlasu s vybranými položkami dotazníku na pohlaví			
Celkový rozsah pomoci s koktáním, kterou ...	Muži průměr	Ženy průměr	M-W p-hodnota
jsem dostal během života od jiných lidí	3,34	4,00	0,126
jsem chtěl od jiných lidí	3,29	3,22	0,941
kterou jsem se snažil/a dostat od jiných lidí	3,33	3,60	0,340
jsem poskytl jiným lidem, kteří koktají	2,86	2,80	0,794
chci, poskytnout jiným lidem, kteří koktají	3,95	3,80	0,785

Tabulka 22: Mann-Whitneyho test: Závislost míry souhlasu s vybranými položkami dotazníku na pohlaví

Závislost celkového rozsahu poskytnuté či přijaté pomoci na pohlaví nebyla na hladině významnosti 0,05 statisticky významná pro žádnou z položek.

Mann-Whitneyho test: Závislost míry souhlasu s vybranými položkami dotazníku na pohlaví			
Jak by tyto činnosti mohly pomoci lidem, kteří koktají:	Muži průměr	Ženy průměr	M-W p-hodnota
Přečtení brožury nebo zhlédnutí videa, shrnující nejnovější informace o problémech s koktáním.	3,49	3,80	0,413
Mluvit tváří v tvář s osobou, která koktá.	3,57	3,90	0,844
Seznámení se s příběhy lidí, kteří koktají četbou, sledováním nebo poslechem audio a videozáznamů.	3,56	4,30	0,184
Účast ve svépomocné skupině nebo účast na skupinové terapii lidí, kteří koktají.	4,02	4,20	0,759
Pobývat ve společnosti osoby, která koktavost v různých situacích pouze předstírá, aniž by prozradila, že ve skutečnosti nekoktá.	2,11	2,89	0,217
Další?	3,36	1,50	0,199

Tabulka 23: Mann-Whitneyho test: Závislost míry souhlasu s vybranými položkami dotazníku na pohlaví

Závislost nápomocnosti jednotlivých situací na pohlaví nebyla na hladině významnosti 0,05 statisticky významná pro žádnou z položek.

Počet provedených testů a počet statisticky významných výsledků

Tato kapitola se věnuje problému, kdy při velkém množství testů jsou některé výsledky pravděpodobně statisticky významné pouze na základě náhody. Konkrétně při testování na hladině významnosti 0,05, za předpokladu, že závislost neexistuje, bude mít každý 20. test

statisticky významný výsledek pouze na základě náhody. V následující tabulce je uvedeno, jaký byl dosažen podíl statisticky významných výsledků pro jednotlivé skupiny testů.

Skupina položek/faktor	věk	vzdělání	terapie	svépomoc	pohlaví
Pomohlo by, kdyby ... (24)	1	5	5	2	5
Pomoc dal/dostal (5)	1	0	0	1	0
Pomohly osoby ... (25)	9	1	2	2	0
Činnosti pomohly ... (6)	0	0	2	0	0

Tabulka 24: Podíl statisticky významných výsledků pro jednotlivé skupiny testů

Celkem bylo provedeno 300 testů, z nichž 36 mělo statisticky významný výsledek. Podíl statisticky významných výsledků tedy činil 12 %, což výrazně převyšuje podíl 5 %, který by byl očekáván za předpokladu, že závislost pro žádný z testů neexistuje.

6.8 Závěry šetření a doporučení pro praxi

Cílem výzkumného šetření byla analýza hodnocení pomoci, kterou respondent získává ze svého okolí. Empirická část má doplnit část teoretickou o vnější, reálný pohled na prostředí, ve kterém se respondent denně pohybuje, a tím zpětně obohatit a rozšířit přípravný terapeutický proces. Hlavním cílem byla analýza zkušeností osob s koktavostí s reakcí na jejich neplnulosť, která byla provedena na podkladě dotazníku PASS-Ad a to se na podkladě zpracování statistické analýzy dat podařilo. Podařilo se splnit i skrytý cíl, kde byly v rámci propagace a osvěty vytvořeny informační materiály (viz Příloha č. 3), který je dále šířen. Byl vytvořen i informační portál www.nekocktam.cz, který slouží ke sdílení informací a k otevření širší diskuze na téma koktavost.

VO 1: Jaké reakce na svoji řeč respondent vnímá jako pozitivní/negativní?

Na základě analýzy dotazníku bylo možné sestavit žebříček nejvíce pozitivních reakcí, které by respondent vnímal jako nejvíce nápomocné. Ke shodě na výrazném souhlasu s reakcí došlo u pěti položek. Za nejpozitivnější je považováno: *čekat, až dokončím, co chci říct (4,40)*. Je tedy patrné, že respondent se ve svém okolí setkává se skákáním do řeči a s přerušováním své neplnulosť tím, že je druhým dokončena. Do stejné kategorie se dá zařadit i *udržování normálního očního kontaktu během rozhovoru. (4,17)*. Je nutné na základě tohoto šetření ve fázi terapie s tímto faktem pracovat, například identifikací, kdy k tomu dochází, a identifikací, proč se druhá osoba takto chová, zdali je to tím, že chce pomoci, nebo zdali je to projev netrpělivosti či nelibosti. V další fázi terapie desenzibilizace může být cílem terapie přímět

klienta, aby okolí upozornil na tuto skutečnost a požádal je, aby jej nechali domluvit. Ve fázi modifikace může klient úmyslně prodlužovat svoji neplynulost a i přes to, že mu druhá osoba skočí do řeči, pokračuje v neplynulosti a dokončí ji až podle svého uvážení. Terapeutického využití této skutečnosti je celá řada a musí být zařazeno to procesu reedukace plynulosti.

Zbylé odpovědi (*mi pověděl/a o své koktavosti (4,28), pozval do svépomocné skupiny pro koktající nebo na skupinovou terapii (4,20), mne pozval na svůj večírek (4,02), mi nabídl, že mě pošle k někomu, o kom se domnívá, že by mi mohl pomoci, abych přestal koktat nebo alespoň moje koktání hodně omezil (4,00)*) vypovídají o sociální izolaci a touze nebýt se svým problémem osamocen. Přestože se balbutici už podle svého hendikepu chovají (viz 2.8 *Specifika chronické koktavosti*) nejsou rezignovaní a se svým stavem smíření. Nejvhodnější se jeví využití těchto skutečností v procesu motivace (vím, proč to dělám, vím, čeho chci dosáhnout) v procesu desenzibilizace – otevřeně se identifikuji se svým problémem a to se stává možným cílem konverzace.

Terapie se musí zaměřit také na odstraňování maskovacích technik, kde následně může docházet k častějším neplynulostem, a logopedie, plynulost a zadržávání se stane častěji tématem hovoru. V rámci kognitivně-behaviorálních technik terapeut pomůže identifikovat klientovi navyklé vzorce chování, které mu brání v navazování bližších kontaktů s okolím apod. Jako velmi vhodná se jeví podpora vzniku svépomocných či logopedem vedených terapeutických skupin.

Odborná veřejnost díky seřazení položek podle vlastního hodnocení zainteresovanou osobou ví, na co se primárně zaměřit a které položky respondent nevnímá tak intenzivně. Směrem k širší veřejnosti je na místě osvěta a seznamování s tématem koktavost, například formou přednášek, prezentací známých osobností, které se nebudou bát o tématu mluvit, případně plakátů do logopedických pracovišť.

VO 2: Kterí lidé respondentovi poskytli pomoc s koktáním?

Rozborem odpovědí bylo možné sestavit pořadí osob, které respondent považuje za nápomocné při svém problému s koktáním, a naopak, které vnímá spíše negativně. Zde respondenti vyjádřili výrazný souhlas pouze *s jedním s logopedů (4,59)* – to ukazuje, že s logopedickou péčí jsou spokojeni a že ji považují za užitečnou při řešení svého problému. Zde však narážíme na omezení poskytnutého dotazníku, které brání zevšeobecnění získané

informace, protože data byla získána anonymně písemně a i elektronicky z různých logopedických pracovišť, ale dotazník dále nezkoumal kolik a z jakých pracovišť dotazníků bylo, proto je teoreticky možné, že mohlo být většina dotazníků z jednoho pracoviště, kde byli respondenti s péčí spokojeni. Toto však částečně vyvrací další položka v dotazníku, tedy *další z mých logopedů (3,84)* se kterou respondenti vyjádřili spíše souhlas. Druhá položka v pořadí, se kterou respondenti vyjádřili téměř výrazný souhlas, byla *jejich matka (3,98)*. Výsledky výzkumné otázky mají neocenitelnou hodnotu směrem k terapii dětí a dospívajících a ukazuje nám, kam musí terapeut směřovat své úsilí a které prostředí musí zahrnout do procesu terapie. Již je to zmíněno v podkapitole *1.5 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví a koftavost*, kdy jsou faktory prostředí jasně zmiňovány. Analýza dotazníku ukázala velký problém ve třech položkách, a to *pomoc od otce (3,25)*, *školní prostředí* a *prostředí pracovní*.

Retrospektivně na základě hodnocení položky pomoci otce se nabízí vysvětlení, že otec nebyl součástí terapeutického procesu, tudíž neví, jak reagovat a komunikovat tak, aby jeho chování bylo klientovi nápomocno. Potvrzuje to současný trend, kdy se logopedické terapie účastní především matky dětí a otec zpravidla není účasten. Tím dochází k narušení terapeutického procesu, protože dále rodiče nemusí fungovat ve shodě, může docházet na základě neinformovanosti otce k jeho nežádoucímu chování a reakcím. V podkapitole *2.6.2 Terapeutické metody incipientní koftavosti* teoretické části všechny zmíněné terapeutické modely zahrnují součinnost obou rodičů. Na základě výsledku šetření je nutné, aby se otec stal nedílnou součástí terapeutického týmu dítěte, což může mít rozhodující vliv na zvládnutí problému již v jeho rané podobě.

Pedagogické instituce, a to jak učitelé i spolužáci na všech stupních škol od základních po vysoké, byly hodnoceny nejlépe stupněm 3,04 tedy hraniční souhlasnou hodnotou (*moji spolužáci na střední škole/učilišti*) a nejhorší hodnoty mají odpovědi: *moji spolužáci na prvním stupni základní školy (2,67)* a *moji učitelé na vysoké škole (2,66)*. Školní prostředí je považováno za rizikové ve vztahu k vnímání hendikepu, ale je překvapivé, že ani učitelé nejsou hodnoceni jako nápomocní.

Nutnou součástí terapie dětí a dospívajících musí být oslovení pedagogických institucí všech úrovní a zapojení učitelů do terapie. I když se zdá, že pedagogové jsou proškoleni, analýza ukazuje v praxi problém s jejich přístupem. Primárně musí dojít k edukaci učitelů působením např. školských poradenských zařízení, logopeda, školního psychologa. Učitel

následně ovlivní klima ve třídě. Změna následně zvýší pravděpodobnost lepšího terapeutického výsledku již v průběhu dětství a dospívání, kdy ještě nejsou plně rozvinuty všechny příznaky kochtavosti. Navíc jsou děti s kochtavostí náchylnější k šikaně a vyčlenění z kolektivu, což problém jen zhoršuje. K diskusi se nabízí otázka, jaký je aktuální stav ve školství, vzhledem k tomu, že dotazník byl určen pro dospělé respondenty, tedy že od doby ukončení jejich základní školní docházky uběhly nejméně 3 roky, hodnocení vysokých škol to pravděpodobně neovlivní. Nabízí se spekulativní otázka, že se situace již zlepšila a nyní již kritická není. Na to je nutné odpovědět, že dokud nejsou důkazy o zlepšení, je nutné s tímto prostředím pracovat jako s potenciálně rizikovým.

Bývalé pracoviště je místem, které respondenti vyhodnotili jako rizikové a nenápomocné s kochtavostí, (*můj šéf v minulém zaměstnání 2,53; moji spolupracovníci v minulém zaměstnání 2,60*). Pracoviště je mikroklimatem, kde může často docházet k vnitřním konfliktům a k rivalitě. Platí zde, co bylo předesláno výše, logoped se souhlasem klienta či klient sám musí aktivně toto prostředí ovlivňovat, identifikovat problém, modifikovat svoje chování a otevřeně s okolím problém konfrontovat. S postupnou změnou a učením se těmto novým postupům může například pomoci skupinová terapie, která funguje jako mezistupeň mezi vnějším prostředím a individuálním terapeutickým sezením (viz 4.7 *Skupinová terapie, svépomocné skupiny*)

VO 3: Jak hodnotí respondenti celkový rozsah pomoci okolí a jak sami pomoc poskytují?

Nejvyšší průměrné hodnocení bylo zaznamenáno u *touhy pomoci jiným lidem, kteří kochtají (3,92)*, zde respondenti téměř dosáhli výrazného souhlasu. V kontrastu na posledním místě se umístila položka u *reálné pomoci, kterou respondenti poskytli jiným lidem, kteří kochtají (2,85)*. Respondent chce poskytovat pomoc, ale doopravdy ji poskytuje méně, než by chtěl. Z dotazníku vyplývá, že respondent je ochotný pomoci, ale neumí svoji pomoc realizovat. Vzniká zde prostor pro terapeuta, který by měl potenciál využít. Jedním z možných příkladů by bylo zapojení například bývalých klientů do programu s dospívajícími, kteří by ostatním prakticky ukázali, že balbuties není překážka pro vykonávání vysněné práce, spokojeného partnerského života, společenského života. Tyto příklady dokážou praktickým příkladem motivovat více než plynule mluvící logoped. Dalším možným způsobem je klienty zapojit do pomocných skupin nebo veřejných aktivit spojených s osvětou.

Mezi balbutiky jsou lidé zajímavých profesí, lidé úspěšní a slavní. Zatímco ze zahraničí vidíme, jak se tyto osobnosti (např. Joe Biden, Bruce Willis, Emily Blunt) nebojí o svém hendikepu mluvit a tím jednak vysvětlují téma koktavost veřejnosti, ale zároveň motivují ostatní k podobným činům. V našem lokálním kontextu k takové veřejné debatě dosud nedošlo, pozitivním zjištěním však je, že balbutici mají o participaci v terapeutickém procesu zájem.

Respondenti spíše souhlasí, že se jim *dostalo pomoci od jiných lidí* (3,47) a pokud se *snažili pomoc získat*, tak ji od jiných lidí dostali (3,39) a spíše se jim *dostalo i pomoci, kterou chtěli dostat* od jiných lidí (3,27). Analýza ukazuje, že česká veřejnost je spíše nápomocná v pomoci balbutikům.

VO 4: Jaké jsou představy respondentů o činnostech, které by jim pomohly?

Za výrazně nápomocnou respondenti označili situaci, kdy by se *účastnili svépomocné skupiny nebo skupinové terapie lidí, kteří koktají* (4,06). Výrazný souhlas respondenti vyjádřili, i když z nich většina nemá vlastní zkušenost s podobnou formou terapie. Z charakteru výzkumného vzorku je patrné, že skupinové terapie se zúčastnilo pouze 28% respondentů. Pro praxi vyplynulo jednoznačné doporučení pro zakládání podobných terapeutických skupin (4.7 Skupinová terapie, svépomocné skupiny). Zde se můžou realizovat další představy respondentů, které posoudili jako spíše nápomocné tedy *seznámit se s příběhy lidí, kteří koktají, četbou, sledováním nebo poslechem audio a video záznamů* (3,71), *kdy by mluvili v tváři tvář s osobou, která koktá* (3,63), *kdy by přečetli brožuru nebo shlédli video s nejnovějšími informacemi o koktání* (3,55), popř. *další situace* (3,08). Za spíše nenápomocnou respondenti považovali situaci, kdy by *pobývali ve společnosti osoby, která koktavost předstírá* (2,27).

VO 5: Ovlivňuje vzdělání, věk, délka terapie a účast ve svépomocné skupině reakci míry souhlasu s jednotlivými položkami?

Zde budou interpretovány výsledky, kdy statistika indikuje na hladině významnosti 0,05, že byla prokázána závislost. Nebudou interpretovány všechny významnosti, protože v oddílech s málo položkami (*Jak by tyto činnosti mohly pomoci lidem, kteří koktají?, Celkový rozsah pomoci s mým koktáním, nebo její nedostatek, kterou jsem dostal*), i když se objevila statistická významnost, byl jejich celkový počet malý a je velké riziko náhodného výsledku a tudíž chybné a zavádějící interpretace. Ze stejného důvodu nebudou interpretovány ani

ojedinělé výsledky v dalších kategoriích (viz Tabulka 24: Podíl statisticky významných výsledků pro jednotlivé skupiny testů).

Na hladině významnosti 0,05 bylo prokázáno, že míra souhlasu koreluje s:

1. S věkem respondenta:

S vyšším věkem je spojena **větší** míra souhlasu, jak moc by mi pomohlo, kdyby někdo:

	hodnota R	p-hodnota
mi říkal, co mám dělat, když koftám	0,31	0,024

Tabulka 25: položka s prokázanou závislostí na věku respondenta

Čím jsem mladší, tím méně chci, aby mi ostatní říkali, co mám dělat, když koftám.

S vyšším věkem, je spojena **menší** míra souhlasu s celkovým rozsahem pomoci s koftáním, kterou:

	hodnota R	p-hodnota
jsem dostal během života od jiných lidí	-0,30	0,031

Tabulka 26: položka s prokázanou závislostí na věku respondenta

Čím jsem starší, tím méně souhlasím, že jsem dostal větší rozsah pomoci s koftáním od ostatních lidí.

S vyšším věkem je spojena **menší** míra souhlasu, že mi tyto osoby poskytly pomoc:

Pomoc s koftáním, kterou mi dosud poskytly tyto osoby	hodnota R	p-hodnota
Moje matka	-0,43	0,001
Můj otec	-0,43	0,002
Jeden z mých nejbližších přátel	-0,28	0,040
Další z mých nejbližších přátel	-0,31	0,026
Moji spolužáci na prvním stupni základní školy	-0,47	0,001
Moji spolužáci na druhém stupni základní školy	-0,31	0,028
Moji spolužáci na střední škole / učilišti	-0,43	0,002

Tabulka 27: položky s prokázanou závislostí na věku respondenta

S vyšším věkem je spojena **větší** míra souhlasu, že mi tyto osoby poskytly pomoc:

Pomoc s koftáním, kterou mi dosud poskytly tyto osoby	hodnota R	p-hodnota
Lidé mluvící o svém koftání v televizi, na YouTube, v sociálních médiích, na internetu, atd.	0,42	0,007
Slavní lidé, kteří koftají	0,41	0,007

Tabulka 28: položky s prokázanou závislostí na věku respondenta

S vyšším věkem je spojeno to, že respondentům méně vadí, když jim ostatní říkají, co mají dělat. Jsou ochotnější naslouchat a nechat si poradit. Dá se předpokládat, že je to nedostatkem odborné pomoci či nekvalifikovanou pomocí, mají málo informací o svém hendikepu a je pravděpodobná i jistá míra rezignace v souvislosti s problémem. Na druhou stranu, již ve svém životě získali mnoho jiných zkušeností, můžou mít rodiny, děti, stále pracovní místo a pevné místo ve svém sociálním okolí a jsou možná více tolerantní a méně přecitlivělí. Jako nedostatečnou hodnotí pomoc starší lidé na základě toho, že v dětství či dospívání informace či vhodnou péči neměli. Dle doložených statistických dat jim rodina, přátelé, učitelé ani spolužáci s jejich problémem nepomohli.

Data je možné interpretovat tak, že v době dětství, kdy se problém poprvé vyskytl, byli rodiče logopedem, speciálním pedagogem instruování o poruše plynulosti řeči, která vznikla na základě psychotraumat, neurotizace dítěte (Lechta, 2004b) apod. Rodiče se cítili vinni, že za stav dítěte můžou sami. Dle doporučení odborníků se svým dítětem o jeho problému nemluvili, aby si jej náhodou nevšimlo. Styděli se před okolím, protože se na ně ostatní dívali jako na špatné rodiče s neadekvátním výchovou. Ve škole učitel neměl dost informací a neuměl s dítětem pracovat, možná to dále prohlubovalo izolaci respondenta a jeho problém, ke zlepšení nepřispěli ani spolužáci, pro které byl možná snadným terčem ostrakizace. Když ani nejlepší přátelé mu nebyli schopni pomoci (pokud je měl), cítí oprávněně, že mu okolí moc nepomohlo. Získaná data se dají tímto způsobem interpretovat.

Mladší respondenti, již situaci vnímají lépe, proto je pravděpodobné, že se stav postupně zlepšuje. Doporučení pro praxi vyplývající z této práce je včasná a kvalitní diagnostika (viz 2.5.2 *Diagnostika balbuties u hraniční koktavosti*) s odhalením rizikových faktorů (2.5.1 *Rizikové faktory*), vysvětlení příčin koktavosti např. na základě multifaktoriálního modelu, čímž budou rodiče zbaveni viny, nikoliv však odpovědnosti. Dle pravidel EBP (viz 4.8 *EBP v terapii koktavosti*) zvolit vhodnou terapii například zmíněné v podkapitole 2.6.2 *Terapeutické metody incipientní koktavosti*.

Ve všech zmíněných terapeutických programech jsou rodiče jeho aktivní součástí a koktavost není v rodině tabu. V tomto věku má terapeut největší šance na korekci koktavosti (Lechta, 2004b). Později logoped v součinnosti se speciálním pedagogem musí monitorovat školní prostředí a zahrnout ho do terapie (viz 1.5 *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví a koktavost*). Pak dojde ke zlepšení situace a nedojde k tomu, že (jak je nyní prokázáno), čím je balbutik starší, tím spíše hledá pomoc z televize, internetu či od známých

osobností. Je prioritou, aby dospělý balbutik byl inspirací pro ostatní, aby se nebál, nebyl izolován a byl platnou součástí společnosti.

Věk se ve statistické analýze stal nejprůkaznějším a nejsilnějším faktorem díky největšímu počtu statisticky významných výsledků, které určují pohled respondenta na vnímání pomoci od ostatních.

2. S délkou vzdělání respondenta:

*S vyšší délkou vzdělávání je spojena **menší** míra souhlasu, jak moc by mi pomohlo, kdyby někdo:*

	hodnota R	p-hodnota
mě požádal, abych mu / jí pomohl s jejich vlastním koktáním	-0,29	0,043
mě sdělil, kde dostanu informace o koktavosti	-0,32	0,022
mi nabídl, že mě pošle k někomu, o kom se domnívá, že by mi mohl pomoci se s koktavostí vyrovnat, ne ji změnit	-0,33	0,022
mi nabídl, že mě pošle k někomu, o kom se domnívá, že by mi mohl pomoci, abych přestal koktat nebo alespoň moje koktání hodně omezil	-0,35	0,014
udržoval se mnou během hovoru normální oční kontakt	-0,37	0,008

Tabulka 29: položky s prokázanou závislostí na vzdělání respondenta

Čím více let vzdělávání tím **více** mi více uvedené skutečnosti vadí.

Koktavost na člověka emocionálně působí, balbutik cítí stud a postupně se stává přecitlivějším na řeč. Řečový blok je frustrující a může vést k pocitu ponížení, bezmoci, které vedou ke komplexu méněcennosti, depresím (Malcolm, 2000). Tak vnímá balbutik sám sebe a není důvod, aby se domníval, že jej ostatní vnímají jinak. V práci zjištěná data ukazují změnu, ke které dochází vlivem dlouhodobého studia a tedy pravděpodobně studia vysokoškolského.

Balbutik díky úspěchu ve studiu získává lepší povědomí o vlastních schopnostech, škola jej nutí překonávat výzvy, kterým by se jinak vyhnul (zkoušky, prezentace, společné úkoly s ostatními). Díky těmto zkušenostem si sám sebe více váží a vnímá svoji přidanou hodnotu, má větší sebevědomí a ví, že umí více než ostatní. Proto negativně vnímá skutečnost, že mu někdo jiný nabízí informace a nabídky pomoci, které přece sám zná nebo si je dokáže zjistit. Další statistické výsledky, ale ukazují stálou přecitlivělost na problém řeči. I dlouho studující balbutik nezískává řečové sebevědomí, protože jinak by pomoc vnímal pozitivně, jako snahu

ostatních jej posunout kupředu. Respondent zde však vnímá snahu jako připomenutí jeho hendikepu a snižování jeho úspěchů a snad i hodnoty. To dokládá položka, kde respondent není ochoten pomoci ostatním s jejich koktavostí a to buď proto, že sám neví, jak pomoci (problém u sebe nemá vyřešen), zároveň se stále stydí, má strach, neví jak s problémem pracovat a nechce být s ním spojován. Tuto interpretaci by vysvětlovala i položka, že respondent nevyhledává a nevyžaduje během hovoru oční kontakt, který je pro balbutiky vždy velice obtížný.

Návrhem pro praxi by se nabízela větší veřejná diskuze a na téma koktavost, zapojení známých osobností, které by sdílely svoje zkušenosti s neplynulostí. Tím by se postupně změnilo vnímání veřejnosti, kde koktání je stále považováno za něco směšného a osoby s balbuties jsou například ve filmech znázorňovány jako bizarní směšné figurky.

Vzdělání se ukázalo jako faktor, který je potřeba zohlednit, pro velký počet statisticky významných výsledků

3. S délkou terapie respondenta:

*S delším časovým rozsahem terapie je spojena **menší** míra souhlasu, jak moc by mi pomohlo, kdyby někdo:*

	hodnota R	p-hodnota
vtipkoval o koktání, aby odlehčil situaci	-0,37	0,012
mi říkal, jak se mám kvůli své koktavosti cítit	-0,48	0,001

Tabulka 30: položky s prokázanou závislostí na délce terapie respondenta

Čím déle navštěvuji terapii, tím více mi tyto situace vadí.

*S delším časovým rozsahem terapie je spojena **větší** míra souhlasu, jak moc by mi pomohlo, kdyby někdo:*

mi pověděl/a o své koktavosti	0,32	0,028
mi zařídil setkání s někým jiným, kdo koktá	0,39	0,007
udržoval se mnou během hovoru normální oční kontakt	0,39	0,006

Tabulka 31: položky s prokázanou závislostí na délce terapie respondenta

Čím déle navštěvuji terapii, tím méně mi tyto situace vadí.

S delším časovým rozsahem terapie je spojena větší míra souhlasu, že mi tyto osoby poskytly pomoc:

	hodnota R	p-hodnota
Jeden z mých nejbližších přátel	0,29	0,048
Lidé mluvící o svém koktání v televizi, na YouTube, v sociálních médiích, na internetu, atd.	0,37	0,030

Tabulka 32: položky s prokázanou závislostí na délce terapie respondenta

Čím déle chodím na terapii, tím více si uvědomuji, jak mi tito lidé pomohli.

S delším časovým rozsahem terapie spojena větší míra souhlasu, že by tyto činnosti mohly pomoci lidem, kteří koktají

	hodnota R	p-hodnota
Seznámení se s příběhy lidí, kteří koktají, četbou, sledováním nebo poslechem audio a videozáznamů.	0,35	0,019
Účast ve svépomocné skupině nebo účast na skupinové terapii lidí, kteří koktají.	0,33	0,025

Tabulka 33: položky s prokázanou závislostí na délce terapie respondenta

Čím kratší je doba terapie, tím méně si dokážu představit, že by ostatním pomohlo seznámení se příběhy ostatních a setkání v rámci kolektivní terapie-

Interpretace vychází z předpokladu, že déletrvající terapie bude úspěšná, pokroky činící terapie, protože pokud by úspěšná nebyla, dospělý klient (na rozdíl od dětí) by ji nenavštěvoval a svůj čas, případně peníze, by investoval jinde. Statisticky podložená data tuto úspěšnost dokládají, protože díky úspěšné identifikaci a desenzibilizaci již respondent ví, ale hlavně dokáže popsat pocity spojené s koktavostí a je mu nepříjemné a hlavně zbytečné, aby to někdo jiný dělal za něj.

Také vtipy a jiné zesměšnění situace mu nejsou příjemné, protože jediný, kdo si může z koktavosti dělat legraci, je jen on sám a v rámci terapie se to i učí. Ostatní můžou zesměšňovat svoje chyby a prohřešky, ale dělat si legraci z ostatních snadno přejde od škádlení ke škodolibosti a někdy i k šikaně. Terapie naučila balbutika ne trpně snášet a možná i přijímat posměšky jako součást jeho role a postavení ve společnosti, ale již mu takové chování vadí a je-li terapie úspěšná, pak se dokáže sám ozvat a bránit. Zde je na místě zdůraznit roli desenzibilizace a změny copingových strategií, které jsou součástí terapie (viz 4.6.2 Desenzibilizace).

Sebevědomí balbutika roste a v rámci terapie se naučil nevnímat koktavost jako svoji jedinou a hlavní charakteristiku, tedy nevnímá se jako „koktavý“, ale vnímá se jako plnohodnotná osoba, je si vědom svých dovedností a znalostí. Nestydí se o problému mluvit, je schopný jej akceptovat, neskrývat a díky tomu s ním i efektivně pracovat. Je díky terapii schopný přijmout fakt, že koktá, a tím akceptovat koktavost i u ostatních. Neakceptuje-li balbutik ostatní klienty s koktavostí, pak je to především proto, že neakceptuje sám sebe a svoji řeč. To se vlivem terapie mění a dále se již nebrání pomoci ostatním. Při svém jednání upřednostňuje normální oční kontakt. K těmto změnám nedošlo vlivem délky vzdělání (porovnej s oddílem 2. *S délkou vzdělání respondenta*).

Délka terapie se ukázala jako faktor (velký počet statisticky významných výsledků), který mění pohled respondenta na vnímání pomoci od ostatních, a je potřeba jej zohlednit.

4. S účastí ve svépomocné či podpůrné skupině:

*S účastí ve svépomocné či podpůrné skupině je spojena **menší** míra souhlasu, jak moc by mi pomohlo, kdyby někdo:*

	hodnota R	p-hodnota
vtipkoval o koktání, aby odlehčil situaci	-0,32	0,030
mi dal brožuru, knihu, video, apod. o koktání	-0,38	0,007

Tabulka 34: položky s prokázanou závislostí na účasti ve svépomocné či podpůrné skupině

Čím déle navštěvuji svépomocnou skupinu, tím více mi vadí.

*S účastí ve svépomocné, či podpůrné skupině je spojena **větší** míra souhlasu, že mi tyto osoby poskytly pomoc:*

	hodnota R	p-hodnota
Moji učitelé na prvním stupni základní školy	0,31	0,033
Svépomocná skupina nebo skupinová terapie pro lidi, kteří koktají	0,38	0,031

Tabulka 35: položky s prokázanou závislostí na účasti ve svépomocné či podpůrné skupině

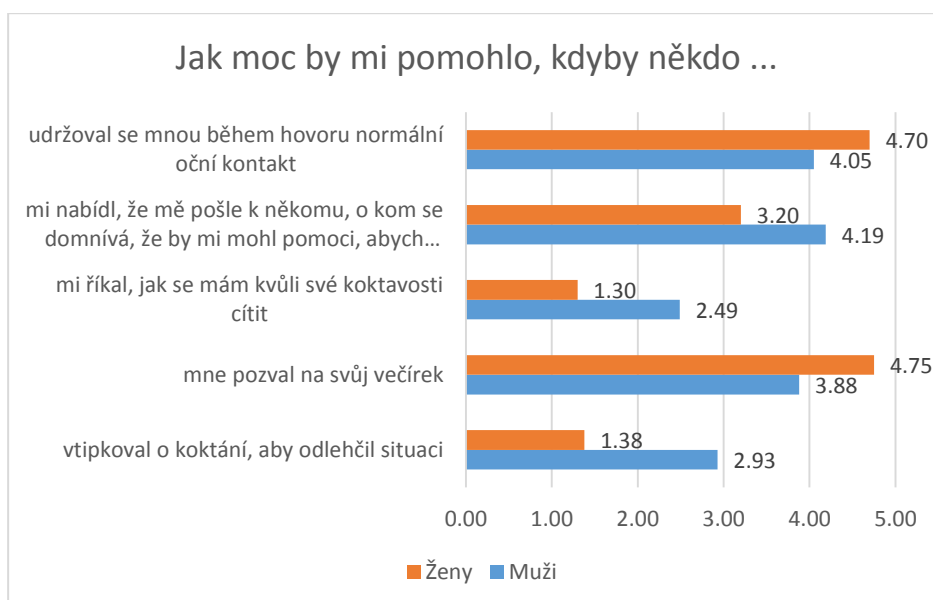
Účastníkům skupinové terapie více vadí, pokud by si z jejich neplnlosti někdo dělal legraci. Nabízí se vysvětlení použité v předchozím oddíle v souvislosti s délkou trvání terapie. Zde navíc může hrát roli fakt, že klienti společně sdílí své zkušenosti, emoce, pocity a tím se stávají vnímavější k potřebám ostatních a díky sdílení si uvědomí, jak pro některé jejich kolegy (pokud to nejsou právě oni) může být vtipkování zranitelné a jak moc dokáže ubližovat a trápit. Patrně proto jsou k těmto projevům kritičtější.

Skupinu vnímají jako místo, kde se jim dostalo realizace, podpory a pomoci a ví, že tento způsob pomoci je efektivnější než nepřímé předávání informací, skrze literaturu a jiná média. K osobnímu kontaktu s ostatními jsou ochotnější přistoupit po určité době terapie a ne na jejím začátku (viz předchozí oddíl), a tak jsou i skupinové terapie koncipovány tak, aby zafixovaly a podpořily individuální péči (viz 4.7 *Skupinová terapie, svépomocné skupiny*) Zajímavá korelace vzešla porovnáním účasti na skupinové terapii a vnímání podpory od učitele na prvním stupni základní školy. Vzhledem k tomu, že v porovnání všech respondentů byla podpora na školách vnímána jako spíše nenápomocná, je to zajímavý výsledek, který sice může být náhodný, ale měl by být do budoucna důkladněji prověřen.

Účast ve svépomocné skupině se ukázala jako faktor, pro který se zjistilo jen málo statisticky významných výsledků, ale byla sem zařazena proto, že se často vyskytovala v jiných skupinách.

VO 6: Existuje rozdíl mezi muži a ženami při vnímání pomoci při koktání?

Statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami byl na hladině významnosti 0,05 prokázán u pěti položek, jejichž průměry byly zobrazeny pomocí kategorizovaného sloupcového grafu.



Graf 9: Graf prokazující statisticky významný rozdíl v odpovědích mužů a žen

Ženy pokládají za více nápomocné udržování očního kontaktu a pozvání na večírek.

Muži zase pokládají za více nápomocnou nabídku posláním k někomu, kdo by mu mohl pomoci, aby přestal koktat, nebo alespoň svoje koktání hodně omezil, a méně jim vadí, když někdo řekne, jak se mají kvůli své koktavosti cítit, a když někdo vtipkuje o koktání.

Interpretace a doporučení pro praxi:

Dalo by se předpokládat, že ženy se cítí se svým hendikepem více osamocené, a proto by pro ně bylo vhodné hledat v rámci procesu terapie cesty, jak tuto izolaci zmírnit. Nabízí se např. forma kolektivní terapie, prezentace problematiky, veřejná diskuze, osvěta. To by ženám mohlo pomoci překonat problém akceptovat přímou nabídku pomoci, která by mohla stav řeči zlepšit. Měly by více informací, větší prostor a možnost pro vlastní rozhodnutí, které by neiniciovalo okolí. Větší důraz by měl být dán na zařazení prvků snižující psychickou tenzi. Například v rámci učení identifikace si více všímat, jak klientka vnímá problémovou situaci, jak nad ní přemýšlí, jak ji prožívá a jak se v ní ve výsledku chová. Zároveň jsou ženy citlivější vůči tomu, aby jim někdo říkal, jak se mají cítit, proto by terapeut měl být trpělivý a spíše nápomocný než direktivní. Musí respektovat tempo klientky a být empatický, vnímavý (viz 3.2 *Nároky na terapeuta*). Otázka pocitů a emocí musí být diskutována, ale terapeut musí zde, jako i v ostatních částech terapie, pouze nabízet a otevírat možnosti, ale vlastní iniciativu musí nést klient. Zároveň se musí terapeut a okolí klienta vyvarovat zlehčování problematiky, která u muže klienta často nevádí a mnohdy mu pomůže v situaci získat větší nadhled. Terapeut také musí více dbát na častější vyhledávání očního kontaktu s klientkou.

Z analýzy jsou patrné statisticky významné rozdíly mezi pohlavími. V odborné literatuře nejsou tyto skutečnosti ještě příliš podrobně zkoumány a zohledněny. Věřím, že další podrobnější studie v tomto směru by mohla přinést výsledky, které by přispěly k větší diverzifikaci péče s přihlédnutím k těmto odlišnostem, čímž by se terapeutický proces mohl více zefektivnit.

6.9 Shrnutí výsledků výzkumu

Výzkumná část prokázala na vzorku 54 respondentů jasné pořadí pozitivních, neutrálních a negativních reakcí na řeč balbutika. Za nejpozitivnější je považováno počkat, až balbutik svoji řeč dokončí. Nejnegativněji je vnímáno, pokud druhý člověk v řeči začne imitovat koktání, i když žádný řečový problém nemá. Odborná veřejnost díky seřazení položek podle vlastního hodnocení zainteresovanou osobou ví, na co se primárně v diagnostice a terapii zaměřit a které položky respondent nevnímá tak intenzivně.

Studie také prokázala, že logopedickou terapii vnímá balbutik jako velice pozitivní a nápomocnou, což ovšem neplatí o školním a pracovním prostředí. V tomto směru byly předesťeny možné interpretace. Závěry z této studie jasně potvrzují nutnost spolupráce se vzdělávacími institucemi a další prohloubení vztahu logoped-škola.

Závěr šetření potvrzuje chuť balbutiků pomoci ostatním, ale zároveň se je nedaří efektivně zapojit, aby byli schopni sami pomoc poskytnout. Pro praxi je doložen fakt, že sami balbutici mají velký zájem o zapojení do terapeutických či svépomocných skupin, které v České republice téměř neexistují a které mají velký efekt ve výsledném terapeutickém efektu.

Tato práce jednoznačně na hladině statistické významnosti prokázala skutečnost, že **věk** respondenta ovlivňuje míru souhlasu s poskytnutou celkovou pomocí, kterou respondent získal a s tím, kdo mu tuto pomoc poskytl. Dá se pokládat za prokázané, že **délka studia a délka terapie** mají vliv na vnímání pomoci z okolí. U dalších komentovaných položek se dá souvislost a vzájemná závislost předpokládat. V neposlední řadě práce prokázala existenci *rozdílu mezi muži a ženami při vnímání pomoci při koktání*. Všechny výsledky jsou neocenitelné v praktické interpretaci a možném dopadu na terapii. Budou-li výsledky studie zohledněny v praxi, dá se předpokládat zvýšení kvality života balbutiků a lepší specifikace terapie může mít dopad na její zkrácení a zvýšení šancí na pozitivní výsledný terapeutický efekt. V tom je největší přínos zde publikovaných výsledků studie.

Závěr

Disertační práce se věnuje problematice chronické koktavosti. Hlavním cílem práce bylo vypracovat návrh komplexního diagnosticko-terapeutického programu pro dospělého klienta s koktavostí. Klient s koktavostí je stále v logopedické praxi považován za velkou profesionální výzvu a mnoho terapeutů má z této NKS obavy. Dílčím cílem práce bylo seznámit odbornou veřejnost s problematikou koktavosti z perspektivy, která by nabízela alternativu ke stávajícím postupům. A to jak z pohledu diagnosticko-terapeutického, tak i změnou role terapeuta. V práci jsou představeny nové postupy dle praxe založené na důkazech (EBP), je zde představen model MKF, na kterém je celý diagnosticko-terapeutický model založen. Práce obsahuje informace o osvědčených, praxí potvrzených funkčních zahraničních postupech, které u nás nejsou známy nebo nejsou používány. Obavy z diagnózy balbuties by měly být nahrazeny chutí přijmout tuto profesní výzvu a informace z této práce by měly přispět ke zvýšení šancí na úspěch, protože unifikovaná aplikace stále stejného postupu na všechny klienty je selháním a chybou terapeuta, na kterého se balbutik s důvěrou obrací.

Disertační práce má dvě části, část teoretickou a praktickou. Teoretická část má čtyři kapitoly a byla zpracována za použití obsahové analýzy zahraniční a české odborné literatury, studií a elektronických médií. Jsou v ní uvedena teoretická východiska NKS balbuties, diagnostika a možnosti terapie. První kapitola uvedla základní terminologické vymezení oboru logopedie, komunikace a logopedické intervence. Balbuties byla uvedena v kontextu dokumentů *Mezinárodní zdravotnické organizace* a byla vymezena v rámci *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Druhá kapitola definuje pojem koktavost, její výskyt a symptomy. Dále jsou uvedeny jednotlivé charakteristiky a specifika vývojové neplynulosti, hraniční, incipientní, fixované a chronické koktavosti. Kapitola se věnuje i dalším poruchám plynulosti řeči, které mohou být zaměněny s koktavostí. Ve třetí kapitole je rozpracována diagnostika chronické koktavosti s důrazem na roli terapeuta, specifika procesu diagnostiky a diagnostické testy. Čtvrtá kapitola představuje možnosti terapie chronické koktavosti, cíle, specifika a základní východiska. Seznamuje s terapií tvarování plynulosti a podrobně rozpracovaná terapie modifikace koktavosti. Kapitola obsahuje informace o skupinové/svépomocné terapii. Závěr čtvrté kapitoly seznamuje se zásadami a použitím EBP v terapii koktavosti.

Druhá část práce je rozdělena na dvě kapitoly, které představují výzkumné šetření. Kapitoly obsahují metodický rámec výzkumného šetření, byly formulovány hlavní cíle výzkumu a ve vztahu k nim byly stanoveny cíle dílčí. Na základě stanovených cílů byly

stanoveny výzkumné otázky. Kapitoly obsahují analýzu šetření se stanovením závěru, zodpovězení výzkumných otázek a doporučení pro praxi. Pro první výzkum byl zvolen kvalitativní výzkumný design - zpracování ilustrativní případové studie mladého muže s koktavostí. Byly vyhodnoceny výzkumné otázky, které ukázaly efektivitu MKF modelu v praxi, a podařilo se ověřit funkčnost modelu MKF v českém prostředí. Dále se ukázalo jako přínosné pro praxi zadávání SMART cílů, například pro jejich jednoduchou adaptabilitu potřebám klienta. Efekt terapie byl doložen nejen výsledky testů, ale hlavně změnou aktivity klienta a změnou jeho copingových strategií, které byly dříve zaznamenány v modelu MKF.

Pro druhý výzkum byl zvolen kvantitativní výzkumný design, za využití techniky dotazníkového šetření. Šetření se zúčastnilo 54 dospělých respondentů a výsledky byly zpracovány pomocí testu nezávislosti založeném na Spearmanově korelačním koeficientu. Závislost míry souhlasu na pohlaví byla testována pomocí Mann-Whitneyho testu. V šetření bylo prokázáno, že nejvýrazněji by respondentům pomohlo, kdyby lidé čekali, až dokončí, co chtějí říct (průměr 4,4 na 1-5 škále). Výrazný nesouhlas byl zaznamenán u situace, kdyby někdo začal koktat, i když normálně nekoktá (1,81). Nejvyšší míru pomoci respondenti uvedli od logopeda (4,59). Spíše nápomocná byla dle nich matka (3,98). Spíše nenápomocní byli spolužáci na vysoké škole (2,97) a nejméně nápomocní byli přátelé na sociálních mediích (2,52). Ohledně pomoci s koktáním bylo nejvyšší hodnocení u vůle pomoci jiným lidem, kteří koktají (3,92). Nejnižší hodnota byla zaznamenána u pomoci, kterou respondenti poskytli jiným lidem, kteří koktají (2,85). Za výrazně nápomocnou respondenti označili situaci, kdyby se účastnili svépomocné skupiny nebo skupinové terapie lidí, kteří koktají (4,06).

Na hladině významnosti 0,05 byly prokázány: statisticky významná závislost věku respondenta a míra souhlasu, že mi tyto osoby poskytly pomoc (9); statisticky významná závislost délky vzdělání respondenta a míra souhlasu, jak moc by mi pomohlo, kdyby někdo... (5); statisticky významná závislost délky trvání terapie respondenta a míra souhlasu, jak moc by mi pomohlo, kdyby někdo... (5); statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami a míra souhlasu, jak moc by mi pomohlo, kdyby někdo... (5).

Cílů výzkumu bylo dosaženo, výsledky byly interpretovány a byly provedeny návrhy pro praxi.

Seznam grafů, schémat a tabulek

Graf 1: Charakteristika výzkumného vzorku

Graf 2: Jak moc by mi pomohlo, kdyby někdo - položky s průměrem vyšším než 3

Graf 3: Jak moc by mi pomohlo, kdyby někdo - položky s průměrem nižším než 3

Graf 4: Pomoc s koktáním, kterou mi doposud poskytly tyto osoby - položky s průměrem vyšším než 3

Graf 5: Pomoc s koktáním, kterou mi doposud poskytly tyto osoby - položky s průměrem nižším než 3

Graf 6: Celkový rozsah pomoci s koktáním, kterou:...

Graf 7: Jak by tyto činnosti mohly pomoci lidem, kteří koktají

Graf 8: Položky se statisticky významným rozdílem mezi muži a ženami

Graf 9: Graf prokazující statisticky významný rozdíl v odpovědích mužů a žen

Schéma 1: Rozdělení věd dle Nakonečného (Škodová...)

Schéma 2: Model MKF části a komponenty MKF a jejich vzájemné působení (MKF)

Schéma 3: Model MKF aplikovaný při diagnostice klienta

Tabulka 1: MKF – podrobnější členění

Tabulka 2: Grafické znázornění Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) a jeho užití pro koktavost dle Yaruss, Quesal (s. 48, 2004).

Tabulka 3: Porovnání výsledků testů na začátku a na konci terapie.

Tabulka 4: Spearmanův korelační koeficient: Jak moc by mi pomohlo, kdyby někdo ... v závislosti na věku

Tabulka 5: Spearmanův korelační koeficient: Jak moc by mi pomohlo, kdyby někdo ... v závislosti na letech vzdělávání

Tabulka 6: Spearmanův korelační koeficient: Jak moc by mi pomohlo, kdyby někdo ... v závislosti na letech terapie

Tabulka 7: Spearmanův korelační koeficient: Jak moc by mi pomohlo, kdyby někdo v závislosti na letech svépomoci nebo pomoci podpůrné skupiny

Tabulka 8: Spearmanův korelační koeficient: Celkový rozsah pomoci v závislosti na věku

Tabulka 9: Spearmanův korelační koeficient: Celkový rozsah pomoci v závislosti na letech vzdělávání

Tabulka 10: Spearmanův korelační koeficient: Celkový rozsah pomoci v závislosti na letech terapie

Tabulka 11: Spearmanův korelační koeficient: Celkový rozsah pomoci v závislosti na letech svépomoci nebo podpůrné skupiny

Tabulka 12: Spearmanův korelační koeficient: Pomoc s koktáním, kterou mi dosud poskytly tyto osoby v závislosti na věku

Tabulka 13: Spearmanův korelační koeficient: Pomoc s koktáním, kterou mi dosud poskytly tyto osoby v závislosti na letech vzdělávání

Tabulka 14: Spearmanův korelační koeficient: Pomoc s koktáním, kterou mi dosud poskytly tyto osoby v závislosti na letech terapie

Tabulka 15: Spearmanův korelační koeficient: Pomoc s koktáním, kterou mi dosud poskytly tyto osoby v závislosti na letech svépomoci nebo podpůrné skupiny

Tabulka 16: Spearmanův korelační koeficient: Jak by tyto činnosti mohly pomoci – v závislosti na věku

Tabulka 17: Spearmanův korelační koeficient: Jak by tyto činnosti mohly pomoci – v závislosti na letech vzdělávání

Tabulka 18: Spearmanův korelační koeficient: Jak by tyto činnosti mohly pomoci – v závislosti na letech terapie

Tabulka 19: Spearmanův korelační koeficient: Jak by tyto činnosti mohly pomoci – v závislosti na letech svépomoci nebo podpůrné skupiny

Tabulka 20: Mann-Whitneyho test: Závislost míry souhlasu s vybranými položkami dotazníku na pohlaví

Tabulka 21: Mann-Whitneyho test: Závislost míry souhlasu s vybranými položkami dotazníku na pohlaví

Tabulka 22: Mann-Whitneyho test: Závislost míry souhlasu s vybranými položkami dotazníku na pohlaví

Tabulka 23: Mann-Whitneyho test: Závislost míry souhlasu s vybranými položkami dotazníku na pohlaví

Tabulka 24: podíl statisticky významných výsledků pro jednotlivé skupiny testů

Tabulka 25: položka s prokázanou závislostí na věku respondenta

Tabulka 26: položka s prokázanou závislostí na věku respondenta

Tabulka 27: položky s prokázanou závislostí na věku respondenta

Tabulka 28: položky s prokázanou závislostí na věku respondenta

Tabulka 29: položky s prokázanou závislostí na vzdělání respondenta

Tabulka 30: položky s prokázanou závislostí na délce terapie respondenta

Tabulka 31: položky s prokázanou závislostí na délce terapie respondenta

Tabulka 32: položky s prokázanou závislostí na délce terapie respondenta

Tabulka 33: položky s prokázanou závislostí na délce terapie respondenta

Tabulka 34: položky s prokázanou závislostí na účasti ve svépomocné či podpůrné skupině

Tabulka 35: položky s prokázanou závislostí na účasti ve svépomocné či podpůrné skupině

Seznam použitých informačních zdrojů

- ATKINSON, Rita L. *Psychologie*. Praha: Victoria Publishing, 1995. ISBN 80-856-0535-X.
- BLOODSTEIN, Oliver. *A handbook on stuttering*. 5th ed. San Diego, Calif.: Singular Pub. Group, c1995. ISBN 978-156-5933-958.
- CONTURE, Edward G. a Richard F. CURLEE. *Stuttering and related disorders of fluency*. 3rd ed. New York: Thieme, c2007. ISBN 978-313-7834-038.
- DELL, Carl W. a Carl W. DELL. *Treating the school-age child who stutters: a guide for clinicians*. 2nd ed. Memphis, Tenn.: Stuttering Foundation of America, 2000. Publication (Stuttering Foundation of America), no. 14. ISBN 978-093-3388-468.
- DUFKOVÁ, Petra. Trojdimenzionální reflexe balbuties. *Logopaedica V*. 2002, , 10-13.
- DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. 3., upr. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. Logopaedia clinica. ISBN 978-809-025-667.
- Finn, P. (2003). Evidence-based treatment of stuttering: Clinical significance of behavioral stuttering treatments. *Journal of Fluency Disorders*, 28, 3, 209-218
- FRASER, Malcolm. *Svépomocný program při koktavosti: informace, zásady, postupy : [jak dostat koktání pod svou kontrolu]*. Praha: Portál, 2000. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-717-8352-8.
- FUKANOVÁ, Věra. Koncepce logopedické péče. In ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003, s. 45-49. ISBN 8071785466.
- GLYNDON D., Riley. *Stuttering Severity Instrument: SSI-4*. 4. Austin: PRO-ED PUBLISHERS, 2009. ISBN 9780055412232.
- GUITAR, Barry. *Stuttering: an integrated approach to its nature and treatment*. 3rd ed. Baltimore, c2006. ISBN 9780781771047.
- GUITAR, Barry. *Stuttering: an integrated approach to its nature and treatment*. 4th ed. Philadelphia, c2014. ISBN 978-160-8310-043.
- HOOD, Stephen B. *Stuttering words: a glossary of the meanings of words and terms used or associated with stuttering and speech pathology*. Rev. ed. Memphis, Tenn.: Speech Foundation of America, 1986. Publication (Speech Foundation of America), no. 2. ISBN 978-0933388253.

Johnson, W., & al., et. (1959). *The onset of stuttering: Research findings and implications*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

KELMAN, Elaine a Alison NICHOLAS. *Practical intervention for early childhood stammering: Palin PCI approach*. [Brackley], Bradwell Abbey, Milton Keynes: Speechmark, 2008. ISBN 978-0863886676.

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

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak si navzájem lépe porozumíme: kapitoly z psychologie sociální komunikace*. Praha: Svoboda, 1988. Členská knihovna (Svoboda).

LECHTA, Viktor a kol. *Diagnostika a terapie koktavosti*. Praha: Asociace klinických logopedů České republiky, 2004. ISBN 80-903312-1-1.

LECHTA, Viktor a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8801-5.

LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-717-8961-5.

LECHTA, Viktor. Základní vymezení oboru logopedie. In ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003, s. 17-27. ISBN 8071785466.

LECHTA, Viktor. *Koktavost: komplexní přístup*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-717-8867-8.

MANNING, Walter H. a Walter H. MANNING. *Clinical decision making in fluency disorders*. 2nd ed. San Diego: Singular Thomson Learning, c2001. ISBN 978-076-9301-167.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1587-2.

MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-168-7.

NAKONEČNÝ, Milan. *Úvod do psychologie*. Praha: Academia, 2003. ISBN 80-200-0993-0.

NAKONEČNÝ, Milan. *Základy psychologie*. Praha: Academia, 1998. ISBN 80-200-0689-3.

NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-802-6213-901.

- NEUBAUER, Karel a kol. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: [diagnostika a terapie]*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-807-3671-594.
- PETERS, Theodore J. a Barry GUITAR. *Stuttering, an integrated approach to its nature and treatment*. Baltimore, c1991. ISBN 978-068-3068-702.
- PETERS, Theodore J. a Barry GUITAR. *Stuttering, an integrated approach to its nature and treatment*. Baltimore, c1991. ISBN 978-068-3068-702.
- PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník. 7., aktualiz. A rozš. vyd.* Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0403-9.
- Přístupy k měření ebp. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.
- SHAPIRO, David A. *Stuttering intervention: a collaborative journey to fluency freedom*. Austin, Tex.: Pro-Ed, c1999. ISBN 08-907-9740-4.
- ST. LOUIS, Kenneth O., Katarzyna WĘSIERSKA, Selma Saad MEROUWE, Nouhad Abou MELHEM, Jan DEZORT a Hana LACIKOVÁ. How should we interact with Adults who stutter? Let's hear from them. In: *Proceedings of the 3rd International Conference on Stuttering*. Triento: Erickson, 2019, s. 172-183. ISBN 978-88-590-1846-9.
- STARKWEATHER, C. Woodruff. *Fluency and stuttering*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1987. ISBN 978-013-3224-627.
- ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA a kol. In ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA a kol *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 8071785466.
- ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. Narušení plynulosti řeči. In ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA a kol *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003, s. 257-301. ISBN 8071785466.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- TURNBULL, Jackie. *The Dysfluency Resource Book. 2.* London.: Routledge, 2015. ISBN 9780863887925.
- VAN RIPER, Charles. *The nature of stuttering*. 2nd ed. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, c1982. ISBN 01-361-0709-5.

VANRYCKEGHEM, Martine a Eugene Jerome BRUTTEN. *KiddyCat: communication attitude test for preschool and kindergarten children who stutter*. San Diego: Plural Pub., c2007. ISBN 978-1-59756-117-4.

VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-717-8291-2.

WAELEKENS, Veerle. *MINI-KIDS: Direct Therapy for young children who stutter (2-6 years)*. Leuven: Veerle Waelkens, 2018. ISBN 9780244714710.

YARUSS, Jonathan Scott. *Early childhood stuttering therapy: a practical guide*. McKinney, TX: Stuttering Therapy Resources, 2017. ISBN 978-0-9837538-7-2.

Elektronické zdroje:

AMBROSE, Nicoline Grinager a Ehud YAIRI. Normative Disfluency Data for Early Childhood Stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1999, **42**(4), 895-909. DOI: 10.1044/jslhr.4204.895. ISSN 1092-4388. Dostupné také z:

<http://pubs.asha.org/doi/10.1044/jslhr.4204.895>

ANDREWS, Gavin a Jeffrey CUTLER. Stuttering Therapy: The Relation between Changes in Symptom Level and Attitudes. *Journal of Speech and Hearing Disorders*. 1974, **39**(3), 312-319. DOI: 10.1044/jshd.3903.312. ISSN 0022-4677. Dostupné také z:

<http://pubs.asha.org/doi/10.1044/jshd.3903.312>

ANDREWS, Gavin, Susan HODDINOTT, Ashley CRAIG, Pauline HOWIE, Anne-Marie FEYER a Megan NEILSON. Stuttering. *Journal of Speech and Hearing Disorders*. 1983, **48**(3), 226-246. DOI: 10.1044/jshd.4803.226. ISSN 0022-4677. Dostupné také z:

<http://pubs.asha.org/doi/10.1044/jshd.4803.226>

BERNSTEIN RATNER, Nan. Evidence-based practice in stuttering: Some questions to consider. *Journal of Fluency Disorders*. 2005, **30**(3), 163-188. DOI: 10.1016/j.jfludis.2005.04.002. ISSN 0094730X. Dostupné také z:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0094730X05000240>

BLEEK, Benjamin, Martin REUTER, J. Scott YARUSS, Susanne COOK, Jennifer FABER a Christian MONTAG. Relationships between personality characteristics of people who stutter and the impact of stuttering on everyday life. *Journal of Fluency Disorders*. 2012, **37**(4), 325-

333. DOI: 10.1016/j.jfludis.2012.07.003. ISSN 0094730X. Dostupné také z:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0094730X12000782>

BLEEK, Benjamin, Martin REUTER, J. Scott YARUSS, Susanne COOK, Jennifer FABER a Christian MONTAG. Relationships between personality characteristics of people who stutter and the impact of stuttering on everyday life. *Journal of Fluency Disorders*. 2012, **37**(4), 325-333. DOI: 10.1016/j.jfludis.2012.07.003. ISSN 0094730X. Dostupné také z:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0094730X12000782>

CANNITO, Michael P. a kol. Disfluency in Spasmodic Dysphonia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1997, **40**(3), 627-641. DOI: 10.1044/jslhr.4003.627. ISSN 1092-4388. Dostupné také z: <http://pubs.asha.org/doi/10.1044/jslhr.4003.627>

CORCORAN, Joseph A. a Moira STEWART. Stories of stuttering. *Journal of Fluency Disorders*. 1998, **23**(4), 247-264. DOI: 10.1016/S0094-730X(98)00020-5. ISSN 0094730X. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0094730X98000205>

Direct versus Indirect Treatment for Preschool Children who Stutter: The RESTART Randomized Trial - Caroline de Sonnevile-Koedoot, Elly Stolk, Toni Rietveld, Marie-Christine Franken – PLOS ONE | DOI:10.1371/journal.pone.0133758 July 28,2015 (<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/049-013.html>)

FINN, Patrick. Evidence-based treatment of stuttering. *Journal of Fluency Disorders*. 2003, **28**(3), 209-218. DOI: 10.1016/S0094-730X(03)00039-1. ISSN 0094730X. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0094730X03000391>

Franken, M.C. & Putker-de Bruijn, D. (2007). Restart-DCM Method. Treatment protocol developed within the scope of the ZonMW project Cost-effectiveness of the Demands and Capacities Model based treatment compared to the Lidcombe programme of early stuttering intervention: Randomised trial. <http://www.nedverstottertherapie.nl>

HARLEY, Jane. Bridging the Gap between Cognitive Therapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2015, **193**, 131-140. DOI: 10.1016/j.sbspro.2015.03.252. ISSN 18770428. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1877042815020455>

HOWIE, Pauline M. Concordance for Stuttering in Monozygotic and Dizygotic Twin Pairs. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1981, **24**(3), 317-321. DOI: 10.1044/jshr.2403.317. ISSN 1092-4388. Dostupné také z: <http://pubs.asha.org/doi/10.1044/jshr.2403.317>

HUINCK, Wendy J. a kol. Gestural overlap in consonant clusters: effects on the fluent speech of stuttering and non-stuttering subjects. *Journal of Fluency Disorders*. 2004, **29**(1), 3-25. DOI: 10.1016/j.jfludis.2003.09.001. ISSN 0094730X. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0094730X03000627>

INGHAM, Janis Costello. Evidence-based treatment of stuttering: I. Definition and application. *Journal of Fluency Disorders*. 2003, **28**(3), 197-207. DOI: 10.1016/S0094-730X(03)00038-X. ISSN 0094730X. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0094730X0300038X>

Kids-stottern.de. (2019). *KIDS Therapie fuer stotternde Kinder*. [online] Available at: <http://www.kids-stottern.de/> [Accessed 25 Jun. 2019].

KLOTH, S.A.M, F.W KRAAIMAAT, P JANSSEN a G.J BRUTTEN. Persistence and remission of incipient stuttering among high-risk children. *Journal of Fluency Disorders*. 1999, **24**(4), 253-265. DOI: 10.1016/S0094-730X(99)00016-9. ISSN 0094730X. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0094730X99000169>

KULLY, Deborah a Marilyn LANGEVIN. Evidence-Based Practice in Fluency Disorders. *ASHA Leader*. 2005, **10**(14). DOI: 10.1044/leader.FTR3.10142005.10. ISSN 1085-9586. Dostupné také z: <http://leader.pubs.asha.org/article.aspx?doi=10.1044/leader.FTR3.10142005.10>

Lidcombeprogram.org. (2019). *Lidcombe Program Trainers Consortium*. [online] Available at: <http://www.lidcombeprogram.org/> [Accessed 25 Jun. 2019].

ManagementMania.com. (2019). *SMART (Specific, Measurable, Achievable, Realistic, Time Specific)*. [online] Available at: <https://managementmania.com/cs/smart> [Accessed 25 Jun. 2019].

MÅNSSON, Hans. Childhood stuttering. *Journal of Fluency Disorders*. 2000, **25**(1), 47-57. DOI: 10.1016/S0094-730X(99)00023-6. ISSN 0094730X. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0094730X99000236>

MORÁVEK, M. a J. LANGOVÁ. Some Electrophysiological Findings Among Stutterers and Clutterers. *Folia Phoniatica et Logopaedica*. 1962, **14**(4), 305-316. DOI:

10.1159/000262945. ISSN 1421-9972. Dostupné také z:

<https://www.karger.com/Article/FullText/262945>

Nekoktam.cz. (2019). *Koktavost | nekoktam!cz*. [online] Available at:

<https://www.nekoktam.cz> [Accessed 25 Jun. 2019].

PRINS, David a Carol P. HUBBARD. Response Contingent Stimuli and Stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1988, **31**(4), 696-709. DOI:

10.1044/jshr.3104.696. ISSN 1092-4388. Dostupné také z:

<http://pubs.asha.org/doi/10.1044/jshr.3104.696>

SALAMY, Jacque Noll a Roy B. SESSIONS. Spastic dysphonia. *Journal of Fluency Disorders*. 1980, **5**(3), 281-290. DOI: 10.1016/0094-730X(80)90033-9. ISSN 0094730X.

Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0094730X80900339>

SEEMAN, M. Relations Between Motorics of Speech and General Motor Ability in Clutterers. *Folia Phoniatica et Logopaedica*. 1970, **22**(4-5), 376-380. DOI:

10.1159/000263413. ISSN 1421-9972. Dostupné také z:

<https://www.karger.com/Article/FullText/263413>

SILVERMAN, Franklin H. a Kathy HUMMER. Spastic dysphonia: A fluency disorder?. *Journal of Fluency Disorders*. 1989, **14**(4), 285-291. DOI: 10.1016/0094-730X(89)90011-9. ISSN 0094730X. Dostupné také z:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0094730X89900119>

ST. LOUIS, Kenneth O., Farzan IRANI, Rodney M. GABEL, Stephanie HUGHES, Marilyn LANGEVIN, Midori RODRIGUEZ, Kathleen Scaler SCOTT a Mary E. WEIDNER.

Evidence-based guidelines for being supportive of people who stutter in North

America. *Journal of Fluency Disorders*. 2017, **53**, 1-13. DOI: 10.1016/j.jfludis.2017.05.002.

ISSN 0094730X. Dostupné také z:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0094730X17300050>

Stammeringcentre.org. (2019). *Stammeringcentre.org*. [online] Available at:

<http://stammeringcentre.org/> [Accessed 25 Jun. 2019].

VANRYCKEGHEM, Martine a Gene J. BRUTTEN. A comparative investigation of the BigCAT and Erickson S-24 measures of speech-associated attitude. *Journal of Communication Disorders*. 2012, **45**(5), 340-347. DOI: 10.1016/j.jcomdis.2012.06.001. ISSN 00219924. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0021992412000652>

VANRYCKEGHEM, Martine a Gene J. BRUTTEN. The communication attitude test: A test-retest reliability investigation. *Journal of Fluency Disorders*. 1992, **17**(3), 177-190. DOI: 10.1016/0094-730X(92)90010-N. ISSN 0094730X. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0094730X9290010N>

VANRYCKEGHEM, Martine, Gene J. BRUTTEN, Nizam UDDIN a John Van BORSEL. A comparative investigation of the speech-associated coping responses reported by adults who do and do not stutter. *Journal of Fluency Disorders*. 2004, **29**(3), 237-250. DOI: 10.1016/j.jfludis.2004.07.001. ISSN 0094730X. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0094730X04000373>

WATKINS, Ruth V. a Bonnie W. JOHNSON. Language Abilities in Children Who Stutter. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. 2004, **35**(1), 82-89. DOI: 10.1044/0161-1461(2004/009). ISSN 0161-1461. Dostupné také z: [http://pubs.asha.org/doi/10.1044/0161-1461\(2004/009\)](http://pubs.asha.org/doi/10.1044/0161-1461(2004/009))

WATKINS, Ruth V. a Ehud YAIRI. Language Production Abilities of Children Whose Stuttering Persisted or Recovered. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1997, **40**(2), 385-399. DOI: 10.1044/jslhr.4002.385. ISSN 1092-4388. Dostupné také z: <http://pubs.asha.org/doi/10.1044/jslhr.4002.385>

WATKINS, Ruth V., Ehud YAIRI a Nicoline Grinager AMBROSE. Early Childhood Stuttering III. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1999, **42**(5), 1125-1135. DOI: 10.1044/jslhr.4205.1125. ISSN 1092-4388. Dostupné také z: <http://pubs.asha.org/doi/10.1044/jslhr.4205.1125>

Who.int. (2019). *Constitution*. [online] Dostupné z: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution> [Accessed 25 Jun. 2019].

WOODS, C. Lee a Dean E. WILLIAMS. Speech Clinicians' Conceptions of Boys and Men Who Stutter. *Journal of Speech and Hearing Disorders*. 1971, **36**(2), 225-234. DOI: 10.1044/jshd.3602.225. ISSN 0022-4677. Dostupné také z: <http://pubs.asha.org/doi/10.1044/jshd.3602.225>

WOOLF, Gerald. *The Assessment of Stuttering as Struggle, Avoidance, and Expectancy, 1*. 1967, **2**(2), 158-171. DOI: 10.3109/13682826709031315. ISSN 1368-2822. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.3109/13682826709031315>

YAIRI, Ehud a Nicoline AMBROSE. A Longitudinal Study of Stuttering in Children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1992, **35**(4), 755-760. DOI: 10.1044/jshr.3504.755. ISSN 1092-4388. Dostupné také z: <http://pubs.asha.org/doi/10.1044/jshr.3504.755>

YAIRI, Ehud a Nicoline AMBROSE. Onset of Stuttering in Preschool Children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1992, **35**(4), 782-788. DOI: 10.1044/jshr.3504.782. ISSN 1092-4388. Dostupné také z: <http://pubs.asha.org/doi/10.1044/jshr.3504.782>

YAIRI, Ehud, Nicoline G. AMBROSE, Elaine P. PADEN a Rebecca N. THRONEBURG. Predictive factors of persistence and recovery: Pathways of childhood stuttering. *Journal of Communication Disorders*. 1996, **29**(1), 51-77. DOI: 10.1016/0021-9924(95)00051-8. ISSN 00219924. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0021992495000518>

YAIRI, Ehud. Disfluencies of Normally Speaking Two-Year-Old Children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1981, **24**(4), 490-495. DOI: 10.1044/jshr.2404.490. ISSN 1092-4388. Dostupné také z: <http://pubs.asha.org/doi/10.1044/jshr.2404.490>

YAIRI, Ehud. Epidemiologic and other considerations in treatment efficacy research with preschool age children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*. 1993, **18**(2-3), 197-219. DOI: 10.1016/0094-730X(93)90007-Q. ISSN 0094730X. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0094730X9390007Q>

YARUSS, J. Scott a Robert W. QUESAL. Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders*[online]. 2006, **31**(2), 90-115 [cit. 2019-07-01]. DOI: 10.1016/j.jfludis.2006.02.002. ISSN 0094730X. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0094730X06000295>

YARUSS, J.Scott a Robert W. QUESAL. Stuttering and the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): An update. *Journal of Communication Disorders*. 2004, **37**(1), 35-52. DOI: 10.1016/S0021-9924(03)00052-2. ISSN 00219924. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0021992403000522>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Podrobnější popis terapie založené na modelu MKF.

Příloha č. 2: Dotazník *Osobní hodnocení pomoci při koktání (PASS-Ad)*.

Příloha č. 3: Plakát určený pro osvětu

Příloha č. 1: Podrobnější popis terapie založené na modelu MKF.				
Datum	Délka terapie	Cíl	Metoda	Komentář
2.9.	45 min	Identifikace problému, sběr dat.	Rozhovor, otázky.	Příjemný mladý muž, přátelská atmosféra, neví o problematice koktavosti moc, ale chce se dozvědět. Je rozhodnutý změnit svou situaci, ale stydí se o koktavosti mluvit.
6.10.	60 min	Diagnostika, hodnocení vnitřních a vnějších projevů koktavosti.	Sběr dat, test SSI-4 a Lechtův test, videonahrávka.	Spolupracuje bez problémů, je ochotný zpracovávat úkoly, které jsou mu zadávány.
27.10.	45 min	Zkoušení terapeutického přístupu, analýza řeči, určení cílů.	Interpretace dat, otevřený rozhovor, hodnocení všech aspektů řeči a stanovení terapeutického přístupu.	Jeho očekávání jsou realistická, určil si sám své dílčí cíle, po zhodnocení několika přístupů terapie jsme zvolili terapii modifikace koktavosti z důvodu podstatné psychické tenze.
10.11.	45 min	Identifikace kovebálního chování.	Učí se o mechanismu zadrhnutí, jak se tvoří hlas, o svalech, které používá, kde se vytvářejí hlásky.	Rozumí principům terapie, sám si vymýšlí úkoly pro práci doma, je otevřený změnám
24.11.	60 min	Identifikace emocí, pocitů, ukryvání problémů, vytváření hierarchie stresu.	Pozorování, rozhovor.	Snaží se rozumět tomu, kdy zadrhává a jaká je jeho reakce. U klienta nastala velmi zajímavá změna postoje ke koktavosti, zejména k emocím a vnímání sebe sama. Očividně se cítí lépe a je sebevědomější.
8.12.	45 min	Omezit vyhýbavé a únikové chování.	Rozhovor o vyhýbavém a únikovém chování, proč ho používá.	Velmi důležité sezení, zpětně hodnoceno jako jedno z nejdůležitějších. Nyní sám chápe, že může zadrhávat (sám si to dovolil) a že nemůžeme změnit to, čemu se vyhýbáme.
13.1.	60 min	Omezit úzkost a negativní emoce.	Rozhovor o vyhýbání se a únikovém chování.	Práce s emocemi (jejich verbalizování a jejich měnění), zvyšování tolerance stresu, používání humoru při mluvení o koktavosti, pseudozadrhávání.

2.2.	45 min	Transfer zadržávání a pseudozadržávání bez úzkosti, negativních emocí a přidaného koverbálního chování.	Pozorování, zrcadlo/zrcadlení?, práce s očním kontaktem v okamžiku zadržnutí, transfer mimo ambulanci.	Velmi dobře se připravuje na sezení, přináší si audionahrávku z domů, ale pořad má očividně obavy a bojí se. Pořád se pokouší pospíchat a rychle končit úkoly. Snažíme se pracovat na trpělivosti a postupně zvyšujeme obtížnost úkolů.
16.2.	45 min	Zbavit se starých zvyků a naučit se nové.	Změna starých vzorců v řeči je oslabuje, zamrznutí nebo sečkáni v momentu zadržnutí, nahrazení interjekcí.	Adaptuje se rychle, není pro něj složité předpokládat moment zadržnutí a záměrně ho změnit, domluvili jsme se na možné prezentaci ve škole.
8.3.	45 min	Zhodnocení terapie	Rozhovor, otázky, sběr dat, SSI-4, Lechtův test, OASES.	Je velmi spokojený s probíhající terapií, nemá problém aplikovat naučené techniky. Testy vykazují podstatný pokles psychické tenze a úplnou eliminaci koverbálního chování. Jsem překvapen rychlostí pokroku. Z tohoto důvodu upozorňuji na možnost znovobjevění obtíží a zmiňuji, že je nutné, aby byl připraven na možné zhoršení stavu.
21.3.	120 min	Transfer	Prezentace o koktavosti ve škole, diskuze se studenty a učiteli.	Velmi zajímavá zkušenost, studenti a učitelé byli velmi nápomocní, atmosféra byla příjemná a diskuze pomohla informovat o vnímání koktavosti veřejností. Klientovi se velmi dobře podařilo pracovat s obavami a nervozitou.
12.4.	120 min	Transfer v rámci skupinové terapie.	Diskuze ve skupině balbutiků, hry a hraní rolí.	Připravil jsem skupinovou terapii a všichni jsou z nové situace trochu nervózní. Přestože je tento klient v této skupině nejmladší, používá spontánně naučené techniky a stává se jedním z lídrů této skupiny. Je komunikativní a motivuje ostatní, aby se zapojovali do aktivit.
14.3.	45 min	Naučit se modifikovat koktavost.	Naučit se techniky <i>cancelation</i> , <i>pull outs</i> , <i>easy onset a flexible rate</i> .	Dobře mu jde eo a po. Cancellation je problematické. Nedaří se mu vkládat pauzy a pokračovat pomalu. Techniky však přijímá pozitivně a pokouší se je hned

				používat, Doma připraví audionahrávku a bude se dál pokoušet metody procvičovat.
21.3.	60 min	Používat modifikovanou formu zadržávání.	Použití modifikované formy zadržávání při čtení, v dialogu, při objednávce, mimo ambulanci.	Velmi dobře přijal techniky, nerad používá cancellation, používá volné opakování první slabiky.
26.4.	120 min	Transfer v rámci skupiny.	Změna pozice těla, síly hlasu, tempa řeči, neverbální komunikace, hraní rolí, diskuze.	Aktivní, komunikativní, bez obav a očividných negativních emocí. Spolupracuje a nebojí se říct svůj názor a obhájit ho.
10.4.	120 min	Naučit se o důležitosti strachu, studu a stresu v životě.	Skupinové sezení, přednáška psychologa, diskuze, hraní rolí, komentáře.	Společné sezení s psychologem – novinka pro skupinu. Změna pohledu na koktavost byla pro většinu účastníků velmi zajímavá a přínosná i pro mě.
12.5.	45 min	Hodnocení terapie.	Dialog, otázky, sběr dat videonahrávka.	Zhodnotili jsme dosavadní pokrok, přítomná byla i studentka logopedie. Neobává se mluvit o koktavosti, nestydí se, aktivně využívá naučené techniky, má realistické očekávání a cíle. Chce pracovat na transferu mimo ambulanci.
19.5.	60 min	Vstupování do obávaných situací, transfer.	Hraní rolí, telefonování, oslovování neznámých lidí.	Sám navrhuje, jak by bylo možné ztížit úkoly. Dokáže sám používat všechny techniky, které se naučil, je sebevědomý, nezávislejší, nereaguje negativně na malé dysflence, ale považuje je za výzvu.
24.5.	120 min	Sebepoznávání, rozvíjení pozitivní vzorce myšlení.	Skupinové sezení, psycholog, CBT – sebepoznání, sdílení zkušeností, diskuze.	Očividná nejistota a nespělost, když o tomto sezení mluvil později, považal ji za velmi teoretickou a o emocích a cognition (velmi užitečné pro ostatní účastníky), on sám nemá v této oblasti problém a preferuje praxi.

7.6.	120 min	Zvyšování tolerance ke kóktavosti, skupinové sezení.	Hraní rolí, učení se od ostatních, diskuze.	Zábavné sezení. Je schopen motivovat ostatní a snížit jejich obavy. Je si své role ve skupině vědom s líbí se mu.
14.6.	45 min	Zautomatizování naučených vzorců.	Procvičování plynulosti, předstírání zadržávání, naučit se přijmout zodpovědnost za vlastní řeč.	Má realistické očekávání a cíle, postupně přebírá odpovědnost. Sám si zadává úkoly, oba máme dobrý pocit z dosaženého pokroku.

Příloha 2 – PASS-Ad – česká verze

Osobní hodnocení pomoci při koktání (angl. zkratka PASS)

Kenneth O. St. Louis

.....
 Jméno _____ Věk ____ Pohlaví (M/Ž)

Kolik let jste chodil do školy ____ a kolik let jste navštěvoval logopeda? ____

Délka svépomocné nebo skupinové terapie. _____

Pomáhat jiným ve složitých životních situacích znamená mnoho věcí. Pomoc je odlišná v různých situacích a pro různé lidi. Tento dotazník zjišťuje, jak **nyiní vnímáte poskytovanou pomoc** jako člověk, který koktá nebo koktal v minulosti.

Jak moc by mi pomohlo, kdyby někdo...?	Vůbec ne					Nevím
			Ani pomoc, ani její nedostatek		Velmi	
... mně nechal na pokoji	-2	-1	0	+1	+2	?
...komunikoval se mnou, ale nikdy by se nezmínil nebo nereagoval na to, že koktám	-2	-1	0	+1	+2	?
... se mě zeptal, jak mi může s koktáním pomoci	-2	-1	0	+1	+2	?
... vypadal, že mu moje koktání vadí nebo vyjádřil obavy s ohledem na moje koktání	-2	-1	0	+1	+2	?
...mi pomáhal dokončit slova, ve kterých koktám	-2	-1	0	+1	+2	?
...když spolu hovoříme, skutečně také koktal	-2	-1	0	+1	+2	?
... když spolu hovoříme, začal také koktat (a normálně nekoktá)	-2	-1	0	+1	+2	?
...použil slova „koktal“, když by hovořil o mně nebo o tom, jak mluvím	-2	-1	0	+1	+2	?
... vtipkoval o koktání, aby odlehčil situaci	-2	-1	0	+1	+2	?
... čekal, až dokončím, co chci říct	-2	-1	0	+1	+2	?
... se mě ptal na koktavost	-2	-1	0	+1	+2	?
... mě požádal, abych mu / jí pomohl s jejich vlastním koktáním	-2	-1	0	+1	+2	?
... mně sdělil, kde dostanu informace o koktavosti	-2	-1	0	+1	+2	?
... mi říkal, jak se mám kvůli své koktavosti cítit	-2	-1	0	+1	+2	?
... mi říkal, co mám dělat, když koktám	-2	-1	0	+1	+2	?
... mi pověděl/a o své koktavosti	-2	-1	0	+1	+2	?
... mi nabídl, že mě pošle k někomu, o kom se domnívá, že by mi mohl pomoci se s koktavostí vyrovnat, ne ji změnit	-2	-1	0	+1	+2	?
... mi nabídl, že mě pošle k někomu, o kom se domnívá, že by mi mohl pomoci, abych přestal	-2	-1	0	+1	+2	?

koktat nebo alespoň moje koktání hodně omezil						
... použil termínu „koktající“ (angl. zkratka PWS), když by mluvil o mně nebo o tom, jak mluvím	-2	-1	0	+1	+2	?
... pozval do svépomocné skupiny pro koktající nebo na skupinovou terapii	-2	-1	0	+1	+2	?
... mne pozval na svůj večírek	-2	-1	0	+1	+2	?
... mi zařídil setkání s někým jiným, kdo koktá	-2	-1	0	+1	+2	?
... udržoval se mnou během hovoru normální oční kontakt	-2	-1	0	+1	+2	?
... mi dal brožuru, knihu, video, apod. o koktání	-2	-1	0	+1	+2	?

Celkový rozsah pomoci s mým koktáním, nebo její nedostatek, kterou	Žádnou	Průměrnou	Hodně	Nevím		
... jsem dostal během života od jiných lidí	-2	-1	0	+1	+2	?
... jsem chtěl od jiných lidí	-2	-1	0	+1	+2	?
... kterou jsem se snažil/a dostat od jiných lidí	-2	-1	0	+1	+2	?

Celkový rozsah pomoci s koktáním, nebo její nedostatek, kterou	Žádnou	Průměrnou	Hodně	Nevím		
... jsem poskytl jiným lidem, kteří koktají	-2	-1	0	+1	+2	?
...chci, poskytnout jiným lidem, kteří koktají	-2	-1	0	+1	+2	?

Pomoc s koktáním, kterou mi dosud poskytly tyto osoby nebo skupiny osob je...	Nehodí se	Žádná pomoc	Ani pomoc, ani její nedostatek	Velká pomoc	Nevím		
Moje matka		-2	-1	0	+1	+2	?
Můj otec		-2	-1	0	+1	+2	?
Můj sourozenec / moji sourozenci		-2	-1	0	+1	+2	?
Ostatní příbuzní		-2	-1	0	+1	+2	?
Jeden z mých nejbližších přátel		-2	-1	0	+1	+2	?
Další z mých nejbližších přátel		-2	-1	0	+1	+2	?
Přátelé na sociálních médiích (například Facebook)		-2	-1	0	+1	+2	?
Moji učitelé na prvním stupni základní školy		-2	-1	0	+1	+2	?
Moji spolužáci na prvním stupni základní školy		-2	-1	0	+1	+2	?
Moji učitelé na druhém stupni základní školy		-2	-1	0	+1	+2	?
Moji spolužáci na druhém stupni základní školy		-2	-1	0	+1	+2	?
Moji učitelé na střední škole / učilišti		-2	-1	0	+1	+2	?
Moji spolužáci na střední škole / učilišti		-2	-1	0	+1	+2	?
Moji učitelé na vysoké škole		-2	-1	0	+1	+2	?

Moji spolužáci na vysoké škole	-2	-1	0	+1	+2	?
Můj současný šéf	-2	-1	0	+1	+2	?
Moji současní spolupracovníci	-2	-1	0	+1	+2	?
Můj šéf v minulém zaměstnání	-2	-1	0	+1	+2	?
Moji spolupracovníci v minulém zaměstnání	-2	-1	0	+1	+2	?
Jeden z mých logopedů	-2	-1	0	+1	+2	?
Další z mých logopedů	-2	-1	0	+1	+2	?
Svépomocná skupina nebo skupinová terapie pro lidi, kteří koktají	-2	-1	0	+1	+2	?
Lidé mluvící o svém koktání v televizi, na YouTube, v sociálních médiích, na internetu, atd.	-2	-1	0	+1	+2	?
Slavní lidé, kteří koktají	-2	-1	0	+1	+2	?
Herci/herečky představující lidi, kteří koktají ve filmech	-2	-1	0	+1	+2	?

Vyjmenujte pět (nebo méně) důležitých věcí, které může člověk, který nekoktá, udělat, aby ukázal, že mně jako koktajícímu chce pomoci?

1)

2)

3)

4)

5)

Jak by tyto činnosti mohly pomoci lidem, kteří koktají?	Ani pomoci, ani nepomoci					Nevím
	Vůbec ne			Velmi		
Přečtení brožury nebo zhlédnutí videa, shrnující nejnovější informace o problémech s koktáním.	-2	-1	0	+1	+2	?
Mluvit tváří v tvář s osobou, která koktá.	-2	-1	0	+1	+2	?
Seznámení se s příběhy lidí, kteří koktají četbou, sledováním nebo poslechem audio a videozáznamů.	-2	-1	0	+1	+2	?
Účast ve svépomocné skupině nebo účast na skupinové terapii lidí, kteří koktají.	-2	-1	0	+1	+2	?
Pobývat ve společnosti osoby, která koktavost v různých situacích pouze předstírá, aniž by prozradila, že ve skutečnosti nekoktá.	-2	-1	0	+1	+2	?
Další?	-2	-1	0	+1	+2	?

Jak nejlépe pomoci dospělým s kottavostí



doporučení na základě mezinárodního

výzkumu

Odhaduje se, že zhruba jedno procento světové populace trpí kottavostí (Bloodstein & Bernstein Ratner, 2008). Kottavost (taktéž zadržávání či balbuties) je komplexní porucha řeči, která se vyznačuje přerušováním plynulého toku řeči. Kottavost může být doprovázena dalšími projevy v chování (zejména a/nebo skrytými). Kromě toho se může u zadržávajících projev afektivní a/nebo kognitivní reakce na kottavost. Většina vědců a odborníků, kteří se kottavostí zabývají, se domnívá, že kottavost je výsledkem komplexního spolupůsobení více faktorů. Je na ni také pohlíženo jako na neurofyziologickou poruchu silně ovlivněnou genetikou (Yairi & Seery, 2011).

Postoj společnosti ke kottavosti je často negativní. Podle řady studií provedených v rámci projektu IPATHA (*the International Project on Attitudes Toward Human Attributes*) stále převládají nepřiznivé společenské předsudky o kottavosti a lidech, kteří jí trpí (St. Louis, 2005; 2015).

Výsledky výzkumů ukazují, že kottavost má negativní dopad

na kvalitu života v mnoha ohledech (ovlivňuje např. vitalitu, fungování ve společnosti, emoční prožívání a duševní zdraví) (Beilby et al., 2013; Craig et al., 2009).

Odborníci po celá desetiletí přicházeli s různými doporučeními pro komunikaci s dospělými, kteří kottají – obvykle se tyto informace zakládaly na jejich vlastních názorech a domněnkách. V poslední době proběhl výzkum, jehož cílem je vytvořit doporučení pro veřejnost, která vycházejí z názorů lidí s kottavostí na to, co jim při komunikaci nejvíce pomáhá. Dvě mezinárodní studie (jedna byla provedena v Severní Americe a druhá v Evropě a na Blízkém východě) zpracovaly názory na formulaci těchto doporučení od dospělých balbutiků (St. Louis, 2018; St. Louis et al., 2017; Węsierska et al., 2018). Obecně je při komunikaci s lidmi, kteří kottají, důležité být připraven se vinit do jejich individuálních potřeb a problémů a být flexibilní. Nej důležitější je snažit se co nejvíce přizpůsobit individuálním potřebám jednotlivců a při komunikaci jim vycházet vstříc, jak to nejlépe jde.

Co považuje člověk s kottavostí za největší pomoc při komunikaci? Říká:



Literatura:
Beilby, J., Bymes, M., Hoegher, E., & Yanus, J. (2013). The impact of stuttering on adults who stutter and their partners. *Journal of Fluency Disorders, 38*(1), 14-29.
Bloodstein, O., & Bernstein Ratner, N. (2008). *A Handbook on Stuttering* (5th ed.). Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning.
Craig, A., Bumpert, E., & Tran, Y. (2009). The impact of stuttering on the quality of life in adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders, 34*(2), 61-74.
St. Louis, K. O. (2005). A global project to measure public attitudes about stuttering. *The Asha Leader, 30*(14), 12-23.
St. Louis, K. O. (2015). Epidemiology of public attitudes toward stuttering. In K. O. St. Louis (Ed.), *Stuttering: myths, stereotypes, stigma, and discrimination: An overview of attitude research* (pp. 7-42). Morgantown, WV: West Virginia University Press.
St. Louis, K. O., Iran, F., Gabel, R. N., Hughes, S., Langewiesche, M., Rodriguez, M., Scott, K. S., & Weismer, M. E. (2017). Evidence-based guidelines for being supportive of people who stutter in North America. *Journal of Fluency Disorders, 51*, 1-13.
St. Louis, K. O. (2018, June). *How Should We Interact with Adults Who Stutter? Let's Hear from Them*. Invited keynote address to the 31st International Conference on Stuttering, Rome, Italy.
Węsierska, K., Saad Merouwe, S., Melhem, N. A., Dezort, J., Laciková, H., & St. Louis, K. O. (2018, July). Personal Appraisals of Support from Stuttering Adults in Lebanon, Poland, Slovakia, and the Czech Republic. Presentation at the Joint World Congress in Singapore, Japan.
Yairi, E., Seery, C. H. (2011). *Stuttering: Foundations and Clinical Application*. Boston, MA: Pearson.

Autoři:
Kenneth O. St. Louis, Katarzyna Węsierska, Selma Saad Merouwe, Nouhad Abou Melhem, Jan Dezort, and Hana Laciková
Ilustrace: Ghafiq Ghannem | Grafický návrh: Zuzana Telega | Copyright, 2018. Všechna práva vyhrazena.

Více informací k tématu kottavost najdete na stránkách:

- ASHA (American Speech-Language-Hearing Association): asha.org
- British Stammering Association: stammering.org
- International Fluency Association: theifa.org
- International Stuttering Association: isastutter.org
- National Stuttering Association: nsastutter.org
- Stuttering Foundation: stutteringhelp.org
- Stuttering Home Page: <http://www.mnsu.edu/condis/kuster/stutter.html>