

Univerzita Hradec Králové  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

## **Koktavost a její vliv na psychiku dospělých**

Diplomová práce

Autor: Bc. Kateřina Tomanová  
Studijní program: N 7506 Speciální pedagogika  
Studijní obor: Speciální pedagogika – logopedie  
Vedoucí práce: doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.  
Oponent práce: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.



## Zadání diplomové práce

<b>Autor:</b>	<b>Bc. Kateřina Tomanová</b>
Studium:	P17P0724
Studijní program:	N7506 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Speciální pedagogika - logopedie
<b>Název diplomové práce:</b>	<b>Koktavost a její vliv na psychiku dospělých</b>
Název diplomové práce AJ:	Stuttering and its impact on the mental health of adults

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Diplomová práce se zabývá poruchou plynulosti řečového projevu - balbuties, a jejím vlivem na psychiku u dospělých osob. V první části této diplomové práce je zkoumán současný stav poznatků v problematice balbuties a specifikaci důležitosti komunikace v interpersonálních vztazích. Podrobně je zde popsána základní terminologie, etiologie, symptomatologie, diagnostika a terapie koktavosti v logopedické péči. Dále se práce zaměřuje na problematiku duševního zdraví a na rizika v navazování sociálních vztahů z toho vyplývající. Druhou část práce tvoří výzkumné šetření prostřednictvím dotazníků a polostrukturovaného rozhovoru. Zde je zkoumán vliv koktavosti na psychickou a emoční stránku jedince a celkové zhodnocení rizik duševního zdraví u těchto osob.

CSÉFALVAY, Zsolt a Viktor LECHTA. Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3 LECHTA, Viktor. Diagnostika a terapie koktavosti. Praha: Asociace klinických logopedů České republiky, 2004. ISBN 80-903312-1-1 LECHTA, Viktor. Koktavost: integrativní přístup. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-643-8 NEUBAUER, Karel. Poruchy řečové komunikace u dospělých osob. Ostrava: Asociace klinických logopedů, 1997. PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. Aktuální problémy balbutiologie. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2000. ISBN 80-244-0050-2 ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. Klinická logopedie. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

Garantující pracoviště:	Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.
Oponent:	PhDr. Petra Bendová, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	5.1.2018

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne .....

## **Poděkování**

Ráda bych na tomto místě poděkovala svému vedoucímu diplomové práce, panu doc. PaedDr. Karlu Neubauerovi, Ph.D., za jeho odborné vedení, podporu a cenné rady při realizaci této práce. Děkuji také všem respondentům, za jejich zájem, vstřícnost a čas.

Děkuji všem svým blízkým, kteří mě podporovali ve chvílích, kdy jsem vše chtěla vzdát.

Speciální poděkování patří také referentce katedry Speciální pedagogiky a logopedie, paní Ludmile Šrámkové, za její trpělivost a vstřícnost.

TOMANOVÁ, Kateřina. *Koktavost a její vliv na psychiku dospělých*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2019. 71 s. Diplomová práce

Diplomová práce se zabývá poruchou plynulosti řečového projevu – balbuties, a jejím vlivem na psychiku u dospělých osob. Práce je systematicky rozdělena na dvě hlavní části. V první části diplomové práce je definováno, jakou úlohu hraje komunikace během navazování interpersonálních vztahů. Dále se práce zabývá rizikem, které může vzniknout v rámci narušené komunikační schopnosti ve vztahu k duševnímu zdraví. Dále práce vymezuje současný stav poznatků v problematice balbuties. Podrobně je zde popsána základní terminologie, etiologie, symptomatologie, diagnostika a terapie koktavosti v logopedické péči.

Druhou stěžejní část diplomové práce tvoří výzkumné šetření. Cílem diplomové práce je pomocí dotazníkového šetření zhodnotit vliv koktavosti na psychickou a emoční stránku jedince. V závěru je následně, společně s výsledky dotazníkového šetření, zaznamenáno celkové zhodnocení rizik duševního zdraví u dospělých osob s balbuties.

**Klíčová slova:** Koktavost, balbuties, porucha řečové komunikace, duševní zdraví, dospělí

TOMANOVÁ, Kateřina. *Stuttering and its impact on the mental health of adults*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2019.71 s. Diploma thesis.

The thesis concerns the disorder of the fluidity of speech – balbuties and its effect on the adult psyche. This thesis is systematically divided into two main parts. In the first part of this thesis, the role of communication in establishing an interpersonal relationship is defined. Following that, it covers the dangers arising from the impaired ability to communicate in relation to mental health. Furthermore, this thesis defines the contemporary findings regarding the balbuties. The basic terminology, etiology, symptomatology, diagnostics, and therapy of stammer in speech therapy are described here in detail.

The second key part of the thesis consists of the research. This thesis aims to determine the effect of stammer on the psychological and emotional side of an individual using a questionnaire survey. At the end of this thesis, the overall assessment of mental health risk of adults with bulbities is reported, along with the results of the questionnaire survey.

Key words: Stuttering, balbuties, speech communication disorder, mental health, adults

## Obsah

Úvod .....	9
1. Komunikace a interpersonální vztahy .....	10
1.1. Důležitost komunikace .....	11
1.2. Interpersonální vztahy .....	12
2. Duševní zdraví, duševní onemocnění .....	14
2.1. Duševní zdraví .....	14
2.2. Duševní onemocnění .....	15
2.2.1. Sociální fobie .....	16
2.2.2. Sociální úzkost .....	17
2.2.3. Úzkost, úzkostná porucha .....	17
2.2.4. Obsedantně-kompulzivní porucha .....	18
2.2.5. Posttraumatická stresová porucha .....	18
2.2.6. Somatoformní poruchy .....	18
2.2.7. Depresivní poruchy .....	18
2.2.8. Schizotypální porucha osobnosti .....	19
3. Kórtavost .....	20
3.1. Definice .....	20
3.2. Výskyt, incidence, prevalence .....	22
3.3. Etiologie .....	24
3.3.1. Dědičnost .....	25
3.3.2. Sociální prostředí .....	26
3.3.3. Psychické procesy .....	26
3.3.4. Orgánové odchylky .....	27
3.4. Symptomatologie .....	27
3.5. Patogeneze .....	29

3.6.	Diagnostika .....	30
3.7.	Terapie .....	33
3.8.	Prognóza .....	36
4.	Koktavost a její vliv na psychiku dospělých .....	37
4.1.	Cíle výzkumného šetření .....	37
4.2.	Metodologie diplomové práce .....	38
4.3.	Charakteristika výzkumného vzorku .....	38
4.4.	Vlastní výzkumné šetření .....	39
5.	Zhodnocení naplnění cílů .....	60
5.1.	Diskuze .....	63
	Závěr.....	65
	Literatura .....	66
	Internetové zdroje .....	68
	Seznam grafů.....	70
	Seznam obrázků .....	71



## Úvod

Co je důležité, je očím neviditelné. Když vidíme jiného člověka, co vlastně vidíme? Jeho vzhled, gesta, mimiku, povrch, desky. Desky plné děje. Děje, který se vlní, klesá, stoupá, kolísá. Přebal knihy, která je plná ztrát, nálezů, emocí, bolestí. Knihy, jejíž děj je plný strachu, radosti, tajných přání. Lásky. Nenávisti. Je až s podivem, jak lehce lze přirovnat lidskou osobu ke knize. Pokud nikdy neotevřeme knihu, protože nás neláká její přebal, tak se nikdy nedozvíme příběh, který se v ní skrývá. A stejně, pokud se budeme vyhýbat člověku, jehož zevnějšek nás odpuzuje, tak se také nikdy nedozvíme, jaký ten člověk vlastně je, jaký má charakter, povahu, osobnost. A nejedná se pouze o to, zda je upravený či ne. Společnost dokáže odsoudit člověka, jakkoliv se odlišuje. Někteří z nás se lišit chtějí, zakládají na tom své sebevědomí. Bohužel, jsou osoby nemocné, indisponované, které se lišit nechtějí, ale nemají dostatek sil k tomu, aby se dostali na stejnou úroveň většinové společnosti. Tyto osoby v sobě následně mohou nosit traumata. A právě z těchto osob, jsem si vybrala dospělé osoby s koktavostí, kterým bych se v této diplomové práci chtěla zabývat.

Práce je dělena na dvě části. V první, která je teoretická, jsou shrnuté veškeré poznatky, ze kterých následně vycházím v části druhé, praktické. Tyto poznatky se týkají komunikace a její důležitosti při tvorbě interpersonálních vztahů. Následuje kapitola věnovaná duševnímu zdraví a duševnímu onemocnění, kde se snažím definovat nejzásadnější problémy, ke kterým může docházet vinou špatné či nefungující mezilidské komunikace a vztahů z toho vyplývajících. Teoretickou část následně uzavírá kapitola o poruše řeči – koktavosti, která shrnuje veškeré poznatky, jež o ní máme. Tyto tři kapitoly se vzájemně prolínají, díky čemuž se snažím, abych upozornila na jejich vzájemnou propojenost, která je stěžejní pro druhou, praktickou část, této diplomové práce.

Druhou stěžejní oblast diplomové práce tvoří kvantitativní výzkumné šetření, které je řazeno jako čtvrtá kapitola. Hlavním cílem tohoto šetření je zjistit vliv koktavosti na psychiku a emoční prožívání u dospělých osob. Pomocí dotazníků je zde zkoumán výskyt možných duševních onemocnění, která vznikla jako sekundární projev koktavosti

# 1. Komunikace a interpersonální vztahy

Již od dávných věků má člověk potřebu přijímat a předávat různé informace. Tuto potřebu můžeme pojmenovat termínem „*komunikace*“. Ta má spoustu rozličných definicí, které jsou svou rozmanitou interpretací občas velmi matoucí. Mikulaščík (2003, in Regec a Stejskalová, 2012) komunikaci definuje jako „*dorozumívání, které je nutné k efektivnímu sebevyjádření. Přenáší zprávy jak v mluvené podobě, tak psané, čtené, činnosti nebo obrazové. Realizuje se mezi lidmi, tudíž s sebou nese účinek na jednotlivce, skupinu či komunitu apod.*“.

Komunikace se v dnešní době nejčastěji považuje za proces, kdy dochází k výměně informací mezi lidmi. Slovo samotné to má ve svém názvu, který vznikl z latinského slovese „*communicare*“, tedy sdělovat, oznamovat, sdílet.

Termín, který nás zajímá je tzv. sociální komunikace, díky které se propojují procesy jednotlivých účastníků, zapojených do komunikačního procesu a vlastním psychickým prožíváním. To nám následně umožňuje vzájemné „ovlivňování“ lidí. Sociální komunikaci dělíme podle toho, jakým způsobem je vyjádřena:

- **Ústní**, kam spadají rozhovory, diskuze, ale i situační vyjádření emocí – hádka, vztek, nadávky, pochvala, poděkování.
- **Písemná**, která je v dnešní době sociálních sítí asi nejvíce používaná. Spadají sem zprávy, dopisy, e-maily, online konverzace prostřednictvím již zmiňovaných soc. sítí.
- **Vizuální** je vyjadřována skrze fotografie, video (dnes především média), pohyblivé obrázky tzv. GIF, nebo pomocí znaku ( 😊 ). Daly by se sem zařadit i obrazy nebo umění obecně, ale v dnešní době už se spíš jedná o zastaralé medium.

Z hlediska komunikačních prostředků navíc ještě rozdělujeme sociální komunikaci na:

- **Verbální**, kdy dochází k vyjadřování našich vlastních pocitů a emocí skrze mluvenou či psanou řeč.
- **Neverbální**, která je závislá na společenském kodexu, který udává daná společnost. Má historickou prioritu a kolikrát k ní dochází, aniž by si to člověk uvědomil (zamračení, úsměv...). Do neverbální komunikace řadíme mimiku, udržení zrakového kontaktu, gestiku, haptiku, ale i výšku hlasu. Patří sem také faktory, které se projevují na lidském zevnějšku skrze účes, styl oblékání, upravenost. Někteří sem zahrnují i chronemiku

(nakládání s časem) nebo projevy toho, jak člověk nakládá s předměty, oba tyto faktory by se svým způsobem však už daly řadit pod následující kom. prostředek.

- **Činem** myslíme komunikaci, která není vyjádřena slovně či pomocí neverbální komunikace. Vyjadřujeme ji skrze naše vlastní jednání, činy. Například skrze naši účast na demonstraci dáváme najevo, že nejsme spokojeni. Komunikace činem však může být zrádná z důvodu, že každá osoba má jinak nastavené prožitky, naladění a morální hodnoty, skrze které se tento způsob komunikace vyloží (jako příklad by se dala použít absence žáka ve škole, kterou si kantor může vyložit jako nezáměr či přisoudí žákovi nálepku průšviháře, zatímco žák může trpět těžkými depresemi, nebo se musí nečekaně postarat o nemocné rodiče.).

Jak bylo zmíněno u komunikace činem, tak můžou vzniknout různé komunikační chyby. A to bez ohledu na způsob či použití komunikace. Patří sem **chyby z pozorování**, které získáváme skrze utváření si obrazu člověka během prvního dojmu, předsudky či kulturní tradicí (největší problém v dnešní době činí náboženské tradice). Může však také docházet ke **špatným interpretacím informací**, skrz nejasnost situace, mentálním naladěním (jinak zní pozdrav k dobrému ránu od člověka, který je zvyklý na brzké vstávání a člověka, který se nevyspal). Patří sem také naše **komfortní zóny**, které jsou vytvářeny výchovou, vzděláním, národností, zájmy. Pokud jsme v zóně, která je diametrálně odlišná té naší, už jsme ovlivněni naším vlastním nepohodlím a to se následně projeví v naší komunikaci.

### 1.1. Důležitost komunikace

Sociální komunikace je pro nás velmi důležitá. Nejen kvůli tomu, že díky ní budujeme vztahy s ostatními lidmi, ale také utváří naše vlastní životy. A je jedno jaký způsob komunikace byl použit. Vztahy, které utváříme s ostatními lidmi se neustále mění, vyvíjí a prochází různými fázemi. Každá z těchto fází určuje specifický způsob komunikace, který vedeme s druhými lidmi. Jako příklad uvedeme partnerský vztah, ve kterém se způsob komunikace po letech přirozeně mění. Během prvotního poznávání budeme komunikovat zcela jiným způsobem než po několika měsících, nebo rocích. Tento proces vývoje vztahu probíhá přirozeně pomalu, postupně, málokdy se stane, že by se skokově přehoupl z jedné fáze do druhé.

Mezilidská komunikace se zásadně projevuje v procesu budování vztahů s rodinou, přáteli, se spolužáky, kolegy v zaměstnání. Zároveň nám umožňuje tyto vztahy vytvářet. Kontakt s druhými lidmi nám navíc nastavuje jakési pomyslné zrcadlo, ve kterém můžeme vidět

sami sebe z různých úhlů pohledů. Díky tomu následně můžeme regulovat naše jednání či prožívání v různých životních situacích. Utvářením vztahů se pomáhají rozvíjet naše charakterové vlastnosti. Vztahy také mají zásadní vliv na naše **fyzické a emocionální zdraví**. Jsou důležité pro budování osobnosti člověka (Plhánková, 2003; Langmeier, Krejčířová, 2013; Probstová, Pěč, 2014).

## 1.2. Interpersonální vztahy

Víme, že schopnost komunikovat je zásadní pro tvorbu interpersonálních vztahů. Jako interpersonální vztahy myslíme individuální vazby jedince k nejbližším osobám. Tyto vazby jsou charakteristické svou blízkostí, vzájemným ovlivňováním a také délkou trvání.

Slovník cizích slov pod pojmem „*interpersonální vztah*“ definuje, že se jedná o vztah jednoho člověka k druhému, případně i ke skupině. Interpersonální vztah je mezičlánkem mezi člověkem jako jedincem a společností (Kraus a kol., 2007).

Vztahy můžeme dělit podle toho, zda mají společností nastavená pravidla na **formální** a **neformální**.

- **Formální** vztahy jsou vymezené pravidly, která si uměle stanovila společnost. Vztah je zde veden vnějšími faktory jako je autorita, pozice ve společnosti, ale také moc. Veškeré tyto vztahy jsou postavené na určité vzájemné úctě, symbolické vzdálenosti a slušnosti. Pokud tato pravidla někdo porušuje, je společností vnímán jako neslušný, nepřizpůsobivý v horším případě jako asociální.
- **Neformální** vztahy jsou vztahy založené na emocích. Zde už nejsou žádná uměle vytvořená pravidla, ale jsou přirozeně vedeny skrze zájmy, které jsou individuální. V neformálním vztahu figuruje intimita, blízkost, city ale také i nezištná pomoc.

Vztahy jsou také tvořeny určitým směrem myšlením, cítěním a jednáním člověka. Díky tomu dokážeme vztahy rozlišovat na **kladné** (např. láska, vstřícnost), **neutrální** (např. uzavřenost, distancovanost) a **záporné** (agresivita, konflikt, nenávisť) (Kohoutek, 2002).

Vztahy mezi biologickými organismy nám také přinášejí třídění vztahů na:

- **psychosociálně symbiotické** vztahy, které jsou funkční, kooperativní, prospěšné pro obě strany;

- **protokooperativní psychosociální vztahy**, tedy vzájemně výhodné, symbiotické;
- **neutrální psychosociální vztahy** jsou takové, kdy se lidé setkávají, ale vzájemně neovlivňují (např. sousedi v rámci panelového domu);
- **komezátní psychosociální vztahy**, kdy jeden člověk ze vztahu těží, má užitek, nicméně druhé osobě to nevadí i když nezískává nic (např. vztah matka – kojeneček)
- **konkurenční psychosociální vztahy**, u kterých dochází k vzájemné rivalitě a soutěživosti
- **alelopatické psychosociální vztahy** jsou definovány vzájemným ovlivňováním negativním i pozitivním
- **parazitické psychosociální vztahy** jsou takové, kdy jeden člověk určitou měrou parazituje na druhém člověku
- **predační psychosociální vztahy**, jsou rizikové a mohou vést k existenciálnímu poškození člověka

Vzhledem k povaze koktavosti, která se nejvíce projevuje během samotných sociálních situací, se domníváme, že koktavost může participovat na dysfunkcích v oblasti duševního zdraví. Nejvíce se to potom projeví v emočním prožívání.

Emoce představují důležitou složku psychického života. Emoce jsou specifické svým citovým zabarvením, a to negativním či pozitivním. Svou silou emoce umocňují psychickou zkušenost jedince. Díky toku emočních zážitků se vydělují city, což jsou prožitky emocí svébytné kvality. City následně vznikají jako odpověď na vnější situace a jejich kognitivní zhodnocení. City ovlivňují tzv. **citové vazby**, které jsou důležité v **interpersonálních vztazích**. Jsou-li tyto citové vazby narušeny, ovlivní to také autonomní nervový a hormonální systém, čímž je regulována úroveň tělesné aktivity, která je zásadní pro adaptaci na okolní svět.

City mají vliv na chování člověka a jeho prožívání. To bohužel, nemusí být vždy pozitivní a adaptivní. Pokud se vyskytují velmi intenzivní negativní emoce, je narušena sebekontrola, výkon, chování, ale hlavně i samotné prožívání. Zjednodušeně řečeno by se dalo říci, že negativní city jsou zdrojem psychického utrpení a zásadní měrou přispívají ke zhoršení duševního zdraví (Plhánková, 2003; Langmeier, Krejčířová, 2013; Koukolík, 2014; Probstová, Pěč, 2014).

## 2. Duševní zdraví, duševní onemocnění

Z předchozí kapitoly již víme, že schopnost komunikace tedy patří mezi nejdůležitější schopnosti, které si může člověk osvojit. Pokud má na takové komunikaci participovat osoba, která je oproti ostatním znevýhodněna (věk, onemocnění, ale i jazyková bariéra apod.), může se to projevit kromě nedokonalého projevu (pozn. v tuto chvíli neřešíme, zda se jedná o projev ústní či písemný), tak i u samotné kvality vztahů. A právě špatná kvalita vztahů může následně vést k **sociální izolaci** a ovlivňovat, jak tato osoba začne vnímat a přijímat sama sebe, což může být spouštěčím faktorem pro různá duševní onemocnění. Mezi tato onemocnění se řadí kromě poruch osobností a chování, také různé **neurotické** (úzkost, obsedantně kompulzivní porucha) a **somatoformní** poruchy. Patří sem také **afektivní** poruchy (deprese) a **schizotypální** poruchy. **Vycházíme z toho, že pokud se osobě s poruchou řeči nelíbí, jak mluví, má tendence se vyhýbat komunikaci.** To následně může vést k sociální izolaci a ta se později může rozvinout v sociální fobii, klinickou depresi a další různá onemocnění.

### 2.1. Duševní zdraví

Světová zdravotnická organizace (2014) definovala duševní zdraví jako: stav pohody, kdy každý jedinec realizuje svůj vlastní potenciál, dokáže se vyrovnat s běžnými životními stresy, dovede pracovat produktivně a užitečně a je schopen přispívat své komunitě.

Plháková (2003) definuje duševní zdraví jako stav, kdy dochází k uspokojování individuálních psychických motivů skrze následující potřeby: **sebeurčení, stabilní a soudržnou osobní identitu, snahy najít životní smysl a dodržovat vnitřní etické standardy.** Dosažení duševního zdraví je schopnost, kdy dokážeme úspěšně milovat a pracovat. Duševně zdraví jsou ti, kteří dokáží udržet rovnováhu mezi realitou a aspiracemi, díky čemuž mohou „*žít v míru sami se sebou*“. (Kohut, 1991, In: Plháková, 2003).

Nakonečný (1996) uvádí, že k uspokojování potřeb dochází skrze motivaci. Motivaci následně definuje jako intrapsychický proces, který má svůj zdroj ve **vnitřní** a **vnější** situaci individua. Vnitřní situace vyjadřuje primárně endogenní zdroj motivace. Vnitřní stavy mohou vyvolávat i vnější stavy situace člověka. Jindy se určité vnější podněty stávají motivujícími, ale jen za podmínky příslušného vnitřního „vyladění“, které je dáno stavem trvalých a aktuálních potřeb člověka. Platí, že vnitřní motivace je více funkční a důležitá. Pokud je člověk motivován

k větší autonomii, má vyšší sebehodnocení než člověk, u nějž byly užívány odměny ve snaze řízení a ovládání jeho chování, což vede k větší duševní pohodě.

Dalo by se říci, že duševně zdravá osoba je ta, která je normální, která má normální osobnost. Problematika slova „normální“ však je, že vlastně nemá jednoznačnou definici. Kohoutek (2007) jako „normální osobnost“ uvádí takovou, která má adekvátní sebehodnocení, sebedůvěru a dokáže svépomocí řešit vlastní problémy; zároveň se zvládá přizpůsobit společenským kritériím; osobnost, která je individualizovaná skrze získané zkušenosti; a jako poslední je tato osobnost integrovaná, tedy dokáže ve všech svých složkách koordinovat s jinými a má přiměřený pocit životního smyslu v současnosti a blízké budoucnosti.

## 2.2. Duševní onemocnění

Když máme tedy osobu zdravou, musí k ní existovat i její protipól. Tím je osoba nezdravá, tedy nemocná. Nemoc, jak ji známe, je procesem, kdy se lidský organismus snaží odstranit poruchu či překážku na zdraví. Příznak, projev, známka nemoci se nazývá *symptom*. Charakteristické seskupení příznaků pro danou nemoc nebo poruchu se nazývá *syndrom*. Přiřazení symptomatologického, syndromologického či příčinného (kauzálního, etiologického) obrazu zjištěného u pacienta se nazývá diagnóza.

Každá nemoc má svůj obraz, který je tvořen složkami:

- **Percepční** (senzitivní), jež zahrnuje určité lokální vnímání bolesti
- **Emoční** (citovou), která se projevuje strachem či nadějí a díky tomu buď škodí či napomáhá průběhu uzdravení
- **Volní** (úroveň odolnosti), která ovlivňuje, jak moc nemocný člověk dokáže snášet bolest
- **Racionální** (kognitivní, informativní), jež se opírá o pacientovy představy o nemoci, a to na základě získaných vědomostí a stupni jeho subjektivity a objektivit (Kohoutek, 2007; Probstová, Pěč, 2014).

V současnosti se také setkáváme s pojmem duševní porucha. Duševní poruchy jsou definované i v Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN - 10.

**Základní klasifikace dle MKN-10** (Probstová, Pěč, 2014, s. 24):

- F00-F09 Organické duševní poruchy, včetně symptomatických

- F10-F19 Duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
- F20-F29 Schizofrenie, schizotypální poruchy a poruchy s bludy
- F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)
- F40-F49 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
- F50-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- F60-F69 Poruchy osobnosti a chování dospělých
- F70-F79 Mentální retardace
- F80-F89 Poruchy psychického vývoje
- F90-F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání
- F99 Neurčená duševní porucha

### 2.2.1. Sociální fobie

V rámci této práce nás budou nejvíce zajímat onemocnění, kterým by mohla být spouštěčem právě sociální fobie. Ta patří mezi nejrozšířenější psychické obtíže a vyskytuje se na celém světě. Výsledky výzkumů z posledních let ukazují, že sociální vztahy a kvalita vztahů mezilidských mají vliv na riziko úmrtí ve stejné míře, jako známé rizikové faktory (kouření, konzumace alkoholu, obezita).

Sociální fobie (SF) by se dala definovat jako obava a strach z toho, jak jedince ostatní lidé pozorují a na základě toho posuzují a hodnotí. Tyto obavy následně vedou k tomu, že se osoby s SF vyhýbají kontaktu s ostatními. Těžší fobie jsou následně spojovány s nízkou sebeúctou a strachem z kritiky (Pěč, Probstová, 2014).

Projevem sociální fobie je strach ze sociálních situací. Ten nejčastěji začíná v pubertě, v dospívání, a o něco méně se začíná projevovat až v dospělosti. Člověk trpící sociální fobíí má strach ze společenského styku s jinými lidmi. Dochází to až tak daleko, že nedokáže v jejich přítomnosti mluvit, psát, telefonovat, ale třeba také i jíst. Tento strach vede k tomu, že se následně snaží vyhnout určitým situacím. Vyhýbá se tak pobytu ve společnosti, zůstává doma, odmítá pozvání do společnosti, nezve k sobě domů návštěvy. Mohou se také objevit potíže na úrovni zvládnutí běžných činností (nakupování, cestování, řešení problémů na úřadech apod.) (Praško a kol., 2008).



### 2.2.2. Sociální úzkost

Praško a kol. (2008) zmiňuje, že se sociální úzkostí se setkáváme častěji než se sociální fobií. Každý člověk v populaci alespoň jednou zažil úzkost a trému během společenské situace. Jedná se o situace, kdy má člověk přirozenou nervozitu, že bude kritizován a dochází k tomu, že se začne vnitřně kritizovat on sám (např. důležitá prezentace, zkouška). Tato úzkost však není tak nesnesitelná, že by se většina osob začala těmto situacím vyhýbat. Je potřeba tedy rozlišovat, zda mluvíme o sociální fobii či sociální úzkosti, která pro osobu, jež ji trpí, přináší mnohem větší utrpení.

Jak bylo zmíněno, osoby se sociální fobií mají tendence k tomu, aby se vyhýbali situacím, ze kterých mají strach. Jakmile se však začnou těmto situacím vyhýbat, dochází k návyku a ten vede k tomu, že vznikne tzv. bludný kruh. Jednoduše by se dalo říct, že čím více se tato osoba začne vyhýbat situacím, tím větší strach z nich má. To vede ke zvyšování vnitřní nejistoty a naopak, ke snižování sebedůvěry. Následkem toho klesá schopnost sociálních dovedností a důsledkem toho může být i stav, kdy už člověk není normálně schopen chodit do práce a vůbec ven. Na to se váže i vznik možných závislostí (alkohol, cigarety apod.), obtíže s financemi, vznik úzkostných poruch a depresí.

### 2.2.3. Úzkost, úzkostná porucha

Plháková (2003) zahrnuje úzkost pod primární lidské city. Úzkost definuje jako pocit obav či ohrožení, který vzniká a neváže se k žádné konkrétní situaci, objektu či události. Právě kvůli tomuto neurčitému se z ní stává velmi nepříjemný stav, který je prožíván každou osobou v individuální intenzitě. Úzkost také doprovází většinu duševních poruch.

Probstová, Pěč (2014) definují úzkost jako normální emoční stav, který upozorňuje člověka na blížící se nebezpečí či konfrontaci s problémem. Hlavním rysem je dělání si starostí, neustále zabývání se stresujícími myšlenkami. Projevuje se zpočátku především tělesnými projevy jako je třes, nepokoj, únava, svalová bolest. Nicméně intenzita se různí a někdo může prožívat intenzivní strach, hrůzu až paniku, zatímco někdo jen cítí lehkou nervozitu či nepohodu. Pokud se úzkost objevuje bez příčinné situace, hovoříme se již o **úzkostné poruše**. Úzkost doprovází většinu duševních poruch jako jejich příznak. Pokud však úzkost a s ní spojené obavy převládají ve většině dne, hovoříme již o **generalizované úzkostné poruše**.

#### 2.2.4. Obsedantně-kompulzivní porucha

Obsedantně – kompulzivní poruchu řadíme mezi poruchy, jež jsou vyvolané stresovým faktorem. Projevuje se přítomností nutkavých myšlenek, které se objevují v mysli proti vůli osoby, jež trpí touto poruchou. Způsobují tak pocit stísněnosti a nepohody, které se tyto osoby následně snaží snížit nutkavým chováním. Základem tohoto chování je strach, který pramení z nebezpečí, které může vzniknout, ale také si ho jedinec může sám vyvolat. Vznik obsedantně – kompulzivní poruchy je, krom neurologického nálezu, také připisován dysfunkčním tématům v dětství (tlak společnosti, hyperprotektivní výchova), které jsou aktivizované právě úzkostí během určité sociální situace (Plháková, 2003; Probstová, Pěč, 2014).

#### 2.2.5. Posttraumatická stresová porucha

Příčinným faktorem je náročná životní událost, jejíž odezva se objevila opožděně, či byla protahovaná. Porucha samotná se rozvíjí v průběhu týdnů až měsíců, v případě chronického průběhu i v trvání řady let. Platí, že čím více je zážitek zraňující, tím roste pravděpodobnost jeho zapamatování (Plháková, 2003; Probstová, Pěč, 2014). Osoby, u kterých se rozvinula posttraumatická stresová porucha, většinou ztratili iluzi o bezpečí vnějšího světa, což je vede k tomu, aby se zabezpečovali vůči potenciálnímu nebezpečí.

#### 2.2.6. Somatoformní poruchy

Pod pojmem somatoformní poruchy patří ty, jež se projevují skrze subjektivně prožívané tělesné příznaky, bez prokazatelného nálezu. Často dochází k opakovaným, náročným vyšetřením, protože má osoba pocit, že je nemocná, nicméně během těchto vyšetření není žádný nález. K této poruše dochází nejčastěji na základě náročné životní situace (ztráta, onemocnění blízké osoby apod.) (Honzák, 2017; Probstová, Pěč, 2014).

#### 2.2.7. Depresivní poruchy

Deprese je jedním z nejčastějších onemocnění, které lidé v životě prožijí. Projeví se zhruba u každého pátého člověka ve formě klinicky významné deprese, a to alespoň jednou za život. Deprese se od běžného smutku liší v intenzitě, délce a také v tom, že znatelně narušuje

každodenní fungování člověka v běžném životě. Příznakem deprese je porucha nálady. Ne nadarmo se o depresi říká, že je to onemocnění celého těla, i duše. Zasaženo je totiž chování, myšlení a tělesné fungování. Míra a intenzita jednotlivých příznaků se liší v závislosti na jedinci.

Praško a kol. (2012) uvádějí, že u deprese je často přítomno **negativní hodnocení sama sebe, negativní hodnocení okolností** a také **negativní vize do budoucnosti**. Toto hodnocení je zkreslené, zveličené a neodpovídá realitě. Osoba má pohled na svět černý až katastrofický. To ve výsledku znemožňuje provádět činnosti, díky kterým by se cítil lépe. Přítomny jsou ve formě myšlenek, a jsou člověk v depresi nad nimi neustále přemýšlí – ať už ve vztahu ke svým vlastním schopnostem či hodnotám (Plháková, 2003; Probstová, Pěč, 2014).

K depresi patří také zvýšené riziko **suicidia** (sebevražda). Ve chvílích, kdy je u osoby diagnostikována deprese, je nutné také zjistit riziko suicidia, které se vyskytuje u osob s těžkým průběhem depresí, společně s projevy sebepoškozování (Praško a kol., 2012).

#### 2.2.8. Schizotypální porucha osobnosti

Jedná se o poruchu osobnosti, která je charakteristická atypickým chováním, poruchami myšlení a intelektu. Tato osoba se může projevovat chladně, bez projevů radosti, podivínsky, s tendencí izolace od společnosti. Objevovat se také můžou halucinace a iluze, doprovázené bludy. Přítomny jsou většinou i poruchy myšlení a vnímání, nápadné chování a paranoidní či bizarní nápady (Plháková, 2003; Probstová, Pěč, 2014).

### 3. Koktavost

Zrychlené tempo řeči, vyslovování slov, která nám „nejdou přes jazyk“ nebo jejich komolení, výpadek slov ve větě. To všechno spadá do situací, které se čas od času stanou každému z nás. Můžeme být nervózní, překvapení, zmatení nebo i naštvaní. Pod vlivem určitého stresoru nekontrolujeme naši řeč a velmi lehce se stane, že se v našem projevu objeví přerušování či zadrhnutí. Termín koktavost, se mimo jiné používá také jako obecné pojmenování pro tyto situace. Je však potřeba diferenciovat občasné zakoktání od poruchy řeči. Tyto běžné dysfluence totiž nemůžeme vůbec považovat za poruchu řeči, jelikož po zmizení stresoru se naše řeč vrátí opět do normálního tempa na rozdíl od koktavosti. Koktavost neboli balbuties, je jednou z nejnápadnějších a nejzávažnějších poruch řečové komunikace. Tato porucha má negativní dopad na vývoj osobnosti, socializaci či na školní nebo pracovní uplatnění.

#### 3.1. Definice

Pokud bychom to vzali úplně od počátku, tak z dochovaných záznamů víme, že tato porucha plynulosti řeči, byla známa již ve starověku. Jedním takovým důkazem, je hieroglyf nalezený v Egyptě, který znázorňuje klečícího muže, jež se snaží mluvit. Jeho řeč vždy však narazí do něčeho, co by se dalo považovat jako zeď. Jak lze rozpoznat z obrázku<sup>1</sup>, muž jednou rukou ukazuje na svá ústa a druhou rukou na zem. Egyptologové se domnívají, že je zde vyjádřena metafora mezi zemětřesením a koktavostí. Dalo by se tedy hovořit o jakémsi „zemětřesení úst“. Ve 21. století bychom si však s tímto vysvětlením již nevystačili.



Obrázek 1 – přepis hieroglyfu nalezeného v Egyptě;  
*Faulkner, R. O. (1963). A concise dictionary of Middle Egyptian. Oxford: Univ. Press.*

Již několik desetiletí, je koktavost předmětem zájmu několika vědních disciplín. Každá z těchto disciplín na ni nahlíží jiným pohledem, tudíž se objevuje spousta různých definic, ať už z pohledu lékařského, psychologického nebo logopedického. Navíc, veškeré informace, které již o této poruše plynulosti řeči máme, se s rozvojem moderních technologií, neustále rozšiřují a doplňují. Právě proto není úplně jednoduché koktavost definovat. Klenková (2010) poukazuje na fakt, že každý z předních balbutologů používá navíc svá vlastní vysvětlení pojmu balbuties. V tomto pojetí se odráží autorův vlastní názor, a hlavně jeho osobitý přístup ke koktavosti. Většinou se však všichni shodují v názoru, že se balbuties řadí mezi nejtěžší druhy poruchy řeči.

Ač by se to mohlo zdát zbytečné, je potřeba upozornit na fakt, o kterém se zmiňuje Lašťovka (1999), a to ten, že je potřeba rozlišit, zda se jedná o charakteristický projev řeči člověka, který jej používá záměrně k zaujetí sociálního okolí, či k tomu, aby byl vytvořen specifický dramatický projev. Jako příklad můžeme uvést různé animované či filmové postavy, jejichž koktavá řeč, má pobavit, nebo symbolizovat, že tato postava má být komická či naopak bázlivá. Díky takovému obrazu, který je vytvářen filmovým průmyslem, dochází ke zlehčování této poruchy řeči (např. postava šíleného žalářníka z filmu Život Briana). Ve chvíli, kdy se totiž již jedná o diagnostikovanou poruchu řeči, mluvíme o závažném zdravotním a sociálním problému, který se může projevit na duševním zdraví a socializaci jedince.

V rámci kategorizace narušené komunikační schopnosti, klasifikujeme balbuties, společně s tumultus sermonis, dle jejich hlavního projevu, jímž je svévolné narušení plynulosti řeči, do kategorie narušení fluence řeči (Lechta, 2013). Koktavost může být také součástí celkového obrazu jiných syndromů, například afázie, demence či mozkové obrny. Jedná se tedy o „*multifaktoriální, dynamický a variabilní syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nejnápadněji projevuje nedobrovolnými specifickými pauzami narušujícími plynulost procesu mluvení a tím působícími rušivě na komunikační záměr.*“ (Lechta, 2010, str. 24–25).

Neubauer (2010) uvádí, že: „*Porucha plynulosti řeči (řečová dysfluence) je stav, kdy dochází buďto ke zrychlení tempa řeči až k překotnosti, při níž se snižuje srozumitelnost řeči (breptavost – tumultus sermonis), nebo když je řeč přerušována záškuby či křečemi svalů fonačního ústrojí a mluvidel (koktavost – balbuties).*“

Světová zdravotnická organizace (WHO) ve své nové klasifikaci, rozděluje kóktavost získanou, pod kódem **MA81 Speech dysfluency** (Porucha plynulosti řeči) a vrozenou, pod kódem **6A01.1 Developmental speech fluency disorder** (Vývojová porucha plynulosti řeči), kdy u obou jsou projevem časté nebo pervazivní narušení rytmického toku řeči, které vede ke snížené srozumitelnosti a významně se podílí na komunikaci. Mezi tyto projevy patří opakování zvuků, slabik či slov, prolongace, zadržávání ve slovech, nadměrné používání tzv. „slovních vmetků“, pauzy v řeči a neúmyslné prodlužování. Rozdíl mezi těmito dvěma diagnózami je definován dobou vzniku. U Speech dysfluency, je tím myšleno období po ukončení vývoje, tedy až v dospělém věku. Naopak Developmental speech fluency disorder má dáno, že vzniká během období vývoje a je mimo hranice, které jsou očekávány pro dítě ve stejném věku a na stejné intelektuální úrovni.

### 3.2. Výskyt, incidence, prevalence

**Incidence kóktavosti** (počet nově vzniklých případů daného postižení za určité časové období a v konkrétní populaci) je chápána jako část populace, u které se projevíly symptomy kóktavosti kdykoliv během života. Výskyt kóktavosti je zhruba kolem 5 % u dětí předškolního věku (Yairi, Ambrosová, 2013). Během dospívání většinou spontánně vymizí. Nicméně u 1 % ze všech dětí, které měly vývojovou kóktavost, dochází k rozvoji přetrvávající (chronické) kóktavosti.

Přítomnost kóktavosti u dospělých osob není pouze z důvodu přetrvávání plynulosti mluvního problému z dětství do dospělosti. Projevy kóktavosti se mohou objevit také jako sekundární symptom onemocnění, které vzniklo na bázi psychogenních či neurogenních příčin (Neubauer, 2018).

**Prevalence kóktavosti**, čím je myšlen podíl počtu jedinců trpících danou nemocí a počtu všech jedinců ve sledované populaci, je chápána jako část celkové populace, která aktuálně kóktá. Ve Spojeném království a ve Spojených státech amerických bylo zjištěno, že se jedná zhruba o 1 % (Andrews, 1984; Bloodstein, 1995). Craig a kol. (2002) ve své studii uvádí prevalenci o něco nižší. Ve své studii, která probíhala formou telefonického dotazování, získal data přibližně od 12 000 respondentů ve věku 1 až 99 let, zjistil prevalenci 0,72 %. Podobná prevalence byla zjištěna i ve většině jiných zemí.

Ward (2017) však předkládá hypotézu, zda není pravděpodobnost vzniku větší ve vyspělých zemích. Důvodem je podle něj zvýšený tlak, který je kladem na artikulaci řeči a na větší význam verbální znělosti. Odkazuje přitom na výzkum Lemerta (1962), který zjistil rozdíl výskytu koktavosti mezi japonskou a polynéskou společností, který je údajně způsoben právě různým sociálním tlakem mezi oběma kulturami. Moderní výzkumy však již tuto hypotézu vyvrátily, když bylo potvrzeno, že ve všech zemích je prevalence zhruba 1 %, s hodnotovou odchylkou několika setin, nezávisle na vyspělosti dané země.

Lechta (2013) upozorňuje, že u dospělých osob s chronickou koktavostí, nejsou úplně přesné údaje, a to z důvodu terapeutických neúspěchů a následnou rezignací na další terapeutickou léčbu. Vlivem toho, se tyto lidé nikde neevidují a nedostávají do oficiálních statistik. Zároveň také někteří dospělí balbutici vůbec nevyhledají odbornou pomoc.

Pokud to tedy shrneme, tak 5 % z populace, někdy v průběhu svého života (ať už v dětství či dospělosti), mělo projevy koktavosti. Naopak u 1 % z populace, koktavost nadále přetrvává. Mohlo by se zdát, že jde o malé číslo, ale pro představu v České Republice, která má přibližně 10,5 milionů obyvatel, hovoříme o více než sto tisících osob s balbuties, což odpovídá počtu obyvatel např. Liberce či Hradce Králové.

Další důležitou informací, je **výskyt z hlediska pohlaví**. Bylo potvrzeno, že v raném věku je vyšší výskyt koktavosti u chlapců než u dívek. Howell (2007) uvádí, že je to v poměru 2:1 v předškolním věku. Tento poměr potvrzuje i Bosshardt (2008), který provedl porovnání, do té doby, všech dostupných výzkumů. Navíc také zjistil, že s věkem se tento nepoměr paralelně zvyšuje a předpokládá se, že až 80 % dospělých koktavých, jsou muži. Mohammadi (2017) se ve svém výzkumu<sup>2</sup> zabýval vztahem mezi vývojovou koktavostí a steroidními hormony. V rámci tohoto výzkumu zjistil souvislost mezi koktavostí a hladinami testosteronu, dihydrotestosteronu a estradiolu. Také byly analyzovány dvě variace jednonukleotidového polymorfismu, které kódují enzymy metabolizující pohlavní hormony, kde bylo zjištěno, že genotyp CYP17 CC je významně asociován s vývojovou koktavostí. S opačným názorem

2 Mohammadi, H., Joghataei, M. T., Rahimi, Z., Faghghi, F., Khazaie, H., Farhangdoost, H., & Mehrpour, M. (2017). Sex steroid hormones and sex hormone binding globulin levels, CYP17 MSP AI (-34 T:C) and CYP19 codon 39 (Trp:Arg) variants in children with developmental stuttering. *Brain and Language*, 175, 47-56. doi:10.1016/j.bandl.2017.09.004

přichází výzkumný tým pod vedením Dominiguese<sup>3</sup> (2019), který souvislost mezi genotypem CYP17 CC a vývojovou koktavostí nepotvrdil. Upozorňují však, že otázka úlohy pohlavních hormonů na rozvoj vývojové koktavosti, zůstává nadále otevřená.

Pokud se budeme zabývat **vznikem koktavosti v dětství**, tak víme, že přibližně u poloviny všech dětí s koktavostí, se tato porucha řeči začala rozvíjet před čtvrtým rokem života (Sandrieserová, Schneider, 2008). Bosshardt (2008) udává, že se může jednat dokonce až o 90 % případů. Yairi (2007) se taktéž domnívá, že 90 % dětí s touto poruchou řeči se zakoktavá, ale prodlužuje období až do 6 let věku dítěte. Naopak zdůrazňuje, že po 12 roce života dítěte, je minimální šance na vznik koktavosti. Jako zlomovou událost, bychom měli brát započítání školní docházky, které v tomto období nastává, protože školní prostředí utváří hodnotící prostředí, které je primárně orientováno na výkon a podporuje soutěživost v kolektivu. Právě takové prostředí může balbutiky silně demotivovat a vzbuzovat v nich úzkost. A právě tehdy se může nejvíce projevit koktavost, která do té doby nemusela být tolik nápadná (Bendová, 2011).

Koktavost ovšem nevzniká pouze v dětství. Zmínit bychom měli také období vynořující se dospělosti. Výskytem koktavosti v této životní „etapě“ se zabýval Craig (2002), který udává výsledek 0,72 % pro prevalenci a 2,1 % z celkového počtu 4600 dotazovaných ve věku 21-25 let. Koktavost se také může projevit jako sekundárně vzniklé onemocnění, například po cévní mozkové příhodě, úrazovém traumatu mozkové tkáně nebo neurodegenerativním onemocnění (Neubauer, 2018).

### 3.3. Etiologie

Doposud nebyla zjištěna konkrétní příčina koktavosti. Jako nešťastné můžeme považovat přesvědčení, že koktavost vzniká na základě nesprávné výchovy a prožití akutních psychotraumat ( v ČR například oblíbené vystrašení čertem, odprodej dítěte Židovi apod.). Ačkoliv v dnešní době víme, že toto přesvědčení je mylné, stále v naší společnosti přetrvává, a to i mezi odborníky.

3 Domingues, C. E., Grainger, K., Cheng, H., Moretti-Ferreira, D., Riazuddin, S., & Drayna, D. (2019). Are variants in sex hormone metabolizing genes associated with stuttering? *Brain and Language*, 191, 28-30. doi:10.1016/j.bandl.2019.02.003



Hledáním příčiny vzniku koktavosti se v dnešní době zabývá řada vědců, lékařů, logopedů či psychologů. Při řešení této problematiky je možné se zaměřit na možné etiologické činitele nebo lze pozorovat samotný vznik a průběh patogeneze koktavosti. Je potřeba však zmínit, že samotný etiologický činitel většinou nestačí k tomu, aby způsobil chronickou koktavost. Ve většině případů dochází k vzájemnému vlivu a součinnosti více etiologických faktorů.

### 3.3.1. Dědičnost

Za jeden z hlavních činitelů, se v současnosti považuje organický podklad na základě dědičnosti. Do dnešní doby proběhlo několik studií a výzkumů, které zkoumaly genetický vliv koktavosti. Ward (2017) zmiňuje, že u některých dětí je třikrát větší pravděpodobnost, že se u nich začne vyvíjet koktavost, pokud mají ve svém blízkém okruhu rodiny, ať už z matčiny nebo z otcovy strany, příbuzného s koktavostí. Andrews a Harris přišli s výsledky výzkumu, který potvrdil působení genetických faktorů. Zjistili, že existuje až 36 % riziko u mužských potomků ženských balbutiků (Sandreiserová a Schneider, 2008). Ambrose (2004) tvrdí, že pokud jsou sourozenci, dvojčata, tak by se případná vývojová koktavost měla objevit shodně u obou sourozenců. Ostatně, vliv genetiky na koktavost u dvojčat zkoumal už Howie (1981), který zjistil, že u 63 % z jednovaječných a 19 % z dvojvaječných dvojčat, které byly zkoumány, byly prokázány shody ve vzniku vývojové koktavosti.

Kang (2015) ve své práci<sup>4</sup> sumarizuje výsledky posledních výzkumů, zaměřených na vliv dědičnosti. Jedná se především o studie, které zkoumají, že určité genetické mutace, konkrétně geny GNPTAB, GNPTG a NAPGA, mají být příčinou vzniku koktavosti. Tyto názvy představují zakódované názvy enzymů, které zásadně ovlivňují správnou funkci lysozomů.

Díky průkaznosti všech výzkumů, které Kang (2015) zkoumal, bylo potvrzeno že výše zmíněné geny jsou ve většině případů doopravdy spojeny se vznikem trvalé koktavosti. Slovo „většina“ je na místě, jelikož u některých osob zůstávají genetické příčiny koktavosti nejasné. Zlepšit výzkum příčinných genů by tak mohl rozvoj moderních technologií jako např. celogenomové či cílené sekvenování DNA. Testování, které proběhlo na myších také nemusí odpovídat, protože lidská řeč a jazyk jsou specifické rysy a sledovat fenotyp koktavosti na zvířecím modelu nemusí být tedy relevantní a 100 % průkazné.

<sup>4</sup> Kang, C. (2015). Recent advances in genetic studies of stuttering. *Journal of Genetic Medicine*, 12(1), 19-24. doi:10.5734/jgm.2015.12.1.19

Wirth (1990) zmiňuje, že s koktavostí mohou souviset i některé neuropatické vlohy v rodině, především ze strany matky. Mezi tyto vlohy se řadí migréna, astma, poruchy krevního oběhu, poruchy trávení a jiné vegetativní poruchy.

### 3.3.2. Sociální prostředí

Uvádí se, že na vznik koktavosti může mít vliv také negativní sociální prostředí a různá psychotraumata, která vznikají v prostředí školním i domácím. Pospíšilová (in Neubauer, 2018) uvádí rizikové faktory jako např. náhlé změny kvality života (rozvod rodičů, úmrtí v rodině, stěhování apod.), neurotizace (přísná výchova, zanedbávání, týrání, nejednotná výchova) a nevhodný způsob komunikace (časté přerušování, skákání do řeči, přehnaně vysoké nároky během osvojování jazyka, časový tlak na odpověď apod.). Lechta (2010, s. 59): *„Sociální prostředí nemusí být viníkem, může fungovat jako činitel fixující koktavost. Přitom ani nemusí přímo jít o očividné odsouzeníhodné extrémy, jako jsou například výsměch, neadekvátní trestání dítěte za neplynulosti, které jsou – nejen z hlediska koktavosti, ale všeobecně – neakceptovatelné. Prostý nedostatek informací, jak se chovat k člověku s dysfluencí totiž mnohdy vede k tomu, že opravování, různé pokyny „jak je třeba hovořit“, myšlené v dobré snaze dítěti pomoci, působí kontraproduktivně a z vývojové dysfluence postupně vznikne koktavost. Je sporné, že by zde mohlo působit jen nepříznivé rodinné klima samotné nebo jen nepřiměřené chování rodiny samotné.“*

### 3.3.3. Psychické procesy

Koktavost je z hlediska psychických procesů považována jako reakce na právě vzniklou, konkrétní situaci, tedy za poruchu chování. Lechta (2010) uvádí, že se především jedná o porozumění příčin z hlediska teorie učení, poruch interakce, jakožto důsledek interpersonálních konfliktů. Důraz je také kladen na samotný vývoj řeči. Při přechodu z nižšího stupně na vyšší může být dítě řečově labilní. Právě proto zde hraje zásadní roli vztah mezi matkou a dítětem, který zahrnuje dostatek vhodné interakce, pocit bezpečí, ale také samotný mluvní vzor. Pokud je tento vztah narušen, snáze potom může u dítěte vzniknout koktavost.

### 3.3.4. Orgánové odchylky

Mezi orgánové odchylky řadíme anomálie, které narušují koordinaci orgánů participujících na tvorbě řeči. Kromě samotných artikulačních orgánů sem řadíme i mozkové oblasti, které jsou odpovědné za koordinaci motoriky řeči. Moderní výzkumy se shodují, že na vzniku koktavosti mají podíl dvě základní složky jazykové produkce. První z nich je tzv. pravohemisférový systém, který je zodpovědný za tvorbu vokální a prozodické funkce. Loucks (2011) za použití magnetické rezonance zjistil, že u osob s balbuties je vyšší výskyt aktivity v oblasti pravého dolního frontálního gyru, pravého temporálního laloku a v oblasti senzomotorické kůry. Druhou složkou je tzv. levohemisférový segmentální systém, který je zodpovědný za tvorbu jazykového obsahu, syntax, fonologii a sémantiku. Na základě testů, bylo potvrzeno, že osoby s koktavostí, na rozdíl od intaktních osob, upřednostňují při tzv. dichotickém poslechu (do jednoho ucha jsou pouštěny jiné zvukové podněty než do ucha druhého) levé ucho, které je propojeno s pravou hemisférou. Někdy se hovoří dokonce o asynchronní koordinaci činnosti pravé a levé hemisféry (Lechta, 2004).

Pokud bychom tedy měli nějak shrnout etiologii vzniku koktavosti, tak na základě toho, co je uvedeno v předchozích řádcích, víme, že je zapotřebí dvou a více faktorů, aby se u člověka projevila chronická koktavost. Celkový klinický obraz koktavosti je tvořen symptomy psychické tenze, nadměrné námahy a dysfluence řeči.

## 3.4. Symptomatologie

Dle V. Lechty (2010) musíme v symptomatologii vycházet z těchto modelů:

### 1) Psychická tenze

Psychická tenze je často doprovázena pocitem vnitřního neklidu. U většiny balbutiků, kteří měli v minulosti špatnou zkušenost v rámci komunikačních obtíží, byla jim stanovena špatná prognóza či nevhodně zvolena terapie, vzniká zvýšené riziko logofobie. Pokud psychická tenze vyústí až do fáze logofobie, mluvíme pak o chorobném strachu z vlastního mluveného projevu. Tento strach se postupně zhoršuje s narůstajícím věkem. Mezi hlavní příznaky logofobie patří depresivní stavy, afektivní poruchy, chorobný ostych. Často se také může objevit záměrné vytěsnění specifických slov či hlásek, které jedinci dělají problém. Objevuje se také narušené koverbální chování, které se může projevovat absencí zrakového

kontaktu, povrchním dýcháním či manipulací s oblečením. Logofobie se považuje za natolik vážný jev, že ji dokonce někteří autoři nepokládají za důsledek, ale za jednu z příčin vzniku koktavosti.

U balbutiků také často dochází k subjektivnímu zkreslení vnímání času. Během hovoru vnímají svůj projev jako vleklý, extrémně pomalý, zatímco svého komunikačního partnera naopak vnímají jako extrémně rychlého, nedočkavého a netrpělivého. Takový subjektivní pocit následně funguje jako extrémní stresový faktor.

## 2) Nadměrná námaha

Každý z nás vytváří během mluvního projevu určitou „fyzickou“ námahu. Velikost této vynaložené námahy se odvíjí od naší únavy, tématu rozhovoru, množství posluchačů, přítomnosti hluku či velikosti prostoru, ve kterém hovoříme. Zatímco člověk tuto námahu během běžného rozhovoru nepocítuje, osoba s koktavostí i při běžném hovoru vykazuje nadměrnou námahu. Ta může být následně patrná nápadným fyzickým úsilím při překonávání artikulačního bloku, nápadnou gestikulací, nervózním přešlapováním apod. Tyto projevy jsou označovány jako **koverbální chování**. Některé projevy koverbálního chování pramení z psychické tenze, jiné mají původ v nadměrné komunikační námaze. Projevy tohoto chování však mohou být v komunikaci více rušivé než samotné dysfluence řečového projevu. Navíc, toto chování či jeho pozůstatky mohou přetrvávat jako zlozvyk i po odstranění koktavosti.

## 3) Dysfluence

Nejvíce frekventovanou součástí klinického obrazu balbuties jsou dysfluence, které se projevují repeticemi a prolongacemi. V minulosti se dysfluence rozlišovaly pouze na tony a klony, moderní rozdělení uvádí celkem sedm základních typů dysfluencí a to: **repetice, prolongace, interjekce, tiché pauzy, přerušovaná slova, nekompletní slovní zvraty a opravy**. Při zpěvu se u většiny balbutiků dysfluence ztrácejí.

Pospíšilová (In: Neubauer, 2018) v rámci symptomatologie rozlišuje fyziologickou neplynulost a vývojovou koktavost. **Fyziologická neplynulost** je definována jako přirozená nevědomá narušená fluence, která se častěji vyskytuje při únavě, vzrušení či potřebě a tlaku na rychlost tempa řeči. Objevuje se u intaktních dětí ve věku rokem a půl až třemi lety, kdy si dítě prochází periodou přirozeného opakování všeho, co zrovna slyší. **Vývojová koktavost** je oproti tomu definována jako vědomé narušení fluence řeči, které se projevuje pozvolným či naopak

náhlým nástupem. Četnost opakování se vyskytuje mnohem častěji a jak porucha postupuje, dysfluence v řeči jsou častější a zasahují více slov. Právě tím, že si dítě svou dysfluenci uvědomuje, mohou se u něj projevit negativní zážitky, úzkost, stres, a právě tím se obtíže zvyrazňují a následně fixují. Mezi symptomatiku vývojové koktavosti patří výskyt jednoho či více z následujících příznaků:

- Repetice hlásek a slabik
- Prolongace hlásek
- Bloky, přerušovaná slova, pauzy v jednom slově (tiché či vyplněné zvukem)
- Slovní opis, záměrné nahrazování slov
- Produkce slov s přemírou fyzické tenze
- Časté zhoršení při tlaku na mluvení ( např. ústní zkoušení)
- Časté zlepšení při čtení, zpěvu, během komunikace s neživými objekty
- Repetice a prolongace způsobující úzkost a tím spojené omezení v efektivní komunikaci

### 3.5. Patogeneze

Jak již bylo zmíněno v předchozích kapitolách, vznik koktavosti je nejčastěji v období předškolního věku. To se dá považovat za citlivé období z hlediska vývoje řeči, jelikož právě zde se objevují **vývojové dysfluence**. Předškolní věk je charakteristický svým rychlým tempem osvojování si mateřského jazyka. Zároveň s tím je také zvýšené riziko určité zranitelnosti na psychiku dítěte. Dalo by se říct, že se jedná o kritické období, kdy děti zrovna procházejí intenzivním vývojem. Ten se nejvíce projevuje z hlediska řeči a jazyka, motoriky, kognice a emocí. Dochází zde také k momentu, že se některé děti z těchto dysfluencí zotaví, zatímco u některých dochází k přechodu do fáze incipientní koktavosti. Doposud však nebylo zjištěno proč tomu tak je. Lechta (2010) vyjmenovává tři zásadní rizikové faktory: opožděný vývoj řeči, rodinou dispozici a nedostatek sebedůvěry.

**Incipientní koktavost** lze považovat za pomyslnou druhou fázi, která probíhá u dětí ve věku 5–7 let. Právě v tomto období se k prvotní dysfluenci připojuje také nadměrná námaha. V rámci nadměrné námahy lze pozorovat zvýšené svalové napětí, nepřírozenou námahu a vegetativní příznaky (Lechta, 2010). Incipientní koktavost může postupně vyústit až v chronickou (fixovanou) koktavost. U **chronické koktavosti** se již naplno rozvíjí klinický obraz koktavosti, ve kterém dochází k prolínání mezi dysflencí, nadměrnou námahou a

psychickou tenzí. Koktavost na tomto stupni se již stává vážným problémem, který predikuje sníženou kvalitu života, výskyt úzkostí, depresí apod. (Pospíšilová, In: Neubauer, 2018).

### 3.6. Diagnostika

Pospíšilová (In: Neubauer, 2018) zmiňuje několik důležitých faktorů, na které je potřeba se v rámci diagnostiky koktavosti zaměřit. Základem je **dostatečná délka a včasnost**, která je diagnostice věnovaná. Aby mohla být nastavená efektivní terapie, je potřeba dítě komplexně vyšetřit, což je během jediného vstupního vyšetření velmi náročné. Zákonný zástupce či klient by měl být již od počátku srozuměn s použitými metodami testování jejich účelem. Skrze **rozhovor a osobní anamnézu** lze zjistit rodinnou anamnézu, dosavadní vývoj dítěte. Vhodné je také během setkání sledovat, jak probíhá komunikace mezi dítětem a rodičem. Už skrze opakované přerušování a skákání do řeči, ale i samotnou řečovou produkci řeči rodičů dokáže poskytnout neopomenutelné množství diagnostického materiálu. V rámci **komplexního vyšetření** psychomotorického vývoje zjistit úroveň řečových a jazykových rovin. *Vyšetřit celé fatické a jim přilehlé motorické a exekutivní funkce.* Zjistit úroveň emočního prožívání a vnímání role komunikačního partnera. Doporučuje se i orientační vyšetření kognitivních funkcí, odpovídající věku testovaného.

Mezi další zjišťované informace patří zjištění převahy repetice/ prolongace, nález koktavosti při reprodukci, dokončování vět apod.

Nejvíce se v našem prostředí věnuje diagnostice Lechta (2010), který znovu připomíná složitost a komplexnost koktavosti. Právě proto bychom i k samotné diagnostice koktavosti měli přistupovat celistvě a věnovat dostatek času na její provedení. Na náročnosti také přidává fakt, že na komplexní diagnostice koktavosti by se mělo podílet více odborníků jako třeba psycholog, kvůli vyšetření psychické tenze, foniatr, neurolog. Vhodné je také, když se svou výpovědí, zapojí i osoby z nejbližšího sociálního okruhu vyšetřovaných balbutiků.

Lechta (2010) v rámci diagnostiky vychází z klinického modelu symptomatologie koktavosti. Jako zdroj informací k následnému hodnocení řeči, využívá sledování spontánního

řečového projevu – ať už osobně či z nahrávky, čtení textu a popis situačních obrázků. Také je zkoumáno rodinné prostředí, patogeneze koktavosti a momentální stav. Zaměřovat bychom se také měli na zjištění specifických údajů z rodinné anamnézy, především na výskyt poruch řeči, případně jiných důležitých onemocnění. Na to lze rodiče připravit již během prvního kontaktu, kterým myslíme domlouvání prvního setkání. Je jim tak poskytnut dostatek času ke zjištění výskytu nemocí v rodině a zároveň je žádoucí, když se první anamnestický rozhovor uskutečňuje bez přítomnosti balbutika. U dospívajících a dospělých můžeme tyto informace zjistit během rozhovoru. Ward (2017) dodává, že je důležité v rámci diagnostiky zjistit zdravotní minulost a také znát léky, které osoba, jež je diagnostikována, užívá nebo užívala, jelikož jejich možné vedlejší účinky mohou participovat na vzniku koktavosti. Důležité je také vědět, zda proběhla již nějaká léčba či terapie, a hlavně zjistit, jak probíhala, případně proč nebyla dostatečně efektivní.

Hlavní symptom, který by měl být diagnostikován je **psychická tenze**. Ač se na její detailní zjišťování zaměřují psychiatrické či speciálně pedagogické diagnostiky, je vhodné, aby i logoped provedl základní, orientační vyšetření. V našem prostředí je tato oblast nedostatečně rozpracována. Orientační diagnostikou se zabývá Škrabáková (2008, In: Lechta, 2010), která ve Slovensku vytvořila měřítka, která využít při zjišťování komunikačních situací pro příznaky psychické tenze, doporučuje následující hierarchii:

- 1) Kontext (reakce na situaci, osobu, slovo, zvuk...)
- 2) Symptomy, které se v něm projevují (pauzy v řeči, vyhýbavé chování...)
- 3) Způsob, jakým se projevují (ztráta zrakového kontaktu, třes, nadměrné pocení...)

V případě diagnostiky u chronických balbutiků lze využít specializovaný dotazník, který se skládá z 45 otázek vztahující se k určitým komunikačním situacím, jejichž náročnost balbutik hodnotí pomocí pětibodové škály podle svých vlastních, subjektivních pocitů. (Lechta, 2010).

V zahraničích se diagnostikování tenze zabývají také hlavně psychologové nebo psychiatři. Právě kvůli tomu se v zahraničí využívá standardizovaných škál, které se zaměřují především na postoj balbutiků ke komunikaci. Protože se během diagnostiky osvědčují, jsou snahy o jejich modifikaci pro naše podmínky. Za zmínku stojí především **Modifikovaná Ericksonova škála postojů ke komunikaci – S24, BigCat – Communication Attitude Test For Adults Who Stutter** (Vanryckeghem & Brutton, 2012), **Škála self-efficacy u dospělých balbutiků – SAES** (Bray, Kehle, Lawless, & Theodore, 2003) nebo **Škála A-19** (Guttomsen, 2015).

Diagnostika **nadměrné námahy** se u balbutiků velmi těžko měří. Přesto se však nabízí několik kritérií, které nám umožňují sledovat viditelnou nadměrnou námahu. Mezi tato kritéria například patří vynaložené úsilí, kterým se balbutik snaží ukončit nechtěnou dysfluenci. To se následně projeví ve formě narušeného koverbálního chování, konkrétně jako tzv. úniková reakce. Mezi hlavní projev, který lze takto pozorovat patří různé grimasy, jak balbutik při vynaložené námaze zatíná svaly v obličeji.

Ačkoliv prvky narušeného koverbálního chování byly popsány, pořád v našem prostředí chybí vhodný standardní způsob pro zpracování příznaků nadměrné námahy. O jeho vytvoření se pokusili na Slovensku. Skrze záznamový arch lze zaznamenávat na základě spontánní mluvy, ideálně s využitím videonahrávky, projevy jednotlivých symptomů.

U diagnostiky dysfluencí lze využít rozlišení na kvantitativní a kvalitativní. U diagnostiky **kvantitativní** se zaměřujeme především na výpočet dysfluencí v jednotlivých slovech. Počítá se např. kolikrát se ve 100 slovech dítě zakoktá. Při výpočtu se výsledek do 2 % považuje za běžnou dysfluenci. Prolongace se hodnotí dle délky. Délka do sekundy definuje běžnou dysfluenci, delší již upozorňuje na koktavost. Tato diagnostika vychází z Van Ripera a s její aplikací přišla Peutelschiedová (2000).

U diagnostiky **kvalitativní** se využívá především doslovné transkripce vzorku řeči v rámci dialogu. V rámci dysfluencí je sledováno kvalitativní hledisko repetice a interjekce slabik, celých slov, prolongace, nesprávně použité pauzy, přerušovaná slova apod. Osvědčuje se také rozhovor s blízkou osobou balbutika (Lechta, 2010).

Důležitou úlohu hraje také **diferenciální diagnostika**, díky které se zjišťuje, zda se koktavost nevyskytuje jako symptom jiného onemocnění. Mezi tato onemocnění můžeme zařadit smyslové vady, fyziologickou neplynulost, vedlejší účinky léků, ale také i Tourettův syndrom. V rámci takové diagnostiky nám vyplyne několik skutečností. Sem můžeme zahrnout možnost odhalení genetického pozadí koktavosti; komordibity mezi koktavostí a neurovývojovou poruchou; odhalení rizika jakožto spouštěče; vyloučení fyziologické neplynulosti a případně také odhalení úzkosti či jiných psychiatrických onemocnění (Pospíšilová, In: Neubauer, 2018).

Pro komplexní vyšetření kvalitativního i kvantitativního hodnocení, lze též využít **balbutiogram**, který hodnotí nejen projevy dysfluence, ale také i nadměrné námahy a psychické tenze. Skládá se z úloh, které se řadí dle náročnosti od nejjednodušších po náročnější. Balbutiogram je rozdělen na tři roviny. U první roviny se zaznamenávají stupně symptomů koktavosti jako je **dýchání, fonace, artikulace, prozódie**. V rovině druhé, s názvem Klinický



obraz, se zaznamenává procento dysfluencí a stupeň nadměrné námahy a psychické tenze. Poslední rovinou je balbutiograf, kde se hodnotí koktavost v rámci realizace komunikační situace. Ačkoliv je balbutograf uveden až na konci, mělo by se s ní z důvodu snazšího navázání kontaktu, začínat (Lechta, 2010).

### 3.7. Terapie

*„Maximálním cílem terapie koktavosti je její odstranění ve všech třech množinách syndromu koktavosti (dysfluence, psychická tenze, nadměrná námaha).“ (Mlčáková, Vitásková, 2013, s. 66).*

Dalo by se říci, že terapie navazuje na stejnou nejednotnost, se kterou jsme se již setkali u etiologie, symptomatologie a diagnostiky. Při terapii koktavosti neexistuje žádná univerzální metoda. Navíc, protože neznáme příčinu, nemůžeme ani použít terapii, která by ji řešila. (Peutelschmiedová, 2005). Jediné, o co se v terapii můžeme pokusit, je potlačit tak její symptomy. V současné době je známo mnoho terapeutických přístupů a metod, které bohužel nezaručují, že se balbutik naprosto uzdraví a přestane koktat (Pospíšilová, In: Neubauer, 2018). Pospíšilová (In: Neubauer, 2018) zdůrazňuje fakt, že vývojová koktavost spadá pod neurovývojové poruchy a je proto vhodné použít v léčbě poznatky, které máme již dostupné o poruše autistického spektra a ADHD. Jako možné společné přístupy uvádí:

- Léčba komordibity – ve chvíli, kdy víme, že u koktavosti je současně přidružená porucha, je potřeba zaměřit léčbu také na ni. Zprvu je důležité určit si, která porucha je dominantní, aby byla zvolena vhodná terapie. Ideální stav je, když existuje koordinovaný systém, kde si odborníci sdílí informace, které o dítěti mají.
- Působení na rodiče – je zcela zásadní, aby byli rodiče vhodně poučeni. Jako vhodné se uvádí např. „7 tipů, jak mluvit s dítětem“ (z originálního 7 Tips for Talking with Your Child, které vytvořila americká nadace na podporu koktavých). To obsahuje sedm bodů, kterými by se rodiče měli držet. Ve zkratce je to: **snížení tempa**; úplné **naslouchání**, když dítě mluví; **ubrat na kvantitě otázek**; **střídat se v mluvení**, neskákat si do řeči; **budování sebedůvěry**; **vymezení mimořádného času**, kdy se rodič bude věnovat dítěti; nic dítěti neulehčovat, nastavit **stejná pravidla pro všechny**.
- Ošetřit školské prostředí a vzdělávání – pokud dítě navštěvuje školu, je potřeba informovat pedagoga o podpůrných opatřeních, která by měla být ve vztahu učitel – žák, uplatňována. Není totiž nic příjemného, když dítě nedostane dostatek prostoru k tomu,

aby se mohlo vyjádřit. Přerušování a skákání do řeči stran autority, kterou učitel je, tomu nepomáhá.

- Prevence – díky včasnému zásahu a koordinované meziresortní péči lze minimalizovat dopad rozvoje sekundárních psychických onemocnění.
- Terapeutické přístupy a metody – v současně době známe dva základní přístupy v léčbě dětí, jsou přístupy přímý a nepřímý. U přístupu nepřímého hovoříme o prostředí, u přímého přístupu pak o řeči dítěte.

Pro vhodnost zvolené terapie je zásadní, abychom znali jejich obecnou účinnost. Jako neúčinnějšími metodami terapie, které vychází ze studie na základě analýz a retrospektiv hodnocení klienty, se ukázaly *terapie modifikace koktání* a *terapie tvarování plynulosti*. Zjištěno také bylo, že terapie intervalová byla více efektivnější než intenzivní. Stejně tak i skupinová terapie než terapie individuální. Zajímavé také bylo zjištění, že metoda tzv. nespecifikovaná, kdy dochází každý týden k sezení v intervalu 45 minut, která je nejrozšířenější a nejvíce používaná, se ukázala jako nejméně účinná.

U **terapie tvarování plynulosti** se jedná pouze o léčbu symptomů. Pomocí vhodných technik se nastolí vhodná řeč. Mezi tyto techniky řadíme slabikovanou řeč, rytmické taktování, měkký hlasový začátek, fonografotrytmiku, využití metronomu, opožděnou sluchovou zpětnou vazbu. Díky operačnímu podmiňování se plynulá řeč rozšiřuje a následně přenáší do každodenní komunikace.

Další **terapie modifikace koktání** se také zabývá samotnou léčbou symptomů, která „se snaží modifikovat zakoktání směrem k fluenci“ (str.388) , ale zároveň je zde přítomno i určité zaměření na pocity koktavého. Tato terapie cílí na vyhýbavé chování a logofobii, kdy se skrze obměněného vzorce řeči terapeut snaží, aby klient přijmul pocit kontroly nad svou neplynulostí v různých situacích. Snahou je redukovat tak strach skrze verbalizaci přítomných pocitů.

**Operační podmiňování a Lidcombský program** je rozdělen na dvě fáze, kdy během první fáze dochází ke každodennímu měření dysfluencí a rodičovský trénink v podmiňování. Důraz je kladen na vlastní sebehodnocení dítěte. Ve druhé fázi dochází ke sledování a rozpoznávání rizik relapsu. Program je založen na technice restrukturační řeči. Cílem je snížit koktání v každodenních komunikačních situacích. Léčba spočívá v tréninkových modelech k demonstraci pomalé a zveličené řeči,

**Multifaktoriální přístup** je postaven na určité představě, že „nároky v oblastech kognice, jazyka, motoriky a emocí převýší schopnost plynulého projevu.“ (Pospíšilová, In: Neubauer, str. 389). Nároky jsou rozlišovány na **vnitřní** (např. překotné osvojení jazyka, zvýšená citlivost...) a **externí** (až nereálně vysoké cíle, stres...) Tento přístup je primárně založen na rodinné terapii (interakce mezi rodičem – dítětem), kdy se rodiče učí přizpůsobovat své nároky na dítě. Tyto nároky se učí na terapiích s odborníkem, kdy jsou užívány metody tvarování a modifikace. Dochází k osvojování strategií, která minimalizují časový tlak. Rodiče také průběžně zaznamenávají, jak se dítěti dařilo, s kým hovořilo a jaké byly reakce jejich komunikačních partnerů (Pospíšilová, In: Neubauer, 2018).

Existuje spousta dalších, někdy až „ezoterických“ terapií, které se objevují nejčastěji u dospělých osob, kteří už vyzkoušeli vše a jsou ve fázi odevzdanosti. Klenková (2006) uvádí, že je dokonce známo více než 250 různých terapeutických metod.

Neubauer (2018) mezi významné terapeutické metody uvádí **modifikaci projevů kocktavosti, navozování plynulé mluvy a navozování sebekontroly mluvního projevu.**

U **modifikace projevů kocktavosti** usilujeme, aby byl mluvní projev uvolněný a snažíme se, aby se pozvolna odstraňovaly psychické tenze. Tomu ještě předchází samotné snižování frekvence dysfluencí.

U postupu **navazování plynulé mluvy** vycházíme především z využitelných postupů tak, abychom dosáhli plynulosti projevu. V našich podmínkách se jedná zejména o navazování měkkého hlasového počátku a ovlivňování procesu nádechu a výdechu s přítomností fonace a řečového projevu.

Během **navozování sebekontroly mluvního projevu** se využívá postupů, které cílí na techniku fluence řeči. Zároveň se zde také pracuje s psychoterapií a vlastním přístupem ke své mluvě. Dochází zde k nácviku komunikačních situací, přípravě na reakce okolí. K ovlivnění sebekontroly lze takové využít terapii skrz biofeedback (Neubauer, 2018). V rámci terapie kocktavosti se však biofeedback používá poměrně krátce, a jak uvádí Lechta (2010), jeho potenciál ještě není zcela plně rozvinut. Biofeedback je důležitou součástí KST – Kasselerského terapeutického programu pro dospělé (Bosshardt, in Lechta, 2010).

Metoda Tarkowského (2017) je zajímavým multifaktoriálním pojetím terapie kocktavosti. Zahrnuje složky: **lingvistické** (neplynulosti), **biologické** (zvýšené svalové napětí), **psychologické** (logofobie), **společenské** (komunikační stres). Tato metoda je jedinečná svým celostním přístupem a snaží se současně zlepšit plynulost projevu, snížit svalové napětí,

odbourávat logofobii a zvyšovat toleranci komunikačního stresu. Díky tomuto přístupu stačí k terapii pouze jediný odborník – balbutilog, namísto zavedeného přístupu více odborníků, kdy se každý věnuje léčbě příznaku v rámci své odbornosti (psycholog, lékař, logoped) a nespolupracují mezi sebou. **Systémová terapie kocktavosti (STJ)** se snaží pochopit jednotlivé faktory, a především objasnit vztahy mezi nimi. Jedná se o kombinaci řečové terapie, psychoterapie a sociální terapie. Během této terapie se používají techniky přirozené řeči, které vedou k tomu, aby balbutik dosáhl plynulosti v řízeném či spontánním projevu. K dosažení této plynulosti dochází díky snižování obav z mluvení. Základem je intenzivní, krátkodobá terapie, v prodlouženém kontrolním období.

Ukazuje se, že některé dospělé osoby s kocktavostí stále věří v úplné vyléčení, ale víc, než o odstranění příčiny kocktavosti se snaží především eliminovat její symptomy. Nejčastěji je podstupována terapie u logopeda, a to i přes skutečnost, že takovou léčbu již absolvovali a výsledky nepřinesla (De Andrade, Cunha, Juste, Ritto, De Almeida, 2014).

### 3.8. Prognóza

Dle Pospíšilové (In: Neubauer, 2018) nejde dle klinického obrazu s jistotou zjistit, ani eliminovat stupeň závažnosti, natož pak jeho dopad na kvalitu života. Ačkoliv dochází s rostoucím věkem ke zlepšování, je potřeba brát v potaz genetické pozadí kocktavosti a s ním riziko výskytu recidiv. A i když u většiny osob s kocktavostí dochází k přirozené úpravě, tak u nezanedbatelného procenta populace zůstává a významně ovlivňuje kvalitu života.

## 4. Koktavost a její vliv na psychiku dospělých

V empiricky orientované části diplomované práce bude realizováno kvantitativně orientované výzkumné šetření, zaměřené na dospělé osoby s koktavostí. Cílem tohoto šetření je zjistit a vyhodnotit jaký vliv má koktavost na psychickou a emoční stránku u těchto osob a celkové zhodnocení rizik duševního zdraví u dospělých osob s balbuties. Zajímat nás však bude také dětský věk a dospívání, jelikož tato období mohou mít zásadní vliv na dospělost. Je potřeba vyselektovat ostatní faktory, které případně mohly participovat na vzniku duševního onemocnění. K dosažení výzkumných cílů bude využito dotazníkové šetření a také i polostrukturovaný rozhovor.

### 4.1. Cíle výzkumného šetření

**Hlavním cílem** výzkumného šetření, je za pomoci vhodně upraveného dotazníku a doplňujícího polostrukturovaného rozhovoru, vyhodnotit vliv koktavosti na psychiku u dospělých osob.

Na základě hlavního cíle byly stanoveny cíle dílčí:

- Zjistit, kdy osoby s koktavostí začaly pociťovat problémy během navazování interpersonálních vztahů.
- Zjistit, jak u těchto osob probíhalo dětství a dospívání.
- Zjistit v jakém prostředí tyto osoby vyrůstaly.
- Zjistit, jaká logopedická péče byla těmto osobám poskytnuta.
- Zjistit, zda se někdy tyto osoby léčily pro psychické potíže.
- Zjistit výskyt onemocnění v blízkém příbuzenstvu.
- Ze získaných údajů vyloučit faktory, které mohou participovat na vzniku duševního onemocnění u osob s balbuties.

Kromě hlavního cíle a dílčích cílů, byly stanoveny ještě tři výzkumné otázky:

**VO1: Objevuje se u dospělých osob s koktavostí, zvýšený výskyt duševních onemocnění?**

**VO2: Vyskytuje se u dospělých osob s koktavostí, diagnostikovaná sociální fobie?**

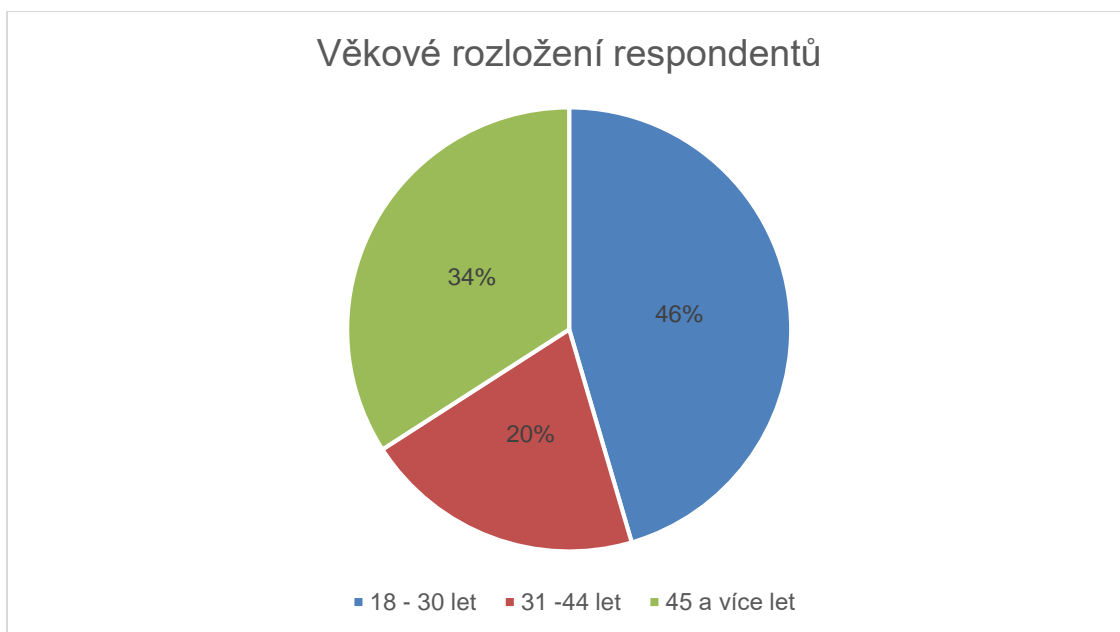
**VO3: Jak často během terapie koktavosti probíhá psychoterapie?**

#### **4.2. Metodologie diplomové práce**

Hlavní výzkum byl uskutečněn kvantitativní metodologií, ve formě dotazníků, které byly vzhledem k povaze práce nejprůhodnější. Vycházela jsem z předpokladu, že mohou existovat osoby s balbuties, které mají problémy s osobním setkáním, a anonymita, kterou poskytuje online dotazník, zvyšuje potenciální šanci do zapojení výzkumu. Zároveň byla nabídnuta možnost doplňujícího polostrukturovaného rozhovoru, který byl veden otevřenými otázkami. Tato možnost byla zvolena záměrně pro ty, kteří měli doplňující informace, pro které nebyl v dotazníku prostor. Celkem 9 osob se rozhodlo tuto možnost využít a tyto rozhovory byly uskutečněny distančně, skrze aplikaci Messenger.

#### **4.3. Charakteristika výzkumného vzorku**

Důležitým kritériem pro zařazení do výzkumu bylo, aby osoba byla starší 18 let, jelikož se jedná o legální věk pro určení dospělosti v České republice. Tento věk sice zasahuje do období adolescence, ale kvůli problematickému získávání výzkumných dat z hlediska nízkého výskytu koktavosti v populaci, byla zařazena i tato věková skupina. Dalším zásadním kritériem bylo, aby tato osoba, sama sebe vnímala jako osobu s balbuties. Zde vyvstává problém, že část z populace dospělých balbutiků nikdy nevyhledala odbornou pomoc, nemá tedy oficiálně diagnostikovanou poruchu řeči. Jako poslední, neméně důležité kritérium bylo, aby u této osoby nebylo diagnostikováno mentální postižení, u kterého by balbuties mohla být čistě symptomatické onemocnění. Výzkumný vzorek ve výsledku tvoří 44 respondentů. Z důvodu ochrany osobních důvodů, nejsou v celé práci uváděna jejich jména ani příjmení.



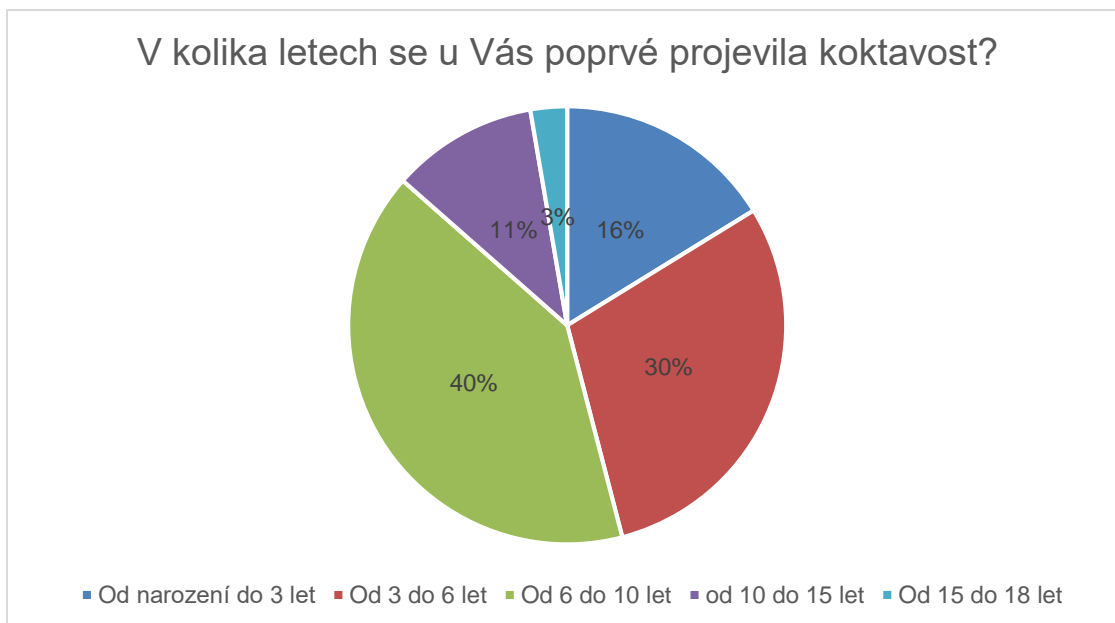
*Graf č. 1-* Věkové rozložení respondentů

#### **4.4. Vlastní výzkumné šetření**

**Otázka č. 1:** „V kolika letech se u Vás poprvé objevila kórtavost?“

Tato položka zjišťuje, v kolika letech se u jednotlivých respondentů poprvé projevila kórtavost. Na otázku č. 1 odpovědělo všech 44 respondentů, tj. 100 %.

Během vyhodnocování otázky č.1 bylo zjištěno, že nejčastěji se kórtavost objevuje ve věku 6 až 10 let. Zde se jako zásadní jeví začátek školní docházky, který nastává právě ve věku 6–8 let, s čímž koresponduje tvrzení Bendové (2011), že v tomto období se nejnápadněji projevív kórtavost, která doposud nemusela být tolik nápadná.



Graf č. 2 - V kolika letech se Vás poprvé projevila koktavost?

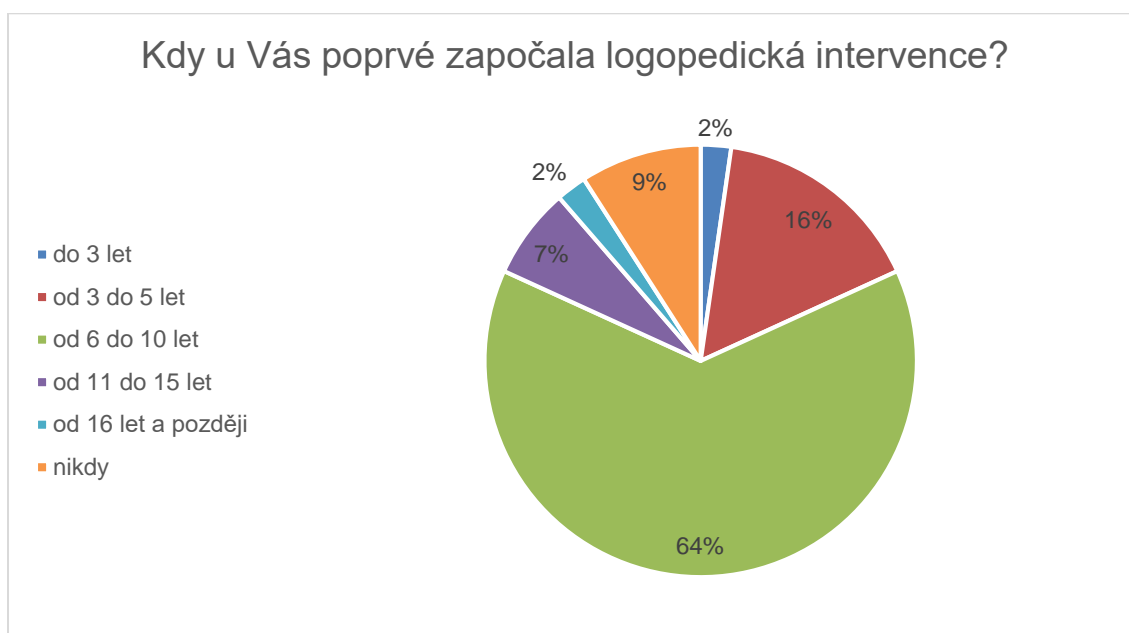
**Otázka č.2:** „Kdy u Vás započala logopedická intervence?“

Tato otázka zjišťuje, v kolika letech byla u respondentů zahájena logopedická intervence. Na otázku č. 2 odpovědělo všech 44 respondentů, tj. 100 %.

Z grafu č.3 lze vyčíst, že nejčastěji logopedická intervence započala v období s nástupem povinné školní docházky, celkem 64 % z celkového počtu respondentů. Zajímavý je také počet osob, u kterých údajně nikdy logopedická intervence nezačala, celkem 9 %, tedy 4 osoby.

Jeden z respondentů, kteří odpověděli, že nikdy, k otázce připsal komentář: „Celý život žiju na malé vesnici. Když jsem v dětství začal zadržávat, nebylo možné chodit k logopedovi kvůli špatné dopravní dostupnosti. Bylo nás doma hodně, navíc žádné auto. Po škole jsem často musel doma pomáhat rodičům. V době, kdy jsem nastupoval na učňák, jsem své zakoktavání bral jako přirozenou součást sebe sama. Asi hodně pomohlo, že si mě za to nikdy a také nikdo z okolí nedobíral, tak jsem ani nevnímал, že bych byl nějak zvlášť jiný. Teď v dospělosti mi již přijde naprosto zbytečné, s nějakou terapií začínat.“



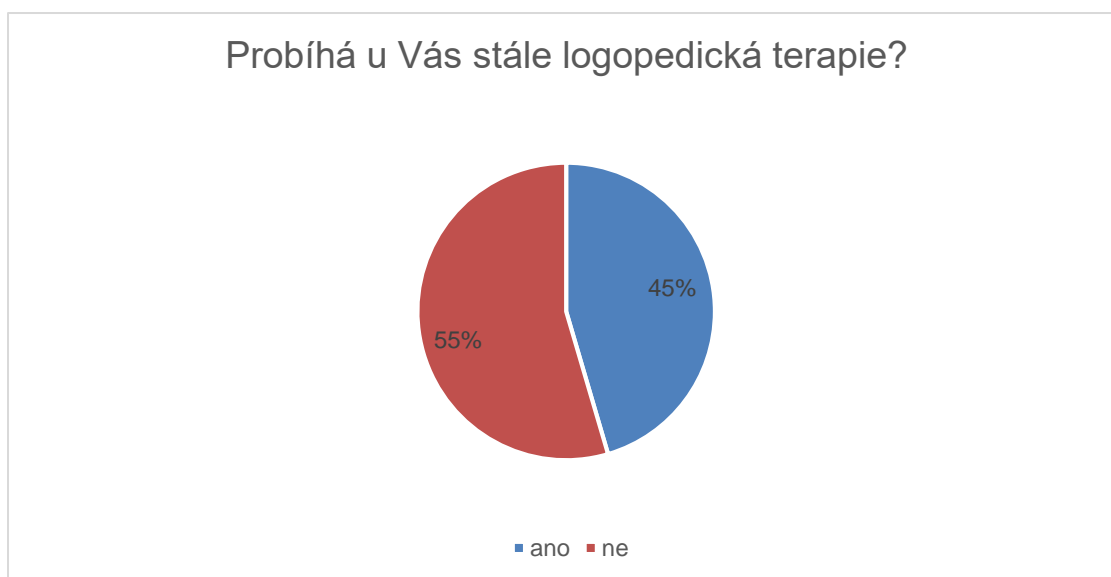


Graf č. 3 -Kdy u Vás poprvé započala logopedická intervence?

**Otázka č.3:** „*Probíhá u Vás stále logopedická terapie?*“

V této otázce jde především o zjištění aktuální situace v rámci logopedické terapie. Na tuto otázku následně navazují dvě další podotázky, podle toho, jakou odpověď respondent vybral. Zjišťujeme tak, jakou formou terapie pokračuje (otázka 3a), případně proč terapie již nepokračuje (otázka 3b).

Z grafu č.4 lze vidět, že u více než poloviny z dotázaných, celkem 24 z 44 respondentů, tedy 55 %, již žádná forma logopedické terapie neprobíhá. Vzhledem k tomu, že u předchozí otázky č.2, 91 % respondentů odpovědělo, že u nich nějaká forma terapie začala, bude nás v jedné z následujících podotázek zajímat, jaké byly důvody k tomuto přerušení.



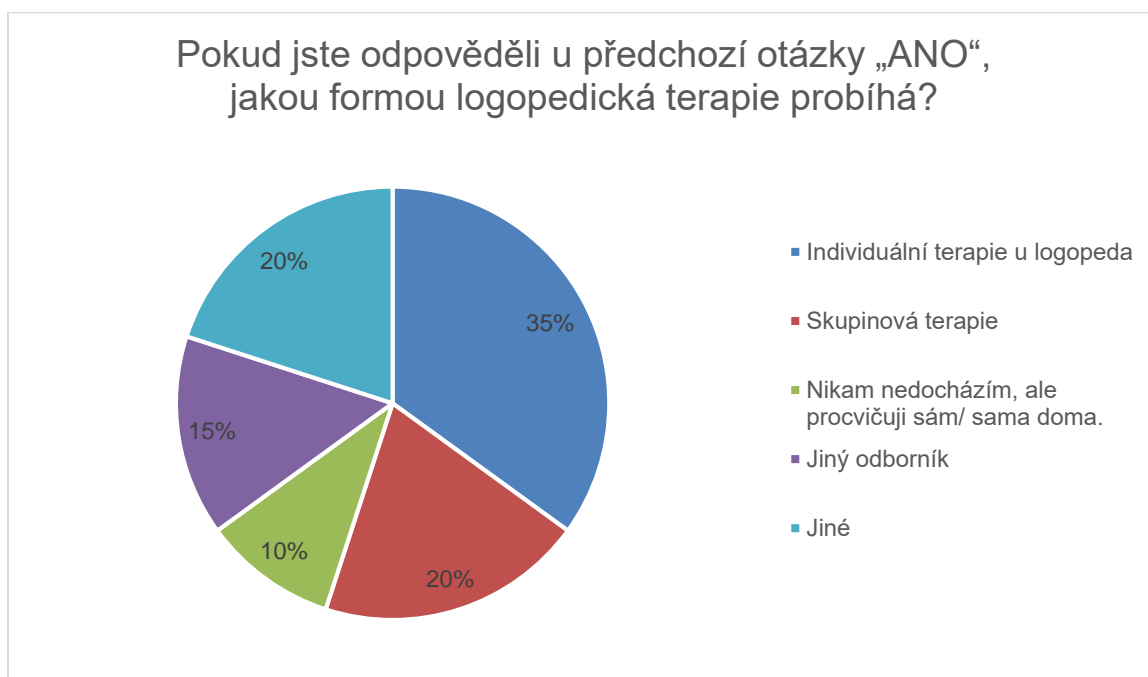
Graf č. 4 - Probíhá u Vás stále logopedická terapie?

**Otázka č.3a:** „Pokud jste odpověděli u předchozí otázky „ANO“, jakou formou u Vás logopedická terapie probíhá?“

Jak již bylo zmíněno výše, tato otázka slouží jako rozšiřovací. Záměrně je zde zdůrazněno, že se jedná o terapii v rámci poruchy plynulosti řeči. Protože se v této práci zabýváme stránkou logopedickou a psychologickou, je nutné, aby tyto dvě terapie byly vyhodnocovány zvlášť.

Pokud zhodnotíme data z grafu č.5, zjistíme, že nejčastěji je využívána individuální terapie u klinického logopeda, kterou zaškrtnulo 7 z 20 dotazovaných. Mnohé soukromé kliniky nabízejí i terapie skupinové (např. Soukromá klinika LOGO s.r.o.), kterou zaškrtnuli 4 respondenti. Celkem 4 osoby také uvedly, že u nich probíhá jiná forma terapie, konkrétně byl uveden biofeedback, biodynamické masáže, alternativní léčba. Biodynamické masáže zmínil taktéž jeden respondent u odpovědi „Jiný odborník“, když označil rehabilitačního pracovníka. Mezi odpověďmi byl mimo jiné také homeopat a hlasový terapeut.

Dva dotazovaní také odpověděli, že procvičují sami doma, a to podle samostudia z knih či z rad na internetu.



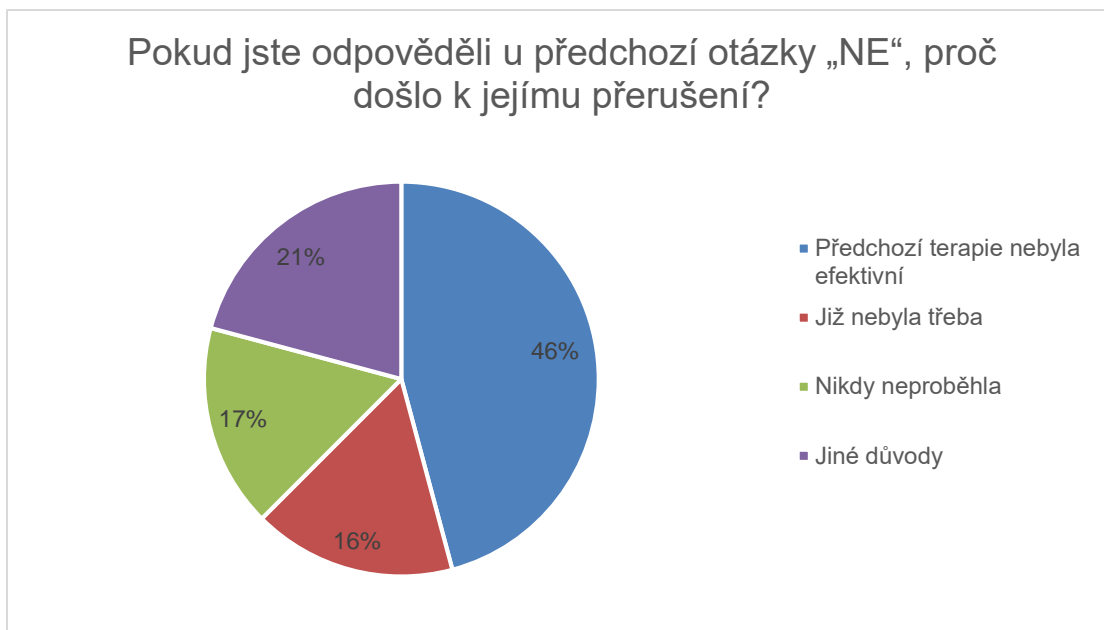
Graf č. 5 - Pokud jste odpověděli u předchozí otázky „ANO“, jakou formou u Vás logopedická terapie probíhá?

**Otázka č.3n:** „Pokud jste odpověděli u předchozí otázky „NE“, proč došlo k jejímu přerušení?“

Druhá z podotázek se zabývala důvody, proč dříve započatá logopedická intervence již nepokračuje. Nejvíce hlasů získala odpověď, která označovala, že předešlá či předešlé terapie nebyly efektivní, celkem 11 z 24, jak lze vyčíst z grafu č.6. Během rozhovorů, jež následovaly po vyplnění dotazníku, jsem se od tří, na sobě nezávislých respondentů dozvěděla, že po čase ztratili motivaci, protože terapie byla zdoluhavá a nebyly vidět žádné výsledky. Jeden z těchto tří respondentů navíc uvedl, že vyzkoušel vícero terapií u několika různých logopedů, kdy všechny končily neúspěchem.

4 respondenti také uvedli, že již pro ně další terapie nebyla potřebná, tedy že jim pomohla či pro ně byla v určitých aspektech přínosná.

Mezi důvody, které byly respondenty uvedené mezi „Jiné“ se nejvíce objevoval nedostatek času, změna bydliště a zhoršení zdravotního stavu.



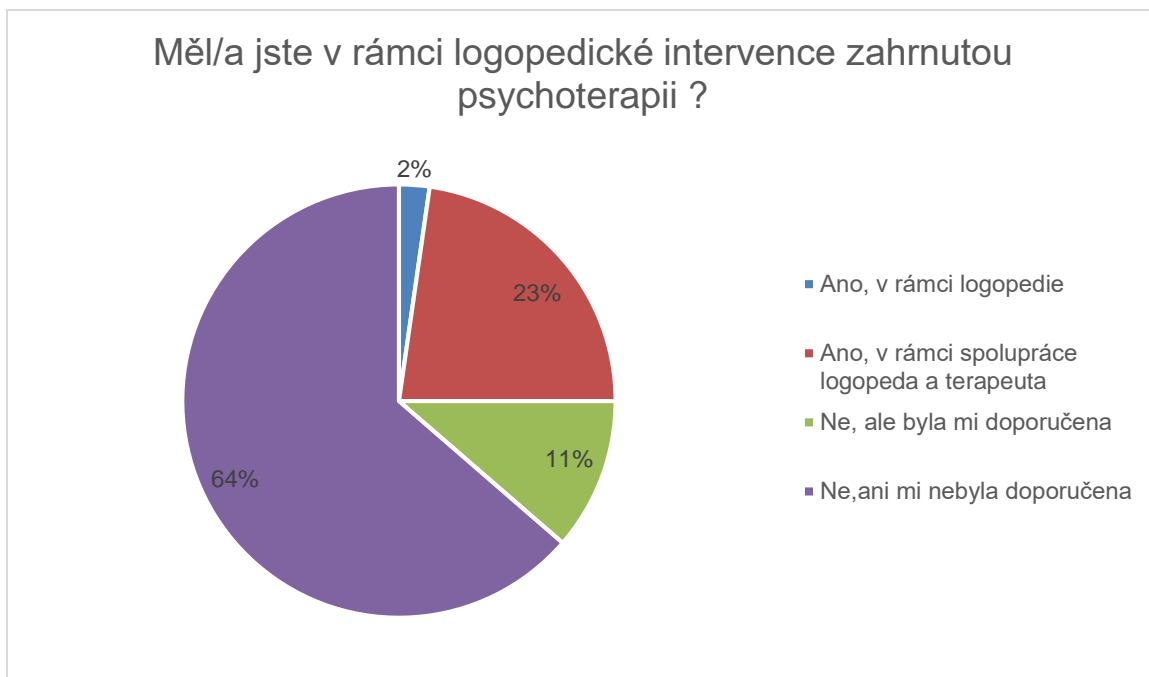
Graf č. 6 - Pokud jste odpověděli u předchozí otázky „NE“, proč došlo k jejímu přerušení?

**Otázka č.4:** „Měl/a jste v rámci logopedické intervence zahrnutou psychoterapii?“

U této otázky chceme zjistit, zda u respondentů, u kterých proběhla či stále probíhá logopedická intervence, byla v rámci komplexní terapie koktavosti zahrnuta i psychoterapie. Řešíme především psychoterapii u logopeda, nebo vzájemnou spolupráci logopeda a psychologa u konkrétního klienta. Tato otázka byla opět otevřena pro všechny a zodpovědělo ji všech 44 respondentů.

Nejvíce hlasů bylo u odpovědi, která definovala, že psychoterapie nebyla zahrnuta, stejně jako jim nebyla odborníkem doporučena. Celkem tato odpověď získala 28 hlasů. 11 osob také uvedlo, že ačkoliv u nich žádná psychoterapie v rámci logopedické intervence neproběhla, byla jim odborníkem doporučena.

Celkem 10 osob uvedlo, že v rámci komplexního přístupu terapie koktavosti, jim byla poskytnuta psychoterapie, a to ve spolupráci logoped – psycholog/ terapeut. 1 osoba také uvedla, že jí byla psychoterapie poskytována jako součást logopedické intervence během návštěv u soukromého logopeda.

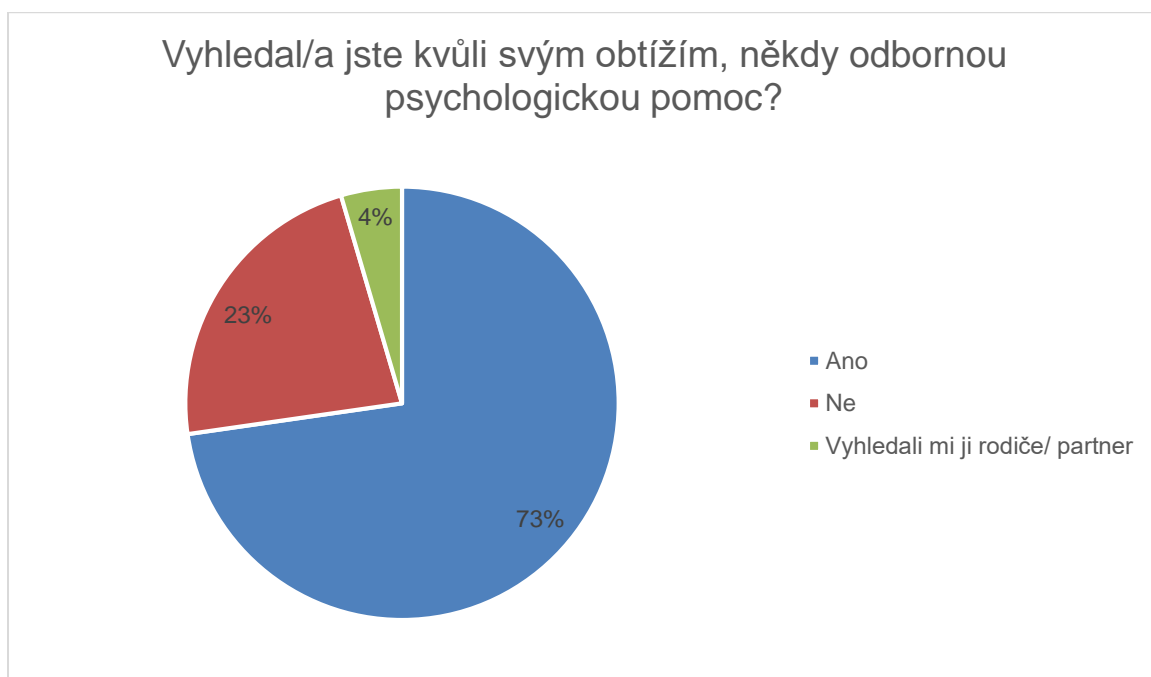


*Graf č. 7 - Měl/a jste v rámci logopedické intervence zahrnutou psychoterapii?*

**Otázka č.5:** *„Vyhledal/a jste někdy kvůli svým potížím, odbornou psychologickou pomoc?“*

Touto otázkou zjišťujeme, kolik z respondentů vůbec kdy vyhledalo odbornou psychologickou pomoc – ať již ve formě psychiatrie či návštěvou u psychologa, terapeuta, případně i osobnostního kouče. Na otázku č. 5 odpovědělo všech 44 respondentů, tj. 100 %.

Jak lze vyčíst z grafu č.8, odbornou psychologickou pomoc vyhledala či jim byla vyhledána, více než polovina z respondentů, celkem 34 z celkového počtu 44 respondentů. To odpovídá celkem 77 % ze všech účastníků výzkumu. Do tohoto procenta mimo jiné patří 2 osoby, které u otázky č.2 - *„Kdy u Vás započala logopedická intervence?“* odpověděli, že u nich nikdy neproběhla logopedická intervence.



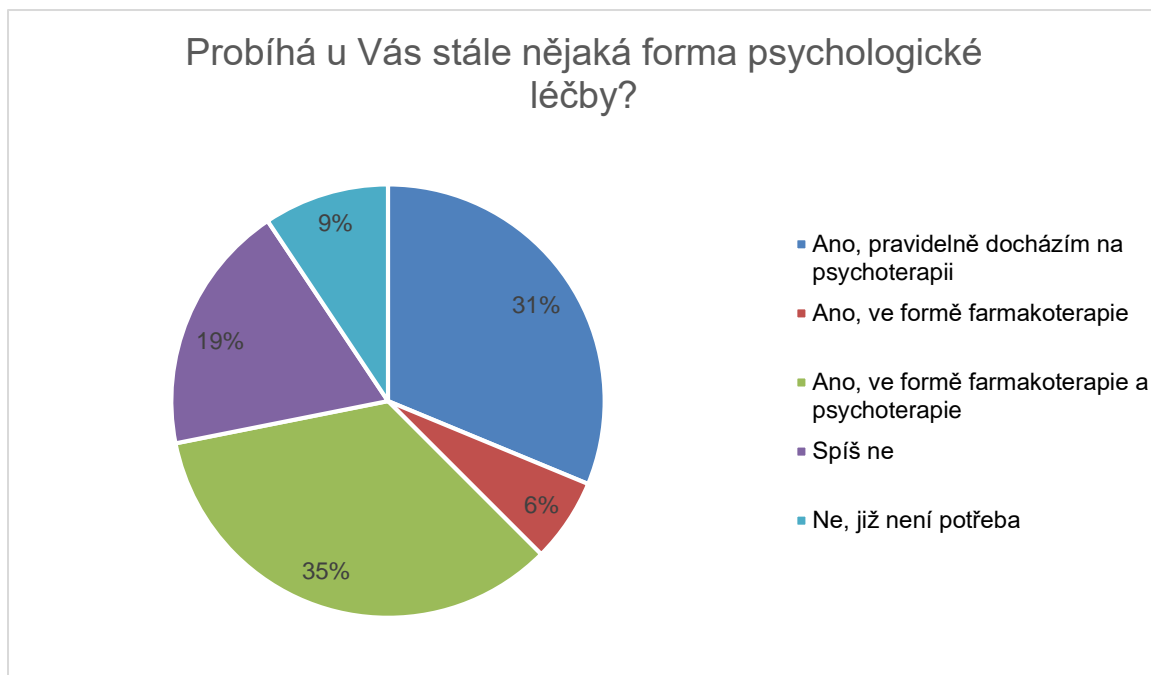
Graf č. 8 - Vyhledal/a jste někdy kvůli svým obtížím, odbornou psychologickou pomoc?

**Otázka č.6:** „*Probíhá u Vás stále nějaká forma psychologické léčby?*“

Stejně jako u otázky č. 3, nás zajímá, zda i nadále probíhá terapie, v tomto případě psychologická.

Na tuto otázku odpovědělo pouze 32 respondentů, kteří u předešlé otázky č.4 uvedli, že někdy museli vyhledat odbornou psychologickou pomoc.

V této otázce také zjišťujeme, jakou formou je terapie vedena. Zaměřujeme se především na léčbu farmaky a léčbu skrze psychoterapie. Jak lze vyčíst z grafu č. 8, 9 ze všech 32 respondentů uvedlo, že již nepotřebuje odbornou psychologickou pomoc. Zbytek respondentů uvedl, že u nich stále trvá buď ve formě farmakoterapie, psychoterapie nebo kombinací obou zmíněných.



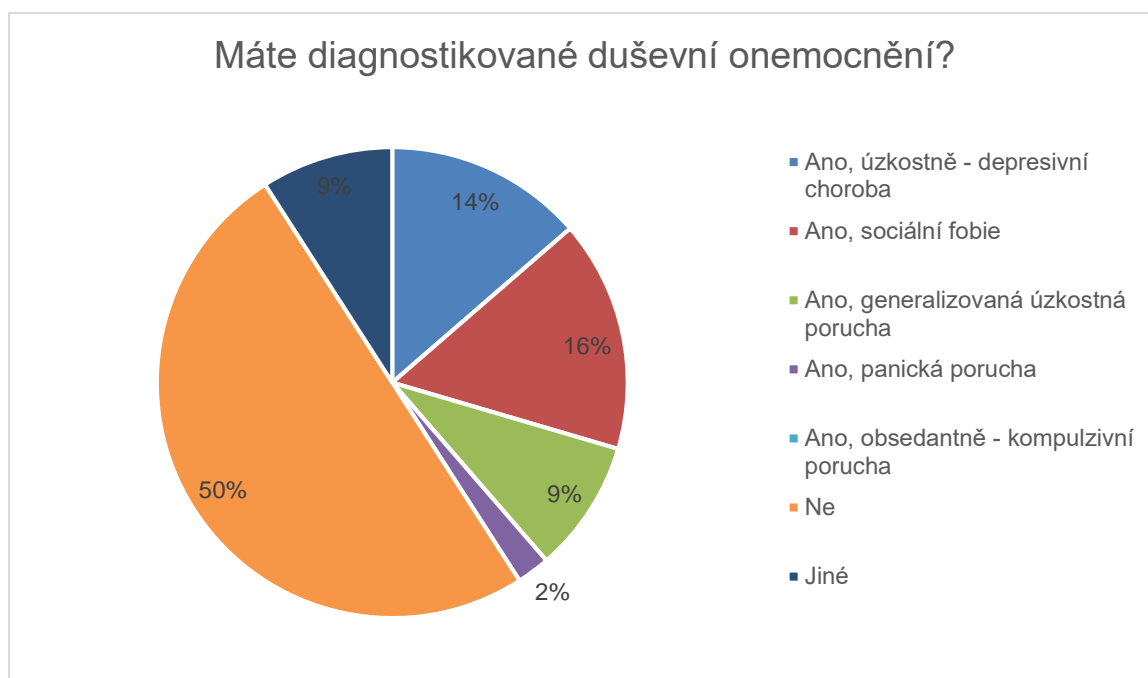
Graf č. 9 – Probíhá u Vás stále nějaká forma psychologické léčby?

**Otázka č.7:** „Bylo u Vás diagnostikované duševní onemocnění? Pokud ano, jaké?“

U této otázky se zaměřujeme na konkrétní duševní onemocnění, která jsou důležitá pro tuto práci. Na tuto otázku odpovídalo všech 44 respondentů, tedy 100 %. Výsledky jsou uvedeny v grafu 10.

Celkem 22 respondentů, tedy 50 %, uvedlo, že u nich nikdy nebylo diagnostikované duševní onemocnění.

Zbývajících 50 %, uvedlo, že u nich bylo (či stále je) diagnostikované duševní onemocnění. Z těchto 22 respondentů je celkem 7, u kterých je či byla diagnostikována sociální fobie, u dalších 6 smíšená – úzkostně depresivní porucha. 4 respondenti uvedli, že u nich je či byla diagnostikovaná generalizovaná úzkostná porucha. Jeden z respondentů uvedl, že mu byla diagnostikovaná obsedantně – kompulzivní porucha, společně s panickou poruchou. Mezi zbývajících 4 duševními onemocnění se také objevila bipolární porucha, hraniční porucha osobnosti a také dvě poruchy příjmu potravy – anorexie a bulimie.



Graf č. 10 – Bylo u Vás diagnostikované duševní onemocnění?

**Otázka č.8:** „V kolika letech se u Vás začalo duševní onemocnění projevovat?“

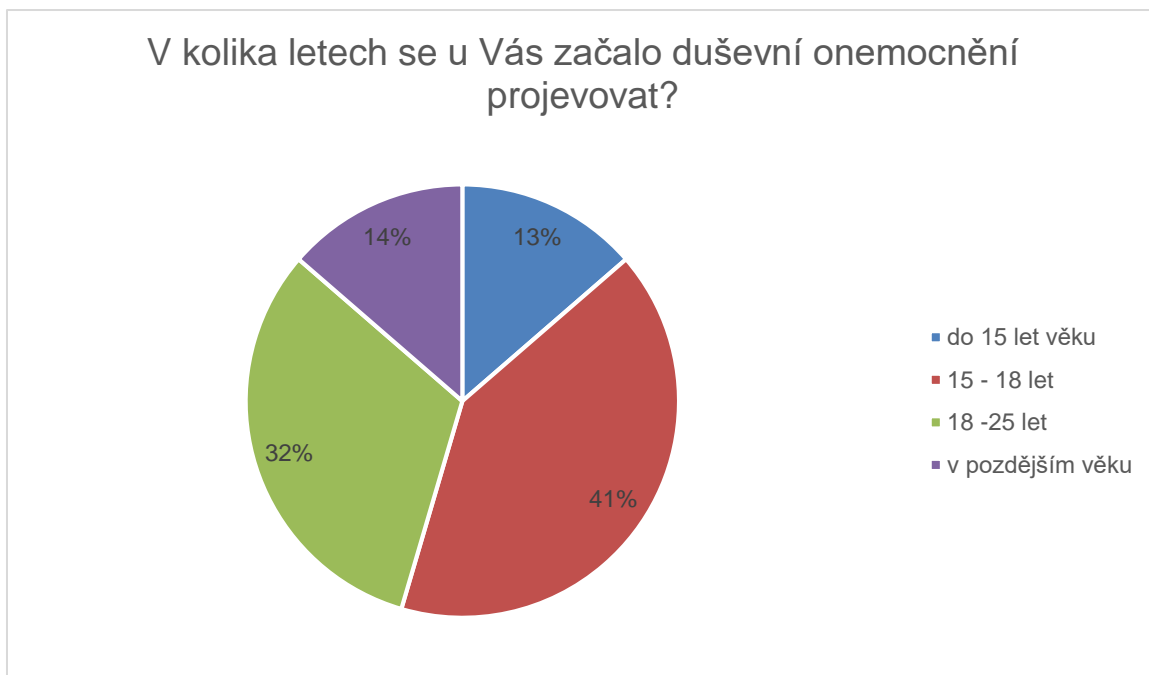
Tato otázka byla mířena především na ty, kteří na předchozí otázku odpověděli kladně. Odpovědělo na ni všech 22 respondentů, kterých se týkala. Cílem bylo zjistit riziková období, ve kterých duševní onemocnění vzniklo. Vycházíme z předpokladu, že během období dospívání dochází k největším změnám v lidském životě. Toto období je záměrně na období navštěvování ZŠ a ukončení povinné školní docházky, nástup a studia na střední škole a jako poslední nástup a studium na vysoké škole. Poslední zmíněné nebylo bráno pouze jako studium na vysoké škole, ale také jako věk, kdy člověk dospívá a rozhoduje se o budoucnosti ve svém životě, zakládá rodinu či nastupuje do svého prvního zaměstnání.

Jak lze zjistit z grafu č. 11., nejvíce odpovědí bylo zaznamenáno u období 15–18 let, tedy u období nástupu a studia na střední škole. Dalších 7 respondentů uvedlo, že se u nich začalo duševní onemocnění objevovat ve věku 18–25 let, tedy v době, kdy většina osob v tomto věku studuje vysokou školu.

3 z respondentů uvedli, že se u nich duševní onemocnění projevilo do 15 let věku. Zajímavým faktem je, že v tomto věku se objevily obě dvě zmiňované poruchy příjmu potravy.

Zbývající 3 osoby uvedly, že se u nich duševní onemocnění projevilo v pozdějším věku. Konkrétně bylo zmiňováno vážné onemocnění a ztráta blízkého partnera.



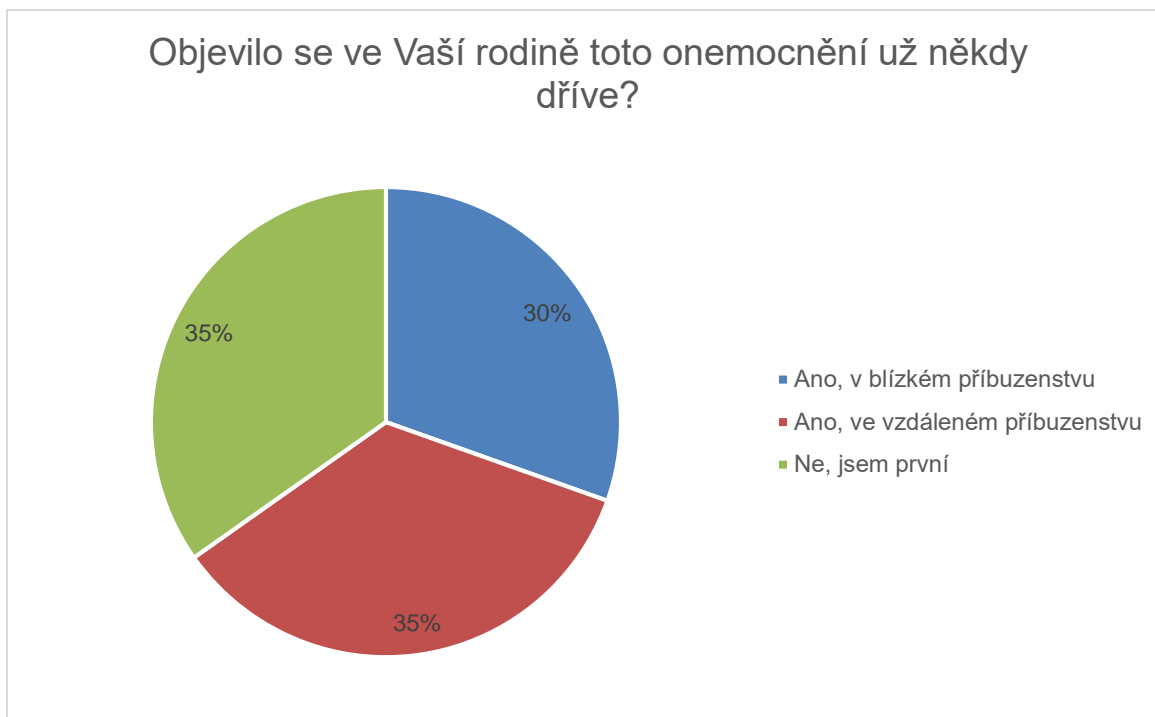


Graf č. 11 - V kolika letech se u Vás začalo konkrétní duševní onemocnění projevovat?

**Otázka č.9:** „Objevilo se ve Vaší rodině toto onemocnění už někdy dříve?“

Tato otázka se týkala také pouze konkrétního vzorku 22 respondentů. Cílem této otázky je zjistit, zda se konkrétní duševní onemocnění již někdy v rodině objevilo, a to z důvodu možné dědičnosti. Duševní onemocnění se tak mohlo projevit v důsledku dědičnosti a na jeho vzniku nemusela participovat koktavost.

Celkem 15 respondentů, tedy 65 % uvedlo, že se nemoc již v jejich rodině objevila, a to v blízkém či vzdáleném příbuzenstvu. Zbývajících 35 %, tedy 8 osob, uvedlo, že jsou v blízké a širší rodině jediní, u koho bylo diagnostikováno duševní onemocnění. Viz graf 12.

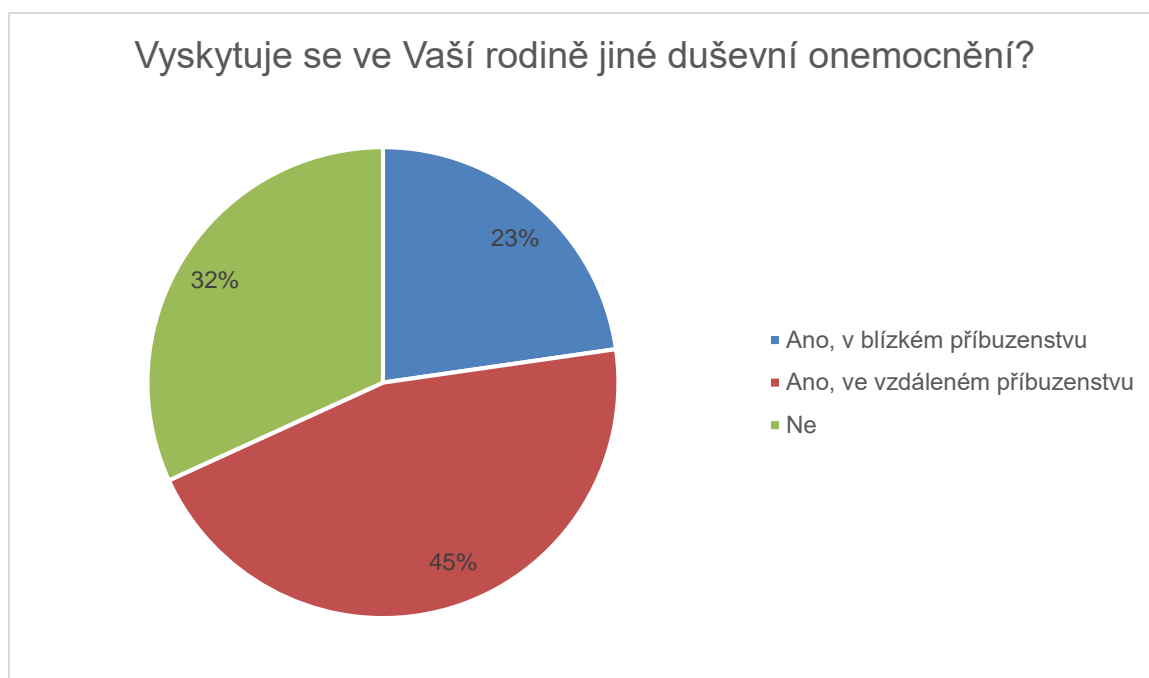


*Graf č. 12 - Objevilo se ve Vaší rodině toto onemocnění už někdy dříve?*

**Otázka č.10:** „*Vyskytuje se ve Vaší rodině jiné duševní onemocnění?*“

Stejně jako předešlá otázka, tak i tato se vztahuje na konkrétních 22 respondentů. Smyslem této otázky je zjistit, zda se u nich v příbuzenstvu nevyskytuje jiné duševní onemocnění než to, které má diagnostikované respondent. Důvodem, proč nás tato otázka zajímá je, že i toto onemocnění může ovlivňovat vznik jiného duševního onemocnění. Jako příklad lze uvést onemocnění, ve kterých se objevuje snížená rezistence vůči stresu, úzkost, deprese apod.

Jak lze vyčíst z grafu č. 13, celkem 15 respondentů odpovědělo kladně a pouze 7 uvedlo, že v blízkém ani širším příbuzenstvu se nevyskytuje žádné duševní onemocnění, kromě toho, které mají oni samotní diagnostikované.



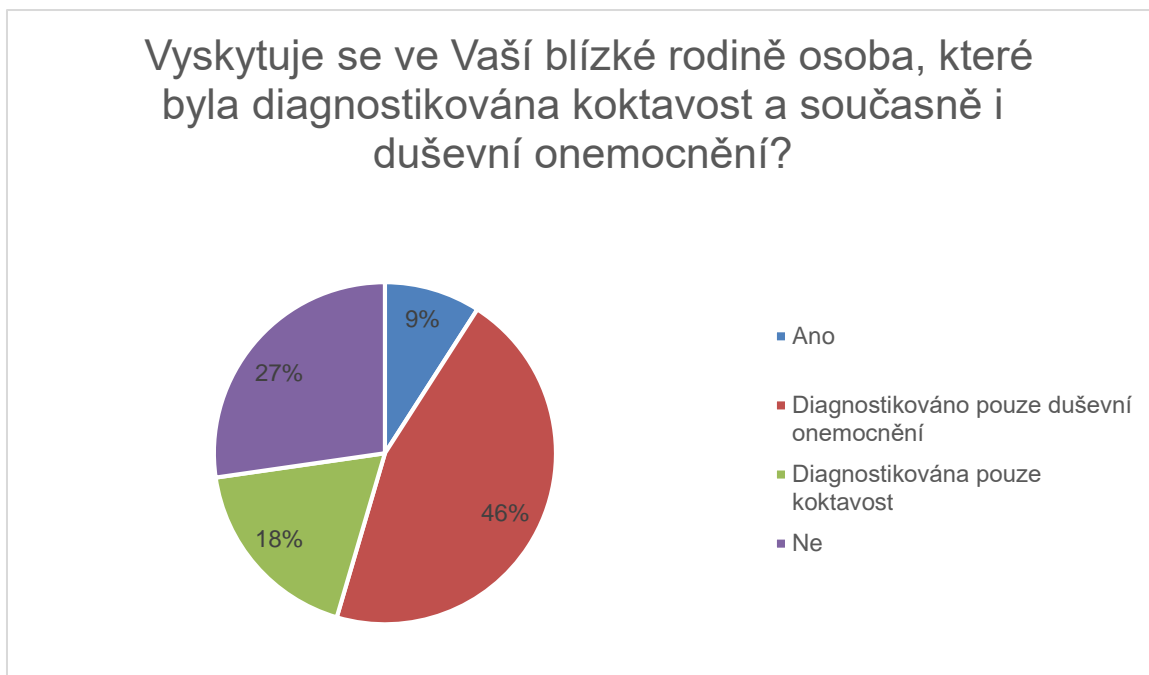
Graf č. 13 – Vyskytuje se ve Vaší rodině jiné duševní onemocnění?

**Otázka č.11:** „Vyskytuje se ve Vaší blízké rodině osoba, které byla diagnostikována koktavost a současně i duševní onemocnění?“

I tato otázka je i nadále zaměřena na předchozích 22 respondentů, u kterých byla diagnostikována koktavost a zároveň i duševní onemocnění.

Celkem dva respondenti odpověděli, že se v jejich blízké rodině vyskytuje, kromě jich samotných, další osoba, u které byla diagnostikována koktavost, tak i duševní onemocnění. Konkrétně se jedná o smíšenou úzkostně-depresivní poruchu a v druhém případě se jedná o sociální poruchu.

Zbytek, tedy 20 respondentů uvedlo, že se u nich v rodině objevilo buď duševní onemocnění, porucha plynulosti řeči nebo ani jedno z nich, viz graf č.14.

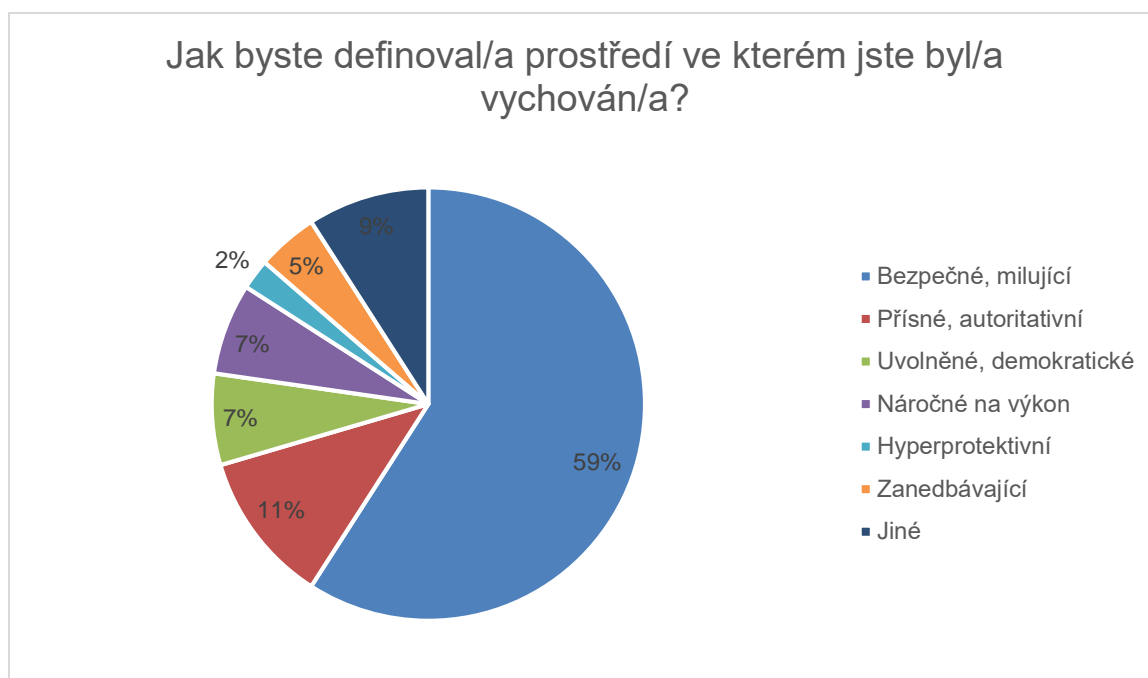


*Graf č. 14 - Vyskytuje se ve Vaší blízké rodině osoba, které byla diagnostikována kórtavost a současně i duševní onemocnění?*

**Otázka č.12** „*Jak byste definoval/a prostředí ve kterém jste byl/a vychován/a?*“

Na tuto otázku odpovídalo všech 44 respondentů, tedy 100 % ze všech zúčastněných. Cílem této otázky bylo zjistit, jaký vliv může mít okolní prostředí na rozvoj duševního onemocnění. Tato otázka se především zaměřuje na prostředí rodiny.

Převážná část z respondentů, celkem 28, tedy 68 % odpovědělo, že ze strany rodiny pociťovalo pocity bezpečí a lásky. Další 3 uvedli, že vyrůstalo v uvolněném, demokratickém prostředí. Další čtyři možnosti by se daly vnímat jako negativní, a to prostředí přísné, autoritativní; prostředí hyperprotektivní, prostředí náročné na výkon a prostředí zanedbávající. Celkem v těchto prostředích bylo vychováno 11 respondentů. U možnosti „Jiné“ žádný z respondentů nedefinoval jaké. Výsledky jsou vidět v grafu č. 15.

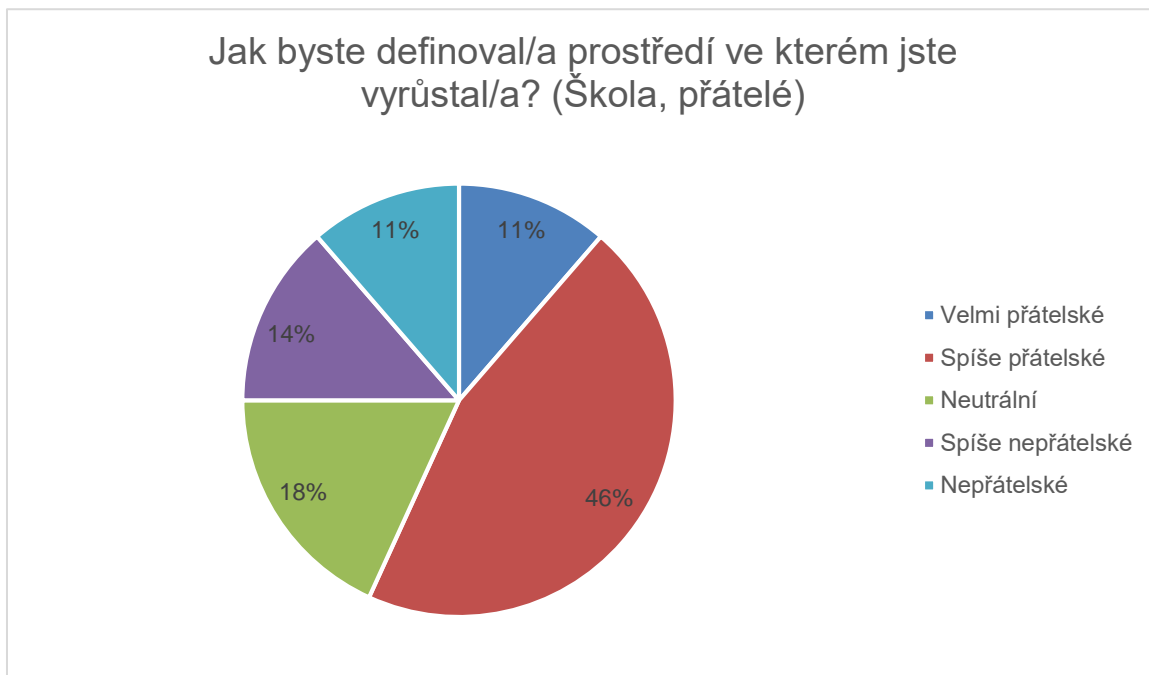


Graf č. 15 - Jak byste definoval/a prostředí ve kterém jste byl/a vychován/a?

**Otázka č.13:** „*Jak byste definoval/a prostředí ve kterém jste vyrůstal/a? (Škola, přátelé)*“

Tak jako nás u otázky č. 12 zajímalo v jakém prostředí byl respondent vychován, tak u této otázky nás zajímá, v jakém prostředí respondent vyrůstal. Jedná se o tzv. sekundární prostředí, tedy takové, které na respondenta působilo v menším měřítku nežli prostředí rodiny. Patří sem mimo jiné především škola a vztahy mezi přáteli.

Celkem 11 respondentů reagovalo, že má negativní zkušenost ohledně prostředí, ve kterém vyrůstali. Naopak 25 respondentů reagovalo, že má kladnou zkušenost s prostředím, ve kterém vyrůstali. Zbývajících 8 uvedlo, že prostředí, ve kterém vyrůstali, vnímají neutrálně.



Graf č. 16 - Jak byste definoval/a prostředí ve kterém jste vyrůstal/a? (Škola, přátelé)

**Otázka č.14:** „Pociťoval/a jste problémy s navazováním sociálních vztahů během dětství?“

Tato otázka se týkala také všech 44 respondentů. Záměrem této otázky bylo zjistit v jaké míře se porucha plynulosti řeči projevila během navazování sociálních vztahů během dětství.

Jak lze vidět na grafu č.17, většina z dotazovaných uvádí, že v dětství zásadně nepociťovali problémy z hlediska navazování sociálních vztahů. 15 osob uvedlo, že se u nich problém vyskytl v minimální míře.

13 osob uvedlo, že se u nich vyskytly obtíže během navazování sociálních vztahů v dětství, z toho 6 osob ohodnotilo tyto obtíže jako velký problém.



Graf č. 17 - Pociťoval/a jste problémy s navazováním sociálních vztahů během dětství?

**Otázka č.15:** „Měl/a jste problémy s navazováním sociálních vztahů během dospívání?“

Tato otázka se týkala také všech 44 respondentů. Záměrem této otázky bylo zjistit v jaké míře se porucha plynulosti řeči participovala během navazování sociálních vztahů během dospívání.

Oproti předchozí otázce č.14 zde můžeme sledovat určitý nárůst, kdy 21 respondentů uvedlo, že během dospívání pociťovalo problémy během navazování sociálních vztahů.

Z výsledků uvedených v grafu č.18 také vyplývá, že 23 z respondentů tyto obtíže neprožívalo, nebo v minimálním měřítku.



Graf č. 18 - Měl/a jste problémy s navazováním sociálních vztahů během dospívání?

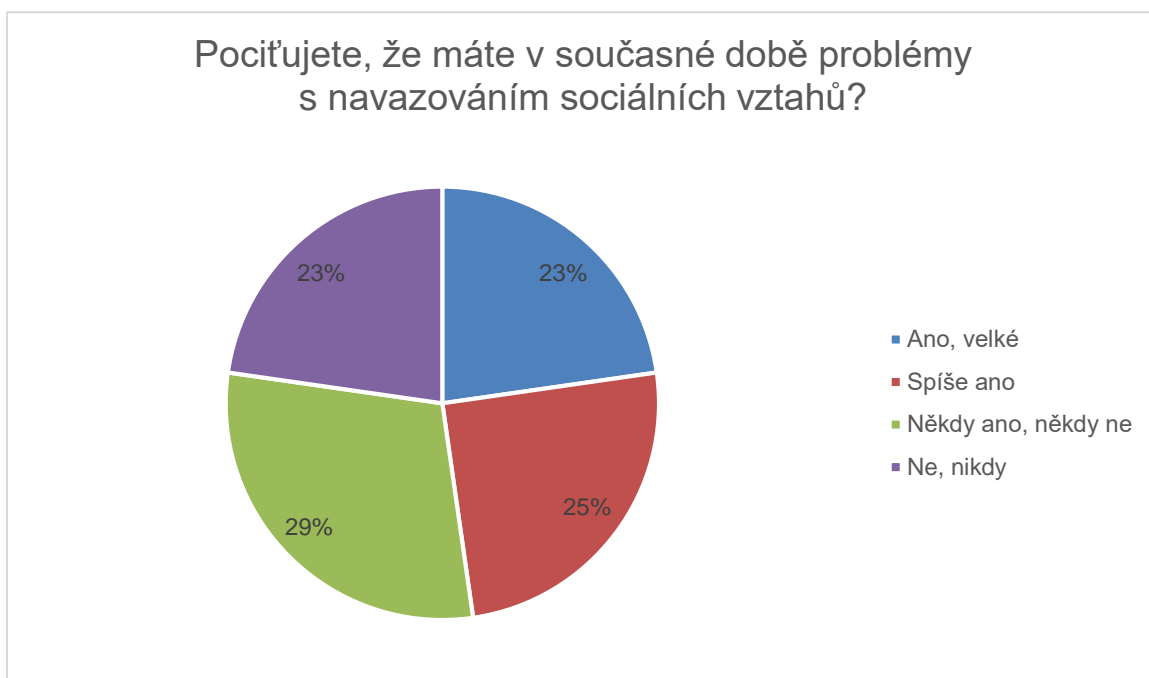
**Otázka č.16:** „Pocítujete, že máte v současné době problémy s navazováním sociálních vztahů?“

Tato otázka se týkala také všech 44 respondentů. Záměrem této otázky bylo zjistit, jak v současné době vnímají problémy během navazování sociálních vztahů.

Na rozdíl od dvou předchozích otázek, jsou zde odpovědi přiměřeně vyvážené viz. graf 19. Celkem 21 respondentů uvedlo, že i v současnosti v menším či větším měřítku prožívají problémy v navazování sociálních vztahů.

23 respondentů naopak uvedlo, že tyto problémy pocítuje pouze minimálně či vůbec.





Graf č. 19 - Pocitujete, že máte v současné době problémy s navazováním sociálních vztahů?

#### 4.5. Shrnutí výsledků

Celková účast na tomto dotazníkovém šetření byla 44 osob, z čehož 9 osob bylo ochotno doplnit své informace skrze telefonát přes internet.

Z počtu 44 osob, jež participovalo na tomto výzkumu bylo zjištěno, že 32 z těchto osob někdy ve svém životě, vyhledalo odbornou psychologickou pomoc. Dalším dvěma osobám byla odborná psychologická pomoc zprostředkována skrze rodiče či partnera. Vzhledem k tomu, že se tato práce zabývá vlivem koktavosti na duševní zdraví, jedná se o první cenný údaj, se kterým lze pracovat.

Jelikož však potřebujeme vědět, zda se nejednalo o čistě subjektivní duševní nepohodu, je potřeba, aby z těchto 32 osob zůstal pouze ten počet, u kterého i nadále probíhá terapie a kterému bylo diagnostikováno duševní onemocnění. Celkem 13 osob uvedlo, že u nich probíhá farmakologická léčba, ať už s terapií či bez. Vzhledem k tomu, že farmakologickou léčbu může nasadit pouze lékař, lze konstatovat, že těchto 13 osob je pod odborným lékařským dohledem – psychiatrem, neurologem, obvodním lékařem či lékařem s jiným druhem specializace.

21 z těchto 32 osob také uvedlo, že pravidelně navštěvuje terapeuta, a to buď jako doplňující terapie k farmakologické léčbě či využívají pouze terapie. To je o jednu osobu více, než je celkový počet osob, které i nadále navštěvují logopedické terapie. Přičemž pouze 7 respondentů uvedlo, že navštěvují individuální terapii u logopeda.

I když u některých osob dochází zároveň k terapii logopedické i psychologické, je zarážející, že poměr psychologické terapie vůči logopedické intervenci je 3:1.

Z otázky č. 2 víme, že logopedická intervence byla zahájena celkem u 40 osob, přičemž pouze u 11 osob probíhala souběžně s psychologickou. V rámci doplňujících otázek navíc 4 osoby, u kterých v minulosti probíhala spolupráce logopeda a psychologa, uvedly, že v dnešní době nevyužívají služeb ani jednoho z těchto odborníků.

Za důležité informace, které byly v rámci této práce zjištěny, by se měly zdůraznit především tyto:

1. Zhruba 50 % osob nepokračuje v terapii koktavosti, která u nich byla dříve započata. Nejčastěji jako důvod ukončení této terapie označují, že pro ně nebyla efektivní. Toto zjištění podporuje to, co uvádí Lechta (2013), tedy že většina osob na terapii rezignuje z důvodu dlouhodobého neúspěchu.
2. V komplexní terapii koktavosti často nedochází k propojení logopedie a psychologie. Ze získaných údajů navíc vyplývá, že když dospělá osoba s koktavostí započne psychoterapii, vnímá ji jako více přínosnou než logopedickou terapii koktavosti. Ze stran logopeda se jim také nedostává dostatečné podpory k vyhledání odborné psychologické péče. Důvody mohou být různé – logoped nemusí vnímat, že by ji mohl jeho klient potřebovat, v blízkém okolí není vhodný odborník apod. Nicméně skoro  $\frac{3}{4}$  ze 44 dotazovaných uvedlo, že museli nakonec během života vyhledat odbornou psychologickou pomoc.
3. 23 z 32 osob uvedlo, že u nich nadále probíhá nějaká forma psychologické či psychiatrické léčby. 22 z 44 osob uvedlo, že u nich bylo diagnostikované duševní onemocnění, přičemž 13 osob uvedlo, že u nich probíhá farmakologická forma léčby. Vzhledem k tomu, že nejvíce se mezi diagnostikovanými onemocněními objevila smíšená úzkostně – depresivní porucha (6) a generalizovaná úzkostná porucha (4), můžeme konstatovat, že se bude s největší pravděpodobností o antidepresiva a anxiolytika. Tedy o léky, které v dnešní době užívá přibližně 30 % osob z celkové populace ve vyspělých státech.

4. Duševní onemocnění se u většiny respondentů projevilo později než porucha plynulosti řeči. 16 z 22 osob, u nichž bylo diagnostikováno duševní onemocnění uvedlo, že se u nich projevilo ve věku 15–25 let. V tomto období uvedl pouze jediný z respondentů, že se u něj projevila porucha plynulosti řeči. 32 respondentů zase uvedlo, že museli odbornou psychologickou pomoc vyhledat. Dalo by se tedy konstatovat, že u osob, u nichž byla v dětství diagnostikovaná koktavost, bude mít v dospělosti problémy s duševním zdravím.
  
5. Duševní onemocnění nemusí být nutně dědičné. I když se některé z onemocnění již objevilo v rodině, a to blízké či vzdálenější, většinou se jednalo o ta onemocnění, u kterých není předpoklad genetické zátěže. Může tam docházet k vzájemné komordibilitě genetické zátěže a stresu, která může fungovat jako spouštěč duševního onemocnění. Většinou k tomu dochází v období adolescence, kdy být mezi vrstevníky někdo jiný, není žádoucí. V době, kdy má dospívající člověk nejasné představy sám o sobě, utváří si názor na život a hledá si v něm místo.

## 5. Zhodnocení naplnění cílů

Diplomová práce se zabývá vlivem koktavosti na duševní zdraví u dospělých osob. Pro naplnění cílů výzkumného šetření byl využit dotazník, který se skládá z celkem 18 otázek, které byly v případě nesrozumitelnosti, doplněny o rozhovor. V této kapitole je zhodnoceno, zda se povedlo naplnit výzkumné cíle a také jsou zde shrnuty odpovědi na výzkumné otázky, jež vznikly v rámci této práce.

### Splnění výzkumných cílů

**Hlavním cílem** výzkumného šetření, bylo za pomoci vhodně upraveného dotazníku a doplňujícího polostrukturovaného rozhovoru, vyhodnotit vliv koktavosti na psychiku u dospělých osob. K naplnění tohoto cíle bylo stanoveno celkem 7 dílčích cílů:

- 1) Zjistit, kdy osoby s koktavostí začaly pociťovat problémy během navazování interpersonálních vztahů.

Ke zjištění potřebných informací k tomuto cíli odkazují: **otázka č. 14** „*Měl/a jste problémy s navazováním sociálních vztahů během dětství?*“; **otázka č.15** „*Měl/a jste problémy s navazováním sociálních vztahů během dospívání?*“ a **otázka č. 16** „*Pociťujete, že máte v současné době problémy s navazováním sociálních vztahů?*“. Tento dílčí cíl se zaměřoval na analyzování nejvíce kritického období, u dospělých osob s koktavostí. Díky tomuto cíli bylo vyhodnoceno, že jako nejvíce kritické období se jeví věk 15–25 let, tedy věk, kdy v životě jedince dochází k nejvíce změnám.

Lze konstatovat, že tento dílčí cíl byl **splněn**.

- 2) Zjistit, jak u těchto osob probíhalo dětství a dospívání.

Ke zjištění potřebných informací k tomuto cíli byla vytvořena **otázka č.12** „*Jak byste definoval/a prostředí ve kterém jste byl/a vychován/a?*“ a **otázka č.13:** „*Jak byste definoval/a prostředí ve kterém jste vyrůstal/a? (Škola, přátelé)*“. Tento dílčí cíl se zaměřoval na zjištění možného vlivu sociálního prostředí u osob s koktavostí během jejich dětství a dospívání.

Lze konstatovat, že tento dílčí cíl byl **splněn** pouze částečně. Důvodem jsou chybějící údaje, které by zjišťovaly, jak osoba s koktavostí sama hodnotí vlastní dětství a dospívání, a zda jej vnímá jako rizikové či ne.

3) Zjistit v jakém prostředí tyto osoby vyrůstaly.

Ke zjištění potřebných informací k tomuto cíli byla vytvořena **otázka č.12** „*Jak byste definoval/a prostředí ve kterém jste byl/a vychován/a?*“ a **otázka č.13**: „*Jak byste definoval/a prostředí ve kterém jste vyrůstal/a? (Škola, přátelé)*“. Tento dílčí cíl měl analyzovat, zda u dospělých osob s koktavostí nevedlo ke vzniku duševního onemocnění nevhodná výchova a vliv prostředí.

Lze konstatovat, že tento dílčí cíl byl **splněn**

4) Zjistit, jaká logopedická péče byla těmto osobám poskytnuta.

Ke zjištění potřebných informací k tomuto cíli byla vytvořena **otázka č.2**: „*Kdy u Vás započala logopedická intervence?*“, **otázka č.3**: „*Probíhá u Vás stále logopedická terapie?*“, **otázka č.3a**: „*Pokud jste odpověděli u předchozí otázky „ANO“, jakou formou u Vás logopedická terapie probíhá?*“, **otázka č.3b**: „*Pokud jste odpověděli u předchozí otázky „NE“, proč došlo k jejímu přerušení?*“, ale také **otázka č.4**: „*Měl/a jste v rámci logopedické intervence zahrnutou psychoterapii?*“.

Úkolem tohoto dílčího cíle bylo zjistit míru efektivity logopedické péče u dospělých osob s koktavostí a tento údaj následně využít k posouzení, zda s lepší logopedickou péčí je nižší riziko následného vzniku duševního onemocnění.

Lze konstatovat, že tento dílčí cíl byl **splněn**

5) Zjistit, zda se někdy tyto osoby léčily pro psychické potíže.

Ke zjištění potřebných informací k tomuto cíli byla vytvořena **otázka č.5**: „*Vyhledal/a jste někdy pro sebe odbornou psychologickou pomoc?*“, doplněna o **otázku č.6**: „*Probíhá u Vás stále nějaká forma psychologické léčby?*“, **otázku č.7**: „*Bylo/ je u Vás diagnostikované duševní onemocnění? Pokud ano, jaké?*“, **Otázka č.8**: „*V kolika letech se u Vás začalo duševní onemocnění projevovat?*“.

Tento dílčí cíl slouží k tomu, aby byly zjištěny důležité informace ohledně doby vzniku, délky trvání a také míry závažnosti duševního onemocnění. Také bylo nutné v rámci tohoto dílčího cíle rozlišit duševní onemocnění a krátkodobé stresory.

Lze konstatovat, že tento dílčí cíl byl **splněn**.

6) Zjistit výskyt onemocnění v blízkém příbuzenstvu.

Ke zjištění potřebných informací k tomuto cíli byla vytvořena **otázka č.9:** „*Objevilo se ve Vaší rodině toto onemocnění už někdy dříve?*“, **otázka č.10:** „*Vyskytuje se ve Vaší rodině jiné duševní onemocnění?*“, **otázka č.11:** „*Vyskytuje se ve Vaší blízké rodině osoba, které byla diagnostikována kórtavost a současně i duševní onemocnění?*“.

Tento dílčí cíl slouží k tomu, aby se rozlišilo sekundárně vzniklé duševní onemocnění od onemocnění, které se u osob s kórtavostí mohlo projevit na základě genetické dědičnosti.

Lze konstatovat, že tento dílčí cíl byl **splněn**.

7) Ze získaných údajů vyloučit faktory, které mohou participovat na vzniku duševního onemocnění u osob s balbuties.

Tento dílčí cíl vlastně shrnuje všechny předešlé. Ze všech zjištěných údajů lze zjistit, které faktory působí na vzniku duševního onemocnění u osob s balbuties a následně je při celkovém vyhodnocování vyloučit. V kapitole **4.5 Shrnutí výsledků**, jsou všechny tyto faktory uvedeny.

Lze konstatovat, že tento dílčí cíl byl **splněn**.

Za pomoci dotazníku, v němž byly dílčí cíle zahrnuty, byl hlavní cíl **splněn**.

## **Zodpovězení výzkumných otázek**

**VO1: Objevuje se u dospělých osob s kórtavostí, zvýšený výskyt duševních onemocnění?**

Zjištěné údaje podporují teorii, že se u osob s kórtavostí objevuje zvýšený výskyt duševních onemocnění, u nichž nehrají roli jiné faktory jako dědičnost a výchova. Dalo by se tedy konstatovat, že osoby s kórtavostí, mají vyšší riziko, že u nich v budoucnu propukne duševní onemocnění. K tomu se ovšem vážně hned několik dalších proměnných a to, že tato

šance se zvyšuje s každou neúspěšnou terapií kóktavosti, která se zaměřuje pouze na konkrétní projev kóktavosti a nevyužívá komplexní terapii, která by k balbutikovi přistupovala celostně.

#### **VO2: Vyskytuje se u dospělých osob s kóktavostí, diagnostikovaná sociální fobie?**

Bylo zjištěno, že u 7 osob byla diagnostikovaná sociální fobie. Ve skutečnosti však toto číslo může být o něco vyšší, protože se sociální fobie objevit jako sekundární projev jiného z onemocnění. Mezi tato onemocnění by se dala započítat i generalizovaná úzkostná porucha či smíšená úzkostně – depresivní porucha.

#### **VO3: Jak často během terapie kóktavosti probíhá psychoterapie?**

Bylo zjištěno, že psychoterapie se objevuje velmi zřídka. Většina logopedů do komplexní terapie kóktavosti totiž psychoterapii nezahrnuje. Že je přítomnost alespoň částečné psychoterapie důležitá, potvrzují hned dvě zjištění – 73 % z respondentů uvedlo, že stejně muselo psychologickou pomoc vyhledat. Dále bylo zjištěno, že u dvou z respondentů, u nichž probíhala souběžně logopedická a psychologická terapie, došlo k výraznému zlepšení, že v dospělosti již nevyhledávají pomoc ani u jednoho z těchto odborníků.

### **5.1. Diskuze**

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na vliv kóktavosti na duševní zdraví u dospělých osob. Výzkumný vzorek tvořilo celkem 44 osob starších 18 let, kteří sami sebe definují jako osobu, u které se projevila porucha plynulosti řeči. Vzhledem k povaze práce a její zaměření na získávání poněkud osobních informací, bylo toto výzkumné šetření naprosto anonymní.

Jelikož při hledání vhodných respondentů byl dotazník mimo jiné vyvěšen i na sociální síť, několik z respondentů se mnou následně vedlo kratší rozhovor, kdy chtěli dovysvětlit některé informace, u kterých měli pocit, že na ně v dotazníku není prostor. Tyto konverzace vnímám jako přínos, jelikož z nich byly získány informace, které jsem při vytváření odpovědí v dotazníku, nebrala v potaz.

Nebylo úplně jednoduché, vytvořit dotazník, který by obsahoval všechny důležité otázky a který rovněž bude pro respondenta srozumitelný. Vzhledem k citlivosti práce, bylo vhodné volit přijatelné otázky, nepůsobit dotěrně a také nenarušit duševní pohodu respondentů.

Jak již bylo zmíněno, dotazník byl vytvořen primárně ve formě elektronické. Tato forma byla vybrána záměrně, protože valná většina osob vlastní v dnešní době počítač či chytrý telefon, a je pro ně tak pohodlné takový dotazník vyplnit. Zároveň jsem se ale také snažila vyjít vstříc osobám, které takové zařízení nemají. Dotazníky byly rozdány v tištěné formě do ambulancí několika klinických logopedů. Tuto formu však žádný z respondentů nevyužil. Tento fakt nicméně dobře koresponduje se zjištěním, které přinesla tato práce, a to tím, že pouze 7 respondentů uvedlo, že u nich probíhá individuální logopedická terapie. Pokud je výskyt koktavosti v České republice kolem 1 %, tedy zhruba 105 000 osob, z čehož je poměrná část zastoupena dětským a adolescentním věkem, můžeme hovořit o několika tisících dospělých osob s koktavostí. A to do tohoto výpočtu zahrnujeme i osoby, jež nikdy nevyhledali logopedickou intervenci. Logicky z toho tedy vychází, že na jednoho klinického logopeda teoreticky připadají zhruba 3–5 dospělé osoby, u kterých se projevila tato porucha plynulosti řeči.

Během vyhodnocování dotazníků byla zjištěna určitá **propojenost několika faktorů, která se objevila v 11 dotaznících, jedná se tedy o 25 % z celkového počtu 44.** Jednalo se o dobu, kdy respondenti uváděli, že pociťovali problémy v navazování interpersonálních vztahů nejvíce ve věku 15–25 let. Jednalo se také o dobu, kdy se u nich projevila koktavost – tedy s nástupem povinné školní docházky. Logopedická intervence u nich započala v období 6–10 let, ale v současné době již neprobíhá, protože byla vnímána jako neefektivní. Dále zde bylo uváděno, že v současnosti u nich probíhá některá z forem psychologické léčby. Dále tito respondenti uvedli, že mají diagnostikované duševní onemocnění (4x smíšená úzkostně – depresivní porucha, 3x generalizovaná úzkostná porucha, 3x sociální fobie, 1x panická porucha). Odpovědi ohledně výskytu duševních onemocnění v rodině se u této skupiny lišily, stejně jako prostředí, ve kterém vyrůstali a byli vychováni.



## Závěr

V úvodu práce bylo zmíněno, že když vidíme nějakého člověka, vidíme pouze jeho určitou část. Stejně tak to vnímám s touto diplomovou prací. Desky plné textu, grafů. Nikdo se z nich nedozví, kolik jiných věcí se odehrávalo během psaní této práce. Pocitů těžkosti, když přemýšlíte, zda máte dostatek respondentů; pocitů radosti, když si konečně můžete po třech měsících rezervace, vyzvednout z knihovny odbornou knihu. Úlevy, když si uvědomíte, že všechen ten čas strávený nad psaním práce, se již chýlí ke konci.

Diplomová práce s názvem „*Vliv koktavosti na psychiku dospělých*“, se snaží v první části, části teoretické, shrnout veškeré důležité informace, které se týkají komunikace a její následné roli, při navazování a udržování sociálních vztahů. Následuje kapitola, která se věnuje důležitosti ohledně duševního zdraví a kde jsou pro potřeby práce shrnuty nejzásadnější rizika, ke kterým může docházet vinou špatné mezilidské komunikace a nefungující socializace. Teoretická část je zakončena kapitolou o poruše plynulosti řeči. O koktavosti. V této kapitole jsou shrnuty veškeré dostupné, důležité a aktuální poznatky, které byly kdy zjištěny. Všechny tyto části se během psaní lehce prolínaly. Zčásti záměrně, částečně tím, že je mezi nimi vzájemná propojenost. A právě ta byla důležitou pro druhou část práce.

Druhá část práce je tvořena kvantitativním výzkumným šetřením. Hlavním cílem tohoto šetření bylo zjistit vliv koktavosti na psychiku a duševní zdraví u dospělých osob. K tomu bylo zvoleno dotazníkové šetření. V rámci vyhodnocování výsledků bylo zjištěno, že je určitá komordibilita mezi koktavostí a vznikem duševního onemocnění. Neznamena to však, že osoba, u níž se projevila porucha plynulosti řeči, bude jednou v dospělosti diagnostikována s duševním onemocněním. Zde je riziko vzniku stejně vysoké jako v intaktní společnosti. U osob s koktavostí jsou zvláštní specifika. Tím je například nízké sebehodnocení. A pokud se například takový dospívající, točí v kolečku neúspěchu terapie koktavosti, nemá možnost bez pomoci jiných, změnit i cokoliv jiného na své osobnosti, což vede ke vzniku depresivních onemocnění a úzkostí. Když zadáme do kteréhokoliv vyhledávače „deprese“, mezi prvními příznaky se objeví právě nízké sebehodnocení vedoucí k myšlenkám o vlastní zbytečnosti.

Jako je u osob, kteří se léčí s duševním onemocněním, důležitá podpora okolí, tak by stejná podpora měla být věnována i osobám s koktavostí. Motivovat je a ukazovat, že když nepomohla první terapie, jsou tu i jiné možnosti, jiné přístupy, jiní odborníci. Protože i když se taková osoba může tvářit, že ji neúspěch nevádí, pravda může být jiná. Co je důležité, je očím neviditelné.

## Literatura

1. BOTHE, Anne K. *Evidence-based treatment of stuttering: empirical bases and clinical applications*. Mahwah, N.J.: L. Erlbaum, 2004. ISBN 0-8058-4632-8.
2. CSÉFALVAY, Zsolt a Viktor LECHTA. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3.
3. FRASER, Malcolm. *Svépomocný program při koktavosti: jak dostat koktání pod svou kontrolu*. Vyd. 1., Praha: Portál, 2000. 159 s. ISBN 8071783528.
4. HONZÁK, Radkin. *Psychosomatická prvouka*. V Praze: Vyšehrad, 2017. ISBN 978-80-7429-912-4.
5. KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. vyd. I. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). 224 s. ISBN 80-247-1110-9.
6. KOHOUTEK, Rudolf. *Patopsychologie a psychopatologie pro pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4434-0.
7. KOHOUTEK, Rudolf. *Základy užité psychologie*. Brno: CERM, 2002. ISBN 80-214-2203-3.
8. KOUKOLÍK, František. *Lidský mozek: [funkční systémy, norma a poruchy]*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, c2012. ISBN 978-80-7262-771-4.
9. KOUKOLÍK, František. *Mozek a jeho duše*. 4., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2014. Makropulos. ISBN 978-80-7492-069-1.
10. KRAUS, Blahoslav a Jolana HRONCOVÁ. *Sociální patologie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-896-3.
11. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
12. LAVID, Nathan. *Understanding stuttering*. Jackson: University Press of Mississippi, c2003. ISBN 1-57806-572-0.
13. LAŠŤOVKA, Milan. *Poruchy plynulosti řeči*. Vyd. 1., Praha: Scriptorium, 1999. 139 s. ISBN 80-86197-13-1.
14. LECHTA, Viktor. *Koktavost: integrativní přístup*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-643-8.
15. LIBÁNSKÁ, Eva. *Sebepojetí u jedinců trpících koktavostí ve vymořující se dospělosti*. Brno, 2017. Diplomová práce. Masarykova univerzita.

16. MLČÁKOVÁ, Renata, VITÁSKOVÁ, Kateřina. *Narušení plynulosti řeči – vstup do problematiky*. Vyd. 1., Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 95 s. ISBN 978-80-244-3719-4.
17. NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia, 1996. ISBN 80-200-0592-7.
18. NEUBAUER, Karel. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.
19. PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Aktuální problémy balbutiologie*. Vyd. 1., Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2000. 90 s. ISBN 80-244-0050-2.
20. PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Etiologie a terapie koktavosti*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1994b. 117 s. ISBN 80-7067-346-X.
21. PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2004. ISBN 80-200-1086-6.
22. POSPÍŠILOVÁ, Lenka. *Vývojová koktavost*. In: NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. vyd. I. Praha: Portál, 2018. 372-390 s. ISBN 978-80-262-1390-1.
23. PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak ji zvládat*. Praha: Galén, c2008. ISBN 978-80-7262-531-4.
24. PRAŠKO, Ján, Jana VYSKOČILOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Sociální fobie a její léčba: příručka pro lidi se sociální fobií*. Praha: Galén, c2008. ISBN 978-80-7262-580-2.
25. PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.
26. REGEC, Vojtech a Kateřina KROUPOVÁ. *Komunikace a lidé se specifickými potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3203-8.
27. ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. vyd. I. Praha: Portál, 2003. 616 s. ISBN 80-7178-546-6.
28. TARKOWSKI, Zbigniew, 2017. *A new approach to stuttering: diagnosis and therapy*. New York: Nova Science Publishers. ISBN 978-163-4856-409.
29. WARD, David (2017). *Stuttering and cluttering: Frameworks for understanding and treatment*. London: Routledge, Taylor et Francis Group.

## Internetové zdroje

1. ANDRADE, Claudia Regina Furquim de, Maria Claudia CUNHA, Fabiola Staróbole JUSTE, Ana Paula RITTO a Beatriz Paiva Bueno de ALMEIDA. Self-perception of people who stutter regarding their experiences and results of stuttering treatments. *CoDAS*. 2014, **26**(5), 415-420. DOI: 10.1590/2317-1782/20142014020. ISSN 2317-1782.
2. BLOODSTEIN, O. Some empirical observations about early stuttering: A possible link to language development. *Journal of Communication Disorders*. 2006, **39**(3), 185-191. DOI: 10.1016/j.jcomdis.2005.11.007. ISSN 00219924. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0021992405000675>
3. FAULKNER, R. O. Concise Dictionary of Middle Egyptian: Corrigenda. *The Journal of Egyptian Archaeology*. 1963, **49**, 172. DOI: 10.2307/3855708. ISSN 03075133. Dostupné také z: <https://www.jstor.org/stable/3855708?origin=crossref>
4. FRIGERIO DOMINGUES, Carlos E., Katherine GRAINGER, Hui CHENG, Danilo MORETTI-FERREIRA, Sheikh RIAZUDDIN a Dennis DRAYNA. Are variants in sex hormone metabolizing genes associated with stuttering?. *Brain and Language*. 2019, **191**, 28-30. DOI: 10.1016/j.bandl.2019.02.003. ISSN 0093934X. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0093934X18301949>
5. KANG, Changsoo. Recent advances in genetic studies of stuttering. *Journal of Genetic Medicine*. 2015, **12**(1), 19-24.
6. LOUCKS, Torrey, Shelly Jo KRAFT, Ai Leen CHOO, Harish SHARMA a Nicoline G. AMBROSE. Functional brain activation differences in stuttering identified with a rapid fMRI sequence. *Journal of Fluency Disorders*. 2011, **36**(4).
7. TARKOWSKI, Zbigniew a Renata MROZKOVÁ. TERAPIE KOKTAVOSTI METODOU TARKOVSKÉHO. *LISTY KLINICKÉ LOGOPEDIE*. 2017, **2018**(1), 74-77.
8. TRAN, Yvonne, Elaine BLUMGART, Ashley CRAIG, Ana Paula RITTO a Beatriz Paiva Bueno de ALMEIDA. Subjective distress associated with chronic stuttering. *Journal of Fluency Disorders*. 2011, **36**(1), 17-26. DOI: 10.1016/j.jfludis.2010.12.003. ISSN 0094730X. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0094730X10001075>

9. YAIRI, Ehud a Nicoline AMBROSE. Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of Fluency Disorders*. 2013, **38**(2), 66-87. DOI: 10.1016/j.jfludis.2012.11.002. ISSN 0094730X. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0094730X12001052>

## Seznam grafů

Graf č. 1- Věkové rozložení respondentů.....	39
Graf č. 2 - V kolika letech se Vás poprvé projevila koktavost?.....	40
Graf č. 3 -Kdy u Vás poprvé započala logopedická intervence? .....	41
Graf č. 4 - Probíhá u Vás stále logopedická terapie? .....	42
Graf č. 5 - Pokud jste odpověděli u předchozí otázky „ANO“, jakou formou u Vás logopedická terapie probíhá? .....	43
Graf č. 6 - Pokud jste odpověděli u předchozí otázky „NE“, proč došlo k jejímu přerušení? .	44
Graf č. 7 - Měl/a jste v rámci logopedické intervence zahrnutou psychoterapii? .....	45
Graf č. 8 - Vyhledal/a jste někdy kvůli svým obtížím, odbornou psychologickou pomoc? ....	46
Graf č. 9 – Probíhá u Vás stále nějaká forma psychologické léčby? .....	47
Graf č. 10 – Bylo u Vás diagnostikované duševní onemocnění?.....	48
Graf č. 11 - V kolika letech se u Vás začalo konkrétní duševní onemocnění projevovat? .....	49
Graf č. 12 - Objevilo se ve Vaší rodině toto onemocnění už někdy dříve?.....	50
Graf č. 13 – Vyskytuje se ve Vaší rodině jiné duševní onemocnění? .....	51
Graf č. 14 - Vyskytuje se ve Vaší blízké rodině osoba, které byla diagnostikována koktavost a současně i duševní onemocnění?.....	52
Graf č. 15 - Jak byste definoval/a prostředí ve kterém jste byl/a vychován/a? .....	53
Graf č. 16 - Jak byste definoval/a prostředí ve kterém jste vyrůstal/a? (Škola, přátelé).....	54
Graf č. 17 - Pociťoval/a jste problémy s navazováním sociálních vztahů během dětství? .....	55
Graf č. 18 - Měl/a jste problémy s navazováním sociálních vztahů během dospívání?.....	56
Graf č. 19 - Pociťujete, že máte v současné době problémy s navazováním sociálních vztahů? .....	57

## **Seznam obrázků**

Obrázek 1 – přepis hieroglyfu nalezeného v Egyptě; Faulkner, R. O. (1963). A concise dictionary of Middle Egyptian. Oxford: Univ. Press. .... 20