

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**ŽIVOTNÍ ZKUŠENOST DOSPĚLÝCH
JEDINCŮ S KOKTAVOSTÍ**
**LIVED EXPERIENCE OF ADULTS WHO
STUTTER**



Magisterská diplomová práce

Autor:

Bc. Tereza Jirsová

Vedoucí práce:

PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.

Olomouc
2020

Poděkování

Ráda bych poděkovala mému vedoucímu PhDr. Janu Šmahajovi, Ph.D. za trpělivé vedení mé práce, cenné rady a slova povzbuzení. Dále děkuji také Mgr. Janu Dezortovi, Ph.D. za zapůjčení zahraniční literatury a umožnění mi nahlédnout do logopedické práce s koktavostí a PhDr. Renatě Mlčákové, Ph.D. za odbornou konzultaci. Velký dík patří mým rodičům, sourozencům a Láďovi za jejich podporu a lásku, a také všem mým přátelům. Obzvláště děkuji Kačce a Bětce za pomoc s přepisem rozhovorů a korekturou textu. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat všem svým respondentům za milá setkání a projevenou důvěru, otevřenost a ochotu se mnou sdílet svou životní zkušenost s koktavostí.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: “Životní zkušenost dospělých jedinců s koktavostí“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

OBSAH

ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1 KOKTAVOST.....	7
1. 1 Základní vymezení.....	7
1. 2 Etiologie.....	9
1. 3 Patogeneze	11
1. 4 Výskyt, incidence, prevalence	12
1. 5 Symptomatologie.....	13
1. 6 Diagnostika	14
1. 7 Terapie	15
2. PSYCHICKÁ TENZE U KOKTAVOSTI	17
2. 1 Diagnostika psychické tenze.....	18
2. 2 Psychická tenze u jednotlivých typů koktavosti a její terapie	20
2. 2. 1 Incipientní koktavost (<i>beginning stuttering</i>).....	20
2. 2. 2 Fixovaná koktavost (<i>intermediate stuttering</i>).....	21
2. 2. 3 Chronická koktavost (<i>advanced stuttering</i>)	23
3. PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY KOKTAVOSTI	25
3. 1 Rodina.....	25
3. 2 Škola	30
3. 3 Osobnost a sebepojetí	36
3. 4 Coping a resilience	37
3. 5 Vztahy.....	39
3. 5. 1 Vztahy s vrstevníky.....	39
3. 5. 2 Partnerské vztahy	41
3. 6 Pracovní sféra	42
3. 7 Komorbidita koktavosti s duševním onemocněním	44
3. 7. 1 Úzkostné poruchy	44
3. 7. 2 Poruchy nálady.....	46
3. 7. 3 Poruchy spánku.....	47
3. 7. 4 ADHD	48
EMPIRICKÁ ČÁST.....	50

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	51
5 METODOLOGICKÝ RÁMEC	52
5. 1 Typ výzkumu	52
5. 2 Metody získávání dat	53
5. 3 Metody zpracování a analýzy dat	54
5. 3. 1 Reflexe autorčiny zkušenosti	55
5. 4 Etické problémy a způsob jejich řešení	56
6 VÝBĚROVÝ SOUBOR	58
6. 1 Kritéria výzkumného souboru	58
6. 2 Popis výsledného výzkumného souboru	60
7 VÝSLEDKY	61
7. 1 Výsledná témata vzešlá z analýzy	61
7. 2. 1 „Opak toho, co dělali“ - Nevhodný přístup rodiny	63
7. 2. 2 „Necítit se ještě víc odlišně“ - Vnímání úlev ve škole jako nežádoucích	63
7. 2. 3 „Raději jsem mlčel“ - Omezení projevu ve školních hodinách	64
7. 2. 4 „Problém fungovat v tom kolektivu“ - Obtíže s vrstevnickými vztahy	64
7. 2. 5 „Filtr na lidi“ - Kvalitnější přátelství	65
7. 2. 6 „Ty holky, to bylo hrozný“ - Problematické navazování partnerských vztahů	65
7. 2. 8 „Prostě to jako berou“ - Pochopení u druhých	66
7. 2. 9 „Žádný vzorec schémat“ - Nepředvídatelný výskyt horších a lepších dnů	66
7. 2. 11 „Pohroma světa“ - Subjektivní zveličování problému	67
7. 2. 10 „To už bylo fakt hodně“ - Temné období v prožívání koktavosti	67
7. 2. 12 „Dusí se to uvnitř“ - Negativní emoce spojené s koktavostí	68
7. 2. 13 „Že už to vzdávám...“ - Zkušenost s úzkostnými či depresivními stavy	68
7. 2. 14 „Točí se celý svět“ - Intenzivní prožívání momentu zakotání	69
7. 2. 15 „Furt to řeším“ - Zásadní role koktavosti v životě	69
7. 2. 15 „Neotálet a překonat ho“ - Důležitost překonání strachu	70
7. 2. 16 „Připlatit si, abych se nezakotkal“ - Vyhýbavé chování	70
7. 2. 17 „Fakt takový bezúčelný“ - Neúspěšnost logopedické péče v dětství	70
7. 2. 18 „Vyrovnat se lidem a překonat je“ - Koktavost jako výzva	71
7. 2. 19 „Můžu něco předat“ - Příležitost k zajímavým setkáním	71
8 DISKUSE	73
8. 1 Výsledky v kontextu se současným poznáním	73

8. 2 Limity a rizika.....	82
8. 3 Podněty pro další zkoumání či pro praktické využití práce.....	84
9 ZÁVĚR.....	85
SOUHRN.....	87
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY	91
ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE	
PŘÍLOHY	
Příloha 1: Dělení koktavosti z různých hledisek	
Příloha 2: Demografický dotazník	
Příloha 3: Informovaný souhlas s účastí na výzkumu	
Příloha 4: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru	
Příloha 5: Ukázka převyprávěného rozhovoru	

ÚVOD

Koktavost, též označovaná jako balbuties, představuje jednu z nejtěžších forem narušené komunikační schopnosti. Kromě verbální komunikace narušuje koktavost svými přidruženými symptomy i komunikaci neverbální a může se negativně promítat do sebepojetí i celkové životní spokojenosti a kvality života jedinců s koktavostí.

Přestože se jedná o multioborové téma, které velmi často představuje pro jedince s koktavostí komplexní životní problém, není mu na poli psychologie věnována přílišná pozornost. V české psychologické literatuře je zastoupení tohoto tématu minimální, na což upozorňují i přední specialisté na koktavost (např. Lechta, 2010). V rámci rešerše zahraničních výzkumů jsme se skrze databázi *EBSCO* a platformu *ResearchGate* dostali k velkému množství vědeckých prací zkoumající koktavost z nejrůznějších úhlů pohledu, včetně toho psychologického. Odborné články na toto téma jsou hojně publikovány například v časopise s názvem *Journal of Fluency Disorders*.

Obecným cílem předkládané práce je zlepšit povědomí a zájem o koktavost v oblasti psychologie a přinést praktické typy pro práci s jedinci s koktavostí jak pro odborníky z řad psychologů, tak i logopedů a pedagogů. Práce je konkrétně věnována tématu životní zkušenosti dospělých jedinců s koktavostí. Cílem našeho výzkumu je popsat životní zkušenost dospělých lidí, kteří trpí koktavostí. Snažíme se zjistit, jak se tito lidé se svou zátěží vyrovnávají a jaké pozitivní a negativní stránky jim tato životní zkušenost přináší. V neposlední řadě je naším cílem zmapovat psychologické aspekty, které se ke koktavosti vážou.

Práce je členěna na teoretickou a empirickou část. V teorii se nejprve věnujeme vymezení koktavosti v logopedických souvislostech. Ve druhé kapitole se blíže zaměřujeme na psychickou tenzi, která představuje jeden ze tří klíčových faktorů koktavosti. Ve třetí kapitole, která je stěžejní částí teorie, popisujeme oblasti, do kterých koktavost vstupuje. V rámci jednotlivých podkapitol se zabýváme psychologickými aspekty, které se ke koktavosti vážou.

V empirické části provádíme kvalitativní analýzu 6 rozhovorů dospělých jedinců s koktavostí a hledáme vynořující se témata, která mají respondenti společná. Ty považujeme za klíčové aspekty jejich zkušenosti a tyto výsledky dáváme do souvislosti s teoretickými a empirickými poznatky odborné literatury. V závěru práce také uvádíme limity a rizika našeho výzkumu a podněty pro jeho využití v praxi i další vědecké směřování.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KOKTAVOST

V této kapitole se budeme věnovat základním informacím o koktavosti. Vzhledem k tomu, že koktavost představuje multioborové téma, kapitola si neklade za cíl obsáhnout vymezení této řečové poruchy v celé její šíři, spíše poskytuje určitý logopedický podklad ke zkoumanému tématu. Stručně se budeme zabírat vymezením koktavosti, její etiologií, patogenezí, výskytem, incidencí a prevalencí. Jedna z podkapitol je věnována symptomatologii, popsány budou také základní informace k diagnostice a terapii.

1. 1 Základní vymezení

Koktavost, též označovaná jako balbuties, se řadí mezi jednu z nejtěžších forem narušené komunikační schopnosti (dále jen NKS). V současné době existuje mnoho východisek porozumění této problematice, a je proto těžké stanovit jednu platnou definici. Některé definice se soustředí především na popis pozorovatelných neplynulostí, jiné zdůrazňují také emocionální složku a psychologické důsledky koktavosti. Většina definic odráží pohled konkrétních autorů (Ward, 2017).

V tradičním pojetí byla koktavost definována jako neuróza řeči nebo spastická koordinační neuróza. Dalšími označeními byla také nutkavá neuróza, neuróza z očekávání nebo úzkostná neuróza z méněcennosti na podkladě sekretorické poruchy (Hála & Sovák, 1962). Od těchto označení se postupně upouštělo poté, co byl u mnoha jedinců s koktavostí prokázán orgánový základ. Mnozí autoři pak ve svých definicích vycházeli především z příznaků této NKS (Lechta, 2010).

V současné době je koktavost zařazena v Mezinárodní klasifikaci nemocí mezi poruchy chování a emocí pod kódem F 98. 5 a je definována jako *„Řeč, která je charakterizována častým opakováním nebo protahováním zvuků nebo slabik a slov, nebo častým váháním a přestávkami, které narušují rytmický tok řeči. Mírné dysrytmie tohoto typu se vyskytují v raném dětství dosti často jako přechodná fáze nebo mírný, ale trvalý rys řeči v pozdějším dětství nebo dospělosti. Jako porucha by se měla klasifikovat pouze tehdy, když je tak závažná, že to výrazně narušuje plynulost řeči. Mohou se přidružovat časově shodné pohyby obličeje a/nebo jiných částí těla s opakováním, protahováním nebo pauzami v toku řeči.“* (MKN-10, 2006, s. 259)

Podobnou definici uvádí Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické asociace DSM 5. Podle něj se jedná o „*narušení normální plynulosti a tempa řeči, které je neadekvátní věku a jazykovým dovednostem jedince, přetrvává a je charakterizováno častým a zřejmým výskytem jednoho z následujících projevů: repetice zvuků, slabik či jednoslabičných slov, prodlužování souhlásek a samohlásek, lámání slov, přítomnost slyšitelných či tichých pauz v řeči, rozvleklost a vyrážení slov ze sebe při nadměrném tělesném napětí.*“ (DSM – 5, 2015, s. 46)

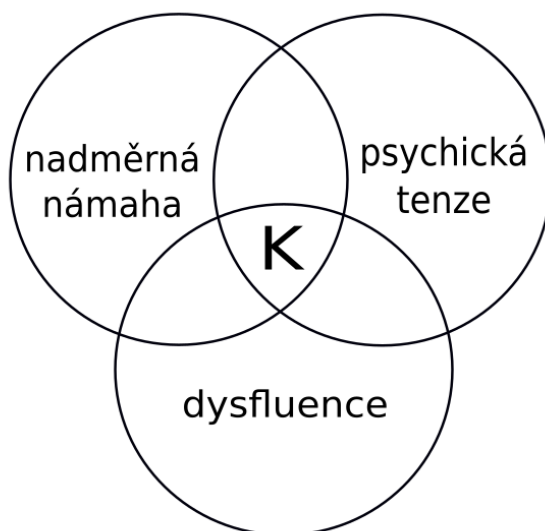
Zajímavé je, že ani jeden z uvedených příznaků poruchám chování a emocí neodpovídá. Obě definice však poukazují na důležitou věc, a totiž, že koktavost nenarušuje pouze komunikaci verbální, ale v případě přidružených tělesných symptomů také komunikaci neverbální (Schönová, 2014).

Jedna z nejčastěji používaných definic, kterou uvádí Lechta (2010, s. 28), chápe koktavost jako „*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*“. Pojem multifaktoriální syndrom poukazuje na průnik tří zásadních faktorů. Těmi jsou nedobrovolné a nekontrolovatelné dysfluence při projevu, které jsou obvykle doprovázeny nadměrnou námahou při artikulaci a psychickou tenzí související s realizací komunikačního záměru.

S touto triádou projevů, která obsahuje afektivní, behaviorální a kognitivní komponenty koktavosti, se setkáváme i u zahraničních autorů. Projevy v řeči zahrnující bloky, repetice a prolongace bývají označovány jako primární znaky (*core behaviors*). Naučené reakce na základní projevy koktavosti se označují jako druhotné znaky (*secondary behaviors*) (Van Riper, 1982; Guitar, 2006). Guitar (2006) je dále dělí na únikové chování (*escape behaviors*) a vyhýbavé chování (*avoidance behaviors*). Únikové chování se objevuje ve chvíli, kdy chce jedinec přerušit koktání a dokončit slovo. Pomáhá si například mrkáním očí, interjekcemi, zvuky navíc a podobně. K vyhýbavému chování dochází ve chvílích, kdy jedinec s koktavostí předjímá zadrhnutí a vybavuje si negativní zážitky s koktavostí spojené. Uchyluje se pak k opatřením, která dané situaci zamezí. Obě tyto strategie poskytují emocionální uvolnění, a brzy se tak stávají silnými návyky, které bývá obtížné měnit. U déle trvající koktavosti se pak

toto narušení plynulosti řeči pojí s pocity a postoji (*feeling and attitudes*), které mohou být vyvolány koktáním, ale také mohou koktavost vyvolat (Guitar, 2006).

Označení koktavosti v cizích jazycích je následující: *balbuties* (lat.), *zajakavost'* (slov.), *stuttering* (am. angl.), *stammering* (brit. angl.), *Stottern* (něm.), *Bégaiement* (franc.).



Obrázek 1: Integrativní model klinického obrazu koktavosti (Lechta, 2010, s. 85)

1. 2 Etiologie

Otázka příčiny vzniku koktavosti dodnes není vyřešena. Obecně je koktavost brána jako komplexní narušení komunikační schopnosti, kde se vzájemně prolíná nebo na sebe navazuje mnoho příčin.

Lechta (2010) zdůrazňuje, že z hlediska etiologie je důležité zvážit kromě jiného několik možností druhů koktavosti. Může se jednat o orgánově podmíněné poruchy plynulosti řeči, o sekundární neurotickou nadstavbu vznikající primárně na predispozičním základě, nebo o dysfluenci počínající již od počátku jako neuróza.

U českých i zahraničních autorů se při pátrání po příčinách vzniku koktavosti nejčastěji zmiňují faktory dědičnosti, sociálního prostředí, psychických faktorů a orgánových odchylek.

Na téma dědičnosti bylo prováděno již mnoho výzkumů a zjištění směřují k tomu, že vliv genetických faktorů je u koktavosti nepopíratelný. Podle Scottové (2006) však tato souvislost neplatí, pokud jde o stupeň koktavosti. Ten je podle Bosshardta (2008, in Lechta, 2010)

následně ovlivňován více faktory prostředí než faktory dědičnosti. Yairi (2007) ve své přehledové studii zmiňuje výzkumy, které popisují odlišné projevy jedinců s koktavostí s hereditární zátěží a bez ní.

Na funkci sociálního prostředí v etiologii koktavosti existují dnes protichůdné názory. Lechta (2010) se domnívá, že prostředí nemusí být nutně hlavním „viníkem“ vzniku koktavosti, ale může fungovat jako činitel fixující koktavost. Problémem může být například nedostatek informací, jak se chovat k člověku v rodině či ve škole. Nevhodný přístup nejbližšího okolí může koncentrovat pozornost dítěte na proces mluvení a ohrožuje tím žádoucí automatismus. U dítěte se pak může rozvinout uvědomování si neplynulosti řeči a s tím související psychická tenze.

Vysvětlení koktavosti na základě psychologických hledisek je taktéž velmi složité. I zde je Lechta (2010) chápá spíše jako fixující faktory než primární příčinu. Uvádí například pojmání koktavosti z hlediska teorie učení, kdy je koktavost chápána jako nesprávně naučené řečové chování. Dále Lechta zmiňuje fenomén laryngospazmu, u kterého dochází ke křeči hrtanu podmíněné stresem. Dalšími příklady jsou poruchy interakce a intrapersonální konflikty podmiňující vznik neurózy (Škodová & Jedlička, 2007; Lechta, 2010). Některé ze zmíněných procesů mohou působit i jako spouštěcí faktor při hereditární zátěži.

V současné době moderních technologií a stále postupujícího výzkumu se velká pozornost soustřeďuje na výzkum orgánových odchylek. Jedná se o složitou a nepřehlednou problematiku. Výzkumy se obecně shodují v tom, že u koktavosti se jedná o dyskoordinaci součinnosti pravé a levé mozkové hemisféry (Lechta, 2010).

Vliv na rozvoj koktavosti mohou mít i jiné druhy narušené komunikační schopnosti, jako je breptavost nebo opožděný vývoj řeči. Někdy se mezi etiologické činitele uvádí i metabolické poruchy nebo vícejazyčnost (Lechta, 2010). Existuje řada výzkumů zabývajících se souvislostí bilingvismu a koktavosti a výsledky naznačují, že u bilingválních jedinců je zvýšené riziko rozvoje této NKS. Prevalence koktavosti u bilingvismu však není přesně známa (Howell, Davis, & Williams, 2009; Howell & Van Borsel, 2011).

Zajímavou studii provedl v nedávné době Boyle (2019), který zjistil, že biologická vysvětlení koktavosti signifikantně korelují se sníženým schvalováním stereotypů o lidech s koktavostí, snižují prognostická očekávání redukce koktavosti a snižují pocity viny

a sebeobviňování z koktavosti. Nebiologická vysvětlení naopak stereotypy a pocity viny zvyšují, zvyšují však také očekávání možné redukce koktavosti. Boyle proto apeluje na odborníky, aby dobře zvážili, jakým vysvětlením budou rámovat svoji terapii. Navrhuje vysvětlení koktavosti na biologickém podkladě, ale reagující na osobnostní a environmentální vlivy. Toto pojetí by u jedinců s koktavostí mohlo snížit pocity viny a zároveň posílit pocity vlastní moci svou řeč modifikovat.

Z etiologického hlediska lze od klasické koktavosti, která je v zahraničí označována jako vývojová koktavost (*developmental stuttering*) z důvodu obvyklého nástupu v raném dětství, odlišit ještě koktavost neurogenní a psychogenní. Neurogenní koktavost (*neurogenic stuttering*) vzniká v důsledku neurologického onemocnění či poškození a typicky se objevuje v dospělosti. Etiologickými činiteli mohou být mrtvice, poranění hlavy, nádor nebo nemoci jako je Parkinsonova choroba. Psychogenní koktavost (*psychogenic stuttering*) nastupuje v období pozdní adolescence nebo později a typicky nasedá na dlouhotrvající stres či traumatickou událost. Primární znaky bývají podobné vývojové koktavosti, avšak druhotné znaky mohou mít neobvyklé projevy a mohou se objevovat nezávisle na snaze vyslovit slovo, u kterého se člověk zadrhnul. Výskyt koktavosti v dospělosti často poukazuje na počínající neurologický problém, proto je vždy zásadní věnovat mu pozornost a vyloučit neurogenní podklad (Guitar, 2006).

1. 3 Patogeneze

Patogeneze koktavosti začíná nejčastěji v předškolním věku, tedy v období vývojových dysfluencí, při současném působení rizikových faktorů. Těmi jsou například řečové nápadnosti, výrazný nedostatek sebedůvěry dítěte nebo naopak, rodinné dispozice, orgánové odchylky nebo nečekané a náhlé změny kvality života (Králiková, 2007, 2008).

Tyto faktory zpravidla samy o sobě koktavost nezpůsobují, ale v případě kombinace více faktorů mohou znamenat signály hrozícího nebezpečí. Králiková (2007) dále vymezila prediktory incipientní koktavosti (označení pro počínající fázi koktavosti, viz dále), při jejichž přítomnosti je velká pravděpodobnost jejího vzniku. Jsou jimi biologické, psychické, sociální a lingvistické prediktory. Biologické prediktory zahrnují například přetrvávání problémů s promluvou, genetickou predispozici, mužské pohlaví či orgánové odchylky CNS. Mezi psychické prediktory patří první náznaky psychické tenze, extrémně úzkostná osobnost nebo první známky zvýšené netrpělivosti při mluvení. Sociálními prediktory je již zmiňovaný nevhodný způsob sociální interakce a nevhodné reakce prostředí na fyziologickou neplynulost

(vývojovou dysfluenci), která zpravidla u dětí časem vymizí. K lingvistickým prediktorům řadí Králiková kvalitu a kvantitu dysfluencí.

Kompletní klinický obraz koktavosti spočívá podle Lechty (2010) ve vzájemném prolínání příznaků dysfluence, nadměrné námahy a psychické tenze. Průnikem těchto faktorů v průběhu patogeneze vznikají jednotlivé druhy koktavosti. 1. fází je vývojová dysfluence (*normal dysfluency*). Jedná se o fyziologické neplynulosti, které doprovází ontogenezi řeči u většiny dětí. Zpravidla se vyskytují bez projevů nadměrné námahy a psychické tenze a spontánně zaniknou. 2. fáze je již zmiňovaná incipientní koktavost (*beginning stuttering*), kdy dochází k přechodu do patologie. Dysfluence se prolíná s nadměrnou námahou a v případech nepříznivých okolností dochází k fixaci koktavosti (*intermediate stuttering*) společně s uvědomováním si svého handicapu. Pozvolna pak dochází k přechodu do 3. fáze – chronické koktavosti (*advanced stuttering*). Zde již narůstá psychická tenze a vytváří se kompletní klinický obraz koktavosti (Guitar, 2006; Lechta, 2010).

V zahraniční literatuře je občas uváděna ještě hraniční koktavost (*bordeline stuttering*), kterou se označuje stav mezi vývojovou dysfluencí a incipientní koktavostí. Hranice mezi hraniční a incipientní koktavostí je však obvykle těžko postřehnutelná, proto se od rozlišování této kategorie upouští (Guitar, 2006; Lechta, 2010).

Van Riper (1982) a Bloodstein (2008) se shodují na tom, že jednoduché dělení na několik stádií koktavosti nikdy nepokryje všechny aspekty jejího vývoje. Bloodstein popisuje, že 4 stadia vývoje jsou typická, ale ne universální.

1. 4 Výskyt, incidence, prevalence

Koktavost se objevuje ve všech věkových skupinách, u všech národů, v celé historii lidstva. Aktuální monografie o koktavosti rozlišují mezi incidencí a prevalencí (Lechta, 2010).

Incidencí koktavosti se rozumí část celkové populace, u níž se někdy v životě projevily symptomy koktavosti. Jedná se zhruba o 5 % populace. Yairi a Ambrose (2013) zmiňují, že incidence může být i vyšší. Poukazují však na to, že 5% incidence je zmiňována v knihách (Guitar, 2006; Van Riper, 1982), odborných člancích (např. Ambrose, Cox, & Yairi, 1997; Craig, Hancock, Tran, Craig, & Peters, 2002; Felsenfeld et al., 2000; McKinnon, McLeod, & Reilly, 2007) i elektronických zdrojích poskytujících obecné informace o koktavosti (např. *Stuttering Foundation*, 2020; *National Institutes of Health*, 2020).

Prevalence koktavosti je chápána jako část celkové populace, která aktuálně koktá. Napříč všemi věkovými skupinami je prevalence 0,72 % (Craig et al., 2002). Yairi a Ambrose (2013) upozorňují, že prevalence u dětí do 6 let je výrazně vyšší než v pozdějším věku. To může být matoucí u výsledků některých výzkumů, vždy je proto důležité zvážit, jaké věkové skupiny na výzkumu participovaly. Autoři zároveň poukazují na to, že aktuální výzkumy prezentují nižší prevalenci než 1 %, která bývala uváděna v minulém století. Podle nich se jedná v prevalenci koktavosti o sestupnou tendenci.

Z hlediska pohlaví se koktavost častěji vyskytuje u mužů. Už od začátku se koktavost vyskytuje více u chlapců v poměru k dívkám 2:1 a tento nepoměr se paralelně s věkem čím dál zvětšuje (Bosshardt, 2008, in Lechta, 2010). Podle Kehoea asi 80 % jedinců s koktavostí jsou muži (Kehoe, 2001, in Lechta 2010). Jedním z důvodů je to, že u dívek je vyšší pravděpodobnost vyléčení (Bloodstein, 2008).

Některé výzkumy také zkoumají vliv rasy a etnika na prevalenci koktavosti u dětí. Některé studie rozdíl založený na rase prokazují, jiné ne (Boyle et al., 2011; Proctor, Yairi, Duff, & Zhang, 2008). Vyšší prevalence koktavosti je vyzkoumána u dětí s genetickými syndromy jako je Downův syndrom nebo syndrom fragilního chromozomu X (Van Borsel & Tetnowski, 2007).

Co se týče věku, většina případů koktavosti vzniká před 4. rokem života. Do 5. věku se zakoktavá 75 % dětí a do 6. roku 90 % dětí s touto NKS. Po 12. roce už se počátek koktavosti neočekává (Sandrieserová a Schneider, 2008, in Lechta, 2010). Je tedy zřejmé, že většina případů koktavosti vzniká před nástupem nebo při vstupu do školy. Z tohoto důvodu se někdy v anglické literatuře používá již zmiňovaný výraz *developmental stuttering*, který zdůrazňuje, že se jedná o handicap vznikající v průběhu dětského vývoje. U nás se však tento termín neujal (Lechta, 2010).

1. 5 Symptomatologie

Škodová a Jedlička (2007) dělí příznaky koktavosti na vnější a vnitřní. Vnějšími příznaky chápou projevy poruch fonačních, artikulačních a dýchacích pohybů. Podle těchto příznaků v řeči pak dělí koktavost na formu tonickou, klonickou a tonoklonickou. Tonická forma se projevuje takzvaným prefonačním spasmem neboli zvýšeným fonačním tlakem při uzavřené hlasové šterbině. Bývá patrné napětí artikulačních svalů a někdy také zevních krčních svalů. Rovněž dochází k poruchám dýchání při mluvení. Klonická forma se vyznačuje

nepotlačitelným volným opakováním slabik, nejčastěji prvních slabik slov. Nejčastější formou je tonoklonická, u které opakování slabik předchází zvýšené prefonační napětí. Podrobné dělení koktavosti z nejrůznějších hledisek uvádíme v *Příloze 1*. Vnitřními příznaky označují Škodová s Jedličkou duševní stavy, které se vyskytují jako reakce na problémy v komunikaci. Jedná se zejména o strach z mluvení, který se může rozvinout v logofobii.

Lechta (2010) popisuje projevy koktavosti na základě již zmiňované triády psychické tenze, dysfluence a nadměrné námahy. Projevy psychické tenze korespondují s vnitřními příznaky Škodové a Jedličky. Psychický dyskomfort spojený s mluveným projevem může vést k logofobii, vyhýbavému chování (*avoidance behaviors*) a narušení koverbálního chování. To se projevuje například chybějícím zrakovým kontaktem, případně jeho přerušením v momentě zakoktání, tiky, nervózním odkašláváním a manipulací s oblečením, což bývá projev rozpaků. Mezi vegetativní projevy psychické tenze patří například zčervenání, povrchní dýchání, pocení, vlhké ruce či třes rukou (Wirth, 1990, in Lechta, 2010). Nadměrná námaha se zpravidla u lidí s koktavostí projevuje i navenek. Jedná se zejména o zjevné fyzické úsilí při překonávání bloků artikulačního aparátu, které se projevuje grimasami, gestikulací, případně vegetativními symptomy. Mezi dysfluence patří repetice, prolongace, interjekce, tiché pauzy, přerušovaná slova, nekompletní slovní zvraty a opravy (Lechta, 2010).

1. 6 Diagnostika

Diagnostika koktavosti vyžaduje komplexní přístup a vyšetření od řady odborníků, mezi které patří logoped, foniatr, psycholog, neurolog, psychiatr a dle potřeby i další odborníci. Důležitými předpoklady pro následné nastavení léčby je včasnost diagnostiky a také dostatečná časová dotace. Zpravidla totiž není možné dítě vyšetřit během jedné či dvou návštěv (Pospíšilová, 2018).

Podle *American Speech-Language-Hearing Association (ASHA, 2020)* je vyšetření indikováno v případě, že se objevuje jeden nebo více z těchto znaků: výskyt koktavosti či breptavosti v rodině, jakékoliv negativní reakce dítěte na svou dysfluenci v řeči, projevy fyzické tenze nebo druhotných znaků (*secondary behaviors*) v souvislosti s dysfluencí, přítomnost dalších obav ohledně jazykových a řečových funkcí, přítomnost negativních reakcí od rodinných příslušníků nebo vrstevníků a rodičovské obavy.

Americká nadace zabývající se koktavostí (*Stuttering Foundation, 2020*) rovněž doporučuje provádět předběžnou diagnostiku v případě jakýchkoliv obav či projevů dysfluencí a nečekat, zda se projevy zhorší či zlepší. Upozorňuje na důležitý fakt, že je často obtížné odlišit fyziologickou neplynulost od časných příznaků koktavosti.

Moderní práce o diagnostice koktavosti zdůrazňují potřebu pátrat po příčinách, ale těžiště diagnostiky spočívá i v kvalitativní a kvantitativní analýze symptomů koktavosti (Klenková, 2006). Na základě specifik symptomů můžeme usuzovat i o pravděpodobných příčinách (Lechta, 1995). Vzhledem k rozsahu a změření práce se nebudeme věnovat přesným krokům diagnostického procesu, blíže se podíváme pouze na diagnostiku psychické tenze v následující kapitole. Podrobný popis diagnostiky uvádí v naší literatuře Lechta (1995, 2010) a Pospíšilová (2018), důležité zásady a postup uvádí i například ASHA (2020) na svých stránkách.

V rámci diferenciální diagnostiky je důležité odlišit koktavost od breptavosti, organicky podmíněnou koktavost od jiných typů a počínající koktavost od vývojových, fyziologických těžkostí v řeči (Škodová & Jedlička, 2007). Podle DSM – V je při diferenciální diagnostice nutné brát v úvahu smyslové vady, verbální dyspraxii, vedlejší účinky léků, Tourettův syndrom a fyziologickou neplynulost – například ve formě nedokončených frází u malých dětí. MKN 10 zmiňuje v rámci diferenciální diagnostiky breptavost a tiky.

1. 7 Terapie

Terapeutických přístupů existuje v současnosti nepřeberné množství. Při volbě vhodné terapie je důležité mít na paměti jedinečnost a specifičnost každého případu a dobře zvážit nejen obtíže plynulosti řeči, ale i jazykovou rovinu a emocionální dopad koktavosti na kvalitu života jedince (ASHA, 2020). Peutelschmiedová (1994b) také považuje za zásadní, aby byl mezi logopedem a klientem dobrý vztah. V případě, že ve vztahu nedochází k oboustrannému souznění, je podle ní vhodné vyhledat jiného logopeda.

Vzhledem k tomu, že stále není známá přesná příčina koktavosti, hlavním terapeutickým cílem je potlačení příznaků (Klenková, 2006) a to ve všech třech množinách syndromu: dysfluence, nadměrná námaha, psychická tenze (Lechta, 2010). Z hlediska cílů terapie lze koktavost dělit na spontánní fluenci, kontrolovanou koktavost a akceptovatelnou koktavost. Spontánní fluence je normální plynulost bez psychické tenze a nadměrné námahy. Kontrolovanou fluencí se rozumí relativně plynulá řeč, které je však dosaženo na úkor

nadměrné námahy a psychické tenze, neboť vyžaduje ze strany jedince s koktavostí trvalé monitorování řeči. Akceptovatelná koktavost znamená občasné koktání, ale bez nadměrné námahy a psychické tenze (Guitar, 2006). V konceptu Lechtovy integrativní terapie jsou pak možnými cíli spontánní fluence, monitorovaná fluence a akceptovatelná dysfluence (Lechta, 2010).

Jak již bylo řečeno, terapeutických přístupů a jednotlivých metod a programů existuje velmi mnoho, stejně tak způsobů jejich třídění a klasifikací. Vzhledem k tomu, že se jedná o rozsáhlé téma, které není předmětem zájmu této práce, nebudeme se jím nyní podrobněji zabývat.

Prognóza a úspěšnost terapie se odvíjí od velkého množství faktorů. Odborníci se obvykle vyjadřují s opatrností, jelikož u koktavosti se vyskytuje vysoké procento recidiv, případů ohrožených recidivou a případů rezistentních na jakoukoliv dosud známou formu terapie (Lechta, 2010). Na možné propady a zhoršení stavu během terapeutického procesu upozorňuje také Dezort (2019) a nabádá k tomu, aby na tuto skutečnost byl klient i terapeut připraven. Díky tomu se pak může předejít oboustrannému zklamání. Škodová a Jedlička (2007) zdůrazňují, že úspěšná léčba koktavosti musí mít rehabilitační charakter. Sama o sobě totiž neodstraní příčinu onemocnění, ale pomáhá k vytváření kompenzačních mechanismů. Pospíšilová (2018) poukazuje na fakt, že u řady jedinců s koktavostí dojde ke spontánní úpravě, u některých se koktavost zlepší a u jiných přetrvává a významně snižuje kvalitu života. Stejně tak Neubauer (2018) popisuje rozptyl individuální prognózy od přetrvávání symptomů až po jejich vymizení po období aplikace terapeutického programu. Významnou roli v úspěšnosti léčby hraje motivace klienta, u dětí také přístup a spolupráce rodičů a nejbližšího okolí (Škodová & Jedlička, 2007).

Problém hodnocení výsledků terapie má kvantitativní a kvalitativní stránku a vyvstává otázka, co je třeba považovat za terapeutický úspěch (Lechta, 2005). Nedávná norská studie (Sønsterud, Feragen, Kirmess, Halvorsen, & Ward, 2019) zabývající se individuální motivací jedinců s koktavostí a jejich stanovení cílů v terapii poukazuje na to, že pro někoho může být úspěchem snížení frekvence koktavosti, zatímco pro jiného redukce obtíží při momentech zakoktání nebo změny v přístupu ke své koktavosti a ve vyhýbavém chování. Podle výzkumu se většina jedinců s koktavostí chce v terapii zaměřit jak na fyzické a behaviorální, tak na emocionální a psychologické aspekty.

2. PSYCHICKÁ TENZE U KOKTAVOSTI

Psychická tenze u koktavosti představuje emocionální reakci na dysfluenci. Jedná se o obtížně definovatelný aspekt, neboť je každým jedincem s koktavostí subjektivně odlišně prožíváný. Obecně se jedná o psychický vnitřní dyskomfort, jehož redukce spadá zejména do kompetence psychologa či psychiatra. Jak uvádí Lechta (2010), v terapii koktavosti se této oblasti příznaků často nevěnuje dostatečná pozornost. Psychická tenze má přitom velký vliv na frekvenci, stupeň a trvání jednotlivých příznaků dysfluence.

V situacích, ve kterých dochází k psychické tenzi, můžeme často pozorovat u jedinců s koktavostí vyhýbavé chování (*avoidance behaviors*). Jedná se o únik z nepříjemné situace nebo úplné vyhýbání se podmínkám, které jsou jim nepříjemné (Guitar, 2006; Lechta, 2010). S vyhýbavým chováním souvisí také „oddálení“ (*postponement*) – když se jedinec s koktavostí blíží ke slovu či hlásce, které mu dělají obtíže, snaží se použití daného slova co nejvíce oddálit. Bývá patrné zaváhání, přestávky, zívání či předstírané zaneprázdnění. V těchto chvílích však jedinec s koktavostí často přemýšlí nad možným synonymem obtížného slova nebo promýšlí odlišnou strukturu věty (Škrabáková 2008, 2009, in Lechta, 2010).

S prožíváním psychické tenze u koktavosti také úzce souvisí vnímání percepčního úzu komunikace (dále jen PÚK). Tento „percepční návyk“ lze charakterizovat jako očekávání, že za určitou časovou jednotku přijmeme od komunikačního partnera přiměřené množství informací. Předaná suma informací bývá u jedinců s koktavostí pochopitelně menší než u lidí s fluentním projevem. Už pouhé vědomí PÚK u nich může zvyšovat psychickou tenzi, protože očekávají, že nevyhoví jeho požadavkům. Zvýšená psychická tenze zpravidla pramení v ještě větší dysfluenci. Mimo to často vnímají PÚK předimenzovaně, a i normální řeč se jim častokrát jeví jako extrémně pomalá. Z tohoto důvodu si tlak spojený s PÚK vytvářejí daleko větší, než jaký ve skutečnosti je, a jejich plynulost se zbytečně zhoršuje (Lechta, 2010).

Jak píše Lechta (2010), psychická tenze se projevuje zejména „dovnitř“. Existují však i její vnější příznaky. Příkladem může být narušené kverbální chování projevující se například přerušením zrakového kontaktu v době zakoktání nebo vegetativními projevy jako je zčervenání, pocení či povrchní dýchání.

2. 1 Diagnostika psychické tenze

Na psychickou tenzi u jedinců s koktavostí mají vliv externí a interní faktory. Mezi externí patří již zmiňovaný percepční úzus komunikace, celková komunikační situace a kvalita informace. Mezi interní faktory se řadí vztah k recipientovi, komunikační záměr, subjektivní role expedienta, předchozí komunikační selhání ve stejné nebo podobné situaci, momentální disponovanost, coping a subjektivní vnímání PÚK (Lechta, 2010).

Při diagnostice psychické tenze je tak potřeba vzít v úvahu všechny tyto proměnné. Komplexní diagnostika může probíhat například formou faktorové analýzy při psychologickém či psychiatrickém vyšetření. Na existenci psychické tenze mohou upozornit i logopedické postupy. Škrabáková (2008, in Lechta, 2010) navrhuje následující hierarchii: 1. kontext (situace, osoba, slovo, zvuk); 2. symptomy, které se v něm projevují (vyhýbavé chování, únikové chování, vegetativní příznaky); 3. způsob, jakým se projevují (lehké repetice před těžkými, přerušování zrakového kontaktu, pocení, substituce slova). Pokud se nějaké příznaky psychické tenze projeví, je potřeba konzultace s psychologem či psychiatrem.

Lechta (2010) upozorňuje na skutečnost, že oblast integrativní diagnostiky je u nás nejméně rozpracována. V současnosti jsou k dispozici metodické materiály Asociace klinických logopedů ČR a Slovenské asociace logopedů a také měřítko vytvořené na základě výzkumu Škrabákové (Škrabáková, 2008, 2009, in Lechta, 2010).

Během diagnostiky u dětí sledujeme, jaké mají sebevědomí, jak vnímají své postavení v rodině, mezi kamarády, zda jsou spíše extrovertní či introvertní, jestli rády komunikují, využívají nějaké vyhýbavé mechanismy, zda si svou koktavost uvědomují, do jaké míry se bojí mluvit a nakolik se za svou řeč stydí (Dell, 2004).

U dětí předškolního a mladšího školního věku je k diagnostice psychické tenze využíván například *Dotazník pro rodiče/pedagogy*, protože děti v tomto věku nejsou schopné hlubší introspekce. Otázky jsou rozděleny do okruhů: situace, lidé, dítě. V nich se pátrá po přímých či nepřímých projevech psychické tenze a faktorech, které mohou determinovat jejich vznik. Největší pozornost je věnována okruhům zaměřeným na dítě, konkrétně například na projevy netrpělivosti či změny chování při dysfluentní komunikaci (Lechta, 2010).

V současné chvíli probíhá v České republice pilotní testování původně britského diagnostického dotazníku *Palin Parent Rating Scales (PPRS)*, který je též určen rodičům dětí

s koktavostí. Test poskytuje informace o postoji rodičů: 1. k vlivu koktavosti na dítě, 2. ke stupni koktavosti dítěte a vlivu koktavosti na rodiče, 3. ke znalostem o koktavosti a důvěře v sebe sama při jejím zvládnutí. Tyto informace jsme čerpali z webových stránek projektu *Nekoktám!* (<https://www.nekoktam.cz/cz/diagnosticky-dotaznik-palin-parent-rating-scales-pprs-wp000012.html>) a webových stránek týkajících se přímo dotazníku *PPRS* (https://www.palinprs.org.uk/secure/pprs_connect.php). Ačkoliv se nejedná o test zaměřující se přímo na psychickou tenzi, může být v této oblasti velice cenným nástrojem a ukazatelem vhodného směřování terapie. Přístup a postoje rodičů ke koktavosti totiž psychickou tenzi u dítěte mohou výrazně ovlivňovat. Guitar (2006) doporučuje dotazník *KiddyCAT*, který je určen přímo pro předškolní děti a hodnotí jejich postoj ke komunikaci. Dále pak dotazník *The impact of Stuttering on Preschoolers and Parents (ISPP)*, který je rozdělen na tři části. První je orientována na dítě, druhá na jeho kamarády a třetí na rodiče. Dotazník může mimo jiné pomoci terapeutovi s rozhodnutím, zda začít u dítěte s terapií.

K diagnostice psychické tenze u starších dětí se u nás užívá *Dotazník pro děti s koktavostí*, který pracuje s obrázky znázorňující základní komunikační situace (například komunikaci mezi matkou a dítětem, pedagogem a dítětem nebo neznámým člověkem a dítětem). Dítě se na pocity ptáme nepřímo – tážeme se na to, jak se asi cítí chlapec nebo holčička na obrázku. Dítě tak projikuje své vlastní pocity na jiné dítě a hodnotí obrázky pomocí smajlíků symbolizujících neutrální, pozitivní a negativní pocity. Pokud hodnotí jako nepříjemné i situace běžně pokládané za neutrální nebo příjemné, je indikováno psychologické nebo pedopsychiatrické vyšetření (Lechta, 2010). Guitar (2006) nabízí například dotazník *A-19* nebo *Communication Attitude Test (CAT)*.

K diagnostice psychické tenze u osob s chronickou koktavostí slouží *Dotazník orientační diagnostiky situační psychické tenze*. Obsahuje 45 otázek, které se zaměřují na nejběžnější komunikační situace mluvenou řečí jako je telefonování, popovídání si, hádání se, objednání si, představení se, přednášení a podobně. Klient má na pětibodové škále vyjádřit, jak moc je pro něj situace náročná. Dotazník se doporučuje distribuovat ve chvíli, kdy existuje mezi klientem a logopedem přiměřený vztah (Škrabáková & Lechta, 2005). V Centru podpory studentů se specifickými potřebami Univerzity Palackého v Olomouci (dále jen CPSSP) odborníci používají vlastní *Dotazník zaměřený na posouzení obtížnosti situací ve vazbě na narušenou komunikační schopnost* (např. koktavost). Dotazník je modifikací výše zmíněného a obsahuje 28 otázek. Jeho podobu navrhla Mlčáková (koordinátorka studentů s narušenou komunikační

schopností na UP v Olomouci, odborná asistentka Oddělení logopedie a studií komunikačního procesu Ústavu speciálněpedagogických studií Pedagogické fakulty UP v Olomouci). Dotazník byl průběžně upravován z důvodu zpřesnění měřených dat a konzultován se studenty UP s koktavostí. V dotazníku student posuzuje obtížnost uvedené situace ze svého pohledu také na pětistupňové škále 1-5, přičemž stupeň 1 představuje pro studenta aktuálně snadnou situaci a stupněm 5 student hodnotí aktuálně velmi obtížnou situaci, které se rád/a vyhne. Mlčáková doporučuje a administruje dotazník v podmínkách CPSSP i v průběhu procesu terapie, např. po třech až šesti měsících a sleduje spolu se studentem proces změny nebo setrvání obtíží (R. Mlčáková, online sdělení, 1. dubna 2020). Ze zahraničních postupů se u nás osvědčuje například *Dotazník doplňování vět podle Chmelové a Redona* (Burdzová, 2000, in Lechta, 2010), *Modifikovaná Ericksonovo škála postojů ke komunikaci (S-24)* a další (Lechta, 2010). Jedním z nejpoužívanějších testových materiálů vůbec je *Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES)*, který byl vypracován na základě Světové zdravotnické organizace a zkoumá dopad koktavosti na život jedinců s touto NKS (Guitar, 2006).

2. 2 Psychická tenze u jednotlivých typů koktavosti a její terapie

Výskyt a forma projevů psychické tenze i terapeutická práce s ní se v různých fázích koktavosti liší. Nyní se proto na jednotlivá stádia zaměříme podrobněji. U vývojové dysfluence není psychická tenze přítomna, proto nebude předmětem této podkapitoly.

2. 2. 1 Incipientní koktavost (*beginning stuttering*)

V počátečních stádiích koktavosti nejsou projevy psychické tenze zpravidla patrné. Dítě většinou vnímá své potíže pouze v okamžiku zakoktání. Guitar (2006) tento stav charakterizuje jako „momentální frustraci“, při níž dítě ještě nevnímá samo sebe jako špatného řečníka. Úkolem terapie v této fázi je předejít vzniku psychické tenze, jedná se tedy zejména o prevenci (preventivní terapii). Důležitou roli zde hrají rodiče a nejbližší okolí, kteří by měli dodržovat principy, jak s dysfluentním dítětem komunikovat.

Čeští i zahraniční autoři (Peutelschmiedová, 1994c; Dell, 2004) a organizace zabývající se koktavostí (*Stuttering Foundation*, 2020; *ASHA*, 2020) se shodují, že důležité je zejména poskytnout dítěti dostatečný časový prostor pro vyjádření, nevyvolávat pocity časové tísně, nedoplňovat slova či věty za dítě, neupozorňovat na koktavost, nedávat rady typu „zpomal“, „nadechni se“, „zkus to ještě jednou“ a projevovat zájem o to, co dítě říká, a ne jak to říká. Obecně se doporučuje předcházet u dětí tlaku a stresovým situacím, mluvit s nimi přirozeně

pomalu, naslouchat jim a budovat jejich sebedůvěru i prostřednictvím ocenění silných stránek nesouvisejících s mluvením. Bloodstein (2008) považuje za hlavní metodu prevence psychické tenze umožnit dítěti zážitek z fluence například pomocí zpěvu nebo recitací básniček.

2. 2. 2 Fixovaná koktavost (*intermediate stuttering*)

Charakteristickým příznakem toho, že incipientní koktavost se začíná fixovat, je počínající strach z koktání (Guitar, 2006). Při fixaci koktavosti hrají roli tzv. fixující faktory, které velmi úzce souvisí s emocionálními a psychickými podmínkami. Patří mezi ně sociální, komunikační a kognitivní stresory.

Mezi sociální stresory se řadí sociální vztahy jako takové, ve kterých může nepříznivě působit například konkurence nebo rivalita mezi sourozenci. Nepříznivý vliv má pro dítě také nepravidelný průběh každodenních aktivit jako je snídane či ukládání do postele. Dále je to hektika a časový tlak, nesplnitelná očekávání od dítěte, neustálé srovnávání s ostatními a přetěžování, ale i nepříznivá rodinná konstelace, pod kterou můžou spadat rodinné konflikty, časté návštěvy příbuzných i nedostatek času, který rodiče svému dítěti věnují (Sandrieser a Schneider, 2008, in Lechta, 2010).

Pod komunikační stresory spadá již zmiňovaný nevhodný komunikační styl a také nevhodný interakční styl vzhledem k zakoktání. U dětí se začíná objevovat frustrace nejen z neplynulosti, ale také z překvapených a vykořeněných posluchačů. Ani trpěliví posluchači občas neví, jak správně reagovat (Guitar, 2006).

Kognitivními stresory bývají stále vyšší nároky výuky ve školním prostředí a také coping, který představuje schopnost vyrovnat se s problémem. Sandrieser a Schneider (2008) upozorňují na to, že coping může být jak funkční, tak dysfunkční. Funkční coping vede například ke zvýšení tolerance vůči časovému tlaku a vůči negativním reakcím okolí a tím pak docílí větší plynulosti. Oproti tomu dysfunkční coping může fungovat jako fixující faktor koktavosti. Dochází k němu například v situacích, kdy se frekvence výskytu dysfluencí neustále mění a jedinec zažívá opětovné pocity naděje a následného zklamání (Sandrieser a Schneider, 2008, in Lechta, 2010).

Psychická tenze u fixované koktavosti se nejčastěji projevuje opakovanými zážitky ztráty kontroly nad vlastním řečovým projevem, které pak vyvolávají rozpaky, pocit blamáže, situační strach a tendence vyhýbat se verbální komunikaci. Vyhýbavé chování je u fixované koktavosti

zpravidla čím dál tím nápadnější. Často se také objevuje pesimismus a skepse vzhledem k očekávání úspěšnosti terapie (Guitar, 2006; Lechta, 2010).

U fixované koktavosti je patrné, že zde již nejde o prevenci psychické tenze, ale o její terapii. Cílem je, aby dítě mohlo prožívat komunikaci beze strachu a obav. Důležité je předat dítěti zásadu, že nejde tolik o to „jak“ mluvíme, ale především o to, „co“ říkáme. Dále je také potřeba dítěti vysvětlit, že koktavost není jeho vina a že na světě existuje spousta dětí, které mají podobné problémy jako on. Když bude dítě pozorné ke svým projevům a reakcím na koktavost, může se naučit s koktavostí lépe zacházet (Guitar, 2006). V rámci terapie je dobré učit ho zvyšovat frustrační toleranci při neúspěšné realizaci komunikačního záměru. Také se doporučuje zaměřit se na problematiku výsměchu, se kterým se děti setkávají mnohdy poprvé právě ve fázi fixované koktavosti (Peutelschmiedová, 1994b). Důležité je, aby konfrontace s výsměchem nezvyšovala u dítěte psychickou tenzi, ale aby umělo výsměšné poznámky zneškodnit tím, že potvrdí, co je zřejmé, a nasměruje komentář zpět k jejímu původci (Guitar, 2006; Lechta, 2010). Guitar (2006) upozorňuje na to, že posměch zřejmě nikdy nevymizí úplně, a navrhuje, aby dítě mělo možnost s terapeutem nacvičit vhodné reakce a formulace, jak se koktavosti postaví. Důležitá je v tomto ohledu také práce s rodiči. Pokud z posměchu adresovaného jejich dítěti budou úzkostní a naštvaní, přenesou své emoce také na něj. Měli by dítě přesvědčit, že věří jeho schopnostem, že si dokáže s posměchem poradit. Zároveň by s ním však měli citlivě probírat jeho obavy.

V rámci terapeutické práce s psychickou tenzí je vhodné zaměřit se s dětmi na pocity, které v souvislosti s koktavostí prožívají. Některé však nejsou v tomto věku schopné nebo ochotné o nich mluvit. Je důležité na ně netlačit, ale vysvětlit, jaké obecné pocity kolem koktavosti jedinci s touto NKS mívají, a zdůraznit, že tyto pocity jsou pochopitelné a přirozené. Některým dětem také může pomoci vyjádřit se o pocitech kreslením. Terapeut by měl dítě podpořit, aby své emoce a pocity vyjadřovalo, neboť to může zmírnit jejich intenzitu a prožívání (Guitar, 2006). Užitečnou příručkou se nabízí publikace od Chmelové a Reardonové (2005) s názvem *The The School Age Child Who Stutters: Working Effectively With Attitudes And Emotions*. Jedná se o workbook pro děti, který se zaměřuje na to, jak vyjádřit emoce související s jejich koktavostí a jak s nimi nakládat.

2. 2. 3 Chronická koktavost (*advanced stuttering*)

Lidé s chronickou koktavostí za sebou zpravidla mají delší období, kdy se museli potýkat a vyrovnávat se svým komunikačním problémem, a často se to velmi znatelně projevuje na jejich osobnosti. Skutečnost, že koktají, bývá mnohdy dominující charakteristikou, jíž sami sebe hodnotí (Guitar, 2006; Lechta, 2010). Vědomí poruchy se v dospívání zvyšuje a problémy se často posouvají do oblasti psychické tenze. Převažující emocí bývá strach, a to nejen z nepříjemných následků zakoktání, ale i ze zadrhnutí samotného. Předvídaní (*anticipation*) nebo očekávání (*expectancy*) zadrhnutí bývá jeden z nejvíce nepříjemných aspektů koktavosti (Bloodstein, 2008). Jedinci s koktavostí v době zadrhnutí často prožívají chvilkovou ztrátu kontroly. Někteří hovoří o prožívání malé smrti (*petit mort*) (Van Riper, 1982) nebo o zmatení a mentální prázdnotě (*mental blankness*) (Bloodstein, 2008). Bývá patrné sebekritické myšlení, emocionální zainteresovanost na koktavost, vývoj neurotických symptomů, zoufalství a občas i agresivita nebo pokusy o sebevraždu (Wirth, 1990, in Lechta, 2010). Koktavost se také může stát zdrojem poruch sociálních vazeb, u některých jedinců vede k pasivitě a izolaci ve společnosti. V případě negativních reakcí okolí dochází ke vzniku obav ze sociálního odmítnutí, zavržení nebo jiné formy ponížení (Kršňáková, 2004). Někdy se jedinci s touto NKS setkávají se stigmatizací a téma koktavosti bývá tabuizováno (Blood, 2003, in Lechta, 2010). Kršňáková (2004) však upozorňuje na to, že představa, že společnost odmítá jejich verbální projev, je mylná a často pramení z jednotlivých negativních zkušeností, které jedinec s koktavostí v interakci s druhými prožil (Kršňáková, 2004). Guitar (2006) zdůrazňuje, že koktavost je především v mysli jedinců s koktavostí než posluchačů, a doporučuje pomoci jim přijít na to, že okolí o jejich NKS nemá negativní smýšlení.

Cílem terapie v této fázi koktavosti je zejména dosažení pozitivních postojů a pocitů související s komunikací navzdory přetrvávající koktavosti (Lechta, 2010). Důležitá je práce se strachem ze slov a situací. Strach a únikové reakce totiž aktivují svalové napětí a z toho pocity uvíznutí (*stuck*). Schopnost zastavit pocity boje a přijmout a tolerovat prožitky zaseknutí snižuje napětí a pravděpodobně poskytují pozitivnější feedback do mozku (Guitar, 2006). Podobně Dezort (2019) uvádí mezi terapeutickými cíli dospělých jedinců s koktavostí kromě snížení frekvence neplynulostí a snížení fyzické tenze také omezení negativního vnímání a myšlenek doprovázejících koktavost a omezení vyhýbání se situacím, slovům, či lidem.

Lechta (2004, 2005) zdůrazňuje, že terapie psychické tenze je plně v kompetenci psychologa či psychiatra. Stejně tak Peutelschmiedová (2000) považuje psychologickou intervenci za nezbytnou součást téměř každé terapie koktavosti. Spolupráci s psychologem či psychiatrem považuje za účinnou také Dezort (2019).

Jedním z doporučených přístupů při terapii psychické tenze u koktavosti je využití kognitivně – behaviorální terapie (Ratner, 2005), které podrobně popisuje Menzies, Onslow, Packman a O'Brian (2009). Dále lze využít také techniku systematické desenzibilizace (Ratner, 2005; Lechta, 2005; Dezort, 2019), jejímž cílem je snížení nebo odstranění strachu a negativních emocí doprovázejících koktání. Jednou z používaných forem je pseudokoktavost neboli záměrné koktání (*voluntary stuttering*) (Kršňáková, 2004). Klient záměrně vyvolává negativní podnět (zadrhnutí), a díky němu postupně dochází k vyhasnutí negativní reakce na něj. Tato technika se využívá i mimo terapeutickou místnost a vede ke zvládnutí pocitu strachu a postupné kontrole nad momentem zakoktání. Další formou systematické desenzibilizace je otevřené mluvení o problému, kterým se postupně odbourává strach z reakce okolí. Odbourávání strachu v tomto případě pomáhá také skutečnost, že reakce okolí jsou ve většině případů pozitivní (Dezort, 2019).

Dalších terapeutických přístupů k léčbě koktavosti a jejich dopadů existuje celá řada, vzhledem k rozsahu práce se jimi nyní nebudeme podrobně věnovat. Evidence – based přístupy se zabývá ve své práci například Ratner (2005). Nové terapeutické programy praktikované v zahraničí popisuje kniha *Stammering therapy from the Inside. New perspectives on working with young people and adults* (Cheasman, Everard, & Simpson, 2013).

V souvislosti se snižováním psychické tenze u koktavosti stojí za zmínku také svépomocné skupiny. Jedná se o setkávání několika jedinců s koktavostí, kdy sdílejí své zkušenosti a vzájemně se motivují v překonávání svých problémů. Svépomocná skupina může zlepšovat jejich kvalitu života a psychologický well-being (Boyle, 2013).

3. PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY KOKTAVOSTI

Tato kapitola, která se zaměřuje na psychologické aspekty životní zkušenosti s koktavostí, představuje stěžejní část teorie předkládané práce. Členění kapitol bude kopírovat tematické okruhy zahrnuté v rozhovorech našeho výzkumu. Zvýšená pozornost bude věnována rodině a škole, tedy prostředím, které mohou ve velké míře ovlivnit, jak se bude jedinec se svou NKS potýkat během celého svého života.

Životní zkušeností s koktavostí a jejími psychologickými aspekty se zabývaly také některé zahraniční studie (Corcoran & Stewart, 1998; Tichenor & Yaruss, 2019; Connery, McCurtin, & Robinson, 2019; Boyle, Beita-Ell, & Milewski, 2019), kterým vzhledem k omezenému rozsahu práce nebude věnována zvláštní kapitola. Jejich významná zjištění budou uvedena v souvislosti s výsledky našeho výzkumu.

3. 1 Rodina

Rodinné prostředí je zpravidla první, které si koktavosti dítěte povšimne a které na něj nějakým způsobem reaguje. Ačkoliv způsob rodičovské výchovy nijak významně neovlivňuje výskyt koktavosti (Fraser, 2000), rodiče mohou svým přístupem k problému řečový projev dítěte zhoršit nebo zlepšit (Peutelschmiedová, 2007). Tato skutečnost klade na rodiče velké nároky. Kromě nastavení příznivého rodinného klimatu, dodržování vhodných pravidel pro komunikaci a zařizování návštěv odborníků se rodiče často musí vypořádávat také se svými emocionálními reakcemi a psychickými stavy, které s sebou koktavost jejich dítěte nese. Dalo by se říci, že koktavost dítěte je vlastně problémem celé rodiny (Peutelschmiedová, 2007).

Nejdůležitější rodičovský cíl při péči o dítě s koktavostí nesouvisí bezprostředně s metodami korekce koktavosti. Zásadním cílem je zejména to, aby si dítě bylo absolutně jisté, že i když má problémy s řečí, je a vždycky bude rodiči bez jakýchkoliv podmínek milováno. Pokud dítě nebude vnímat toto bezvýhradné přijetí, hrozí, že mu ani jakkoliv intenzivní odborná péče nepomůže. Rodiče by se měli k dítěti s koktavostí chovat stejně jako k ostatním dětem a nedávat mu podněty k tomu, aby si připadalo jako nevydařené a méněcenné. Například rodičovský soucit může v rodině velmi škodit – nejen že může ubližovat sourozencům, kteří žárlí, ale nepomáhá ani dítěti samotnému. To se chce cítit stejně, jako ostatní děti (Lechta & Králíková, 2011). Vliv na projevy koktavosti může mít také vztah mezi rodiči. V nestabilních

rodinách, kde se často vyskytují spory a hádky mezi otcem a matkou, dítě prožívá pocity ohrožení a jeho koktavost se může zhoršovat (Peutelschmiedová, 1994a).

V rodině dítěte s koktavostí je vhodné nastavit určitá pravidla komunikace, která budou platit pro všechny členy rodiny – jak pro rodiče a sourozence, kteří mluví plynule, tak pro dítě s řečovými problémy. Může to být například zásada neskákat si do řeči, poskytnout možnost a příležitost promluvit každému, kdo bude chtít, a pravidlo, že každý mluví sám za sebe, nikoli za druhého. Důležité je nastavit v rodině atmosféru, kdy se nikdo nikomu nebude posmívat a všichni budou usilovat o to, aby se nikdo necítil nešťastný a všichni si vzájemně pomáhali (Peutelschmiedová, 1994c).

Sourozenci někdy chtějí svému bratrovi či sestře s koktavostí pomoci a snaží se ho učit mluvit plynule. V tomto případě je vhodné promluvit si s pomáhajícím sourozencem mezi čtyřma očima a vysvětlit mu zásady efektivní pomoci (Lechta & Králiková, 2011). Rodiče v australském výzkumu referovali o tom, že sourozenci někdy komunikaci s dítětem vzdají, jindy mluví za něj, překládají, co asi chce říci, nebo jsou jeho tlumočníky. Někdy působí podpůrně a snaží se usnadnit hru, jindy jsou ale panovační, netrpěliví a škádliví (Langevin, Packman, & Onslow, 2010). V některých případech také sourozenci koktavost napodobují. Peutelschmiedová (1994c) zdůrazňuje, že rodiče toto nesmí svým dětem dovolovat. Je důležité jim vysvětlit, že jakékoliv posmívání či nevhodný způsob interakce stěžuje jejich sourozenci podmínky pro mluvení. Je však důležité nezapomínat také na prožívání sourozenců a uvědomit si, že koktavost nepředstavuje problém pouze pro dítě s koktavostí. Sourozenec se může v rodině cítit ostrčený a také se může za svého bratra či sestru s koktavostí mezi kamarády stydět (Řepová, 2007).

V souvislosti s povídáním o tom, co to vlastně koktavost je, Peutelschmiedová (1994c) doporučuje mít připravené jedno vysvětlení, které rodiče použijí při rozhovoru s dítětem s koktavostí, jeho sourozenci, kamarády i všemi ostatními z okolí. V takovém případě pak rodinní příslušníci i okolí dítěte pohlíží na jeho řečový problém stejným způsobem. Stejně vysvětlení také povzbudí celou rodinu ke shodné reakci na samu skutečnost koktavosti i na dítě, které koktá.

Děti s koktavostí někdy potřebují více odpočinku než jiné děti, proto je důležité vytvářet klidné rodinné zázemí. Koktavost může také zhoršovat velké vzrušení různého druhu, Peutelschmiedová (1994c) proto nedoporučuje například přílišné sledování televize. Nevhodné

také je vystavovat dítě stresovým situacím, kdy mu rodiče plynulost řeči doslova znemožní. Jedná se například o styl dialogu způsobem „bombardování“. Autoři Lechta a Králiková (2011) doporučují vyloučit neodbytné a naléhající otázky a spíše otevírat témata k dialogu nenásilným způsobem. Upozorňují také na nevhodné vysílání dvojité zpětné informace – například když rodiče dítěti řeknou, že na něj mají čas, a současně svým sledováním hodiněk vysílají informaci o pravém opaku. Dell (2004) vyzdvihuje užití opakované stimulace, kdy rodič dítěti vrací zpět plynule obsah jeho výpovědi a více naslouchá, než se ptá. Tím mu poskytuje klidné a řečově uvolněné chvíle, při kterých by dítě mělo pocítit, že jsou určené pouze jemu. Dell také zastává názor, že ve dnech, kdy děti mluví plynuleji, by se rodiče měli pokoušet povzbuzovat je k řeči a v čase neplynulosti naopak bez vědomí dítěte řečové příležitosti spíše snižovat. V horších dnech je vhodné zařadit aktivity jako je jízda na kole nebo společné stavění ze stavebnice. Při těchto činnostech dítě nemusí moc mluvit, ale rodič mu poskytuje náklonnost a blízkost.

Důležité je také předejít zahanbení dítěte a nedělat z něj před návštěvami „cvičenou opičku“. Občas je také na místě dočasně zapomenout i na „slušnou výchovu“. U příkazů typu „pozdrav“ nebo „poděkuj“ je dítě vystaveno dvojnásobné zátěži – je nuceno mluvit, a navíc musí říci konkrétní větu či slovo, které pro něj zrovna může být obtížné. Z psychologického hlediska se tento postup nepokládá za vhodný (Lechta & Králiková, 2011).

Obecně by rodiče měli podporovat své děti ve všem, co jim dělá radost, a budovat jejich sebedůvěru i prostřednictvím ocenění silných stránek nesouvisejících s mluvením. Pochvaly za plynou mluvu se nedoporučují, neboť s sebou nesou riziko, že u dítěte vyvolají negativní pocity a dítě si začne uvědomovat své problémy (Lechta & Králiková, 2011; Peutelschmiedová, 2007). Pokud chtějí rodiče dítě v souvislosti s mluvením pochválit, pochvala je na místě například za dodržení doma stanovených pravidel rozhovoru (Peutelschmiedová, 1994c). Rodiče by neměli před dítětem jeho řečový problém ventilovat, ale zároveň mu dát prostor otevřeně o všem hovořit (Peutelschmiedová, 2007).

Jedním z možných problémů mezi rodičem a dítětem s koktavostí bývá tabuizace problému. Někdy se stává, že dítě svou koktavost před rodiči tají a rodiče zase předstírají, že si koktavosti svého dítěte nevšimli. Dochází tak k oboustrannému předstírání, že se nic neděje. Ve skrytu ale tento přístup vzbuzuje spíše pocity sklíčenosti a znepokojení (Fraser & Perkins, 2007). Autoři knihy *Koktáš? Nezoufej!* uvádí hned několik vysvětlení, proč se rodiče se svými dětmi o jejich řečovém problému nebaví. Rodiče si mohou myslet, že se dítě o koktavosti bavit nechce, nebo

tomu může být naopak. Možná v koktavosti svého dítěte nevidí až takový problém, nebo o tématu nic moc neví, a tak si nedokáží představit, o čem by se s dítětem měli bavit. Bývá to pro ně téma, ze kterého jsou nesví a mají stísněné pocity. Autoři nabádají čtenáře s koktavostí k tomu, aby téma koktavosti s rodiči otevřeli, a poskytují jim praktické tipy, jak na to. Považují za důležité, aby děti s rodiči otevřeně mluvili o tom, co v souvislosti s koktavostí prožívají a jakou formu podpory od rodičů nejvíce potřebují. Nevhodné rodičovské snahy jako jsou nejrůznější úlevy totiž v dětech často vzbuzují pocity méněcennosti a frustrace a nevedou ke zlepšení (Fraser & Perkins, 2007).

Účastníci australské studie o rodičovských stylech a attachmentu u školáků s koktavostí popisovali svou frustraci nejen ze způsobů, kterými se jim rodiče snaží pomoci, ale také z toho, jak rodiče o jejich koktavosti referují v jejich okolí. Například učitelé ve škole se o koktavosti ve velké většině dozvěděli právě od rodičů. Respondenti výzkumu se shodují, že by uvítali větší míru autonomie v rozhodování o tom, jak se svou koktavostí budou v životě nakládat – komu a do jaké míry o ní budou povídat, jaké odborníky navštěvovat a podobně (Lau, Beilby, Byrnes, & Hennessey, 2012).

Rodičovské snahy co nejvíce ulehčit život s koktavostí – domlouvat mu úlevy a všechno, co je jen trochu spojené s mluvením dělat za něj – nejsou efektivní. Úkolem dítěte je totiž naučit se náročné situace spojené s koktavostí zvládat, nikoliv se jim vyhýbat. Mlčáková poukazuje na to, že mnozí jedinci s koktavostí se s pro ně komunikačně náročnějšími situacemi velmi osobně potýkají na vysoké škole, tedy v době, kdy se osamostatňují a jsou situacím vystaveni (např. při jednání na studijním oddělení, při prezentaci před spolužáky, při argumentaci svého návrhu řešení apod.). Do té doby jim v některých případech pomáhají situace řešit např. rodiče, případně jsou jim nabízeny formy komunikace písemnou formou, které neumožňují trénink promluvy. Je výhodou, pokud student s koktavostí na vysoké škole má zvládnuty efektivní strategie komunikace mluvenou formou řeči, což však ne vždy bývá. Snížit citlivost k prožívání problémových situací však lze, pokud těmito situacím budeme klienty s koktavostí s odbornou podporou vést a vystavovat. V CPSSP je studentům s koktavostí poskytován integrativní terapeutický program, jehož součástí je mimo jiné trénink komunikace v terénu. Předpokladem této řízené činnosti je skutečná spolupráce klienta, rodičů, sourozenců, logopeda, psychologa, učitele a dalších zúčastněných v běžném životě klienta (R. Mlčáková, online sdělení, 1. dubna 2020).

Další důležitou oblastí, které je ve spojitosti s rodinou dítěte s koktavostí potřeba věnovat pozornost, je dopad tohoto problému na zbývající členy rodiny, zejména na rodiče. Toto téma je však dlouhodobě výzkumníky přehlíženo (Yairi & Ambrose, 2005; Langevin, Packman, & Onslow, 2010).

Jednou z výjimek je výše zmíněná australská studie z roku 2010, která sbírala kvalitativní i kvantitativní data mapující rodičovské vnímání dopadu koktavosti na jejich dítě a na ně samotné. Více než 90 % rodičů uvedlo, že koktavost jejich dítěte nějakým způsobem dopadá i na ně. Jako nejčastější reakce a psychické stavy rodiče uváděli obavy, úzkost, starosti, nejistotu, frustraci a sebeobviňování se z koktavosti svého dítěte. Obavy se týkají především toho, aby jejich děti neztratily sebevědomí a sebejistotu, aby zvládly v životě komunikovat efektivně, navazovaly uspokojivé vztahy a nebyly mylně považovány za osoby se sníženým intelektem. U některých rodičů byly zvýšené obavy způsobené také tím, že mají s koktavostí a jejím sociálním dopadem sami vlastní zkušenosti. Pouze jeden z rodičů v celém výzkumu uvedl, že koktání negativně ovlivnilo jeho pouto s dítětem. Autoři však upozorňují, že toto zjištění poukazuje na potenciální hloubku dopadu, který koktavost na vztah rodičů s dětmi může mít (Langevin, Packman, & Onslow, 2010).

Komparaci australského výzkumného šetření s českým vzorkem provedla v rámci své bakalářské práce Čokovská (2013). Výsledky ukázaly, že čeští rodiče mají téměř ve všech dotazovaných oblastech negativnější pohled než rodiče v Austrálii. V mnohém však byly odpovědi podobné. Čeští rodiče účastníci se tohoto výzkumu si často dávají za vinu vznik koktavosti svého dítěte a také mají tendence být ke svému dítěti vlídnější. Dalšími zmiňovanými pocity jsou podobně jako v Austrálii lítost, soucit, vztek, obavy, pocit bezmoci nebo strach z budoucnosti svého dítěte. Někdy se rodiče trápí také tím, proč se koktavost vyskytla právě u jejich dítěte (Čokovská, 2013).

Zebrowski a Schum (1993) ve svém článku o poradenství pro rodiče dětí s koktavostí upozorňují na to, že praktické tipy a doporučení přístupů k dětem s koktavostí nejsou to jediné, co rodiče od konzultace s odborníkem potřebují. Úkolem odborníka je pomoci jim celé situaci i vlastnímu prožívání porozumět a adaptovat se na specifické problémy, které s sebou koktavost dítěte do rodiny vnáší. Problémem v praxi však často bývá skutečnost, že pro práci s rodiči není vyhrazen dostatek času. Přitom je velmi důležité, aby rodiče měli prostor ventilovat své emoce, pochybnosti a obavy. Odborník by měl rodičům vyjádřit pochopení a pomoci jim si uvědomit,

že jejich prožívání představuje normální a přirozené lidské reakce, za které se nemusí stydět. Nebývá neobvyklé, že rodiče koktavost svého dítěte přímo nesnáší. Aby rodiče dokázali naslouchat koktavosti svého dítěte bez emocí, je zpravidla běh na dlouhou trať. Důležité je rodičům vyvrátit přetrvávající pověry o koktavosti a snímat z nich pocity viny (Dell, 2004; Peutelschmiedová, 2007; Lechta & Králiková, 2011). Provinilí a nedostatečně informovaní rodiče svému dítěti nemohou být moc prospěšní. Pocity provinění rodičů mohou mít navíc na dítě i neblahý vliv, protože dítě může vnímat, že je příčinou jejich starostí, a zpětně to prožívat jako vlastní provinění (Dell, 2004). Někteří rodiče také mají tendenci svoje děti z koktavosti obviňovat. Řepová (2007) však zdůrazňuje, že protestní ani záměrná koktavost u dětí neexistuje.

Dell (2004) navrhuje, že nejlepší způsob, jak snížit pocity rodičovského selhání, je jejich zapojení do intervenčního procesu. Maximální rodičovská angažovanost by podle něj měla být prioritním cílem terapie. S větším zapojením rodičů zpravidla bývá terapie úspěšnější, protože rodiče jsou lépe instruováni, co mají s dítětem dělat. Pro rodiče také může být přínosné, když mohou nahlédnout do interakce mezi dítětem a odborníkem a zažít pocit uvolnění, postoj bez odsuzování a otevřenost vůči problému. Obzvláště v předškolním věku dítěte je navíc místo a posláním rodičů v terapii koktavosti téměř nezastupitelné, neboť většina úkolů souvisejících s terapií či prevencí je vázána právě na rodinné prostředí (Lechta & Králiková, 2011).

3. 2 Škola

Z období začátku školní docházky si děti s koktavostí zpravidla pamatují své první zážitky s koktavostí. Jedná se o věk, kdy si děti začínají uvědomovat, že mají s řečí problém. Incipientní forma se začíná fixovat a v souvislosti s problémy v řečovém projevu se začíná objevovat i psychická tenze (Lechta, 2010).

Lechta a Králiková (2011) uvádí ve spojitosti s nástupem do školy možnost vzniku tří nežádoucích situací – zhoršení řeči, vznik koktavosti nebo recidivu koktavosti. Řepová (2007) upozorňuje na to, že škola zpravidla nebývá příčinou vzniku koktavosti, ale pouze podnětem, který příznaky neplynulosti v řeči zvýrazní. Statistická fakta, která uvádějí prudký nárůst koktavosti ve věku 6 let, jsou často nesprávně vykládána. Děti totiž mnohdy pociťují problémy s řečí už dříve, ale svoji situaci řeší tím, že nemluví. Ve škole však už mluvit musí, a proto jejich koktavost začíná být zřetelnější. Rodina by měla být na její zvýrazněné projevy v době nástupu do školy připravena. V souvislosti s koktavostí může mnohé rodiče napadat také otázka

odložení školní docházky. Pokud je dítě fyzicky, psychicky i sociálně vyzrálé, tento řečový problém by neměl být podnětem k odkladu (Řepová, 2007).

Podle Lechty a Králikové (2011) souvisí negativní vliv školního prostředí na děti s koktavostí zejména s nedostatečnou informovaností. Pedagogové jsou obecně o problematice této NKS málo informováni. Rodiče navíc často o koktavosti svého dítěte se školou nemluví a škola zase často neinformuje rodiče, pokud ve spojitosti s koktavostí dochází k šikaně a posmívání (Lechta & Králiková, 2011). Na nerozpoznané děti s koktavostí ve školních třídách upozorňuje také (Peutelschmiedová, 2001), který uvádí, že jich je mezi žáky více než těch, u kterých je koktavost patrná. U těchto „skrytých dětí s koktavostí“ je však možné pozorovat chování, které o koktavosti vypovídá. Patří sem například vyhýbání se slovním kontaktům, využívání řečové strategie s náhradními slovy, opisy, pomlkami a podobně.

Na nedostatečné povědomí o koktavosti mezi učiteli poukazují i některé zahraniční studie. Například výzkum Arnolda, Li a Goltla (2015) ukázal, že učitelé nemají o koktavosti lepší povědomí než příslušníci jiných profesí. Jiný výzkum přišel se zjištěním, že studenti učitelství i učitelé samotní by uvítali lepší informace o koktavosti a také o tom, jak nejlépe nastavit podmínky a pravidla ve třídě dítěte s koktavostí (Panico et al., 2018). Plexico, Plumb a Beacham (2013) zaznamenali učitelský vhled do problematiky koktavosti v určitých oblastech, ale neporozumění v jiných.

Školní prostředí je pro děti s koktavostí důležitým zdrojem zkušeností. Na tom, jak se dítě bude ve škole cítit, mají velký podíl jeho spolužáci a učitel (Řepová, 2007). Učitel je vzorem a jakýmsi rozhodujícím spolutvůrcem třídní atmosféry (Peutelschmiedová, 1994a). Jeho pojetí a podpora může být pro dítě rozhodující. Děti totiž často samy sebe hodnotí podle pojetí dospělých, na kterých jim záleží a kterým důvěřují (Peutelschmiedová, 1996). Pokud však mají učitelé o koktavosti nepřesné a nedostatečné povědomí, je tu riziko, že nedokáží zaujmout správný postoj a vytvořit dítěti co nejvhodnější podmínky (Arnold et al., 2015). Ve výzkumu, který provedli Hayhow, Cray a Enderby (2002), velká část respondentů cítila, že učitelé nerozumí jejich obtížím. Flynn a Louis (2011) navrhuje jako vhodnou intervenci ke zlepšení povědomí o koktavosti kombinaci vzdělávacího videa a besedy s člověkem s koktavostí, který může všechna specifika prožívání a potřeb jedinců s koktavostí přiblížit učitelům ze všech nejlépe.

Koktavost žáka může být pro učitele velmi zatěžující element, protože na něj klade nároky nad rámec jeho kompetencí. Eelco (2002) se zamýšlí nad tím, že někdy může být koktavost pro učitele ještě náročnější než pro dítě samotné. Učitel je totiž zodpovědný za nastolení příznivé atmosféry a dodržování zásad, kterými se mají řídit rodiče. Pedagogové si však často nejsou jisti, jak k žákovi s koktavostí správně přistupovat. Navíc se musí vypořádávat s vlastními pocity doprovázejícími zakoktavání svěřeného žáka. Téměř polovina učitelů participujících na výzkumu Plexica et al. (2013) referovala o tom, že když dítě koktá, cítí se bezmocně, přibližně třetina pak pociťuje úzkost. Peutelschmiedová (1996) upozorňuje na to, jak si mnohdy neuvědomujeme, že projevy těchto našich stavů mohou dětem ubližovat. K tomu, jak nejlépe k žákovi s koktavostí přistupovat, však neexistuje jednoduchý pokyn. Čeští i zahraniční autoři se shodují na tom, že nejúčinnější pro obě strany je, pokud se dítě s učitelem o všem otevřeně a důvěrně pobaví a společně pak budou moci vytvořit ve třídě vyhovující podmínky (Bendová, 2011; Peutelschmiedová, 1994a, 2001; Plexico et al., 2013). Dohoda se může týkat například způsobu vyvolávání (učitel nebude vyvolávat dítě, pokud se samo nepřihlásí) nebo hlasitého čtení. Problémy žáka s koktavostí se tím sice neodstraní, ale velmi výrazně se může snížit míra stresu, a to na obou stranách (Peutelschmiedová, 2001).

Důležité je zmínit, že i učitel má svoje limity, a pokud se na práci s dítětem s koktavostí z jakéhokoliv důvodu necítí být kompetentní, měl by si svoji situaci přiznat a přistoupit k nějakému opatření (například přeradit dítě do jiné třídy a podobně) (Peutelschmiedová, 1996). Řepová (2007) zdůrazňuje také to, že z koktavosti dítěte bychom neměli obviňovat ani rodiče, ani školu.

Peutelschmiedová (1994c) zastává názor, že komunikace s dětmi s koktavostí by měla vycházet ze základního principu netabuizovat problém. Vhodné je bavit se v soukromí, mezi čtyřma očima. Ne vždy však panuje mezi učitelem a žákem hned od začátku důvěra, kdy je dítě ochotné se o problému bavit. To by však učitel neměl vzdát. Měl by být k dítěti citlivý a dávat mu najevo, že o jeho problémech ví a chtěl by mu pomoci. V žádném případě není vhodné uchylvat se v komunikaci s dítětem s koktavostí ke zjednodušenému až „miminkovskému“ projevu, neboť to pro něj bývá velmi zraňující (Peutelschmiedová, 1994c). Pokud učitel pozoruje, že dítě má ve třídě své místo a kamarády, kterými je přijímáno, bývá lepší problém neotvírat (Peutelschmiedová, 2001).

Vlastní terapii koktavosti by však měl učitel přenechat odborníkům. S nimi pak může konzultovat správnost přístupu k dítěti, případně integrovat prvky terapie do výuky (Bendová, 2011). Na vzájemnou spolupráci odborníka a učitele je potřeba vyhradit prostor, na což se v praxi bohužel zapomíná (Dell, 2004).

Mezi obecná doporučení učitelům patří například spojování řeči s příjemnými činnostmi a povzbuzování dítěte k vyjadřování pocitů. Důležité také je přistupovat k dítěti vždy stejně, ať už se zrovna jedná o jeho plynulejší nebo neplynulé období. Vhodné také může být integrovat do výuky rytmizační cvičení, cvičení s pohybem, případně prvky muzikoterapie (Bendová, 2011). Pokud se dítě chce zúčastnit slovních třídních aktivit, učitelé by mu to měli umožnit, v opačném případě na něj však nenaléhat. Pokud pedagog chce dítě chválit, v žádném případě není vhodné chválit jej za to, že nekoktá. Dobré je oceňovat ho především za to, že mluví (Peutelschmiedová, 1996) a vyjadřuje své myšlenky (Scott, 2009).

Učitel dítěte s koktavostí má také úkol pracovat s celým třídním kolektivem. Ten je potřeba vést k tolerantnosti k odchylkám a vysvětlovat, že každý je nějakým způsobem odlišný. Spolužáci dítěte s koktavostí by měli chápat, že případné úpravy vzdělávacích podmínek nepředstavují pro dítě žádná privilegia, ale pouze mu pomáhají vypořádat se lépe s jeho řečovými problémy (Bendová, 2011). Po domluvě dítěte a učitele je možné v rámci výuky prodiskutovat situaci i problematiku koktavosti s celou třídou, případně si samo dítě může připravit referát o svém řečovém problému. Spolužáci pak lépe pochopí dohodu mezi ním a učitelem (Peutelschmiedová, 1996). Podle Guitara (2006) je otevřené povídání si o koktavosti se svými kamarády jeden z nejlepších způsobů, jak pracovat se strachem, studem a fyzickou tenzí, kterou emoce kolem koktavosti vyvolávají.

Ve školní třídě dítěte s koktavostí je důležité zvážit zařazování soutěží s časovým faktorem („Kdo první řekne...!“, „Kdo první vyjmenuje...!“) (Bendová, 2011). Ve třídě, kde spolužáci vykřikují své odpovědi, se dítě s koktavostí nikdy nemůže cítit dobře. V takovéto soutěži totiž nemůže obstát. Peutelschmiedová (1996) doporučuje soutěživost kvůli dítěti s koktavostí ve třídě zásadně neomezovat, ale zvolit například písemnou formu odpovědí. Obecně by všichni žáci měli být ujištěni, že každý bude mít na odpověď tolik času, kolik potřebuje, a že je důležité, jak žák přemýšlí, nikoliv jak rychle odpoví. Pedagogové by také neměli vyvolávat podle abecedy či zasedacího pořádku, neboť okamžiky vyčkávání zvyšují strach, tenzi a úzkost (Peutelschmiedová, 1994a; Guitar, 2006).

Velkým tématem mezi učiteli dětí s koktavostí je také poskytování nejruznějších úlev. Pedagogové například mívají tendence dítě raději nevyvolávat. Někdy z důvodu vlastní netrpělivosti a nedostatku času čekáním na odpověď, často proto, aby ho netraumatizovali. Ve skutečnosti mu však tímto přístupem spíše ubližují. Dítě s koktavostí se postupně stává pasivním návštěvníkem školy (Peutelschmiedová, 1994a; Řepová, 2007). Nenaučí se soustavně pracovat, ztrácí zájem a postupně se mu začne zhoršovat průměr. Kvůli úlevám může také docházet k záškoláctví, ve vyhrocené formě až k sebevraždě (Peutelschmiedová, 1994a). Děti s koktavostí si zpravidla nepřejí, aby s nimi ve školní třídě bylo nakládáno jinak než s ostatními, nechtějí si připadat ničím odlišní. To by měla být zásada přístupů všech učitelů – chovat se k nim stejně jako k ostatním žákům, s výjimkou toho, na čem se mezi sebou domluvili (Peutelschmiedová, 1996). Škola je zároveň prostředím, které připravuje dítě s koktavostí na život (Dell, 2004), učitelé by proto pro něj neměli budovat skleníkové prostředí. Dítě potřebuje trénink psychického otužování, učitel by mu však měl být na blízku a pomoci vždy, když to bude potřebovat (Peutelschmiedová, 1996). Stejný názor zastává také Mlčáková (2019), která považuje za vhodné, abychom umožnili dítěti s koktavostí otevřeně si připustit, pojmenovat, že se někdy zadrhne. Efektivnější cestu vidí v tom, nebát se s dítětem probírat tyto záležitosti už na základní škole a vystavovat ho v praxi náročnějším situacím, avšak vždy s podporou odborníků, kteří se specializují na problematiku koktavosti. Stejně tak Guitar (2006) se domnívá, že je důležité, aby se dítě projevovalo ve škole i mluveným projevem.

Nevyvolávání a úlevy ve škole můžou negativně ovlivnit školní úspěšnost i volbu budoucího povolání (Peutelschmiedová, 2007). Školní úspěšnost dítěte s koktavostí může být poznamenána také tím, že dítě často raději řekne, že nezná odpověď, než aby se s mluvením trápilo (Fraser & Perkins, 2007). Výzkum O'Briana, Jonese, Packmana, Menziese a Onslowa (2011) ukázal, že závažnost koktavosti signifikantně koreluje s nižším dosaženým vzděláním. Volba povolání bývá u jedinců s koktavostí omezována pocitem vlastní nedostatečnosti a zpravidla i horším průměrem. Koktavost však nemá příčinnou souvislost s mentální úrovní. Podle statistik mají jedinci s touto NKS spíše nadprůměrnou inteligenci, s klesající mentální úrovní ubývá též výskytu koktavosti. Jedinci s koktavostí také často zavrhuji povolání, která vyžadují řečovou zdatnost (Peutelschmiedová, 1996).

Řepová (2007) upozorňuje na to, že subjektivní pocit vlastní úspěšnosti či neúspěšnosti je velmi důležitý při vytváření hodnoty vlastního „já“. Trvalejší neúspěchy ji mohou ohrozit. Podle Peutelschmiedové (2001) je koktavost velmi náročné psychické postižení, u kterého

nezáleží až tak na míře a síle projevů koktavosti, jako spíše na osobním prožívání tohoto řečového problému. Ve škole se psychické problémy dítěte s koktavostí zpravidla vyhodnocují (Peutelschmiedová, 1994a). Ve výzkumu Hayhova et al. (2002) 95 % jedinců s koktavostí uvedlo, že koktavost je ve škole ovlivňuje, 56 % z nich referovalo o tom, že „hodně“. Situace a postavení žáka s koktavostí ve školní třídě může nabývat dvou extrémů – děti bývají úzkostné, plaché a uzavřené do sebe, ale z průměry napětí mohou být také agresivní (Peutelschmiedová, 1996). Mezi nejtěžší období se obecně řadí 2. stupeň základní školy, který klade na žáky nové nároky v podobě střídání učitelů a diferencovaných požadavků na zvládnutí učiva. Navíc se jedná o vývojové období „bouří a stresů“, pro které je typické negativní sebehodnocení. U jedinců s koktavostí je ještě umocněno neplýnulostí řeči a nutností vyrovnávat se s negativními reakcemi okolí, na které jsou v tomto období obzvláště citliví (Řepová, 2007).

Podle výzkumů má negativní zkušenost s výsměchem téměř polovina dětí už v mladším školním věku (Lechta & Králiková, 2011). Peutelschmiedová (1994a) se domnívá, že na posměch dřív nebo později dojde téměř u každého dítěte s koktavostí. Řepová (2007) doporučuje seznámit rodinu i okolí dítěte s koktavostí s tím, že většina těchto dětí je na reakce okolí výrazně citlivá. Pokud se někdo dítěti s koktavostí posmívá, mělo by okolí zasáhnout. Ideální však je, pokud se dítě dokáže vypořádat se situací samo. Potrestání těch, kteří se posmívají, totiž zpravidla nepomáhá a snahy učitelů zabránit posmívání bývají marné. Peutelschmiedová (1994a) považuje za efektivnější a rozumnější inspirovat se Američany, kteří se zaměřují spíše na to, jak naučit děti s koktavostí s posměchem počítat, vyrovnat se s ním a umět na něj reagovat. Fraser a Perkins (2007) nabádají děti s koktavostí k tomu, aby svým spolužákům pomohli k otevřenějším postojům vůči koktavosti například tím, že si o této problematice připraví referát.

Pokud se někdo dětem s koktavostí vysmívá, je na místě obezřetného přístupu, protože takový člověk může být potenciální iniciátor šikany (Bendová, 2011). O šikaně na základní škole referovali někteří respondenti v českých bakalářských a diplomových pracích zaměřených na koktavost (např. Schönová, 2014; Slouková, 2014; Špačková, 2016; Ševčíková, 2015; Ostrezi, 2013). Zkušenost jedinců s koktavostí se šikanou a dalšími negativními sociálními interakcemi popisují i rozsáhlé zahraniční výzkumy (Blood & Blood, 2004, 2007; Evans, Healey, Kawai, & Rowland, 2008; Langevin, Kleitman, Packman, & Onslow, 2009).

Podle Blooda et al. (2011) je u studentů s koktavostí mnohem větší riziko šikany než u jedinců, kteří nekoktají (44,4 % oproti 9,2 %). Z výzkumu stejných autorů z roku 2004 vyšlo najevo, že během posledního týdne bylo šikanováno 43 % adolescentů s koktavostí a 11 % adolescentů bez koktavosti. Menzies et al. (2009) se domnívají, že se zažívanou šikanou jedinců s koktavostí může souviset například rozvoj sociální úzkosti. Vztah šikany, úzkosti a sebevědomí u dětí a dospívajících s koktavostí potvrdila studie Cooka a Howella (2014). Psychické problémy související se šikanou v období dětství a dospívání mohou přetrvávat do dospělosti dlouho poté, co šikana ustane (Boden, van Stockum, Horwood & Fergusson, 2016; De Lara & De Lara, 2016).

3. 3 Osobnost a sebepojetí

Na otázku, do jaké míry a jakým způsobem koktavost ovlivňuje osobnost jedince, není jednoznačná odpověď. Podle Kršňákové (2004) velmi záleží na psychické odolnosti každého jedince a na tom, jak své narušení plynulosti přijímá. Vliv na individuální prožívání koktavosti má nejen jeho sebepojetí, psychické vyladění, sebevědomí a temperament, ale také prožité zkušenosti, které s okolím má (Kršňáková, 2004).

Kondáš (1983) uvádí, že koktavost zasahuje osobnost jedince zejména ve složce sebehodnocení, sebevědomí, emotivity a interpersonálního jednání. Podle charakteru a rozsahu psychických změn nabízí rozdělení jedinců s koktavostí do tří skupin. První jsou lidé, u nichž je koktavost víceméně monosymptomatická a nejsou u ní patrné známky narušení vztahu k sobě a okolí ani neurotické poruchy. Druhá skupina se vyznačuje nedostatkem sebevědomí, pocity méněcennosti, výkyvy nálad a velkým strachem z řeči. Jejich sociální vztahy jsou zúžené. Třetí skupina trpí výraznými neurotickými poruchami a sociální vztahy má minimální. Podle Kršňákové (2004) bývají jedinci s koktavostí spíše introvertního typu se zvýšenou anxiozitou a neurotickými příznaky jakými jsou tiky a logofobie.

Řepová (2007) zkoumala charakteristiku dítěte s koktavostí v rámci rozsáhlého šetření mezi jejich učiteli. Nejčastěji byl vnímán jako ochotný (90,3 %), samostatný (70,8 %) a pravdomluvný (68,1 %). Z negativních vlastností byla nejvíce zastoupena náladovost (47,2 %), která se objevila až na sedmém místě ve výčtu všech čtyřiceti možných vlastností. Náladovost připisuje autorka zejména nekonstantnosti symptomů balbuties, na které upozorňuje i Peutelschmiedová (1994a). U pozitivních vlastností jako je ochota, vlídnost a přívětivost nabízí možnou interpretaci, že jde o tendenci dětí vyvážit své řečové insuficience.

U samostatnosti se zamýšlí nad tím, zda se jedná o spontánní odezvu, nebo spíše o vlastnost podmíněnou strachem požádat o pomoc.

Sebepojetím u jedinců s koktavostí se zabývaly některé české diplomové práce (např. Libánská, 2017, Prusenovská 2008). Libánská (2017) svůj výzkum zaměřovala na to, zda se liší sebepojetí jedinců s koktavostí a intaktních osob ve vynořující se dospělosti. Výsledky potvrdily rozdíl pouze v globálním sebehodnocení, který měli jedinci s koktavostí nižší. Mezi hodnotami jasnosti sebepojetí a self – efficacy nebyl prokázán statisticky významný rozdíl. Prusenovská (2008) zkoumala sebepojetí u dospělých osob s poruchami plynulosti řeči, mezi které se kromě koktavosti řadí také breptavost. Ve své kvalitativní práci došla k závěru, že dotazovaní ve věku nad třicet let nevnímají svoji řeč tak kriticky jako mladší jedinci, ale znevýhodnění se cítí jak jedinci s koktavostí, tak s breptavostí.

Bloodstein (2008) upozorňuje na to, že ve výzkumech osobnosti jedinců s koktavostí se objevují inkonzistentní zjištění a žádný výzkum spolehlivě neprokázal, že by existovala konkrétní struktura osobnosti pro ně specifická.

Parent (1998) se domnívá, že neexistuje žádný společný povahový rys, který by mohl vyvolávat koktavost. Ke stejnému názoru dospěli díky svému výzkumu také Craig, Hancock, Tran a Craig (2003), kteří zdůraznili, že co se týče osobnosti či nálady, jedinci s koktavostí se nijak neliší od jedinců s plynulou řečí.

3. 4 Coping a resilience

Jak již bylo řečeno v předchozí kapitole, v otázce, na kolik koktavost zasáhne do života jedince, hraje důležitou roli jeho psychická odolnost a s tím související copingové strategie. Coping, neboli proces zvládání, je definován jako stále se měnící kognitivní a behaviorální úsilí jedince zvládnout, popřípadě tolerovat anebo zredukovat požadavky, jež zatěžují či dokonce převyšují jeho psychické zdroje (Lazarus & Folkman, 1984, s. 141, in Plexico, Manning, & Levitt, 2009a). U jedinců s koktavostí představuje coping způsob, jakým zpracovávají a řeší svůj problém a jak se se svou koktavostí vyrovnávají.

Strategie zvládání stresu dělí Lazarus a Folkmanová (1984) do dvou hlavních skupin, které tvoří strategie zaměřené na řešení problému (*problem – focused coping*) a strategie zaměřené na vyrovnávání se s emocionálním stavem (*emotion – focused coping*). Pokud je stresor vyhodnocený jako zvládnutelný a přístupný ke změně, užívá jedinec zpravidla strategie

změřené na řešení problému. Vyvíjí vlastní aktivitu a snahu konstruktivně danou situaci řešit, hledá postupy k identifikaci problému a možnosti jeho řešení. V rámci strategií zaměřených na zvládání emocí se snaží regulovat svůj emoční stav, k němuž došlo na základě působení stresu. Tyto strategie zahrnují například vyhýbání, užívání návykových látek, sebeobviňování, ventilování, pozitivní přerámování, hledání psychické podpory, přijetí, humor a náboženství (Lazarus & Folkman, 1984, in Plexico et al., 2009).

Pro dospělé jedince s koktavostí představuje jejich NKS chronický stresor, jehož projevy jsou navíc velmi variabilní a nepředvídatelné, což proces zvládání leckdy komplikuje. Při takto komplexním problému proto často užívají oba typy copingových strategií. U zvládání fyzických symptomů jsou vhodné strategie na řešení problémů například ve formě terapie. Kognitivní a afektivní následky koktavosti bývají zpracovávány spíše strategiemi zaměřenými na zvládání emocí (Plexico et al., 2009a; Plexico, Manning, & Levitt, 2009b).

Nepředvídatelnost projevů koktavosti bývá jedním z důvodů, proč se jedinci s touto NKS uchylují k maladaptivním strategiím zvládání, jakými jsou například vyhýbavé a únikové reakce, popření či vytěsnění. Tyto procesy zvládání sice poskytují dočasnou úlevu, jejich efektivita v čase však klesá (Plexico et al., 2009a; Plexico et al., 2009b). Jako úspěšnější se jeví hledání psychické podpory, kognitivní změny a motivovanost (Plexico, Manning, & DiLollo, 2005). O copingu se v české literatuře o koktavosti zmiňuje také Lechta, který upozorňuje na to, že tzv. dysfunkční coping může působit jako silný fixující faktor koktavosti (Lechta, 2010).

Jako úspěšné copingové strategie u koktavosti se jeví posílení sebe-konceptu, omezení únikového a vyhýbavého chování, asertivita (Plexico et al., 2009b), emocionální a kognitivní podpora od rodiny (Hughes, Gabel, Goberman, & Hughes, 2011) a skupinová terapie s dalšími jedinci s koktavostí (Boyle, 2013; Stewart & Richardson, 2004). Účastníci výzkumu referovali o tom, že se cítí emocionálně lépe, když ví, že existují lidé, kteří se potýkají kvůli koktavosti s podobnými obtížemi jako oni (Stewart & Richardson, 2004). Hughes et al. (2011) ve svém výzkumu zjistil, že jedinci s koktavostí touží po tom, aby jim rodinní příslušníci poskytli hlubší psychickou podporu při zvládání těžkostí, které s sebou koktavost nese.

Swartz, Irani a Gabel (2014) zkoumali, co za úspěšný coping považují samotní jedinci s koktavostí. Nejčastějšími odpověďmi bylo: nedovolit koktavosti, aby jim bránila v plnohodnotném životě, zvládat koktavost bez negativního dopadu a zakoušet pozitivní efekt technik a terapie koktavosti. S pozitivním efektem technik a terapie souvisí také zjištění

Plexica et al. (2009b), kteří zjistili, že pokud se jedinec s koktavostí soustředí na své individuální potřeby více než na obavy spojené s posluchačem, dokáže koktavost zvládat efektivněji. Za následky neúspěšného copingu naopak považovali účastníci výzkumu vyhýbání se, negativní dopad koktavosti na život, situaci, kdy terapie nepomáhá, a stav, kdy je coping náročný (Schwartz et al., 2014).

Rozdíly v postojích a reakcích na koktavost napříč jedinci s touto NKS a odlišná míra dopadu koktavosti na jejich život může mimo jiné souviset také s resiliencí. Ta vyjadřuje schopnost přizpůsobit se nebo vzdorovat nepříznivým situacím a krizím (Rutter, 1987). Studie, kterou provedli Plexico, Erath, Shores a Burruse (2019), se zaměřovala na posouzení sebepřijetí a životní spokojenosti jedinců s koktavostí a vlivu copingu a resilience na tyto proměnné. Výsledky ukázaly, že tito jedinci využívající vyhýbavé a maladaptivní copingové strategie vykazují nižší míru sebepřijetí, vliv na jejich životní spokojenost se však neprokázal. Oproti tomu nižší míra resilience pro ně znamenala jak nižší míru životní spokojenosti, tak nižší míru sebepřijetí. Craig, Blumgart a Tran (2011) zjistili, že jedinci s koktavostí s vyšší mírou resilience mají signifikantně vyšší level self-efficacy, sociální podpory a sociálního fungování než ti s nižší resiliencí. Vyšší míra resilience byla také spojena s adaptivnějšími copingovými strategiemi. Resilience a coping se tak jeví jako důležité faktory v otázce dopadu koktavosti na sebepřijetí a životní spokojenost (Plexico et al., 2019).

3. 5 Vztahy

3. 5. 1 Vztahy s vrstevníky

Navazování a udržování vrstevnických vztahů představují jedny z důležitých prvků zdravého psychického přizpůsobení a sociálního propojení. Skrze sociální interakce se navíc děti učí širokou škálu dovedností a zkušeností potřebných pro život. Vzhledem k tomu, že k těmto interakcím je potřeba komunikace, potýkají se jedinci s koktavostí v této oblasti často s problémy.

Obtíže s formováním přátelství a vztahů mají jedinci s koktavostí zejména v mladším věku (Hayhow, et al., 2002). Výzkum, který provedli Langevin et al. (2009), se zaměřoval na rozsah sociálního dopadu koktavosti mezi předškoláky. Většina vrstevnických reakcí byla neutrální nebo pozitivní (mezi 71,4 % – 100 %). Výsledky však poukázaly na to, že koktavost představovala určité sociální dopady u všech respondentů. Jedním z aspektů byly obtíže při vedoucím postavení jedince s koktavostí ve hře s vrstevníky, což poukazuje na negativní dopad

koktavosti při rozvoji vůdčích schopností dítěte. Další problematickou oblastí je participace ve hře „na něco“, kdy děti rozvíjí a upravují scénář verbální formou. Koktavost také omezuje děti při řešení konfliktů při hře a v účasti na diskusích (Langevin et al., 2009).

Stejní autoři zrealizovali výzkum také mezi rodiči dětí s koktavostí. Mimo jiné se rodičů ptali na vnímaný dopad koktavosti na jejich děti. Jen málo z nich koktání vnímalo jako aspekt snižující kvalitu života jejich dítěte (7,8 %) nebo snižující četnost, s jakou si jejich dítě hrálo s vrstevníky (13,2 %). Nejčastěji rodiče uváděli, že koktavost představuje u jejich dětí zdroj frustrace (81,8 %). Dalšími častými dopady koktavosti byla skutečnost, že koktání negativně ovlivnilo celkovou náladu dítěte (42,9 %), rozhovory s vrstevníky se zhoršily (39,5 %), děti ztratily sebevědomí (34,2 %), změnily způsob, jakým si hrály s vrstevníky (28,6 %), mluvily celkově méně (25,0 %) a často odcházely do ústraní (23,4 %). Změna způsobu hry s vrstevníky se projevovala omezenějším mluvením, frustrací, nižší mírou asertivity, ukončením hry, rozvíjením vzorce hry o samotě a u pár jedinců také agresivní hrou. Pokud jde o vrstevníky, pouze málo rodičů vnímalo, že by si vrstevníci s jejich dítětem hráli méně (6,5 %) nebo změnili způsob hry s dítětem (13,0 %). Více než čtvrtina rodičů však uvedla, že jejich dítě bylo kvůli koktavosti šikádleno (Langevin et al., 2010). Jak již bylo podrobněji rozebráno v předešlé kapitole, šikádlení se vstupem do školy přerůstá často v šikanu (Blood & Blood, 2004, 2007; Evans, Healey, Kawai, & Rowland, 2008; Langevin, Kleitman, Packman, & Onslow, 2009).

Ve výzkumu Ericksona a Blocka z roku 2013 vykazovali adolescenti s koktavostí z vlastního pohledu podprůměrné komunikační kompetence, zvýšený strach z komunikace a v porovnání s plynule mluvícími vrstevníky byli častěji šikádleni a šikanováni. Navzdory tomu se však většina z nich domnívala, že koktavost nemá vliv na to, zda se s nimi chtějí lidé kamarádit, zda je lidé mají rádi nebo jestli s nimi chodí ven. Je pravděpodobné, že se zvyšujícím se věkem si jedinci s koktavostí vybudují řadu copingových strategií, kterými překonávají negativní stereotypy a předsudky. Jednou z těchto strategií může být například snaha koktavost skrývat (Erickson & Block, 2013).

Skutečnost, že ve starším věku bývají dopady koktavosti na sociální vztahy menší, potvrzuje například práce Schönové (2014). V jejím výzkumu byla většina respondentů ve věku 19 až 27 let se svým sociálním okruhem spokojená. Někteří jedinci však vnímají koktavost stále jako omezující aspekt jejich sociálního života, protože se málo vyjadřují a mají pocit, že

je ostatní vlastně neznají. Zkušenost s navazováním přátelských vztahů však velmi závisí na tom, do jaké skupiny lidí se jedinci dostanou.

3. 5. 2 Partnerské vztahy

Navazování partnerských vztahů představuje jednu z oblastí, ve které koktavost nejbolestivěji vstupuje do života jedinců s touto NKS. Problémy s oslovováním potenciálního partnera kvůli koktavosti a vnímání koktavosti jako překážky k navazování partnerských vztahů uvádí většina jedinců s koktavostí (Hayhow et al., 2002). Jedná se přitom o důležitý vývojový úkol i přirozenou potřebu člověka v období dospívání a mladé dospělosti (Vágnerová, 2007, 2012).

Belgický výzkum z roku 2011 potvrdil, že dospívající a mladí dospělí s koktavostí mají omezenější možnosti romantických vztahů než jejich vrstevníci bez této řečové vady. Mezi vrstevníky jsou totiž hodnoceni jako méně atraktivní. Více než 40 % účastníků výzkumu uvedlo, že koktavost u protějšku by je odradila od jednoho nebo více kroků vedoucích k romantickému vztahu (zahájení konverzace, schůzka, participace na vztahu). Nejčastěji uváděnými důvody byl očekávaný problém v komunikaci (33,6 %), skutečnost, že by je koktavost provokovala (13,7 %), nedostatek trpělivosti (6,9 %) a neatraktivita koktavosti (9,6 %). Téměř 20 % respondentů nevidělo důvody, které by jim v navázání partnerského vztahu s osobou s koktavostí měly bránit (Van Borsel, Brepoels, & De Coene, 2011).

Americká studie z roku 2010 přišla s mírně odlišnými výsledky. Na přímou otázku, zda by respondenti chodili s člověkem s koktavostí, odpovědělo negativně pouze 12 % z nich, přibližně 30 % odpovědělo kladně. Zhruba polovina respondentů si nebyla jistá a své rozhodnutí by odvíjela od osobnosti, míry koktavosti, fyzické atraktivity a inteligence jedince s koktavostí (Mayo & Mayo, 2010).

Podobný výzkum provedla v českém prostředí Petrášová (2011) v rámci své bakalářské práce, která zjišťovala, jaký pohled mají studenti vysokých škol na osoby s koktavostí. Třem čtvrtinám respondentů by komunikace s nimi nevadila a pro 78 % z nich nepředstavuje koktavost negativní faktor v navazování kontaktů. Navázat partnerský vztah s osobou s koktavostí by dokázalo 80 % studentů a z nich pak 53 % v každém případě a 27 % za určitých podmínek. Těmito podmínkami byla vyrovnanost partnera s koktavostí, srozumitelnost projevu, vzájemná láska, stupeň koktavosti, chození do společnosti a snaha koktavost odstranit. Důvody

pro nenavázání vztahu s jedincem s koktavostí byly nedostatek trpělivosti, reakce veřejnosti, nepřítazlivost a špatné pocity (Petrášová, 2011).

Autoři Zeigler-Hill, Besser a Besser (2019) svým výzkumem upozornili na riziko negativního haló efektu ve vnímání jedinců s koktavostí. Haló efekt představuje obecné zkreslení ve formování dojmů, které zahrnuje u pozorovatele tendenci posuzovat člověka podle prvního dojmu. Pozorovatel předpokládá, že člověk, který vykazuje pozitivní charakteristiku (nebo negativní), bude mít i další charakteristiky konzistentní s prvním dojmem. Výsledky výzkumu těchto autorů ukázaly, že jedinci s koktavostí byli z hlediska navazování romantických vztahů méně žádaní než jedinci bez koktavosti. Jedním z důvodů byla tendence vnímat je jako málo extrovertní, málo sebevědomé a málo inteligentní. Výzkum tak odhalil další rozměr negativního haló efektu u koktavosti a jeho potenciální dopad na romantické vztahy osob s koktavostí (Zeigler-Hill et al., 2019).

Ve výzkumu mezi partnery, kdy jeden z nich trpěl koktavostí, však plynule mluvící jedinci nevnímali koktavost svého protějšku jako omezení jejich vztahu. Oba partneři vykazovali o koktavosti podobné znalosti, podobné reakce na koktavost a podobný vnímaný stupeň toho, jak tato řečová vada ovlivňuje komunikaci. Jejich odpovědi byly na otázky tohoto typu kongruentní. Z hlediska vnímaného dopadu na kvalitu života však nebyl mezi odpověďmi obou skupin zjištěn žádný vztah. Z toho vyplývá, že partneři si stále nemusí být plně vědomi skutečného rozsahu nepříznivého dopadu koktavosti na jejich protějšek, který trpí koktavostí. Bývají však svým protějškům oporou a mohou mít velký podíl na úspěšnosti terapie (Beilby, Byrnes, Meagher, & Yaruss, 2013).

3. 6 Pracovní sféra

Práce představuje pro člověka důležité sociální prostředí. Kromě toho, že se jedná o zdroj finančních prostředků, dává nám také pocit prospěšnosti ve společnosti a udržuje naše fyzické i duševní zdraví (Šmajš, 2002). Volba profesní orientace a povolání je pro mnohé náročný úkol, pro lidi s omezujícím faktorem ještě těžší (Řepová, 2007). U jedinců s koktavostí patří volba povolání k dalším citlivým životním obdobím, kdy si bolestivě uvědomují svoje limity (Lechta & Kralíková, 2011). Peutelschmiedová (2009) upozorňuje na to, že neexistuje povolání, které by pro ně bylo nevhodné. Za nevhodné považuje pouze takové, které tak označí jedinec s koktavostí sám. Není však překvapivé, že jejich představy o budoucím povolání koktavost často ovlivňuje a některým možnost výběru zužuje. Komunikační schopnosti jsou totiž jedním

z významných předpokladů pro získání práce, pracovní úspěšnost a stejně tak pro vybudování a udržení dobrých vztahů na pracovišti.

V českém prostředí se pracovní sférou u jedinců s koktavostí zabývala v rámci své diplomové práce Vykydalová (2014). Šetření probíhalo formou kvantitativního dotazníku určeného osobám starším 15 let. Výzkumu se zúčastnilo 67 respondentů, z toho 42 mužů (63 %) a 25 žen (37 %). Výzkum se věnuje analýze volby studijního oboru, procesu hledání práce, vlastním pohledům na své schopnosti a dovednosti a analyzuje pracovní zkušenosti osob s koktavostí. Výsledky ukazují, že většina respondentů vnímá koktavost jako faktor ovlivňující kvalitu života, při volbě studijního oboru však u většiny z nich nehrála roli. Nejvíce respondentů také uvedlo, že koktavost má nulový vliv na jejich pracovní výkony (38 %). Vykydalová se v rámci výzkumu dotýkala také tématu pracovních pohovorů osob s koktavostí. Výzkum ukázal, že s většími obtížemi s plynulostí řeči u pohovorů zpravidla klesala jejich šance na přijetí. Více než 20 % dotazovaných bylo upozorněno na obtíže s plynulostí řeči, 29 % spojuje neúspěch u pohovoru s koktavostí. Kvůli nutnosti absolvovat pracovní pohovor se někdy zřeklo pracovní nabídky 18 % respondentů. Jistá omezení v práci pociťuje 42 % dotázaných. Mezi neoblíbené aktivity patří školení větší skupiny zaměstnanců, zahajování telefonního hovoru a hlasitá prezentace před kolegy. Více než 70 % respondentů se na pracovišti nesetkalo s posměchem a 93 % nebylo donuceno kvůli koktavosti změnit práci (Vykydalová, 2014).

Podobný výzkum provedla také Kabátková (2016). Výzkum byl prováděn formou dotazníku, který byl sestaven pro osoby s koktavostí starší 18 let a byl zaměřený na jejich pracovní uplatnění. Zúčastnilo se 29 respondentů, z toho bylo 16 mužů (55 %) a 13 žen (45 %). Z výsledků vyplývá, že u 72 % respondentů koktavost ovlivnila výběr povolání, a to zejména tak, aby se nejednalo o pracovní pozici náročnou na komunikaci. Z hlediska zaměstnanosti nebývá koktavost důvodem problémů se začleněním do pracovního procesu, někdy však působí negativně na šanci získat si práci. Více než tři čtvrtiny respondentů si myslí, že je koktavost ovlivňuje při uplatnění na trhu práce, 55 % respondentů má pocit, že jsou osoby s koktavostí na trhu podceňovány či diskriminovány. Žádný z respondentů však nezažívá na pracovišti posměch od kolegů, 41 % z nich dokonce vnímá od kolegů respekt k jejich handicapu (Kabátková, 2016).

V zahraničí provedli kvalitativní studii o koktavosti v pracovní prostředí Bricker-Katz, Lincoln a Cumming (2013). Hlubkové rozhovory se šesti respondenty byly zpracovány metodou interpretativní fenomenologické analýzy. Výzkumné otázky se zabývaly tím, jak jedinci s koktavostí prožívají dopad svého řečového handicapu na svůj pracovní život a co si z těchto zkušeností odnášejí do dalšího života. Z analýzy rozhovorů vyplynulo několik nadřazených témat - „koktavost je vždycky přítomna; koktavost v práci se ukazuje jako problém; koktavost omezuje komunikaci a koktavost omezuje pracovní progresi“. Převažující zkušenosti byly pro účastníky výzkumu strach z negativního hodnocení ze strany ostatních a přesvědčení, že takové hodnocení by vedlo ke zpochybnění jejich pracovních kompetencí. Toto zjištění implikuje problém sebestigmatizace, pochybností a výčitek u jedinců s koktavostí. Očekávání stigmatizujících postojů od druhých a vlastní sebepotvrzování těchto postojů vede u nich ke snížené sebeúctě a self – efficacy. Důsledky rozvoje sebe-stigmatizace mohou sahát daleko za hranice pracovního prostředí. Autoři proto doporučují další zkoumání této oblasti (Bricker-Katz et al., 2013).

3. 7 Komorbidita koktavosti s duševním onemocněním

Koktavost je vzhledem ke komplexní a variabilní povaze svých projevů považována za jednu z nejtěžších forem narušené komunikační schopnosti a není překvapivé, že může vést k rozvoji duševního onemocnění. Případným komorbiditám s koktavostí je důležité věnovat velkou pozornost. Nejen že nám umožní lépe pochopit dopad koktavosti na duševní zdraví jedince, ale důkladné vyšetření jeho duševního stavu také pomůže nastavit vhodnější léčbu. Jedinci s koktavostí, kteří zároveň trpí duševním onemocněním, mohou vykazovat menší úspěšnost v terapii koktavosti. Někdy může být efektivnější zaměřit léčbu nejprve na duševní onemocnění (Iverach et al., 2009).

3. 7. 1 Úzkostné poruchy

Nejčastěji diskutovaným psychickým problémem doprovázejícím koktavost je sociální úzkost a sociální fobie. Podle posledních výzkumů splňuje kritéria pro diagnózu sociálně úzkostné poruchy 22 % - 60 % dospělých jedinců s koktavostí (Blumgart, Tran, & Craig, 2010; Iverach et al., 2009; Menzies et al., 2008). Minimálně jednu diagnózu duševní poruchy potvrdila u 38 % respondentů také studie zaměřující se na věkovou skupinu adolescentů, přičemž většina diagnóz zahrnovala úzkost. U starších adolescentů (15–17 let) byla závažnost úzkosti, depresí, reakcí na koktavost a emočně – behaviorálních problémů signifikantně vyšší

než u mladších adolescentů (12–14 let) (Gunn et al., 2014). Kritéria pro diagnózu sociálně úzkostné poruchy splňovalo také 24 % dětí školního věku ve výzkumu Iveracha et al. (2016). Craig et al. (2013) oproti tomu ve svém starším výzkumu nepotvrdili, že by starší děti s koktavostí byly více úzkostné než kontrolní skupina. Negativní zkušenosti z tohoto období však mohou vést k rozvoji úzkostných rysů v dospělosti (Craig et al., 2013). U dětí v předškolním věku se sociální úzkost vázaná na koktavost zpravidla nerozvíjí (Alm, 2014) a stejně tak u jedinců od 60 let výš (Messenger, Onslow, Packman, & Menzies, 2004).

Úzkost se u jedinců s koktavostí zpravidla rozvíjí v důsledku strachu ze sociálních situací, kde jim hrozí újma z důvodu narušené komunikační schopnosti (Messenger et al., 2004), a na její přetrvávání může mít vliv řada souvisejících faktorů, zahrnující například strach z negativního hodnocení a předsudků (Iverach, Rapee, Wong, & Lowe, 2017).

Ze zahraničních výzkumů na toto téma můžeme podrobněji zmínit například studii Craig et al. (2003), která se úzkostí u koktavosti dlouhodobě zabývá. V této studii se ukázalo, že respondenti s koktavostí vykazovali signifikantně vyšší míru chronické úzkosti než kontrolní soubor. Tento rozdíl byl způsoben zejména jedinci, kteří měli závažnější stupeň koktavosti a vyhledávali terapii. Je logické, že se závažnější formou koktavosti jsou spojeny větší sociální a psychologické problémy, které vedou ke vzniku úzkosti. Oproti tomu respondenti, kteří terapii nikdy nenavštívili, zpravidla netrpěli tak závažnou formou koktavosti a neprožívali tak velkou psychickou tenzi. Míra úzkosti u těchto jedinců nebyla signifikantně vyšší než u kontrolní skupiny. Autor však upozorňuje na to, že koktavost je do určité míry sociálně a psychologicky limitující v každé formě. Rozvojem úzkosti jsou tak ohroženi všichni jedinci s koktavostí nezávisle na tom, zda navštěvují terapii. Přestože závažnost koktání hraje v rozvoji úzkosti zpravidla největší roli, není to jediný aspekt, který ke vzniku úzkosti vede. Podílí se na něm kombinace nejrůznějších faktorů. Autoři nabádají terapeuty k tomu, aby úzkostným rysům u jedinců s koktavostí věnovali náležitou pozornost (Craig et al., 2003).

Studie Iveracha et al. (2018) porovnávala dospělé jedince s koktavostí se sociálně úzkostnou poruchou a bez ní. Jedinci se sociální úzkostí nevykazovali závažnější projevy koktavosti než jedinci bez úzkosti. Subjektivně však vnímali svou řeč hůře, více se vyhýbali sociálním situacím a prožívali více psychických problémů. Toto zjištění poukazuje na to, že je důležité věnovat těmto jedincům dostatečnou logopedickou, ale i psychologickou péči (Iverach et al., 2018).

3. 7. 2 Poruchy nálady

Podobně jako řada jiných chronických onemocnění, také koktavost s sebou nese psychologické dopady na život jedinců s touto NKS. Ty u nich mohou způsobit zvýšenou vulnerabilitu k depresím (Iverach et al., 2010). K poruchám nálady a zneužívání návykových látek může u jedinců s koktavostí vést také častá přítomnost úzkostných poruch, která byla rozebrána v předchozí kapitole. Komorbidita mezi úzkostnými poruchami, poruchami nálady a zneužíváním návykových látek je v populaci poměrně častá (např. Bolton, Cox, Clara, & Sareen, 2006; Stein, Torgrud, & Walker, 2000).

Sklony k depresím a zneužíváním návykových látek u dospělých jedinců s koktavostí předpokládal například výzkum Iveracha a jeho spolupracovníků (2010). Účastníci výzkumu vyhledávající terapii skutečně vykazovali vyšší míru poruch nálad oproti kontrolní skupině. Signifikantně vyšší sklon ke specifické formě těchto poruch se však neprokázal. Zneužívání návykových látek se u jedinců participujících na výzkumu také nepotvrdilo. Toto zjištění autory překvapilo a nabízí pro něj několik interpretací. Jednou z nich může být skutečnost, že jedinci s koktavostí v komorbiditě s úzkostnými poruchami se vyhýbají společnosti více než úzkostní jedinci bez této řečové vady. Nedostávají se tak do situací, které mohou vést k závislosti na alkoholu a na jiných drogách. Je také možné, že sociálně úzkostní jedinci s koktavostí nevyhledávají terapii tak často jako ti bez úzkostných poruch, a proto se nedostali do vzorku tohoto výzkumu. Dalším vysvětlením může být to, že pod vlivem alkoholu se koktavost zhoršuje. Jedná se však spíše o úvahy autorů, neboť na toto téma dosud nebyl proveden žádný výzkum (Iverach et al., 2010). Významnou souvislost mezi vysokou mírou konzumace alkoholu či kouřením v žádném životním období u jedinců s koktavostí nepotvrdil ani výzkum, který provedli Heelan, McAllister a Skinner (2016).

Tran, Blumgart a Craig (2018) se ve svém výzkumu zaměřili na trajektorie a subtypy nálad mezi dospělými jedinci s koktavostí po dobu 6 měsíců. Konkrétně byla zkoumána interpersonální sensitivita, depresivní nálada a úzkost. Kolem 60 % participantů vykazovalo stabilní a normální subtyp nálady, jak ukazuje dřívější zjištění Craig et al. (2011). To potvrzuje že většina dospělých jedinců s koktavostí má „zdravé stavy nálady“ stabilní v čase a prokazuje resilienci při zvládání koktavosti. Téměř 40 % respondentů však mělo zvýšenou hladinu negativních nálad. Tito lidé referovali o obtížích v jejich emočním a psychologickém fungování stejně jako respondenti v dřívějším výzkumu stejné autorky (Tran, Blumgart, & Craig, 2011).

Toto procento je podobné jako procento jedinců s koktavostí, kteří splňovali kritéria pro sociálně úzkostnou poruchu ve studii Blumgarta et al. (2010). Tran et al. (2018) zdůrazňuje, že je potřeba u jedinců s chronickými negativními náladami dále zkoumat jejich psychologické fungování a hledat pro ně efektivní formy terapie zaměřující se například na posílení resilience a funkční copingové strategie.

3. 7. 3 Poruchy spánku

U jedinců s koktavostí se také můžou vyskytovat poruchy spánku. Nedávná studie Merlové a Brileyho (2019) se zabývala tím, zda se poruchy spánku častěji vyskytují u dětí s koktavostí oproti dětem bez této řečové vady. Výsledky ukázaly, že u dětí s koktavostí je větší riziko výskytu poruch spánku a negativních následků spánkové deprivace. Podle autorů se nejedná o transienční problém určitého období věku dítěte, protože stejné výsledky vykazovaly všechny zkoumané věkové skupiny. Autoři upozorňují, že problémy se spánkem mohou začít v raném dětství a přetrvávat do pozdního dětství a adolescence. Dřívější výzkumy (Anderson, Pellowski, Conture, & Kelly, 2003; Alm, 2014) přisuzovaly zvýšenou podrážděnost, horší přizpůsobivost a nepravidelný biologický rytmus u dětí s koktavostí projevům ADHD, které u koktavosti bývají často přítomné. Nepravidelný biologický rytmus je u ADHD skutečně častý. Studie Merlové a Brileyho (2019) však rozšířila v této oblasti obzor o další souvislosti. Problémy se spánkem se totiž nevyskytují pouze u koktavosti s koexistencí ADHD, ale i u koktavosti s jinými neurovývojovými poruchami nebo bez nich. Dalším jejich zjištěním bylo, že nadměrná únava a ospalost během dne byla častější u dětí s koktavostí než bez ní. Autoři s odkazem na další výzkumy (Owens, 2008; Robinson & Waters, 2008) však upozorňují na to, že typické ospalé chování, jako je zívání a stíznosti na únavu, je typičtější pro dospělé a nemůže být bráno jako jediný indikátor spánkové deprivace u dětí. I děti, které toto chování nevykazují, mohou trpět spánkovou deprivací a jejími následky. Je proto třeba věnovat zvýšenou pozornost již zmiňovaným projevům poruch nálad, poruch koncentrace a hyperaktivity. Ty mohou být u dětí spolehlivějším indikátorem spánkové deprivace. Shanahan, Copeland, Angold, Bondy a Costello (2014) upozorňují na to, že spánková deprivace může v dětství a adolescenci predikovat psychiatrické poruchy jako jsou depresivní symptomy, úzkostné poruchy a poruchy opozičního vzdoru, které se pak v závislosti na problémech se spánkem můžou v čase zhoršovat.

Merlová a Briley (2019) zvažují možná vysvětlení výsledků svého výzkumu třemi způsoby. Prvním je, že společné neurologické procesy mezi koktavostí a problémy se spánkem vedou ke

vzniku obou těchto poruch. Dalším vysvětlením může být to, že problémy se spánkem přispívají k rozvoji koktavosti, nebo naopak, že koktavost přispívá k výskytu poruch spánku. Této poslední možnosti by nahrával fakt, že prevalence nespavosti a dalších poruch spánku byla vyšší mezi adolescenty (26,4 %) ve srovnání se všemi ostatními věkovými skupinami dětí (18,9 %). Autoři se zamýšlí nad tím, že poruchy spánku se mohou vyskytovat jako následek negativních emocionálních reakcí na koktavost, které se vyskytují nejvíce právě v adolescentním věku. Otázkou zůstává, jaký dopad mohou mít poruchy spánku na denní fungování, na četnost projevů koktavosti a na přirozené zotavení z této řečové poruchy. Další studie by mohly pomoci zvážit, zda by terapie spánku pomohla celkové terapii koktavosti (Merlo & Briley, 2019)

3. 7. 4 ADHD

Jak již bylo zmíněno v souvislosti s poruchami spánku, v koexistenci s koktavostí se také může vyskytovat ADHD. Fenomenologické profily obou těchto poruch mají mnoho podobných rysů. Obě poruchy například vykazují vyšší četnost mezi monozygotickými dvojčaty oproti dizigotickým, což naznačuje primární genetický přenos. Studie dvojčat také poukazují na vliv prostředí při rozvoji těchto poruch, protože identická dvojčata nevykazují identické projevy poruchy. Obě poruchy se také vyskytují více u chlapců než u děvčat, jejich příznaky se objevují během dětství a nabývají na závažnosti v důsledku stresu. Symptomy koktavosti i ADHD lze zvládnout nebo alespoň mít dočasně pod kontrolou pomocí behaviorálních technik (Alm, 2005, in Donaher & Richels, 2012; Caruso, 1991, in Donaher & Richels, 2012; Klotz, Johnson, Wu, Isaacs, & Gilbert, 2012; Nakao, Radua, Rubia, & Mataix-Cols, 2011).

Odhadovaná prevalence ADHD u koktavosti se napříč výzkumy liší v závislosti na specifikách zkoumané skupiny a použité metodice. Pohybuje se v rozmezí od 4 % (Arndt & Healey, 2001) do 58 % (Donaher & Richels, 2012). Nutno však zmínit, že výzkum Donahera a Riechelse (2012) se netýkal přímo diagnózy ADHD, ale podezření na ní. Ukázalo se, že rodiče dětí s koktavostí si u svých potomků všímají rysů ADHD ve velké míře. Podle hodnocení 58 % z nich jejich dítě splňuje subklinické symptomy ADHD. Autoři však nabádají k opatrnější interpretaci tohoto výsledku, neboť v hodnocení rodičů se můžou promítnout jejich přehnané obavy a není jasné, že všem 58 % dětí by ADHD skutečně bylo diagnostikováno (Donaher & Richels, 2012).

Z klinického hlediska je identifikace koexistujících rysů ADHD u koktavosti velmi důležitá. V případě komorbidity těchto dvou poruch je totiž vyžadována odlišná forma intervence, než která je běžná u koktavosti samotné (Donaher & Richels, 2012). Druker, Hennessey, Mazzucchelli, a Beilby (2019) upozorňují na to, že děti s koktavostí s koexistencí ADHD nemusí reagovat na terapii koktavosti tak rychle a úspěšně jako děti bez ADHD. V jejich výzkumu vykazovala zvýšené symptomy ADHD téměř polovina dětí (92 dětí z celkových 185 participantů, tj. 49,73 %) a tyto děti potřebovaly pro úspěšnost terapie v průměru o 25 % více času klinické intervence. Výsledky tohoto výzkumu zároveň naznačují, že přítomnost symptomů ADHD, vysoký stupeň závažnosti koktavosti před terapií a mužské pohlaví jsou spojeny s nižší úspěšností terapie koktavosti. V terapii koktavosti je proto nutné se u dětí s touto komorbiditou zaměřit také na symptomy ADHD. Těmi jsou nepozornost, hyperaktivita a impulsivita (Druker et al., 2019).

Tutoriál pro práci s dětmi s koktavostí v kombinaci s ADHD vydali v roce 2003 autoři Healey a Reid. Principy terapeutické práce demonstrují na případové studii 9letého chlapce s koktavostí, který je zároveň na medikaci Ritalinem pro hyperaktivitu. Autoři mimo jiné zmiňují také problematiku dopadu léků pro ADHD na projevy koktavosti. Jedná se o oblast, která je aktuálně předmětem vědeckého bádání, a výsledky jsou zatím protichůdné. Některé studie považují methylfenidát (stimulant používaný se k léčbě ADHD) za užitečný také v léčbě koktavosti (Devroey, Beerens, & Van De Vijver, 2012; Rabaey, Bijleveld, & Devroey, 2015). Jiní autoři naopak přisuzují rozvoj koktavosti vedlejšímu účinku užívání tohoto léku (Alpaslan, Coskun, Kocak, & Gorücü, 2015; Storebø et al., 2015; Copur & Copur, 2018). Je známo, že methylfeniát působí na dopaminový systém, konkrétně zvyšuje uvolňování dopaminu a podporuje tak vyšší hladinu dopaminu v extracelulárním prostoru (Volkow et al., 2012). Dřívější výzkum Wu et al. (1997) prokázal souvislost zvýšené hladiny dopaminu a koktavosti. Loňská studie Trenque et al. (2019) přišla s důkazem významného vztahu mezi léčbou methylfenidátem a koktavostí. Patofyziologické mechanismy u ADHD, koktavosti a působení methylfenidátu nejsou zcela objasněny, ale všechny se týkají dopaminergního systému. Autoři zvažují možnost, že methylfenidát může být zodpovědný za koktavost skrze svoje působení na dopaminergní systém (Trenque et al., 2019).

EMPIRICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Náš výzkum se soustředí na porozumění životní zkušenosti dospělých osob s koktavostí. Koktavost představuje problematiku na pomezí logopedického a psychologického oboru, avšak na poli psychologie jí není věnována přílišná pozornost. Zastoupení tohoto tématu v odborné psychologické literatuře je minimální, a to přesto, že narušení komunikační schopnosti se může negativně promítat do sebepojetí i celkové životní spokojenosti a kvality života osob, u kterých se vyskytuje.

Předkládaný výzkum si klade za cíl popsat životní zkušenost jedinců s koktavostí, zjistit, jak se lidé s touto zátěží vyrovnávají, jaké pozitivní a negativní stránky jim tato životní zkušenost přináší a v neposlední řadě zmapovat psychologické aspekty, které se ke koktavosti vážou.

V souvislosti s výzkumnými cíli byla formulována následující výzkumná otázka: *Jaká je životní zkušenost dospělých jedinců s koktavostí?*

Vzhledem ke stanovené výzkumné otázce jsme se rozhodli výzkum realizovat v rámci kvalitativního paradigmatu, konkrétně prostřednictvím interpretativní fenomenologické analýzy. Popisu této metody i postupu zpracování dat se budeme věnovat v následujících kapitolách.

5 METODOLOGICKÝ RÁMEC

5. 1 Typ výzkumu

Vzhledem k povaze zkoumaného tématu jsme se rozhodli výzkum zpracovávat kvalitativně, konkrétně jsme zvolili přístup interpretativní fenomenologické analýzy (dále pod zkratkou IPA). Tento typ výzkumu je vhodný v situacích, kdy chceme porozumět tomu, jak jedinci vnímají danou zkušenost, jak jí rozumí a jaký jí přisuzují význam (Osborn & Smith, 2003). Porozumění „žité zkušenosti“ účastníků výzkumu považuje za stěžejní aspekt metody IPA také Alase (2017). IPA představuje přístup orientovaný na účastníka, při kterém má jedinec prostor a svobodu vyjadřovat se o své „žité zkušenosti“ tak, jak to považuje za vhodné. Dle Williga (2001, in Koutná Kostínková & Čermák, 2013) poskytuje IPA v porovnání s dalšími kvalitativními přístupy největší svobodu a kreativitu ve výzkumném procesu.

Co se týče teoretického zakotvení, IPA propojuje tři pozice – fenomenologii, hermeneutiku a idiografický přístup. Fenomenologické rysy se projevují především v hledání jedinečné zkušenosti člověka. Jinými slovy výzkumníka zajímá, jakým způsobem je svět zažíván konkrétními lidmi v konkrétním kontextu a čase. V tomto porozumění hraje ústřední roli také výzkumníková zkušenost a jeho vztah k danému tématu. Součástí výzkumného procesu IPA je tzv. dvojité hermeneutika, při které se účastník snaží porozumět své zkušenosti. Výzkumník se snaží porozumět tomu, jakým způsobem účastník k porozumění dochází. Idiografický přístup se v metodě IPA projevuje detailním zaměřením na konkrétního jedince, kdy se výzkumník snaží hluboce porozumět a interpretovat nejprve jeden případ a teprve poté přechází k dalšímu (Koutná Kostínková & Čermák, 2013).

Co se týče výzkumného vzorku, bývá doporučován malý počet účastníků, kteří dobře reprezentují daný fenomén. Smith, Flowers a Larkin (2009) doporučují pro účely studentských prací vzorek 3–6 respondentů, přičemž podstatným prvkem je homogenita souboru. Respondenti proto byli vybráni podle specifických kritérií, o kterých budeme pojednávat v kapitole *Výběrový soubor*. Koutná Kostínková a Čermák (2013) také zmiňují, že metoda IPA se osvědčila v případech, kdy je zkoumána neobvyklá skupina lidí. Domníváme se, že naše skupina dospělých jedinců s koktavostí ve věku 20–40 let kritérium „neobvyklá“ splňuje.

5. 2 Metody získávání dat

Prvotním krokem k získání respondentů pro tento výzkum bylo rozeslání zprávy autorčiným známým s dotazem, zda neznají dospělého jedince s koktavostí. Na základě odpovědí na tuto zprávu byla vytvořena tabulka potenciálních respondentů, kteří byli posupně v souladu se stanovenými kritérii vytríděni. Dalším krokem bylo opětovné obrácení se na známé s prosbou o kontakt na vybrané jedince. Těm byly následně zaslány informace o výzkumu. Všechny oslovené osoby s výzkumem souhlasily, poslali jsme jim proto demografický dotazník, skrze který jsme znovu ověřili, zda respondenti splňují naše kritéria, a informovaný souhlas (*Příloha 2 a Příloha 3*). Následně jsme s nimi domluvili místo a termín setkání. Oslovování jedinců s koktavostí proběhlo také přes balbutické fórum, které však bylo neúspěšné. V případě malého množství respondentů jsme plánovali oslovit také vybrané logopedické kliniky, které lidem s koktavostí nabízí terapii. K tomuto kroku z důvodu dostatečného množství respondentů nedošlo.

Pro potřeby výzkumu jsme zvolili polostrukturovaný rozhovor, který představuje kompromis mezi strukturovaným a nestrukturovaným rozhovorem a je nejčastěji používanou metodou v přístupu IPA (Osborn & Smith, 2003; Koutná Kostínková & Čermák, 2013). Výhodou polostrukturovaného rozhovoru je dle Osborna a Smithe (2003) flexibilita v pokládání otázek, u kterých není nutné dodržovat předem připravené pořadí. Respondenta bychom měli považovat za experta ve vztahu ke své zkušenosti s námi zkoumaným fenoménem a poskytnout mu dostatek prostoru, aby o daném tématu mohl volně mluvit, reflektovat svůj postoj k němu a rozvíjet své myšlenky (Smith, 2004, in Koutná Kostínková & Čermák, 2013; Smith, Flowers a Larkin, 2009). Smith et al. (2009) také zmiňují, že je možné poskytnout respondentovi kopii plánu rozhovoru dopředu, aby se mohl lépe připravit. V našem výzkumu jsme této možnosti využili u respondentů, kteří o to požádali.

Při tvorbě polostrukturovaného rozhovoru jsme nejdřív na základě podkladu odborných článků a literatury stanovili okruhy, kterým se ve výzkumu budeme chtít věnovat. Následně jsme v souvislosti s těmito okruhy vytvářeli otázky, které budeme účastníkům pokládat. Při tvorbě těchto otázek jsme se inspirovali některými českými diplomovými pracemi zabývajícími se koktavostí (Schönová, 2014; Kabátková, 2016), nebo používající metodu IPA (Zachová, 2018). Okruhy otázek jsme stanovili tyto: „počátky koktavosti“, „rodina“, „škola“,

„vztahy“, „pracovní sféra“, „přístup okolí“, „prožívání koktavosti“, „sebepojetí“, „psychické problémy“, „copingové strategie“, „terapie“, „nezařazené“. Otázek odkazujících se k daným okruhům bylo vytvořeno 51, což je na standardy kvalitativního výzkumu velmi vysoký počet. Vzhledem ke komplexní povaze tématu, které prostupuje napříč celým životem, a také k tomu, že faktory z minulosti mohou hrát významnou roli v přítomnosti, jsme se však rozhodli tento počet zanechat. Odpovědi na některé otázky byly pokryty v rámci odpovědí na jiné a nebylo tak potřeba pokládat připravené otázky všechny. Výsledná doba rozhovorů se pohybovala od 79 do 137 minut. Domníváme se, že právě vysoký počet otázek pomohl k lepší saturaci dat. Celé schéma rozhovoru je k nahlédnutí v *Příloze 4*.

Před ostrým sběrem dat proběhl pilotní rozhovor, díky němuž jsme ověřili, zda jsou otázky srozumitelné a plní svůj účel. Dále nám pilotní rozhovor pomohl zjistit, jakým způsobem může účastník na otázky reagovat a jaká časová dotace bude k rozhovoru přibližně potřeba. Na základě zpětné vazby a nápadů účastníka pilotního rozhovoru jsme některé otázky přeformulovali a doplnili.

Rozhovory pak probíhaly na základě domluvy s konkrétními účastníky v klidném prostředí dle jejich výběru. Zpravidla se jednalo o kavárny či čajovny, u jedné respondentky se konal rozhovor doma. Časově i místně jsme se snažili respondentům přizpůsobit a jako symbolické poděkování uhradili případnou útratu.

5. 3 Metody zpracování a analýzy dat

První krokem analýzy v přístupu IPA je podnícení aktivního zájmu o data (Koutná Kostínková & Čermák, 2013), skrze které by měl výzkumník zaujmout k textu interpretativní vztah a objevit významy, které nemusí být transparentně přístupné (Osborn & Smith, 2003).

Nahrávky rozhovorů byly doslovně přepsány v programu *Listen N Write* a poté vytištěny s čísly řádků a širokými okraji. Při následné analýze dat jsme postupovali podle doporučení Koutné Kostínkové a Čermáka (2013) a Osborna a Smithe (2003). Rozhovory byly pečlivě pročítány, byly zvýrazňovány důležité části textu a následně byly do pravého okraje vytvářeny 3 typy poznámek – deskriptivní (zaměřující se na obsah sdělení), lingvistické (týkající se způsobu respondentova vyjadřování) a konceptuální (interpretativní – vlastní nápady

a myšlenky k textu). K těmto poznámkám byly pro lepší přehlednost a orientaci v textu použity 3 různé barvy.

Rozhovory byly následně zpracovány a přepsány do stručnější narativní podoby doplněné o výstižné citace respondentů, abychom stále udrželi těsný kontakt s výpověďmi účastníků výzkumu (Příloha 5).

Během opakované práce s textem a poznámkami jsme si všímali objevujících a opakujících se informací. Byl vytvořen pracovní seznam vynořujících se témat. Převyprávěné rozhovory byly rozstříhány na jednotlivé okruhy otázek a následně seskupeny do stejně zaměřených bloků. Následně byl pomocí zaškrťování v tabulce ověřen výskyt vynořujících se témat a pracovní seznam byl doplněn o další. Poté jsme se jimi zabývali podrobněji znovu ve spolupráci s doslovným přepisem rozhovorů. Původní poznámky byly přetvářeny do výstižnějších témat. Další fází pak bylo hledání spojitostí mezi vzniklými tématy. Posledním krokem bylo převedení témat do narativní podoby zahrnující popis a vysvětlení témat, argumentaci a doslovné ukázky z rozhovorů.

5. 3. 1 Reflexe autorčiny zkušenosti

Za nultý krok analytického procesu je možné považovat u autora reflexi vlastní zkušenosti se zkoumaným tématem (Smith et al., 2009). Tato reflexe by měla sloužit k tomu, aby si výzkumník uvědomil svoji motivaci pro práci s daným tématem, prekoncepce, které v souvislosti s tématem má, a také svoji interpretativní roli ve výzkumném procesu. Díky tomuto uvědomění je pak autor schopen užitečněji pracovat se získanými daty a zajistit validitu analýzy (Koutná Kostínková & Čermák, 2013). V následující části předkládáme reflexi autorky této práce.

„Můj zájem o toto téma začal již před nástupem na vysokou školu. Velmi mě tehdy oslovil oscarový film Králova řeč, ve kterém jsou aspekty koktavosti dobře vykreslené na postavě anglického krále Jiřího VI. Na základě zhlédnutí tohoto filmu jsem zvažovala studium logopedie. Nakonec jsem se však rozhodla pro bakalářský obor psychologie na pedagogické fakultě UK, jehož součástí bylo rozšíření o některé speciálně pedagogické předměty. Díky předmětu logopedie a přednáškám věnovaným právě koktavosti jsem se s tématem blíže seznámila i po odborné stránce. Začala jsem si všimát „skrytých“ aspektů koktavosti, jejichž terapie často

není v kompetenci logopedů. Přitom se však můžou do velké míry podílet na kvalitě života jedinců s koktavostí. Vnímala jsem koktavost jako multioborové téma na pomezí logopedie a psychologie, kterému však pozornost v psychologickém oboru není příliš věnována. To mi přišlo škoda a v podstatě i chyba.

Po bakalářských státnicích jsem znovu zvažovala přibrat si ke studiu psychologie také logopedii, ale nakonec jsem se z časových důvodů rozhodla pouze pro psychologii. Můj zájem o logopedii však neustal a tato práce pro mě do určité míry představuje kompenzaci mého rozhodnutí. Zároveň je pro mě výzvou poukázat na důležitost již zmiňovaného propojení logopedie a psychologie při terapeutické péči o jedince s koktavostí a zviditelnit psychologické aspekty, které se ke zkušenosti s koktavostí vážou. Svou diplomovou práci беру také jako první krok k realizaci mého plánu věnovat se v budoucnu psychoterapii jedinců s koktavostí.

Z důvodu mého zájmu o logopedii pro mě zřejmě bude náročné držet se v rámci práce psychologické linie. Dále je možné, že si skrze svoji touhu věnovat se v budoucnu lidem s koktavostí budu do jejich příběhů promítat stoprocentní potřebu psychoterapie. Ze zkušenosti se známými s koktavostí však vím, že rozvoj psychických obtíží z důvodu koktavosti se nemusí týkat všech.“

5. 4 Etické problémy a způsob jejich řešení

V souvislosti s prováděným výzkumem je důležité myslet na etické aspekty a ochranu respondentů. Jejich soukromí a důvěrnost získaných dat by nikdy neměly být ohroženy (Alase, 2017). Při našem výzkumu jsme kladli důraz na to, aby všechny naše postupy byly v souladu s etickými zásadami anonymity, zpracovávání údajů a dobrovolnosti na účasti ve výzkumu.

Všichni respondenti byli o povaze výzkumu informováni předem prostřednictvím emailové komunikace a zasláním informovaného souhlasu (*Příloha 3*). Účast na výzkumu byla pro všechny jedince dobrovolná. Informovaný souhlas byl podepsán před zahájením rozhovoru a respondentům byla zopakována možnost na jakoukoliv otázku neodpovídat a odstoupit kdykoliv během rozhovoru. Odstoupení z výzkumu by pro respondenty neneslo žádné negativní důsledky.

Z důvodu zachování anonymity byla v rámci přepisu rozhovorů změněna jména respondentů. Jejich demografické údaje zahrnující pohlaví, věk, status, dobu trvání koktavosti, soužití v partnerském vztahu a navštěvované terapie zůstaly nezměněny. Údaje týkající se dalších osob a míst zahrnutých ve vyprávění byly změněny nebo smazány. Tyto změny nemají žádný dopad na obsah dat. Vzhledem k citlivosti tématu a zpracovávaných dat v *Příloze 5* uvádíme pouze ukázkou jednoho převyprávěného rozhovoru. Plný přepis rozhovorů je k nahlédnutí u autorky.

6 VÝBĚROVÝ SOUBOR

6. 1 Kritéria výzkumného souboru

Prvním kritériem k účasti na výzkumu byla u respondentů diagnóza koktavosti. Nebylo však stanoveno, v jaké vývojové etapě zpracování svého řečového problému se jedinec musí nacházet. Jednak z důvodu velmi specifického souboru a také skutečnosti, že psychologické aspekty koktavosti mohou přetrvávat i v období dosažení plynulosti řeči.

Druhým důležitým kritériem byl věk respondentů. Jak bylo zmíněno v teoretické části práce, koktavost nejbolestivěji vstupuje do životů jedinců v období dospívání, kdy hledají svoji identitu, formují svůj vztah k sobě i okolnímu světu a budoucnosti. Vzhledem k tomu, že naše práce se zaměřuje na komplexní zmapování životní zkušenosti jedinců s koktavostí, stěžejním kritériem pro nás bylo, aby respondenti již prošli obdobím tzv. psychosociálního moratoria. Psychosociální moratorium se objevuje při přechodu mezi adolescencí a dospělostí. Vyznačuje se určitou krizí identity, kdy dospívající touží po odložení povinností a závazků typických pro dospělé. Snaží se experimentovat a objevovat různé nové identity a sociální role, aby si našli své místo ve společnosti (Erikson, 2015). Dolní věkovou hranici jsme tak stanovili na 20 let, kterou autoři považují za počátek časně či mladé dospělosti.

Dále jsme kladli důraz na to, aby „žitá zkušenost“ s plněním vývojových úkolů končící adolescence a začátku dospělosti (dosažení identity, dokončení studia, zapojení se do pracovního procesu, navání trvalého partnerského vztahu apod.) byla čerstvá, aktuálně prožívaná či v živé paměti a mohli jsme tak získat kvalitní data. Proto jsme stanovili horní věkovou hranici 40 let, která napříč různými autory odpovídá konci mladé dospělosti či počátku střední dospělosti. Pro přehlednost věkového vymezení předkládáme *Tabulku 1*, která navazuje na tabulku v diplomové práci Zachové (2018).

Třetí podmínkou bylo, aby respondenti měli jako mateřský jazyk češtinu a aktuálně žili na území České republiky.

Tabulka 1: Věkové vymezení adolescence a dospělosti napříč různými autory

Věk	15	20	25	30	35	40	45	50
Autor								
Langmeier, Krejčířová (2006)		adolescence	časná dospělost		střední dospělost			
Říčan (2014)		adolescence	mladá dospělost		střední dospělost			
Vágnerová (2012, 2007)		pozdní adolescence	mladá dospělost					
Thorová (2015)	adolescence		mladá dospělost				střední dospělost	

6. 2 Popis výsledného výzkumného souboru

Výzkumu se zúčastnilo 6 osob, z toho 4 muži a 2 ženy. Velikost toho vzorku odpovídá doporučení Smithe et al. (2009), kteří za rozumný počet u metody IPA považují 3–6 participantů. Účastníci výzkumu byli ve věku 24–38 let. Polovina z nich měla statut studenta, druhá polovina byla pracující. Všichni respondenti sdílí zkušenost s neúspěšnou logopedickou terapií v dětství. Dva respondenti dochází na logopedii také v současné době, dva respondenti logopedickou péči zvažují a u zbylých dvou se aktuálně neplynulosti v řeči téměř nevyskytují.

Tabulka 2: Vybrané charakteristiky výzkumného souboru

Přiřazené jméno	Rok narození	Status	Partnerský vztah v době rozhovoru	Věk počátku kórtavosti	Navštěvování odborníci
Kryštof	1995	student	ne	4 roky	logoped
Jan	1992	student	ne	5 let	logoped, psycholog, terapie „Nová mluva“
Petr	1990	pracující	ano	2–3 roky	logoped
Ondřej	1988	pracující	ne	11 let	logoped
Adéla	1981	pracující	ano	5 let	logoped, psychiatr
Veronika	1995	studentka	ano	4–5 let	logoped, psycholog, neurolog, psychiatr

7 VÝSLEDKY

7.1 Výsledná témata vzešlá z analýzy

V následující části představíme témata, která se objevovala napříč zkušenostmi jednotlivých respondentů. V této kapitole se bude jednat o pouhý popis výsledků, interpretace a úvahy nad jednotlivými zjištěními uvedeme v diskusi. Výsledná témata se vyskytují vždy alespoň u čtyř z šesti respondentů. Z původních 27 témat bylo vybráno 19, která dle našeho pohledu nejvíce vystihují životní zkušenost dospělých jedinců s koktavostí. Názvy témat jsme rozdělili do dvou částí. První část je úryvkem přímé citace některého z respondentů, abychom zachovali autentičnost daných zkušeností. Druhá část představuje abstraktnější pojmenování, které v některých případech zahrnuje psychologické termíny. Přehledný souhrn výskytu vynořujících se témat u jednotlivých účastníků výzkumu předkládáme v *Tabulce 3*, která je inspirovaná prací Zachové (2018). Výskyt témat u respondentů je v tabulce označen znaménkem „X“, červeně jsou vyznačena témata, na kterých se shodlo všech 6 respondentů.

Tabulka 3: Výskyt výsledných témat u jednotlivých respondentů

respondent	Kryštof	Veronika	Adéla	Jan	Petr	Ondřej
téma						
Nevhodný přístup rodiny	X	X	X	X		X
Vnímání úlev ve škole jako nežádoucích	X	X		X	X	X
Omezení projevu ve školních hodinách	X	X	X	X		
Obtíže s vrstevnickými vztahy	X	X	X	X	X	X
Kvalitnější přátelství	X	X			X	X
Problematické navazování partnerských vztahů	X	X	X	X	X	X
Pochopení u druhých	X	X	X	X	X	X
Nepředvídatelný výskyt horších a lepších dnů	X	X	X	X	X	X
Subjektivní zveličování problému	X	X	X	X		
Temné období v prožívání koktavosti	X	X	X	X	X	X
Negativní emoce spojené s koktavostí	X	X	X	X	X	X
Zkušenost s úzkostlivými či depresivními stavy	X	X	X	X		
Intenzivní prožívání momentu zakoktání	X	X	X	X	X	X
Zásadní role koktavosti v životě	X	X	X	X		
Vyhýbavé chování	X	X	X	X	X	X
Důležitost překonání prvotního strachu	X	X	X	X		
Neúspěšnost logopedické péče v dětství	X	X	X	X	X	X
Koktavost jako výzva		X	X		X	X
Příležitost k zajímavým setkáním	X	X			X	X

7. 2. 1 „Opak toho, co dělali“ - Nevhodný přístup rodiny

Pět z šesti respondentů referovalo o tom, že přístup rodiny k jejich řečovému problému nebyl ideální. Při zpětném ohlédnutí měli jasno v tom, jak by ho změnili. Kryštof a Ondřej vyrůstali v situaci, kdy rodiče nevěnovali jejich koktavosti přílišnou pozornost. Kryštof popisuje, že ačkoliv rodiče věděli, že se jedná o jeho největší problém, o koktavosti se doma nemluvalo. Domnívá se, že rodiče doufali, že koktavost vymizí sama. Na jejich místě by situaci rozhodně více řešil a kdyby nevyšla možnost jednoho odborníka, zkoušel by jiného: *„já ze svého pohledu bych to považoval za důležité, protože vím, že když se s tím nic nedělá, co se z toho potom může vyvinout“*. Častější vyhledání odborníka by uvítal také Ondřej. Veronika by na přístupu svých nejbližších změnila především to, aby ji podporovali v samostatnosti: *„aby za mě nezařizovali tolik věcí, aby mě nechali jako samu“*. Adéla a Jan se doma setkali s bolestným nepříjetím, které dle jejich slov hrálo zásadní roli v rozvoji jejich koktavosti a patologickém vztahu k sobě samým. Adélina matka se koktavostí své dcery velmi trápila a vzbudila v Adéle pocit viny a méněcennosti. Adéla by ocenila přijetí navzdory koktavosti: *„aby mi jako dali najevo, že jsem přijímaná, v pořádku i jako takhle, když se zadrhnu, že mě přesto mají rádi, že jim to nevadí, že pořád budu jejich holčička“*. Jan zažil v rodinném prostředí posměch od bratrů, což se dle jeho slov velmi negativně podepsalo na jeho psychice. Podporu Jan nedostal ani od otce, který měl netrpělivou a prudkou povahu a v náročných chvílích Janovu koktavost napodoboval. Kdyby mohl, Jan by změnil v přístupu rodiny v podstatě vše, co dělali: *„aby se neposmívali, měli tu trpělivost, aby mě nechali domluvit... víc takové té psychické podpory... neshazovat a podporovat...“*.

7. 2. 2 „Necítit se ještě víc odlišně“ - Vnímání úlev ve škole jako nežádoucích

Kvůli svému řečovému problému se s úlevami ve škole setkali pouze dva respondenti. Spolu s dalšími třemi se shodli na tom, že úlevy kvůli koktavosti jsou nežádoucí. Jedním ze zmiňovaných důvodů byl fakt, že poskytované úlevy staví žáka s koktavostí do odlišné pozice vůči zbytku třídy. Jan, který úlevy nezažil, například uvádí: *„byl jsem rád, že jsem si nemusel ještě víc připadat, že jsem někdo jiný“*. Petr by si zase připadal špatně vůči ostatním spolužákům. Veronika, která úlevy zažila ve velkém, je tehdy ocenila, ale zpětně je hodnotí negativně. Učitelé ji ve škole připravili prostředí, ve kterém nemusela celý den promluvit. Tyto speciální

podmínky ji však nepřipravily na situace v reálném světě a vedly ji k ještě větší izolaci: „*tím víc jsem se uzavřela do sebe*“.

7. 2. 3 „Raději jsem mlčel“ - Omezení projevu ve školních hodinách

Čtyři respondenti vzpomínají na to, že kvůli své koktavosti se ve škole méně hlásili a nezapojovali se do diskusí. Například Kryštof popisuje: „*hlásil jsem se málo, i když jsem to třeba věděl, mluvil jsem málo a málo a málo*“. Veronika dokonce vnímá, že koktavost negativně ovlivnila její studijní úspěšnost, byť měla vždycky samé jedničky: „*vždycky jsem se strašně chtěla zapojovat do diskusí, odpovídat, hlásit se a tohle... já jsem to vždycky dohnala v těch písemkách, ale fakt mi chyběla diskuse s učitelem, to mi tam vadilo*“. Výborné školní výsledky měla navzdory svému omezenému hlášení se v hodinách také Adéla, ale připouští, že bez koktavosti by mohly být ještě lepší: „*že by se člověk jako mohl líp projevit*“. Jan byl kvůli svému strachu z mluvení před ostatními častokrát naštvaný, protože mu bránil v tom, aby obohatil probíhající diskusi: „*věděl jsem, že bych mohl říct nějaký dobrý dotaz, nějaký dobrý podnět, ale ten strach vždycky zvítězil*“.

7. 2. 4 „Problém fungovat v tom kolektivu“ - Obtíže s vrstevnickými vztahy

Všichni účastníci výzkumu se v průběhu dětství či dospívání potýkali s problémy ve vrstevnických kolektivech, tři z nich dokonce zažili posměch či šikanu. Například pro Kryštofa koktavost představovala handicap, který ho odlišoval od ostatních, což pro něj nebyla příjemná zkušenost: „*na základce se všichni snaží zapadnout do kolektivu, nebýt jiní, abyste mi náhodou něco neřekli, takže to bylo horší i z pohledu té řeči*“. Ondřej posměšky ze strany spolužáků nepřikládá přímo jen koktavosti, ale i svojí celkové odlišnosti: „*možná se toho trochu stranili (té koktavosti – pozn. autorky), ale já jsem to tomu nijak zásadně nepřisuzoval, spíše jsem to prisuzoval tomu, že mají jiný myšlenkový pochody nebo jiný zájmy nebo tak*“. Petr prožil šikanu i kvůli svému malému vzrůstu – v kombinaci s koktavostí se stal snadným terčem posměchu: „*tam to bylo tvrdý... ale já jsem se vždycky s každým serval, takže to potom nějak přestalo, i když jsem většinou hrozně dostal, protože jsem měl prostě jen 130 centáků*“. Veronika, Adéla ani Jan se s posměchem ze strany vrstevníků nikdy nesetkali, ale přesto se kolektivu spíše stranili. Částečně v tom mohla hrát roli jejich povaha, částečně také tendence k uzavřenosti kvůli psychickým obtížím, které v souvislosti s koktavostí prožívali. Například Adéla vzpomíná, že negativní vliv na vrstevnické vztahy začala pociťovat na střední škole, kde

se více stahovala a uzavírala do sebe a neměla proto příliš hluboké vztahy: „*protože jsem si pořád říkala, že ty lidi si o mně budou myslet jako že jsem hloupá, že neumím jako ani mluvit...*“. V období puberty Adéla ztratila některé kamarádky, protože místo aby s nimi chodila na diskotéky, stále více se uzavírala do sebe.

7. 2. 5 „Filtr na lidi“ - Kvalitnější přátelství

V souvislosti s mezilidskými vztahy čtyři respondenti popsali, že koktavost pro ně představuje určitý filtr na lidi. Například Kryštof nevnímá, že by jeho koktavost ovlivnila vztahy s vrstevníky, protože s těmi, kteří měli s jeho koktavostí problém, stejně neměl zájem se bavit. Obdobný postoj zastává také Petr s Ondřejem a Ondřej k tomu doplňuje: „*pokud by bez koktavosti byly moje vztahy jiné, byla by to známka toho, že ti lidi by nebyli tak úplně na výši, jak bych chtěl... to by pak znamenalo, že přisuzují význam něčemu, co ten význam vlastně nemá, nebo minimálně ne tak vysoký*“. Veronika připouští, že bez koktavosti by zřejmě měla více kamarádů, ale pochybuje nad kvalitou těchto případných vztahů: „*asi by nebyly tak kvalitní, jako jsou teďka. Ted'ka mám fakt jako přátele, kteří za to stojí*“.

7. 2. 6 „Ty holky, to bylo hrozný“ - Problematické navazování partnerských vztahů

Všech 6 respondentů prožívalo či stále prožívá obtíže při navazování partnerských vztahů. Čtyři z nich připouští, že koktavost může mít do určité míry negativní vliv na jejich atraktivitu. Adéla například vysvětluje: „*když je člověk v křeči, něco mluví sekaně, dýchá u toho špatně, tak to není úplně hezký*“. Obtíže s navazováním vztahů a případné neúspěchy představovaly či představují pro respondenty značnou psychickou zátěž. Veronika vzpomíná takto: „*to bylo fakt náročný, na základce jsem si ani nikoho nenašla a byla jsem z toho taková frustrovaná, byly tam i silný deprese*“. Kryštof popisuje přirozenou tendenci při seznamování upozadit svá negativa a je pro něj náročná představa, co si druhý pomyslí, až zjistí, že koktá: „*toto je pro mě nějaký zásadní problém, doted' se s tím potýkám*“. Ondřej popisuje jako náročný aspekt koktavosti situaci, kdy se snaží někoho zaujmout a zakoktá se při tom. Obtíže s navazováním partnerských vztahů nebyly u některých respondentů způsobeny pouze koktavostí, ale také nízkým sebevědomím, stydlivostí či pochybnostmi o svém vzhledu, jako například u Adély: „*to bylo ovlivněný nejen tou koktavostí, ale celkově tím sebevědomím i nepříjetím toho vzhledu. Byla jsem hrozně vysoká, hubená a prostě taková uzavřená, a ještě k tomu koktavá – ne*

kombinace, že bych byla lvice salónů“. Petr nyní už s dávkou humoru vzpomíná: *„v těch patnácti, šestnácti, ty holky, to bylo hrozný... navíc já ještě nejsem žádnéj hezoun, takže jsem ty ženský vždycky musel strašně ukecávat“.* Jan se kvůli kombinaci koktavosti a svojí stydlivé povaze s nikým neseznamoval: *„koktavost měla zásadní vliv, nikdy jsem nepřekročil tu hranici, že bych nějakou holku oslovil... vždycky jsem se kvůli tomu trápil, nevím, v čem byla chyba, asi v sebevědomí... asi všechno dohromady, ta stydlivost taky do toho...“.*

7. 2. 8 „Prostě to jako berou“ - Pochopení u druhých

Všichni respondenti se v současné době kvůli své koktavosti u druhých setkávají převážně s pochopením a téměř žádnými negativními reakcemi. Nevhodné poznámky občas slýchá pouze Petr při florbale, ale ty nebere nijak vážně: *„tam se tě snaží rozhodit všemi prostředky... ale to je spíš jako sport, to беру nějak jinak“.* Dále se s nimi sem tam setká také Ondřej, kterého se ptají, proč koktá nebo mu radí, aby se při mluvení nadechnul a uvolnil. Když to však během jednoho rozhovoru opakují několikrát, na Ondřeje to nepůsobí jako upřímná snaha pomoci. Petr i Ondřej však tyto případy zmiňují spíše jako výjimky a stejně jako ostatní si na reakce ostatních nestěžují. Všichni respondenti mají zkušenost s tím, že druzí koktavost zpravidla vůbec neřeší. Tento aspekt bude ještě podrobněji rozebrán jako samostatné téma. Respondenti se dále shodují, že přístup, kdy komunikační partner jejich řečový problém nijak neřeší a zároveň jim poskytuje dostatečný prostor k vyjádření, jim vyhovuje nejvíce.

7. 2. 9 „Žádněj vzorec schémat“ - Nepředvídatelný výskyt horších a lepších dnů

Všichni respondenti popisovali ve spojitosti s neplynulostí řeči zkušenost střídání horších a lepších dnů, přičemž až na Adélu se nikomu nedaří identifikovat, jaké faktory v tom hrají vliv. Adéla vidí souvislost s tím, jak je na tom aktuálně se sebevědomím a také v jaké fázi menstruačního cyklu se nachází. Zároveň však připouští, že občas ani jí nejde spolehlivě předvídat, jak se jí bude mluvit.

Ostatní respondenti jsou schopni vyjmenovat situace a podmínky, v jakých se jim většinou mluví lépe, ale vždy dodávají, že se nejedná o pravidlo. Kryštof má jako zaručenou pomůcku k plynulejší řeči udržování se v komunikaci s ostatními, ale dalším faktorům příliš nerozumí: *„všechno ostatní je jen taková magie“.* Ondřej svoji zkušenost popisuje jako: *„takový návaly“.*

toho, kdy to jde a kdy ne“. Jan zmiňuje: „*ono si to dělá, co chce*“. Petr svoji zkušenost vystihuje takto: „*je to opravdu tak nepravidelný a různě dlouhý, není v tom žádný vzorec schémat, nejde ani odhadnout, jak to bude zítra... nevím proč, nějak se to střídá*“.

7. 2. 11 „Pohroma světa“ - Subjektivní zveličování problému

Čtyři respondenti si uvědomují, že z koktavosti dělají větší problém, než jakým ve skutečnosti je. Například Adéla připouští, že na okolí zřejmě její koktavost nepůsobí tak strašně, jak to ona subjektivně prožívá: „*člověk z toho dělá úplně slona, přitom okolí to tak nevnímá*“. Dále však Adéla upozorňuje na to, že spoustu náročných aspektů koktavosti posluchači vůbec nevidí: „*co člověk prožívá, to je často skryto... silné prožívání toho stresu, že mi třeba hodně buší srdce, začnou se mi potit ruce...*“. Zveličování problému přiznává také Veronika: „*hodně to řeším, zbytečně z toho dělám pohromu světa, furt se k tomu upínám a neužívám si tak naplno svůj život*“. Když však slyší koktat jiné lidi, nepovažuje to za nijak zásadní věc: „*pak si říkám – vždyť na tom přece nic není, to je maličkost*“. Kryštof si rovněž uvědomuje, že koktavost pro druhé nepředstavuje žádnou výraznou překážku, leckdy ji druzí ani nevnímají. Jan to potvrzuje: „*ono vlastně všichni to podle mě vůbec neřešili, jenom já jsem to řešil vždycky. Jakože ti lidi to vlastně moc neřeší, nevadí jim to. Myslím, že ten, kdo koktá, to vlastně řeší zbytečně*“.

7. 2. 10 „To už bylo fakt hodně“ - Temné období v prožívání koktavosti

Všech šest účastníků výzkumu v rámci svého prožívání koktavosti popisuje určité temné období, kdy pro ně koktavost představovala největší psychickou zátěž. U pěti z nich se jedná o období střední školy či konce základní školy. Pouze u Petra představovala nejtěžší období víceméně celá základní škola. Adéla oproti ostatním účastníkům prožila nejnáročnější období ve třech etapách, kromě střední školy také po nastoupení do práce a po narození prvního dítěte. U Adély je však těžké rozlišit, kdy v psychických obtížích hrála stěžejní roli koktavost a kdy její celkové sebenepřijetí: „*jako ke všem těm svejm problémům vyplývajícím z povahy a toho vzhledu, a ještě jako ta koktavost, to už bylo fakt hodně. Pak jsem právě taky měla to depresivní období, na tý střední, kdy mě vlastně život už ani nebavil*“. Veronika nejhorší stavy prožívala kolem 8. a 9. třídy, kdy se postupně uzavírala do sebe a ve škole úplně přestala mluvit: „*to jsem nešla ani s nikým ven, to bylo fakt takový moje hodně černý období*“. Pro Ondřeje představovalo nejnáročnější období přechod ze základní školy na střední, kdy se zároveň jednalo o období rozvodu jeho rodičů: „*bylo to období stresu, nástupu na novou školu, přijímací zkoušky, změna*

kolektivu, *novej profesor... úplně nověj způsob života*“. Kryštof zažíval nejhorší pocity bezmoci ve druháku na střední škole: *„já jsem kvůli tomu i brečel, opravdu jsem si říkal, že už nikdy, že už nechci mluvit, že mě to tak vysiluje, tak mi to dělá problémy, že už to vzdávám, já jsem nevěděl jak na to. Říkal jsem si, že logoped mi nepomohl, že ať dělám, co dělám, že to prostě nějak nešlo a komunikace byla čím dál náročnější*“. U Jana se kvůli koktavosti stupňovaly stavy strachu a úzkosti, v nejhorších chvílích na střední ho přepadaly i sebevražedné myšlenky: *„měl jsem myšlenky na to nejhorší, říkal jsem si, že kdybych tady nebyl, bylo by to pro mě snazší*“.

7. 2. 12 „Dusí se to uvnitř“ - Negativní emoce spojené s koktavostí

I když se může zdát zřejmé, že s narušenou komunikační schopností se logicky budou pojít negativní emoce, přijde nám důležité tuto kategorii zmínit jako samostatné téma. Každý z respondentů zmínil dvě a více emocí, Veronika svou zkušenost nazvala směsicí vnitřních pocitů, které je obtížné ventilovat: *„jako kdyby se to všechno tak nějak dusilo uvnitř a nešlo to ven, takže je to takový potlačování něčeho, je to smíchaný vevnitř a je potřeba to nějak vyventilovat, ale nepřišla jsem ještě na to jak*“. Z odpovědí na výslovnou otázku, jaké emoce mají respondenti s koktavostí nejvíce spojené, vyšel tento seznam (v závorce počet zastoupení): stres (2x), strach (2x), neúspěch/selhání (2x), trapno (2x), smutek (2x), naštvaní (2x), frustrace (2x), ponížení (1x), úzkost (1x) a lítost (1x). Pro úplnost analýzy emocí spojených s koktavostí jsme se pokusili četnost zmínek o jednotlivých emocích spočítat u každého respondenta napříč všemi odpověďmi. Nejčastěji zmiňovanými emocemi byly u všech respondentů strach a stres.

7. 2. 13 „Že už to vzdávám...“ - Zkušenost s úzkostnými či depresivními stavy

Zkušenosti s úzkostnými či depresivními stavy sdílejí Kryštof, Veronika, Adéla a Jan. U Adély dokonce vyústily ve vznik autoimunitní nemoci štítné žlázy. Adélu s Janem navíc pojí podobné vnímání koktavosti jako určitého vězení. Jan popisuje své pocity takto: *„přišlo mi prostě vždycky jako že jsem uzavřený ve svém těle, že jsem ve vězení a že nemůžu být tím, kým bych chtěl být*“. Adéla přibližuje svoji zkušenost podobně: *„cítila jsem se jako ponížene a hrozně jako pocity frustrace...že nemůžu prostě mluvit, projevovat se, jak bych chtěla, že jsem jako v okovech. Prostě jako brzda vůbec nějakýho rozkvětu a života*“. U většiny z respondentů se zmiňované psychické stavy objevovaly především v minulosti, ale v menší četnosti

a intenzitě se vyskytují doted'. Veronika popisuje depresivní stavy, se kterými se potýká jednou za čas a trvají zhruba 2 až 3 dny. Podobné stavy prožívá také Jan: „*takové ty malé depky*“. Ačkoliv Kryštof podle svých slov nyní neřeší žádný vnitřní problém, doposud někdy prožívá úzkostlivé chvíle. Adéla, Veronika a Jan kvůli svým psychickým obtížím vyhledali psychologickou či psychiatrickou pomoc, Veronika ji využívá i v současnosti.

7. 2. 14 „Točí se celý svět“ - Intenzivní prožívání momentu zakoktání

Všichni účastníci výzkumu popisují intenzivní pocity spojené s momentem zakoktání, které u některých bývají doprovázeny také intenzivní fyziologickou odezvou. Například Veronika tyto stavy přirovnává k silné stresové reakci: „*polije mě horko, točí se celý svět, úplně to bušení srdce, prostě klasika, jak při silném stresu*“. Podobně se cítí také Petr: „*pak jsem z toho úplně zpocenej, jsem z toho vždycky vyřízenej*“. Tři respondenti také referovali o chvilkovém „zatmění“ mysli. Kryštof svoji zkušenost popisuje takto: „*je to docela šrot v hlavě... takový black out*“. Veronika prožívá srovnatelné stavy: „*v té hlavě v tu chvíli nemám vůbec nic, je tam blok a hotovo*“. Janovi se zase honí v hlavě spoustu vulgárních výrazů namířených proti sobě samému. Dále se napříč výpověďmi respondentů mísí pocity trapnosti, ponížení či selhání. Veronika, Kryštof, Ondřej a Petr zmiňují, že při zakoktání na sebe někdy vytváří obrovský tlak, aby danou situaci zvládli. Tento tlak je ovšem kontraproduktivní. Například Kryštof racionálně ví, že by měl zastavit a zkusit danou věc říci znovu. Někdy se však na sílu snaží dokončit slovo bez přerušení: „*jakože víc zvyšuju takové to eh eh eh a ještě víc to tam ženu*“. Obdobnou zkušenost má Petr: „*někdy čím víc chci, tím míň to jde*“.

7. 2. 15 „Furt to řeším“ - Zásadní role koktavosti v životě

Ačkoliv se všichni respondenti aktuálně nacházejí ve stavu, kdy se jejich řeč zlepšila či se s ní smířili, pro čtyři z nich koktavost stále představuje stěžejní životní téma, které jim více či méně negativně ovlivňuje kvalitu života. U Adély byla v minulosti snaha zvládnout koktavost středobodem, na který zaměřila všechnu svoji pozornost: „*všechno ostatní šlo okolo, bez nějakýho většího zaujetí, prostě jsem si říkala, že nic nemá smysl, když nemám tu řeč*“. Aktuálně Adéla koktá již málokdy, ale stále v sobě prožívá stres, který negativně ovlivňuje kvalitu jejího života. Také Jan věří, že bez koktavosti by mohla být kvalita jeho života jiná: „*já jsem prostě věděl, nebo tušil, že bych mohl být někým jiným, kdyby to nebylo, že bych mohl žít ten život jinak, ale zkrátka jsem nemohl*“. Koktavost Jana stále omezuje, i když v současné době mluví

plynule. Musí však neustále pracovat na technice mluvení a hlídat si, aby nekoktal: „*nedošlo to ještě do takovýho stavu, abych mluvil přirozeně a neřešil to*“. Také pro Veroniku představuje koktavost hlavní životní téma: „*furt se k tomu upínám a neužívám si tak úplně naplno život*“. I Kryštof připouští, že má jako jednu z životních priorit na své řeči neustále pracovat.

7. 2. 15 „Neotálet a překonat ho“ - Důležitost překonání strachu

V souvislosti se strategiemi zvládání svého řečového problému se čtyři účastníci shodují na zásadní věci – důležité je překonat prvotní strach a postavit se situaci čelem. Kryštofovi například pomáhá si říci, že o nic nejde a následně neotálet: „*jako čím víc nad tím budu přemýšlet, tím víc roste ten strach nebo nějaké to napětí*“. Také Veronika přiznává, že občas bývá těžké se rozhodnout, ale stojí za to se situacím nevyhýbat: „*člověka to zocelí a dodá mu to pořádnou sílu*“. Pozitivní zkušenost s překonáním prvotního strachu mají také Adéla a Jan, kteří vzpomínají na referáty ve škole: „*nejhorší je to prvotní, se rozjet... pak se člověk trochu vyklidnil*“.

7. 2. 16 „Připlatit si, abych se nezakoktal“ - Vyhýbavé chování

Všichni respondenti se v některých situacích ve větší či menší míře uchylují k vyhýbavým manévřům, v současné době se je však většina respondentů snaží omezovat. Kryštof vzpomíná na své cesty ze školy domů, kdy si kupoval jízdenku do vzdálenější vesnice, než kde bydlel, protože se mu vyslovovala lépe. Nyní občas v náročných situacích mění pořádek slov ve větě, ale je si vědom toho, že ho používání těchto manévřů nikam neposouvá. Kryštof je považuje za návykové a nechce jich využívat moc. Podobně se k tomu staví také Veronika, která navíc dodává, že neustálé změny formulací jí berou energii a odpoutávají od přítomnosti: „*je to náročnější na ten mozek, že zas upadnu do toho, kdy jsem víc ve své hlavě než v přítomnosti*“. Petrova forma vyhýbavého chování představuje psaní emailů místo telefonování, Ondřej se snaží vyhýbat se uvádění písniček na koncertech. Adéla se dříve vyhýbala kontaktu s lidmi a stejně tak Jan, který se vždycky snažil držet v ústraní a do určité míry se s tím potýká doposud.

7. 2. 17 „Fakt takový bezúčelný“ - Neúspěšnost logopedické péče v dětství

Neúspěšnost logopedické péče v dětství zažili všichni účastníci našeho výzkumu. Někteří byli s logopedem zprvu spokojeni, protože se jednalo o prvního člověka, který se zajímal o jejich řečový problém. Většina respondentů se však potýkala s tím, že dovednosti naučené za

dveřmi ordinace nešly přenést do reálného světa. Petr například vzpomíná: „*ani v tu chvíli, co jsem šel odtamtud, mi nepřišlo, že bych toho řekl nějak víc*“. Dále čtyřem respondentům chyběl u logopeda psychologický přístup a důraz na psychickou stránku věci. Veronika a Jan se navíc u logopeda setkali s necitlivým sdělením, že s jejich řečovým problémem se nedá nic dělat. Pro oba to byla rána a přestali vidět smysl v pokračování v terapii. Ondřej a Jan se také potýkali s nedostatečnou motivovaností a vůlí plnit zadané úkoly.

7. 2. 18 „Vyrovnat se lidem a překonat je“ - Koktavost jako výzva

Koktavost jako určitou výzvu vnímají čtyři respondenti. Tento pozitivní aspekt mezi jinak převážně negativními zkušenostmi popisuje Adéla takto: „*koktavost byla zároveň taková výzva to překonat a věřit a snažit se a vlastně jako zkoumat i to nitro... že opravdu jsem chtěla nalézt to uzdravení a jak se říká, skrze utrpení člověk dojde poznání, tak mě to prostě vedlo k tomu dál a dál na sobě pracovat*“. Pro Ondřeje koktavost představuje určitou energii, potřebu bojovat a potřebu něco dokázat. Určitým hnacím motorem byla koktavost také pro Petra v období puberty: „*měl jsem v sobě velkou touhu v podstatě v čemkoliv dokázat, že i přes zadržávání jsem stejně schopnej nebo i lepší než druzí*“. Veronika občas touží „nahnat“ si dokonalost v jiných věcech, než je mluvení.

7. 2. 19 „Můžu něco předat“ - Příležitost k zajímavým setkáním

Jako další pozitivní aspekt koktavosti hodnotí čtyři respondenti skutečnost, že jim tato řečová vada dává příležitost k zajímavým setkáním s lidmi, kteří se potýkají s podobným problémem nebo se o koktavost zajímají z odborné stránky. Respondenti se díky tomu setkávají s inspirativními názory a někdy také druhým na základě svých zkušeností mohou poradit a pomoci. Kryštof s Veronikou se dokonce v rámci své terapie podílí na přednáškách pro studenty logopedie a nedávno vystupovali také na logopedické konferenci o koktavosti. Tyto zkušenosti hodnotí oba kladně. Veronika vyzdvihuje příjemný pocit, že díky své zkušenosti s koktavostí může druhé obohatit: „*člověk se za to stydí a pak když zjistí, že to fakt někoho zajímá, tak je to takový pocit, že najednou můžeš něco předat díky tomu*“.

7. 3 Stručné shrnutí výsledků

Předložený výzkum se soustředí na porozumění životní zkušenosti dospělých jedinců s koktavostí. Cílem našeho výzkumu bylo odpovědět na otázku: *Jaká je životní zkušenost dospělých jedinců s koktavostí?* Byla provedena interpretativní fenomenologická analýza, z níž vzešlo 19 společných témat, které vnímáme jako důležité aspekty této zkušenosti. Přehled témat je uveden níže.

1. Nevhodný přístup rodiny
2. Vnímání úlev ve škole jako nežádoucích
3. Omezení projevu ve školních hodinách
4. Obtíže s vrstevnickými vztahy
5. Kvalitnější přátelství
6. Problematické navazováním partnerských vztahů
7. Nepředvídatelný výskyt horších a lepších dnů
8. Subjektivní zveličování problému
9. Temné období v prožívání koktavosti
10. Negativní emoce spojené s koktavostí
11. Zkušenost s úzkostlivými či depresivními stavy
12. Intenzivní prožívání momentu zakoktání
13. Zásadní role koktavosti v životě
14. Pochopení u druhých
15. Vyhýbavé chování
16. Důležitost překonání prvotního strachu
17. Neúspěšnost logopedické péče v dětství
18. Koktavost jako výzva
19. Příležitost k zajímavým setkáním

8 DISKUSE

8. 1 Výsledky v kontextu se současným poznáním

V následující diskusi se budeme věnovat interpretaci výsledků našeho výzkumu, které zasadíme do kontextu současného vědeckého poznání. Jednotlivá témata budeme rozebírat víceméně v pořadí, ve kterém jsme je uvedli ve stručném shrnutí. Dále také nastíníme limity tohoto výzkumu a předložíme možnosti dalšího výzkumného směřování.

Nevhodný přístup rodiny, se kterým se setkala většina našich respondentů, považujeme za jedno z témat, kterému náleží věnovat zvýšenou pozornost. Zkušenosti z rodinného prostředí totiž představují jakýsi odrazový můstek do dalšího života.

Ve zkušenostech respondentů se objevují dvě roviny přístupu členů rodiny k jejich koktavosti. První se týká citové stránky, konkrétně způsobu, jakým rodinní příslušníci reagovali na jejich řečové obtíže. Jak bylo zmiňováno v teoretické části, základním rodinným cílem by mělo být poskytnutí dostatečného citového zázemí a bezpodmínečného přijetí dítěte bez ohledu na jeho koktavost. U dvou účastníků výzkumu základní citové potřeby naplněny nebyly a u obou tato bolestivá zkušenost výrazně zasáhla do dalšího rozvoje jejich osobnosti.

Domníváme se, že nevhodné reakce mohou být ovlivněné tím, že pro rodinné příslušníky, zejména pak rodiče, může být náročné handicap svého dítěte psychicky zpracovat. Tato skutečnost může kromě nevhodných reakcí vést také k tabuizaci tématu. V takovýchto případech vnímáme jako obzvlášť důležité, aby měli rodiče prostor mimo přítomnost svých dětí své pocity ventilovat – ať už s partnerem, přáteli, logopedem, psychoterapeutem či jiným odborníkem. Riziková je v těchto případech skutečnost, že děti s koktavostí jsou velmi citlivé na reakce okolí. Leckdy proto velmi dobře vycítí, že se rodiče jejich řečovým problémem trápí. Mohou si to přikládat za vinu a psychické obtíže spojené s koktavostí dusit v sobě. Dalším aspektem nevhodného přístupu v rodinném prostředí mohou být posměšky či napodobování od sourozenců, kterého si rodiče nevšimnou nebo nepovažují za důležité do sourozeneckých interakcí jakkoliv zasahovat.

Druhá rovina přístupu ke koktavosti se týká konkrétních kroků, které rodina podnikala ve snaze jedinci s koktavostí pomoci. Několik respondentů referovalo o nedostatečném vyhledání

odborné pomoci, v některých případech v domněnání, že koktavost vymizí sama. Jedná se o chybu, před kterou varují čeští i zahraniční odborníci (např. Pospíšilová, 2018; Guitar, 2006). Dále se respondenti setkávali také s nevhodnou formou pomoci zahrnující například hyperprotektivitu a ochranu před situacemi vyžadujícími mluvení. Takovýto přístup však vede k izolaci dítěte a absenci jakéhokoliv rozvoje samostatnosti. Tendence k hyperprotektivě svých blízkých je do určité míry přirozená a pochopitelná a můžeme ji pozorovat i u jiných forem poruch či nemocí. Nejedná se však o efektivní formu pomoci.

V souvislosti s těmito zkušenostmi vyvstává otázka, nakolik jsou rodiče dětí s koktavostí o této problematice dostatečně informováni a kdo by měl za případnou osvětu mezi rodiči zodpovídat. V logopedické praxi často chybí prostor pro komunikaci logopeda s rodiči mimo přítomnost dítěte.

Při rešerši prováděné v rámci této práce jsme narazili v elektronické i knižní podobě na velké množství zdrojů o koktavosti zahrnující mimo jiné zásady vhodného přístupu k dětem s touto NKS. Tyto informace se ve většině případů shodovaly a jevily se tak jako důvěryhodné. Nutno však podotknout, že u účastníků výzkumu ještě nebyl v době jejich dětství v praxi zaběhnutý internet a většina knižních publikací, ze kterých jsme čerpali v této práci, vyšla až v posledních dvou desetiletích. Domníváme se proto, že jednou z možných příčin nevhodného rodinného přístupu mohl být právě nedostatek dostupných zdrojů. Věříme, že rodiče současných dětí s koktavostí mají k informacím snazší přístup a aktivně tyto informace vyhledávají.

Co se týče školního prostředí, identifikovali jsme napříč rozhovory dvě společná témata – vnímání úlev jako nežádoucích a omezení svého projevu ve školních hodinách. U problematiky úlev vidíme jistou souvislost s nevhodnými reakcemi v rodinném prostředí. Domníváme se, že poskytování úlev ve velkém množství případů rovněž pramení z nedostatečné informovanosti o koktavosti mezi pedagogy. Na to, že pedagogové nemají dostatečné vědomosti, jak správně zacházet s dítětem s koktavostí, upozorňují i některé zahraniční výzkumy (Arnold et al., 2015; Panico, Daniels, Hughes, Smith, & Zelenak, 2018). Z dobře míněné snahy dítěti pomoci pak mohou vyvstat situace, které dle slov našich respondentů podporují izolaci a posilují pocity odlišnosti a nedostatečnosti. Nutno však podotknout, že v některých případech mohou být děti za poskytované úlevy v danou chvíli rády, protože se logicky chtějí vyhnout stresovým situacím.

Stejnou zkušenost má jedna respondentka, která však zpětně hodnotí úlevy velmi negativně. Škola představuje prostředí, které připravuje dítě s koktavostí na život – proto považujeme za důležité nevytvářet mu skleníkové prostředí (byť to v danou chvíli dítě může ocenit), ale naopak ho citlivě učit postavit se svému problému čelem. Na sněmu Asociace logopedů ve školství v rámci své odborné přednášky upozorňovala Mlčáková na skutečnost, že studenti s koktavostí se často se svou koktavostí učí zacházet až v období nástupu na vysokou školu. Do té doby jim školní okolí často upravuje podmínky tak, aby mohli upřednostnit psanou formu řeči, nemuseli prezentovat před skupinou spolužáků, byli ústně zkoušeni spíše bez přítomnosti spolužáků, případně písemně (Mlčáková, 2019). Ve shodě s Mlčákovou toto vnímáme jako zásadní problém v nastavení přístupu k dětem s koktavostí.

Určitou roli v poskytování úlev může hrát také netrpělivost pedagogů či jejich psychický diskomfort ve chvílích, kdy se dítě potýká se zakoktáním. Toto nastavení vnímá jeden z našich respondentů dokonce i u některých pedagogů na vysoké škole a upozorňuje na něj také Plexico et al. (2013). Také z tohoto důvodu považujeme za důležité provádět osvětu mezi pedagogy a podporovat jejich sebereflexi.

Co se týče omezeného projevu ve školních hodinách, čeští i zahraniční autoři (např. Fraser & Perkins, 2007; Peutelschmiedová, 2007) upozorňují na možný negativní vliv neprojevení se na školní úspěšnost a také na riziko ztráty zájmu o vzdělávání. Z výpovědi našich respondentů však vnímáme jako podstatné, že strach projevit se u nich vedl k pocitům frustrace a zklamání, že nemohou ukázat, co v nich je. Do jisté míry tím pak může být ovlivněn jejich seberozvoj a také sebevědomí. Kvůli strachu z projevu se totiž zbavují možnosti posilovat své sebevědomí na základě aktivity v hodinách, kladení dobrých otázek v diskusích a podobně.

O vysoké míře problémů v kolektivu u dětí s koktavostí píše například Lechta a Králiková (2011). V našem výzkumu se s určitými problémy setkali všichni respondenti, ale ne všichni je připisují přímo koktavosti jako takové. V této souvislosti si můžeme klást otázku, zda problémy v kolektivu nezažil během svého života do určité míry každý z nás a zda je tedy na místě toto téma řadit mezi stěžejní životní zkušenosti právě jedinců s koktavostí. Z našich rozhovorů však vyplynulo, že jedním z rizikových aspektů v dětských kolektivech je jakákoliv odlišnost, jejíž kritéria koktavost naplňuje. Ne vždy však byly problémy v kolektivu způsobeny

negativními reakcemi přímo na koktavost. V některých případech se jedinci s žádným posměchem či šikanou nesetkali, ale koktavost a pocit odlišnosti s ní související u nich vedly ke stažení se a uzavřenosti. Až touto skutečností pak byly způsobeny jejich problémy, ke kterým nevedlo ani tak negativní nastavení vrstevníků jako spíše jejich strach se vůbec s někým kamarádit.

Jaké vztahy s vrstevníky budou jedinci s koktavostí mít ovlivňuje také to, do jakého kolektivu se dostanou a jak staří jsou. Z výpovědí respondentů vyplývá, že obtíže měli spíše v mladším věku, což považují za typické také Hayhow et al. (2002). Většina našich respondentů popisuje, že ve starším věku se dostali do okruhu „rozumnějších lidí“, mezi kterými již k žádným problémům nedocházelo. Je možné se domnívat, že se nejedná ani tak o to, že konkrétní lidé by byli „rozumnější“, jako spíše o to, že ve starším věku už bývá tolerantnější a sociálně vyspělejší většina jedinců. To koresponduje například se zjištěním Schönové (2014), jejíž respondenti ve věku od 19 do 27 let referovali o tom, že jsou se svým sociálním okruhem spokojeni.

Jednou ze zajímavostí v souvislosti s mezilidskými vztahy je zjištění, že čtyři účastníci berou svoji koktavost jako určitý filtr na lidi. Vnímají, že mají kolem sebe lidi, kteří s jejich koktavostí nemají problém. To považují za indikátor, že se nejedná o povrchní lidi, kteří by je hodnotili na základě jejich řečové poruchy. Někteří respondenti pak dále zmiňovali, že díky koktavosti jsou jejich vztahy hlubší, protože sdílení této citlivé zkušenosti vztahy utužuje a otevírá prostor pro další osobní rozhovory. V podobných souvislostech hovořili také respondenti nedávného výzkumu, který provedli Boyle et al. (2019). Domníváme se, že tento pozitivní aspekt koktavosti budou zřejmě vnímat spíše starší jedinci. Děti totiž v určitém období hodnotí přátelské vztahy spíše kvantitativně, náhledu a reflexe svých vztahů ještě nemusí být schopné.

Problémy s navazováním partnerského vztahu prožívali či stále prožívají všichni účastníci našeho výzkumu. Podobnou zkušenost má také většina jedinců s koktavostí ve výzkumu Hayhowa et al. (2002). Je důležité podotknout, že navazování intimních vztahů patří k významným vývojovým úkolům dospívání a neúspěch v této oblasti se může velmi negativně promítnout do psychického prožívání. O psychických obtížích spojených s nezdarem při navazování partnerských vztahů referovali i naši respondenti. Oblast partnerských vztahů je

natolik významná, že naopak úspěch v ní může u jedinců s koktavostí způsobit zlepšení a úlevu i v dalších oblastech. Partnerský vztah může být zdrojem posílení sebevědomí, snížení pozornosti zaměřené na svůj řečový problém a zvýšení celkové životní spokojenosti. Přítomnost intimního vztahu navzdory koktavosti může u jedinců s touto NKS způsobit změnu ve smýšlení a postoji k celému svému problému. S touto zkušeností se setkal i jeden z našich respondentů.

Nezapomínejme, že určitý strach či stydlivost při navazování partnerských vztahů prožije za svůj život téměř každý z nás. Tyto pocity samozřejmě nejsou u všech způsobené strachem ze zakoktání a z reakce protějšku na koktavost, ale nutno podotknout, že to nebyl ani jediný zmiňovaný důvod našich respondentů. Na tuto skutečnost díky svému náhledu upozorňovali i někteří účastníci našeho výzkumu.

Naši respondenti se až na občasné výjimky nesetkávají s negativními reakcemi od okolí a vnímají z jeho strany převážně pochopení. Je zajímavé, že i přes tuto zkušenost hraje u některých účastníků našeho výzkumu stále velkou roli strach z reakcí okolí. Setkali jsme se s ním jakožto převažujícím aspektem prožívání i u respondentů, kteří se s žádnou negativní reakcí u druhých nesetkali vůbec nikdy. Vystává tak otázka, čím je tento strach způsobený. Může se jednat o mylné obecné přesvědčení, že společnost mluvený projev jedinců s koktavostí odmítá. Oni toto přesvědčení můžou pojmout za své, aniž by bylo založené na jejich reálné zkušenosti. Dále může hrát roli zkušenost z rodiny, kde vnímali, že s koktavostí nejsou přijímáni, a proto předpokládají také nepřijetí ve společnosti. Dalším vysvětlením může být subjektivní zveličování problému koktavosti, se kterým se potýká mnoho z nich, a které nám z naší analýzy vzešlo jako samostatné významné téma. Z našeho pohledu se jedná o aspekt, kterému náleží věnovat pozornost při terapii. Podobné doporučení má také Guitar (2006), podle něhož by odborníci měli jedincům s koktavostí pomoci přijít na to, že okolí nemá o jejich NKS negativní smýšlení.

Zkušenost s nepředvídatelným výskytem horších a lepších dnů mezi jedinci s koktavostí považujeme za jedno z významných zjištění ve snaze porozumět jejich psychickému prožívání. Nepředvídatelnost a variabilita projevů představuje z našeho pohledu velmi zatěžující psychologický aspekt koktavosti – jedinec musí být do určité míry stále ve střehu a opakovaně zažívá pocity radosti z plynulejší řeči a pocit zoufalství z následných propadů.

Někteří zahraniční autoři (Tichenor & Yaruss, 2019) zmiňují, že jedinci s koktavostí několik dní dokonce vůbec nemusí splňovat kritéria pro diagnózu koktavosti, zatímco další dny je naplňují velmi spolehlivě. Tyto nepříjemné fluktuace mohou negativně ovlivnit i jejich sebevědomí. Plexico et al. (2009a) a Plexico et al. (2009b) vysvětlují, že nepředvídatelnost projevů koktavosti často také vede k tomu, že se jedinci s koktavostí uchylují k maladaptivním strategiím zvládání. Někteří respondenti v rámci tohoto tématu zmiňovali, že jim v horších dnech pomáhá vědomí, že přijdou zase dny lepší. Reflexe stále se opakující zkušenosti se zdá být jednou z pomůcek, jak tento náročný aspekt zvládat.

Zjištění, že každý z respondentů prožil v souvislosti se svou koktavostí temné období, se nám jeví jako logické, neboť se jedná o zátěžový životní aspekt, se kterým se jedinec musí vypořádat. Boyle et al. (2019) dávají prožívání a zpracování koktavosti do souvislosti s modelem procesu zvládání handicapu od Smarta (2001, in Boyle et al., 2019). Ten zahrnuje fázi šoku, stažení se, deprese, osobního dotazování, integrace, akceptace a transcendence. Z našeho pohledu odpovídá tento model prožívaným zkušenostem účastníků našeho výzkumu. Fáze stažení se a následné deprese (byť ne vždy v doslovném smyslu) probíhala s výjimkou jednoho účastníka vždy na přelomu základní a střední školy. U zmiňovaného faktu vidíme souvislost s charakteristikami tohoto vývojového období, kdy dochází ke kritickému vnímání sebe sama a hledání vlastní identity. Vyšší závažnost úzkosti, depresí, reakcí na koktavost a emočně behaviorálních problémů u starších adolescentů (15–17 let) oproti mladším adolescentům (12–14 let) identifikovali ve svém výzkumu také Gunn et al. (2014). S přibývajícím věkem jsme u respondentů zaznamenali větší integraci a postupně i akceptaci svého řečového problému, což opět odpovídá modelu Smarta. Boyle et al. (2019) se zamýšlí nad tím, že změna postoje a přístupu k vlastní koktavosti se s přibývajícím věkem může měnit také v návaznosti na již získané zkušenosti a určitou životní moudrost. Starší jedinci s koktavostí mají za sebou období, kdy se potýkali s pocity odlišnosti a frustrace a již vyjádřili emoce, které se s jejich pocity a trápením vážou.

S temným obdobím kvůli koktavosti také souvisí prožívání úzkostlivých a depresivních stavů, které u respondentů do určité míry přetrvávají dodnes. Na vyšší míru úzkostnosti a depresivity u jedinců s koktavostí upozorňuje mnoho zahraničních výzkumů (např. Blumgart et al., 2010; Iverach et al., 2009; Iverach et al., 2010). Iverach et al. (2010) přirovnává koktavost k řadě jiných chronických onemocnění, jejichž psychologické dopady na život mohou způsobit

zvýšenou vulnerabilitu k depresím. Zde vidíme místo pro psychologickou či psychiatrickou péči, jelikož řešení psychických obtíží není v kompetenci logopedů. Považujeme za důležité, aby logopedi při podezření na psychické obtíže doporučovali svým klientům návštěvu psychologa, v ideálním případě přímo odkázali na odborníka, který rozumí i řečovým obtížím. Pomoci by pak mohlo například zaměření terapie na posílení resilience a funkční copingové strategie, což doporučují také Tran et al. (2018).

Prožívání negativních emocí popisují jako jednu z jádrových zkušeností jedinců s koktavostí některé zahraniční výzkumy (např. Corcoran & Stewart, 1998; Tichenor & Yaruss, 2019). Tyto emoce mohou být velmi hluboce zakořeněny a zpravidla následují myšlenky, které vedou k určitému typu chování (Tichenor & Yaruss, 2019). Kognitivní, afektivní a behaviorální složka prožívání koktavosti pak může představovat určitý „začarovaný kruh“, jehož existence přispívá k psychickým obtížím. Domníváme se proto, že prožívaným negativním emocím spojeným s koktavostí by v rámci terapie měla být věnována dostatečná pozornost. Terapie by se mohla soustředit na schopnost vyjadřovat emoce, porozumět jim a přijmout je, což následně může vést ke snížení jejich intenzity.

Jedna z respondentek popisuje svoji zkušenost jako „*směsici pocitů, které se dusí uvnitř a je obtížné ji popsat*“. Na projevy psychické tenze směrem „dovnitř“ upozorňuje také Lechta (2010). Skutečnost, že prožívané emoce leckdy nejsou navenek patrné a někdy bývají pro jedince s koktavostí obtížně definovatelné, může ztěžovat terapii. Druhým problematickým faktorem může být také to, že zvláště menší děti neumí nebo nechťejí o svých emocích mluvit. Pomoci by mohly knížky pro děti zaměřující se na práci s emocemi nebo přímo publikace *The School Age Child Who Stutters: Working Effectively With Attitudes And Emotions* zmiňovaná v teoretické části, která však zřejmě není přeložena do českého jazyka.

Intenzivní prožívání momentu zakoktání popisují kromě našich respondentů také účastníci zahraničních výzkumů i autoři odborných knih (např. Bloodstein, 2008; Tichenor & Yaruss, 2019). Van Riper (1982) dokonce přirovnává moment zakoktání k malé smrti. Nejčastěji uváděným pocitem v momentě zakoktání bývá chvilkový pocit ztráty kontroly. Ten účastníci našeho výzkumu nezmiňovali doslovně, ale jejich popisované „zatmění mysli“ vnímáme obdobně. Chvilkové zatmění či mentální prázdnotu zmiňuje také Bloodstein (2008). Je důležité zmínit, že ve spojitosti s intenzivními prožitky při momentu zakoktání zpravidla dochází také

k fyziologickým reakcím, jakými jsou například zalití horkem či zrychlení srdečního tepu. Momenty zakoktání tak můžou představovat psychicky i fyzicky náročné situace, se kterými se jedinci s koktavostí mohou potýkat několikrát denně. V této souvislosti je důležité mít na paměti, že pak mohou být během dne rychleji unavení a vyčerpaní, což se může pojit s větší emoční labilitou a vztahovačností. Opět zde vnímáme určitý „začarovaný kruh“, kdy zážitky spojené s koktavostí ovlivňují psychické prožívání, které může vést k dalšímu zakoktání.

Zjištění, že u většiny respondentů i v dospělém věku hraje koktavost zásadní roli, může odpovídat tomu, že u jedinců s chronickou koktavostí představuje koktavost dominující charakteristiku, jíž sami sebe hodnotí (Guitar, 2006; Lechta, 2010). V dospělém věku už jsou jedinci zpravidla zvyklí, že je koktavost provází a ovlivňuje víceméně pořád. Při tomto přivyknutí na negativní životní zátěž vnímáme riziko rozvoje naučené bezmocnosti. Zde pak hrozí, že jedinci s koktavostí budou vše negativní ve svém životě přisuzovat své NKS a do určité míry se vzdají zodpovědnosti za svůj život. Určité tendence k tomuto nastavení jsme vnímali i některých našich respondentů. U jiných byl však patrný náhled a reflexe toho, že některé situace jsou náročné pro všechny nehledě na koktavost a každý se zkrátka musí čas od času potýkat s neúspěchem. Reflexe této skutečnosti by mohla být cennou součástí terapie.

Vyhýbavé chování představuje jeden z typických doprovodných jevů koktavosti, ke kterému ve větší či menší míře během svého života přistupují zřejmě všichni jedinci s koktavostí. Nutno podotknout, že v některých nepříjemných situacích přistupují k určité formě úniku všichni lidé. Jedná se o přirozenou reakci, která se tak na první pohled nemusí jevit obzvláště významná zrovna u koktavosti. Vzhledem k tomu, že s koktavostí se nepříjemnou situací může stát jakákoliv mezilidská interakce, hrozí však u jedinců s koktavostí více než u jiných lidí rozvinutí vážné patologie. Většina respondentů našeho výzkumu se shoduje na tom, že vyhýbavé chování nepředstavuje řešení problému. Poskytuje dočasnou úlevu, ale projevy koktavosti nijak nezlepší, naopak může způsobit pocity selhání a viny, že před problémem utíkají. Za mnohem efektivnější považují účastníci výzkumu překonat strach a postavit se dané situaci čelem. Tato naše zjištění jsou v souladu se zjištěními Plexica et al. (2009b). Omezení vyhýbání se situacím, slovům či lidem považuje za jeden z terapeutických cílů také Dezort (2019).

Sdílená zkušenost s neúspěšnou logopedickou péčí v dětství je poněkud zarážejícím zjištěním. Odborné knihy uvádí, že čím dřív se začne s logopedií, tím větší šance na odstranění koktavosti je. Ani u jednoho z našich respondentů se však koktavost v dětství odstranit nepodařilo, nikdo z respondentů nezaznamenal ani mírné zlepšení. Respondenti popisovali jako častý problém skutečnost, že procvičované dovednosti nešly přenést do reálného života a že u logopedů chyběl psychologický přístup. Pokud se terapeuti zaměřují pouze na dosažení plynulosti a neberou v potaz komplexnost problému v celé jeho šíři, která zahrnuje také prožívání jedince za dveřmi ordinace, je logické, že terapie se nemůže setkat s úspěchem. Na to upozorňují také například Corcoran a Stewart (1998). Nutno podotknout, že zkušenost našich respondentů pochází z doby před 15 lety či ještě dříve. Nemůžeme tak posuzovat současné standardy logopedické péče. V současné době někteří logopedi praktikují tzv. tvrdé terapie, v nichž se klienti učí vstupovat do náročných situací. Tak si na stres s nimi spojený postupně zvykají a trénují se v lepším zvládnutí těchto situací (Peutelschmiedová, 2005). S tvrdými terapiemi mají zkušenost i tři naši respondenti, kteří vyhledali logopedickou péči v dospělém věku.

V souvislosti s terapií v dětském věku se otevírá také otázka angažovanosti rodičů a motivace dítěte. Děti v mladším věku zpravidla nejsou schopné ani dostatečně motivované dodržovat nastavená pravidla a plnit zadané úkoly od logopeda a vyžadují rodičovský dozor a podporu. Ve chvíli, kdy se jim této pozornosti ze strany rodičů neodstává, techniky od logopedů zpravidla nejsou pravidelně procvičovány a terapie logicky může ztrácet na účinnosti.

Vzhledem k tomu, že koktavost představuje řečový problém, který zpravidla nejde odstranit v plné míře, terapeuti se také mohou potýkat s další otázkou – jak citlivě nakládat s nereálnými očekáváními klientů a zároveň jim nevzít naději, že se s koktavostí dá pracovat. I z tohoto důvodu se terapeutická práce s koktavostí zdá být náročnější než práce s nejčastějšími řečovými poruchami zahrnujícími zejména dyslálii. Nároky na terapeutické dovednosti logopedů při práci s koktavostí výstižně popisuje ve své dizertační práci Dezort (2019).

V souvislosti s koktavostí se zpravidla píše zejména o negativních zkušenostech, ale z našeho výzkumu vyplývá, že s sebou nese i pozitivní aspekty. Se stejným zjištěním přišel nedávný výzkum Boyle et al. (2019), který se na pozitivní aspekty koktavosti cíleně zaměřoval. V našem výzkumu se respondenti shodovali na tom, že koktavost pro ně představuje určitou

výzvu a zdroj energie, síly a motivace. Stejný postoj sdíleli také respondenti zmiňovaného výzkumu (Boyle et al., 2019). Druhým identifikovaným faktorem, který respondenti hodnotili kladně, byly příležitosti k zajímavým setkáním s lidmi, kteří se o problematiku koktavosti zajímají či se s ní sami potýkají. Dva z našich respondentů se dokonce v rámci svých tvrdých terapií podílí na přednáškách pro studenty či odborníky v oboru logopedie. Oba to hodnotí velmi kladně a s pozitivními reakcemi se setkávají také od posluchačů. Toto propojení teorie s praxí nám přijde jako velmi efektivní způsob, jak u stávajících či budoucích logopedů a dalších odborníků posilovat kompetence v porozumění a práci s lidmi s koktavostí. Zároveň se jedná o cenný trénink pro jedince s koktavostí, kteří si jednak trénují mluvit před skupinou cizích lidí a současně rozvíjejí svoji schopnost sebereflexe. Tyto jejich veřejné výstupy také pomáhají odstraňovat tabuizaci problému. Vzdělávání odborníků i pedagogů formou přednášek tohoto typu doporučuje i Flynn a Louis (2011). Třetí pozitivní společný faktor byl určitý „filtr“ na lidi, který jsme zmiňovali v oddíle týkající se vztahů.

Boyle et al. (2019) navrhuji, že zaměření se na pozitivní aspekty koktavosti by mohlo být jedním z cenných směrů terapie. V tomto ohledu je však třeba ke klientům přistupovat obzvlášť citlivě a danou situaci posuzovat podle toho, v jaké fázi zpracování koktavosti se klient nachází.

8. 2 Limity a rizika

Jako jeden z limitů práce vnímáme charakteristiku výběrového souboru. Všichni respondenti sdílí zkušenost s koktavostí, v ostatních ohledech se však nejeví jako příliš homogenní skupina. Významným faktorem v prožívání koktavosti se zdá být zejména terapie, kterou jedinci s koktavostí v minulosti podstoupili či aktuálně podstupují. Na vliv terapie či účasti na svépomocných programech na postoj ke koktavosti a na její celkové vnímání upozorňují také Tichenor a Yaruss (2019). Z našich rozhovorů bylo patrné, že oba respondenti, kteří aktuálně dochází na terapii, měli ke své řečové poruše i výzvám s ní spojenými pozitivnější vztah než ostatní. Vzhledem k tomu, že tito respondenti dochází ke stejné logopedce, mohlo dojít ke zkreslení jejich prožívání i tímto faktorem. Ve výpovědích obou respondentů byl patrný stejný „rukopis“ dané logopedky – velmi zřetelně šlo identifikovat, jakým směrem své klienty vede. U respondentů bylo vidět, že mají na problematiku koktavosti určitý náhled, jsou zvyklí své prožívání podrobně reflektovat a bavit se o koktavosti zcela otevřeně. Dále byl mezi respondenty poměrně velký věkový rozptyl, konkrétně 14 let. I přes

tyto odlišnosti se nám však podařilo identifikovat velké množství společných témat. Je však možné, že při větší homogenitě souboru by se objevilo témat ještě více.

Co se týče respondentů, zkreslujícím faktem může být také skutečnost, že výzkumu se účastnili takoví jedinci, kterým nevadí se o své koktavosti bavit. Logicky tak vyplývá, že se jedná o jedince, kteří již neprožívají tak velkou psychickou tenzi. Důvodem může být buď to, že pro ně koktavost nikdy nepředstavovala výrazný problém, nebo už ji během svého života více integrovali a přijali.

Dalším limitem předkládané práce může být její široké zaměření. Otázky v rozhovoru pokrývaly období od rozvoje koktavosti až po současnost a snažily se komplexně zahrnout všechny oblasti, do kterých koktavost nějakým způsobem vstupovala či vstupuje. Tento cíl se může jevit jako příliš ambiciózní a nese s sebou několik úskalí. Prvním z nich je skutečnost, že zkušenost jedinců s koktavostí se v čase proměňovala – u některých otázek pak nebylo jednoznačné, zda se bavíme v minulém či přítomném čase. Respondenti by na tyto otázky odpovídali v různých věkových obdobích odlišně. Dalším problematickým aspektem tohoto přístupu bylo rozdílné množství popisovaných zkušeností ze vzdálené minulosti – někteří respondenti si detaily z dětství vybavovali snáze, zatímco jiní příliš vzpomínek neměli. Tento nepoměr také mohl zkreslit analýzu dat.

Vzhledem k velkému množství otázek trvaly jednotlivé rozhovory poměrně dlouhou dobu. Ačkoliv si nikdo z účastníků nestěžoval, délka rozhovoru mohla vést k jejich únavě, což mohlo mít negativní vliv na reflexi daných zkušeností. V souvislosti s rozhovorem je také důležité zmínit, že některé otázky se prolínaly a informace od účastníků se občas napříč otázkami opakovaly. Při analýze jsme však téměř u každé odpovědi identifikovali další rozměr sdělení.

Za další problematický aspekt práce vnímáme obtížně odlišitelnou roli koktavosti a přirozené povahy v jednotlivých zkušenostech, o které referovali i samotní respondenti. Do procesu analýzy dat tak nutně vstupovaly autorčiny prekoncepce a interpretace, což se však u metody IPA nepovažuje za překážku (Willig, 2001, in Koutná Kostínková & Čermák, 2013).

8. 3 Podněty pro další zkoumání či pro praktické využití práce

Předkládaná práce přibližuje životní zkušenost jedinců s koktavostí a pozitivní a negativní aspekty, které s sebou jejich NKS nese. Komplexní pohled na psychické prožívání jedinců s koktavostí může být cenným obohacením pro odborníky z řad logopedů, psychologů i pedagogů. Popisované zkušenosti mohou odborníkům umožnit porozumět prožívání těchto jedinců a pomoci v praxi lépe nastavit vhodný přístup i poskytovanou péči. Z rozhovorů a jejich následné interpretace vyplynulo i několik praktických typů pro směřování terapie. Vzhledem k identifikaci významných psychologických aspektů ve zkušenostech s koktavostí věříme, že tato práce pomůže zvýšit zájem o problematiku koktavosti v oboru psychologie.

Pro budoucí výzkum doporučujeme zaměřit se detailněji na vybranou oblast z psychologických aspektů a zpracovat ji například formou případových studií. Jednou z oblastí by mohla být identifikace faktorů, které během života hrají roli ve změně postoje jedinců ke své koktavosti. Dva z našich respondentů byli věřící, tak například vyvstává otázka, do jaké míry může hrát roli při zvládání koktavosti právě víra.

V rámci zlepšení propojenosti logopedické a psychologické péče o jedince s koktavostí by bylo vhodné detailně zmapovat aktuální situaci. Dále bychom považovali za cenné provést kvalitativní výzkum s jedinci s koktavostí, kteří psychologickou péči aktuálně využívají. Zajímavé by bylo zaměřit se na to, v jaké chvíli a za jakých podmínek se pro tuto péči rozhodli, jakou zkušenost s psychologem a psychoterapeutem mají, co od terapie nejvíce potřebují a jaké faktory v terapii jim pomáhají.

9 ZÁVĚR

V rámci našeho výzkumu jsme si položili výzkumnou otázku: „Jaká je životní zkušenost dospělých jedinců s koktavostí?“. Po provedení interpretativní fenomenologické analýzy jsme napříč různými případy identifikovali celkem 19 společných témat, která jsou součástí výše popsané zkušenosti.

Všech šest respondentů sdílí zkušenost s neúspěšnou logopedickou péčí v dětství, ve které jim mimo jiné chyběl psychologický přístup a důraz na psychickou stránku věci. V oblasti vztahů se všichni setkali s obtížemi mezi vrstevníky a potýkali se či stále potýkají s problémy při navazování partnerských vztahů. V současné době se všichni respondenti setkávají u druhých převážně s pochopením, přesto se každý ve větší či menší míře uchyluje k vyhýbavému chování. Co se týče projevů zakoktání, všichni respondenti referovali o nepředvídatelném výskytu horších a lepších dnů a intenzivním prožívání momentu zakoktání, který nejčastěji přirovnávají k silné stresové reakci. Všichni respondenti mají s koktavostí spojené negativní emoce a všichni v dětství či dospívání prožili kvůli své koktavosti určité temné období.

Pětkrát se vyskytlo téma nevhodného přístupu v rodinném prostředí, který zahrnoval nevhodné reakce rodinných příslušníků nebo nedostatečné vyhledání odborné pomoci. Dále pět účastníků výzkumu vnímá školní úlevy kvůli koktavosti jako nežádoucí.

Ve čtyřech případech respondenti referovali o tom, že kvůli koktavosti omezovali svůj projev ve školních hodinách, subjektivně svůj problém zveličují a přisuzují mu zásadní roli v životě. Čtyři respondenti také mají zkušenost s úzkostlivými či depresivními stavy. V nepříjemných situacích považují za klíčové překonat prvotní strach. V neposlední řadě respondenti zmiňovali pozitivní aspekty, které jim koktavost přináší. Čtyřikrát účastníci výzkumu popisovali koktavost jako určitou životní výzvu, dále skrze ni mají příležitost k zajímavým setkáním a také ji vnímají jako určitý filtr na lidi, díky kterému považují svá přátelství za kvalitnější.

Práce přináší ucelený pohled na zkušenost dospělých jedinců s koktavostí. Výsledky analýzy mohou umožnit odborníkům z řad logopedů, psychologů a pedagogů porozumět

prožívání těchto jedinců a pomoci v praxi lépe nastavit vhodný přístup a poskytovanou péči. Věříme, že tato práce pomůže zvýšit zájem o problematiku koktavosti v oboru psychologie a poslouží jako podklad pro další výzkumy.

SOUHRN

Předkládaná práce se zabývá životní zkušeností dospělých jedinců s koktavostí. Koktavost představuje jednu z nejtěžších forem narušené komunikační schopnosti, která se může negativně promítat do sebepojetí i celkové životní spokojenosti a kvality života. Na poli psychologie však koktavosti není v českém prostředí věnována dostatečná pozornost. Obecným cílem práce proto je zlepšit povědomí a zájem o koktavost v psychologickém oboru.

Práce je členěna na teoretickou a empirickou část. Vzhledem k tomu, že se jedná o multioborové téma na pomezí psychologie a logopedie, teoretická část popisuje koktavost i v logopedických souvislostech. Opírá se o odborné knihy předních českých a slovenských specialistů na koktavost, především Peutelschmiedové a Lechty, díky kterým jsme se dostali i k informacím z nedostupných zdrojů. Dále práce čerpá z několika zahraničních titulů a velkého množství odborných článků získaných prostřednictvím databáze *EBSCO* a platformy *ResearchGate*.

První kapitola teoretické části práce popisuje základní informace o koktavosti. Zahrnuje teoretická vymezení uváděná v logopedických knihách i MKN – 10 a DSM 5, a dále se stručně zabývá etiologií, patogenezi, výskytem, incidencí a prevalencí koktavosti. Jedna z podkapitol je věnována symptomatologii, popsány jsou také základní informace k diagnostice a terapii. Tato první kapitola si neklade za cíl obsáhnout vymezení koktavosti v celé její šíři, spíše poskytuje určitý logopedický podklad ke zkoumanému tématu.

Druhá kapitola se soustředí na psychickou tenzi, která se společně s dysfluencí a nadměrnou námahou řadí mezi základní triádu projevů koktavosti. Jedná se o emocionální reakci na dysfluenci, která může mít velký vliv na frekvenci, stupeň a trvání jednotlivých příznaků i celkový dopad koktavosti na kvalitu života. Jak upozorňuje Lechta (2010), v terapii koktavosti se této oblasti příznaků často nevěnuje dostatečná pozornost. Redukce psychické tenze spadá zejména do kompetence psychologa či psychiatra, proto se jí ve druhé kapitole zabýváme se zvýšenou pozorností. Nejprve se věnujeme jejímu základnímu popisu a možnostem diagnostiky, následně ji popisujeme u jednotlivých fází koktavosti a předkládáme možnosti její terapie.

Třetí kapitola představuje stěžejní část teorie. Zaměřuje se na psychologické aspekty životní zkušenosti jedinců s koktavostí a svými podkapitolami kopíruje tematické okruhy zahrnuté v rozhovorech našeho výzkumu. Velký prostor je věnován oblastem rodiny a školy, neboť se jedná o prostředí, která mohou výrazně ovlivnit, jak se bude jedinec se svým řečovým problémem potýkat během celého svého života. Dále se v této kapitole zabýváme osobností a sebepojetím jedinců s koktavostí, copingem, oblastmi vrstevnických a partnerských vztahů, pracovní sférou a komorbiditami koktavosti s duševním onemocněním. V této kapitole jsou také zmíněny nedávné zahraniční výzkumy, které se svým zaměřením podobají naší práci.

Co se týče empirické části naší práce, výzkumný problém se soustředí na popis a porozumění životní zkušenosti dospělých osob s koktavostí. Cílem je popsat životní zkušenost jedinců s koktavostí, zjistit, jak se lidé s touto zátěží vyrovnávají, jaké pozitivní a negativní stránky jim tato životní zkušenost přináší a v neposlední řadě zmapovat psychologické aspekty, které se ke koktavosti vážou. V souvislosti s výzkumnými cíli byla formulována následující výzkumná otázka: *Jaká je životní zkušenost dospělých jedinců s koktavostí?*

Vzhledem k povaze zkoumaného tématu jsme se rozhodli pro kvalitativní zpracování výzkumu, konkrétně formou interpretativní fenomenologické analýzy (dále jen IPA). Při postupu analýzy dat jsme vycházeli zejména z publikace Řeháčka et al. (2013) a Smithe, Flowera a Larkina (2009).

Respondenti byli získáváni oslovením autorčiných známých s dotazem, zda neznají dospělé jedince s koktavostí. Touto formou se podařilo získat všech 6 respondentů, z čehož byli zastoupeni 4 muži a 2 ženy ve věku 24–38 let. Kritériem pro účast ve výzkumu byla diagnóza koktavosti a věk mezi 20–40 lety. Vzhledem k tomu, že psychologické aspekty koktavosti mohou přetrvávat i v období dosažení plynulosti řeči, nebylo stanoveno, v jaké vývojové etapě zpracování svého řečového problému se jedinec musí nacházet. V souvislosti s věkem respondentů pro nás bylo stěžejní, aby jedinci již prošli obdobím tzv. psychosociálního moratoria vyznačujícího se určitou krizí identity. Zároveň jsme požadovali, aby „žitá zkušenost“ s plněním vývojových úkolů končící adolescence a začátku dospělosti byla čerstvá, aktuálně prožívaná či v živé paměti. Třetí podmínkou, kterou jsme se řídili při výběru respondentů, byl mateřský jazyk čeština a aktuální pobyt na území České republiky.

Během celého výzkumu jsme se řídili etickými zásadami popsanými ve zvláštní kapitole empirické části práce. Před analýzou dat také autorka provedla reflexi vlastní zkušenosti se zkoumaným tématem, aby mohla užitečněji pracovat se získanými daty. Reflexe autorky je rovněž součástí empirické části.

Data byla sbírána prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Tematické okruhy a jednotlivé otázky rozhovoru byly sestaveny na základě odborné literatury. Inspiraci jsme čerpali také v některých diplomových pracích zabývajících se koktavostí (Schönová, 2014; Kabátková, 2016) nebo používajících metodu IPA (Zachová, 2018).

Rozhovory s respondenty byly nahrávány a následně doslovně přepsány v programu *Listen N Write*, vytištěny, pečlivě pročitány a doplňovány o různé typy poznámek. Poté byly zpracovány a přepsány do stručnější narativní podoby doplněné o výstižné citace respondentů. Během opakované práce s textem jsme si všímali objevujících a opakujících se informací, na základě čehož jsme vytvořili pracovní seznam vynořujících se témat. Poté byly převyprávěné rozhovory rozstříhány na jednotlivé okruhy otázek a seskupeny do stejně zaměřených bloků. Následně jsme ověřili výskyt vynořujících se témat a pracovní seznam doplnili o další. V další fázi jsme hledali spojitost mezi vzniklými tématy a v posledním kroku jsme převedli témata do narativní podoby. Ta zahrnovala popis a vysvětlení témat, argumentaci a doslovné ukázky z rozhovorů. Během celého procesu jsme se opakovaně vraceli k doslovným přepisům rozhovorů, abychom zachovali těsné sepejetí s původními daty.

Po provedení analýzy jsme napříč různými případy identifikovali 19 témat, která jsou součástí zkoumané zkušenosti. Všichni respondenti sdílí zkušenost s neúspěšnou logopedickou péčí v dětství, zkušenost s obtížemi mezi vrstevníky a s obtížemi při navazování partnerských vztahů. Dále se všichni setkávají u druhých převážně s pochopením, přesto se ve větší či menší míře uchylují k vyhýbavému chování. Všech šest respondentů popisuje nepředvídatelný výskyt horších a lepších dnů a intenzivní prožívání momentu zakotání. S koktavostí mají všichni spojené negativní emoce a v dětství či dospívání kvůli ní prožili temné období. U pěti respondentů se vyskytlo téma nevhodného přístupu v rodinném prostředí a vnímání školních úlev jako nežádoucích. Čtyři respondenti omezovali kvůli své koktavosti projev ve školních hodinách, subjektivně svůj problém zveličují a přisuzují mu zásadní roli v životě. Dále se ve čtyřech případech objevuje zkušenost s úzkostlivými či depresivními stavy. Se stejnou četností

vnímají respondenti jako důležité překonat v nepříjemných situacích prvotní strach. V neposlední řadě zmiňovali všichni respondenti pozitivní aspekty, které jim koktavost přináší. Ve čtyřech případech popisovali koktavost jako životní výzvu, dále díky ní mají čtyři z nich příležitost k zajímavým setkáním a čtyři ji vnímají jako určitý filtr na lidi, díky kterému mají kvalitnější přátelství.

Práce přináší ucelený pohled na zkušenost dospělých jedinců s koktavostí. Výsledky analýzy mohou umožnit odborníkům z řad logopedů, psychologů a pedagogů porozumět prožívání jedinců s koktavostí a pomoci v praxi lépe nastavit vhodný přístup a poskytovanou péči. Věříme, že tato práce pomůže zvýšit zájem o problematiku koktavosti v oboru psychologie a poslouží jako podklad pro další výzkumy.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

- Alase, A. (2017). The Interpretative Phenomenological Analysis (IPA): A Guide to a Good Qualitative Research Approach. *International Journal Of Education And Literacy Studies*, 5(2), 9-19.
- Alpaslan, A. H., Coskun, K. S., Kocak, U., & Gorücü, Y. (2015). Stuttering associated with the use of short-acting oral methylphenidate. *Journal of clinical psychopharmacology*, 35(6), 739-741
- Ambrose, N. G., Cox, N. J., & Yairi, E. (1997). The genetic basis of persistence and recovery in stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40(3), 567-580.
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) [website]. (n.d.). Dostupné z <https://www.asha.org/>
- Anderson, J. D., Pellowski, M. W., Conture, E. G., & Kelly, E. M. (2003). Temperamental characteristics of young children who stutter. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 46, 1221–1233.
- Arndt, J., & Healey, E. C. (2001). Concomitant disorders in school-age children who stutter. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 32, 68–78.
- Arnold, H. S., Li, J., & Gohl, K. (2015). Beliefs of teachers versus non-teachers about people who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 43, 28-39.
- Beilby, J. M., Byrnes, M. L., Meagher, E. L., & Yaruss, J. S. (2013). The impact of stuttering on adults who stutter and their partners. *Journal of fluency disorders*, 38(1), 14-29.
- Bendová, P. (2011). *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Grada Publishing as.
- Blood, G. W., & Blood, I. M. (2004). Bullying in adolescents who stutter: Communicative competence and self-esteem. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 31, 69–70.
- Blood, G. W., & Blood, I. M. (2007). Preliminary study of self-reported experience of physical aggression and bullying of boys who stutter: Relation to increased anxiety. *Perceptual and Motor Skills*, 104, 1060–1066.

- Blood, G. W., Blood, I. M., Tramontana, G. M., Sylvia, A. J., Boyle, M. P., & Motzko, G. R. (2011). Self-reported experience of bullying of students who stutter: Relations with life satisfaction, life orientation, and self-esteem. *Perceptual and motor skills*, 113(2), 353-364.
- Bloodstein, O., & Bernstein Ratner, N. (2008). A handbook on stuttering (6th ed.). New York, NY: Thomson-Delmar.
- Blumgart, E., Tran, Y., & Craig, A. (2010). Social anxiety disorder in adults who stutter. *Depression and Anxiety*, 27(7), 687-692.
- Boden, J. M., Van Stockum, S., Horwood, L. J., & Fergusson, D. M. (2016). Bullying victimization in adolescence and psychotic symptomatology in adulthood: evidence from a 35-year study. *Psychological medicine*, 46(6), 1311-1320.
- Bolton, J., Cox, B., Clara, I., & Sareen, J. (2006). Use of alcohol and drugs to self-medicate anxiety disorders in a nationally representative sample. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(11), 818-825.
- Boyle, C. A., Boulet, S., Schieve, L. A., Cohen, R. A., Blumberg, S. J., Yeargin-Allsopp, M., ... & Kogan, M. D. (2011). Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children, 1997–2008. *Pediatrics*, 127(6), 1034-1042.
- Boyle, M. P. (2013). Psychological characteristics and perceptions of stuttering of adults who stutter with and without support group experience. *Journal of fluency disorders*, 38(4), 368-381.
- Boyle, M. P. (2019). Psychological correlates of biological and non-biological explanations for stuttering. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 1-9.
- Boyle, M. P., Beita-Ell, C., & Milewski, K. M. (2019). Finding the Good in the Challenge: Benefit Finding Among Adults Who Stutter. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 1-11.
- Bricker-Katz, G., Lincoln, M., & Cumming, S. (2013). Stuttering and work life: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of fluency disorders*, 38(4), 342-355.
- Connery, A., McCurtin, A., & Robinson, K. (2019). The lived experience of stuttering: a synthesis of qualitative studies with implications for rehabilitation. *Disability and rehabilitation*, 1-11.

- Cook, S., & Howell, P. (2014). Bullying in children and teenagers who stutter and the relation to self-esteem, social acceptance, and anxiety. *Perspectives on Fluency and Fluency Disorders*, 24(2), 46-57.
- Copur, M., & Copur, S. (2018). Emergence of stuttering in an attention deficit hyperactivity disorder patient treated with methylphenidate. *Dusunen Adam*, 31(2), 222-224.
- Corcoran, J. A., & Stewart, M. (1998). Stories of stuttering: A qualitative analysis of interview narratives. *Journal of Fluency Disorders*, 23(4), 247-264.
- Craig, A., Blumgart, E., & Tran, Y. (2011). Resilience and stuttering: Factors that protect people from the adversity of chronic stuttering. *Journal of speech, language, and hearing research*.
- Craig, A., Hancock, K., Tran, Y., & Craig, M. (2003). Anxiety levels in people who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*.
- Craig, A., Hancock, K., Tran, Y., Craig, M., & Peters, K. (2002). Epidemiology of stuttering in the community across the entire life span. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 45, 1097–1105.
- Čokovská, V. (2013). *Názory rodičů na negativní důsledky koktavosti* (Doctoral dissertation, Masaryk University, Faculty of Education).
- DeLara, E. W., & DeLara, E. (2016). *Bullying Scars: The impact on adult life and relationships*. Oxford University Press.
- Dell, C. W. (2004). *Koktavost u dětí školního věku: manuál pro logopedickou intervenci*. Paido.
- Devroey, D., Beerens, G., & Van De Vijver, E. (2012). Methylphenidate as a treatment for stuttering: a case report. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 16(4 Suppl), 66-69.
- Donaher, J., & Richels, C. (2012). Traits of attention deficit/hyperactivity disorder in school-age children who stutter. *Journal of fluency disorders*, 37(4), 242-252.
- Donaher, J., Healey, E. C., & Zobell, A. (2009). The effects of ADHD medication changes on a child who stutters. *Perspectives on Fluency and Fluency Disorders*, 19(3), 95-98.

- Druker, K., Hennessey, N., Mazzucchelli, T., & Beilby, J. (2019). Elevated attention deficit hyperactivity disorder symptoms in children who stutter. *Journal of fluency disorders*, 59, 80-90.
- Dušek, K., & Večeřová – Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Grada Publishing as.
- Eelco, D. G. (2002). *Někdy koktám*. 1. vyd. Brno: Paido.
- Erickson, S., & Block, S. (2013). The social and communication impact of stuttering on adolescents and their families. *Journal of fluency disorders*, 38(4), 311-324
- Erikson, E. H. (2015). *Životní cyklus rozšířený a dokončený: Devět věků člověka*. Praha: Portál.
- Evans, D., Healey, E. C., Kawai, N., & Rowland, S. (2008). Middle school students' perceptions of a peer who stutters. *Journal of Fluency Disorders*, 33(3), 203–219.
- Felsenfeld, S., Kirk, K. M., Zhu, G., Statham, D. J., Neale, M. C., & Martin, N. G. (2000). A study of the genetic and environmental etiology of stuttering in a selected twin sample. *Behavior Genetics*, 30(5), 359-366.
- Flynn, T. W., & Louis, K. O. S. (2011). Changing adolescent attitudes toward stuttering. *Journal of fluency disorders*, 36(2), 110-121
- Fraser, J., & Perkins, W. H. (2007). *Koktáš? Nezoufejl!: průvodce pro dospívající*. 1. vyd.
- Fraser, M. (2000). *Svépomocný program při koktavosti: informace, zásady, postupy*. Portál.
- Guitar, B. (2006). *Stuttering: an integrated approach to its nature and treatment*. 3rd ed. Baltimore.
- Gunn, A., Menzies, R. G., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., Lowe, R., ... & Block, S. (2014). Axis I anxiety and mental health disorders among stuttering adolescents. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 58-68.
- Hála, B., & Sovák, M. (1962). *Hlas, řeč, sluch: základy fonetiky a logopedie*. Státní pedagogické nakl.
- Hayhow, R., Cray, A. M., & Enderby, P. (2002). Stammering and therapy views of people who stammer. *Journal of Fluency Disorders*, 27, 1–17

- Healey, E. C., & Reid, R. (2003). ADHD and stuttering: a tutorial. *Journal of fluency disorders*, 28(2), 79-93.
- Heelan, M., McAllister, J., & Skinner, J. (2016). Stuttering, alcohol consumption and smoking. *Journal of fluency disorders*, 48, 27-34.
- Howell, P., & Van Borsel, J. (Eds.). (2011). *Multilingual aspects of fluency disorders*. Multilingual Matters.
- Howell, P., Davis, S., & Williams, R. (2009). The effects of bilingualism on stuttering during late childhood. *Archives of disease in childhood*, 94(1), 42-46.
- Hughes, C. D., Gabel, R. M., Goberman, A. M., & Hughes, S. (2011). Family Experiences of People who Stutter. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology & Audiology*, 35(1).
- Cheasman, C., Everard, R., & Simpson, S. (2013). *Stammering therapy from the inside: new perspectives on working with young people and adults*. Guildford: J & R Press.
- Chmela, K., & Reardon-Reeves, N. (2005). *The school-age child who stutters: Working effectively with attitudes and emotions: A workbook*. Stuttering Foundation of America.
- Iverach, L., Jones, M., Lowe, R., O'Brian, S., Menzies, R. G., Packman, A., & Onslow, M. (2018). Comparison of adults who stutter with and without social anxiety disorder. *Journal of fluency disorders*, 56, 55-68.
- Iverach, L., Jones, M., McLellan, L. F., Lyneham, H. J., Menzies, R. G., Onslow, M., & Rapee, R. M. (2016). Prevalence of anxiety disorders among children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 49, 13-28.
- Iverach, L., Jones, M., O'Brian, S., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., ... & Onslow, M. (2010). Mood and substance use disorders among adults seeking speech treatment for stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*.
- Iverach, L., O'Brian, S., Jones, M., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., ... & Onslow, M. (2009). Prevalence of anxiety disorders among adults seeking speech therapy for stuttering. *Journal of anxiety disorders*, 23(7), 928-934.

- Iverach, L., Rapee, R. M., Wong, Q. J., & Lowe, R. (2017). Maintenance of social anxiety in stuttering: a cognitive-behavioral model. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 26(2), 540-556.
- Kabátková, I. (2016). *Problematika koktavosti v dospělém věku*. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Praha.
- Klenková, J. (2006). *Logopedie*. 1. vydání. Praha: Grada.
- Klotz, J. M., Johnson, M. D., Wu, S. W., Isaacs, K. M., & Gilbert, D. L. (2012). Relationship between reaction time variability and motor skill development in ADHD. *Child Neuropsychology*, 18(6), 576-585.
- Kondáš, O. (1983). *Zajakavosť: psychologický rozbor a terapia*. Slovenské pedagogické nakladateľstvo.
- Koutná Kostínková, J., & Čermák, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. In T. Řiháček, I. Čermák, & R. Hytych (Eds.) (2013). *Kvalitativní analýza: Čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
- Králiková, B. (2007). Predikovanie incipientnej zajakavosti při vývinovej dysfluencii: prvé skúsenosti. In: Lechta, V. a kol.: *Logopaedica X*. Bratislava: Liečreh
- Králiková, B. (2008): *Prediktory vzniku incipientnej zajakavosti u detí s vývinovou dysfluenciou*. Rigorózna práca. Bratislava: PdFUK.
- Kršňáková, P. (2004). *Cesta z hlubin koktavosti: náměty pro terapii balbuties korespondující s novými trendy desenzibilizace*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Langevin, M., Kleitman, S., Packman, A., & Onslow, M. (2009). The Peer Attitudes Toward Children who Stutter (PATCS) scale: an evaluation of validity, reliability and the negativity of attitudes. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 44(3), 352-368
- Langevin, M., Packman, A., & Onslow, M. (2009). Peer responses to stuttering in the preschool setting. *American Journal of Speech-Language Pathology*.

- Langevin, M., Packman, A., & Onslow, M. (2010). Parent perceptions of the impact of stuttering on their preschoolers and themselves. *Journal of Communication Disorders*, 43(5), 407-423.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Lau, S. R., Beilby, J. M., Byrnes, M. L., & Hennessey, N. W. (2012). Parenting styles and attachment in school-aged children who stutter. *Journal of communication disorders*, 45(2), 98-110.
- Lechta, V. (2005). *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Portál.
- Lechta, V. (2010). *Koktavost: integrativní přístup*. Portál.
- Lechta, V., & Králiková, B. (2011). *Když naše dítě nemluví plynule: koktavost a jiné neplynulosti řeči*. Portál.
- Lechta, V., et al. (1995). *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Osveta.
- Libánská, E. (2017). *Sebepojetí u jedinců trpících koktavostí ve vymořující se dospělosti* (Doctoral dissertation, Masarykova univerzita, Filozofická fakulta).
- Mayo, R., & Mayo, C. M. (2010). Would you date a person who stutters? College students respond. *Journal of Stuttering, Advocacy & Research*, 4, 145-155
- McKinnon, D. H., McLeod, S., & Reilly, S. (2007). The prevalence of stuttering, voice, and speech-sound disorders in primary school students in Australia. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*.
- Menzies, R. G., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., St Clare, T., & Block, S. (2008). An experimental clinical trial of a cognitive-behavior therapy package for chronic stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*.
- Menzies, R. G., Onslow, M., Packman, A., & O'Brian, S. (2009). Cognitive behavior therapy for adults who stutter: A tutorial for speech-language pathologists. *Journal of Fluency Disorders*, 34, 187-200.
- Merlo, S., & Briley, P. M. (2019). Sleep problems in children who stutter: Evidence from population data. *Journal of communication disorders*, 82, 105935.

Messenger, M., Onslow, M., Packman, A., & Menzies, R. (2004). Social anxiety in stuttering: Measuring negative social expectancies. *Journal of fluency disorders*, 29(3), 201-212.

Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. Revize: Dušení poruchy a poruchy chování. (2006). Praha: Psychiatrické centrum Praha.

Mlčáková, R. (2019, listopad). *Koktavost – vybrané otázky k logopedické intervenci*. Odborná přednáška přednesená na 13. sněmu Asociace logopedů ve školství, Praha

Müller, O. (Ed.) (2001). *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. Univerzita Palackého.

Nakao, T., Radua, J., Rubia, K., & Mataix-Cols, D. (2011). Gray matter volume abnormalities in ADHD: voxel-based meta-analysis exploring the effects of age and stimulant medication. *American Journal of Psychiatry*, 168(11), 1154-1163.

National Institutes of Health [website]. (n.d.). Dostupné z <https://www.nih.gov/>

Neubauer, K. (2018). Přetrvávající, akcelerovaná a získaná koktavost u dospělých osob. In K. Neubauer (Ed.) (2018). *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Portál.

Neubauer, K. (Ed.) (2018). *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Portál.

O'Brian, S., Jones, M., Packman, A., Menzies, R., & Onslow, M. (2011). Stuttering severity and educational attainment. *Journal of Fluency Disorders*, 36, 86–92

Osborn, M.; Smith, J.A. (2003). Interpretative phenomenological analysis. In Smith, J.A. (Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*. London: Sage.

Ostrezi, E. (2013). *Analýza životní situace osob s koktavostí* (Doctoral dissertation, Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta).

Owens, J. (2008). Classification and epidemiology of childhood sleep disorders. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 35, 533–546.

Panico, J., Daniels, D. E., Hughes, S., Smith, R. E., & Zelenak, J. (2018). Comparing perceptions of student teachers and regular education teachers toward students who stutter: a mixed-method approach. *Speech, Language and Hearing*, 21(4), 245-255.

- Parent, R. (1998). *Jak žít s koktavostí*. Grada.
- Petrášová, K. (2011). *Analýza pohledu studentů vysokých škol na osoby s balbuties* (Doctoral dissertation, Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta).
- Peutelschmiedová, A. (1994a). *Čtení o koktavosti*. Portál.
- Peutelschmiedová, A. (1994b). *Etiologie a terapie koktavosti*. Univerzita Palackého.
- Peutelschmiedová, A. (1994c). *Koktavost a vaše dítě*.
- Peutelschmiedová, A. (1996). *Koktavý žák ve škole*. Vydavatelství Univerzity Palackého.
- Peutelschmiedová, A. (2001). Dítě s narušenou komunikační schopností (p. 145 - 178). In O. Müller (Ed.) (2001). *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. Univerzita Palackého
- Peutelschmiedová, A. (2005). *Techniky práce s balbutiky*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Peutelschmiedová, A. (2007). *Mařenko, řekni Ř-aby to dětem dobře mluvilo*. Grada Publishing as.
- Peutelschmiedová, A. (2009). *Logopedické poradenství – Příklady a analýzy*. Grada Publishing as.
- Plexico, L. W., Erath, S., Shores, H., & Burrus, E. (2019). Self-acceptance, resilience, coping and satisfaction of life in people who stutter. *Journal of fluency disorders*, 59, 52-63.
- Plexico, L. W., Manning, W. H., & Levitt, H. (2009a). Coping responses by adults who stutter: Part I. Protecting the self and others. *Journal of fluency disorders*, 34(2), 87-107.
- Plexico, L. W., Plumb, A. M., & Beacham, J. (2013). Teacher Knowledge and Perceptions of Stuttering and Bullying in School-Age Children. *Perspectives on Fluency and Fluency Disorders*, 23(2), 39-53
- Plexico, L., Manning, W. H., & DiLollo, A. (2005). A phenomenological understanding of successful stuttering management. *Journal of Fluency Disorders*, 30(1), 1-22.
- Plexico, L., Manning, W. H., & Levitt, H. (2009b). Coping responses by adults who stutter: Part II. Approaching the problem and achieving agency. *Journal of fluency disorders*, 34(2), 108-126.

- Pospíšilová, L. (2018). Vývojová koktavost (p. 372–390). In Neubauer, K. (Ed.) (2018). *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Portál.
- Proctor, A., Yairi, E., Duff, M. C., & Zhang, J. (2008). Prevalence of stuttering in African American preschoolers. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*.
- Prusenovská, D. (2008). *Vliv poruch plynulosti řeči na sebepojetí jedince v dospělosti*. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.
- Rabaeys, H., Bijleveld, H. A., & Devroey, D. (2015). Influence of methylphenidate on the frequency of stuttering: A randomized controlled trial. *Annals of Pharmacotherapy*, 49(10), 1096-1104.
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (2015). DSM-5: diagnostický a statistický manuál duševních poruch. *Praha: Hogrefe-Testcentrum*.
- Ratner, N. B. (2005). Evidence-based practice in stuttering: Some questions to consider. *Journal of Fluency Disorders*, 30(3), 163-188.
- Robinson, P. D., & Waters, K. (2008). Are children just small adults? The differences between paediatric and adult sleep medicine. *Internal Medicine Journal*, 38, 719–731.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American journal of orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.
- Řepová, P. (2007). *Dítě a koktavost*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Říčan, P. (2014). *Cesta životem*. Praha: Portál.
- Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (Eds.) (2013). *Kvalitativní analýza: Čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
- Scott, L. S. (2009). Helping stutterers. *Education Digest*, 74, 59–62.
- Scott, L. (2006). A look at genetic and neurological correlates of stuttering. *The Stuttering Foundation, Memphis*.
- Shanahan, L., Copeland, W. E., Angold, A., Bondy, C. L., & Costello, E. J. (2014). Sleep problems predict and are predicted by generalized anxiety/depression and oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53, 550–558.

- Schönová, K. (2014). *Sociální začlenění mladých dospělých s koktavostí*. Olomouc, diplomová práce (Mgr.). Universita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta.
- Slouková, L. (2014). *Faktory ovlivňující socializaci osob s koktavostí*. (Doctoral dissertation, Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta).
- Smith, J. A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology Review*, 5(1), 9-27.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2015). Interpretative Phenomenological Analysis. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (25-52). London: Sage.
- Smith, J. A., Flower, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. London: Sage.
- Sønsterud, H., Feragen, K. B., Kirmess, M., Halvorsen, M. S., & Ward, D. (2019). What do people search for in stuttering therapy: Personal goal-setting as a gold standard?. *Journal of communication disorders*, 105944.
- Stein, M. B., Torgrud, L. J., & Walker, J. R. (2000). Social phobia symptoms, subtypes, and severity: Findings from a community survey. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1046–1052.
- Stewart, T., & Richardson, G. (2004). A qualitative study of therapeutic effect from a user's perspective. *Journal of Fluency Disorders*, 29(2), 95-108.
- Storebø, O. J., Krogh, H. B., Ramstad, E., Moreira-Maia, C. R., Holmskov, M., Skoog, M., ... & Rosendal, S. (2015). Methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: Cochrane systematic review with meta-analyses and trial sequential analyses of randomised clinical trials. *Bmj*, 351.
- Stuttering Foundation* [website]. (n.d.). Dostupné z <https://www.stutteringhelp.org/>
- Swartz, E., Irani, F., & Gabel, R. (2014). Coping with stuttering. *Perspectives on Fluency and Fluency Disorders*, 24(2), 58-68.
- Ševčíková, I. (2015). *Faktory determinující kvalitu života osob s koktavostí* (Doctoral dissertation, Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta).
- Škodová, E., & Jedlička, I. (2007). *Klinická logopedie (2., aktualiz. vyd.)*. Praha: Portál.

- Škrabáková, A. - Lechta, V. (2005): Možnostu logopedickej diagnostiky psychickej tenzie u chronických balbutikov. *Logopaedica VIII*. Bratislava: Liečreh Gúth.
- Šmajš, J. (2002). Práce – téma k zamyšlení. In. Buchtová, B. (2002). *Nezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém*. Grada Publishing.
- Špačková, A. (2016). *Socializace osob s koktavostí v období dospívání* (Doctoral dissertation, Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta).
- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.
- Tichenor, S. E., & Yaruss, J. S. (2019). Stuttering as defined by adults who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 62(12), 4356-4369.
- Tran, Y., Blumgart, E., & Craig, A. (2011). Subjective distress associated with chronic stuttering. *Journal of fluency disorders*, 36(1), 17-26.
- Tran, Y., Blumgart, E., & Craig, A. (2018). Mood state sub-types in adults who stutter: A prospective study. *Journal of fluency disorders*, 56, 100-111.
- Trenque, T., Claustre, G., Herlem, E., Djerada, Z., Trenque, A., Morel, A., & Azzouz, B. (2019). Methylphenidate and stuttering. *British journal of clinical pharmacology*, 85(11), 2634-2637.
- Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Karolinum.
- Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie. Dětství a dospívání*. Karolinum Press.
- Van Borsel, J., Brepoels, M., & De Coene, J. (2011). Stuttering, attractiveness and romantic relationships: The perception of adolescents and young adults. *Journal of fluency disorders*, 36(1), 41-50
- Van Riper, C. (1982). *The nature of stuttering*. Prentice Hall.
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Tomasi, D., Kollins, S. H., Wigal, T. L., Newcorn, J. H., ... & Swanson, J. M. (2012). Methylphenidate-elicited dopamine increases in ventral striatum are associated with long-term symptom improvement in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of neuroscience*, 32(3), 841-849.

- Vykydalová, A. (2014). *Vliv koktavosti na uplatnění na trhu práce* (Doctoral dissertation, Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta)
- Ward, D. (2017). *Stuttering and cluttering: frameworks for understanding and treatment*. Psychology Press.
- Wu, J. C., Maguire, G., Riley, G., Lee, A., Keator, D., Tang, C., ... & Najafi, A. (1997). Increased dopamine activity associated with stuttering. *Neuroreport*, 8(3), 767-770.
- Yairi, E., & Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of fluency disorders*, 38(2), 66-87.
- Yairi, E., & Ambrose, N. G. (2005). *Early childhood stuttering: For clinicians by clinicians*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Yairi, E. (2007). Subtyping stuttering I: A review. *Journal of Fluency Disorders*, 32(3), 165-196.
- Zachová, K. (2018). *Zkušenost adolescentů s duševním onemocněním jejich rodičů* (Doctoral dissertation, Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta).
- Zebrowski, P. M., & Schum, R. L. (1993). Counseling parents of children who stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 2(2), 65-73.
- Zeigler-Hill, V., Besser, Y., & Besser, A. (2019). A negative halo effect for stuttering? The consequences of stuttering for romantic desirability are mediated by perceptions of personality traits, self-esteem, and intelligence. *Self and Identity*, 1-1

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Životní zkušenost dospělých jedinců s koktavostí

Autor práce: Bc. Tereza Jirsová

Vedoucí práce: PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.

Počet stran a znaků: 103 stran, 216 841 znaků

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 160

Abstrakt:

Práce se zabývá životní zkušeností dospělých jedinců s koktavostí. Klade si za cíl zjistit, jak se lidé s touto zátěží vyrovnávají, jaké pozitivní a negativní stránky jim tato životní zkušenost přináší a v neposlední řadě zmapovat psychologické aspekty, které se ke koktavosti vážou. Výzkumná otázka: „Jaká je životní zkušenost dospělých jedinců s koktavostí?“ byla zodpovídána prostřednictvím interpretativní fenomenologické analýzy. Výzkumný soubor tvořilo 6 dospělých jedinců s koktavostí ve věku 24–38 let, z čehož byli zastoupeni 4 muži a 2 ženy. Data byla sbírána pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Na základě provedené analýzy jsme napříč různými případy identifikovali 19 témat, které jsou součástí zkoumané zkušenosti. Těmito tématy jsou: nevhodný přístup rodiny, vnímání úlev ve škole jako nežádoucích, omezení projevu ve školních hodinách, obtíže s vrstevnickými vztahy, problematické navazováním partnerských vztahů, nepředvídatelný výskyt horších a lepších dnů, subjektivní zveličování problému, temné období v prožívání koktavosti, negativní emoce spojené s koktavostí, zkušenost s úzkostlivými či depresivními stavy, intenzivní prožívání momentu zakoktání, zásadní role koktavosti v životě, pochopení u druhých, vyhýbavé chování, důležitost překonání prvotního strachu, neúspěšnost logopedické péče v dětství, koktavost jako výzva, příležitost k zajímavým setkáním a kvalitnější přátelství.

Klíčová slova: koktavost, životní zkušenost, psychologické aspekty

ABSTRACT OF THESIS

Title: Lived experience of adults who stutter

Author: Bc. Tereza Jirsová

Supervisor: PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.

Number of pages and characters: 103 pages, 216 841 characters

Number of appendices: 5

Number of references: 160

Abstract:

The thesis deals with the experience of adults who stutter. The aim of this thesis is to find out how adults who stutter deal with their handicap, which positive and negative aspects this life experience brings them. Last but not least, to determinate the psychological aspects of stuttering. The research question "What is the lived experience of adults who stutter?" was answered by an interpretative phenomenological analysis carried out in a research group of 6 people. at the age of 24-38 years. The research group included 4 men and 2 women. The data was collected by semi-structured interviews. Based on the analysis, we have identified 19 topics across cases which are part of the studied experience. These topics were: inappropriate approach of family members to stuttering, perceiving relief measures at school as unwelcome, reduced speech time in classes, difficulties with peer relationships, problems finding a partner, unpredictability of mild and severe stutter manifestations, subjective exaggeration of the problem, times of struggle, negative emotions associated with stuttering, experience of anxiety or depression, intense experiences during the moments of stuttering, essential role of stuttering in life, understanding from others, avoidance behaviors, importance of overcoming primary fear, failure of speech therapy in childhood, stuttering as a challenge, opportunity for interesting encounters and opportunity for quality friendships.

Key words: stuttering, lived experience, psychological aspects

PŘÍLOHY

Příloha 1: Dělení koktavosti z různých hledisek

(Klenková, 2006; Škodová & Jedlička, 2007; Lechta, 2010; Dušek & Večeřová – Procházková, 2010)

podle doby vzniku	
<i>balbuties praecox</i>	tzv. koktavost předčasná vznikající do 3. roku (13.4 %)
<i>balbuties vulgaris</i>	obvyklá koktavost vznikající mezi 3.-7. rokem (76.8 %)
<i>balbuties tarda</i>	koktavost pozdní vznikající po 7. roce (9.8 %)
podle patogeneze	
vývojová dysfluence	kolem 3. - 4. roku; žádné nápadné projevy v oblasti fyzické námahy a psychické tenze
hraniční koktavost	(<i>borderline stuttering</i>) - u nás není toto stadium používáno, ale v zahraničí se často užívá pro stavy, kdy se řeč mění a kolísá právě mezi ještě plynulou řečí s fyziologickými neplynulostmi a incipientní koktavostí
incipientní koktavost	přibližně 5–7 let; prolongace, opakování částí slov, redukováná samohláska, sporadický výskyt období fluentní řeči; nepřirozená artikulace, vegetativní příznaky, znaky svalového napětí, někdy narušené koverbální chování, zvýšení tonusu nebo akcelerace při dysfluenci; projevy netrpělivosti, hektika, občas uvědomění si obtíží, nejasné pocity frustrace, ustupující zrakový kontakt
fixovaná koktavost	přibližně 7–13 let; převaha prolongací, repetice hlásek; bloky, napětí, tlačení, zápolení se slovy, narušené koverbální chování; rozpaky, pocit blamáže, vyhýbavé chování, situační strach, anticipování bloků a obtížných komunikačních situací
chronická koktavost	přibližně 14 let a více; habitace příznaků; prodlužování bloků spolu s tremorem, rtů, sanice; logofobie, únikové vyhýbavé chování, silné pocity frustrace a obav z komunikace, změny ve složitosti mluvy
podle verbálního projevu	
tonická	zvýšený fonační tlak při uzavřené hlasové šterbině (prefonační spasmus), zvýšené napětí některých artikulačních svalů, někdy též zevních krčních svalů; poruchy dýchání; řečové bloky

klonická	volné opakování slabik, které je nepotlačitelné, nejčastěji počátečních slabik; čistá klonická forma je bez napětí artikulačních svalů, ale objevuje se velmi zřídka
tonicko – klonická	nejčastější, propojení symptomatologie obou typů – opakování slabik je předcházeno zvýšeným prefonačním napětím nebo explozemi
podle stupně poruchy	
1. stupeň (<i>balbuties levis</i>)	minimální příznaky; zejména ve stresových situacích; klony; bez souhybů; bez logofobie; Froschelsův symptom (roztahování nosního chřípí) je pozitivní
2. stupeň (<i>balbuties gradus medius</i>)	zjevné a časté příznaky v obvyklých komunikačních situacích; lehké až střední souhyby mimického svalstva
3. stupeň (<i>balbuties gravis</i>)	výrazné projevy, provázané zjevnými a častými spasmy řečových orgánů; těžší souhyby; zábrany v komunikaci
4. stupeň (<i>balbuties gravis inaptus</i>)	nápadné křeče často zcela znemožňující komunikaci; rozvinutá logofobie; embolofrázie; spontánní upřednostňování psané formy komunikace před zvukovou
podle geneze	
fyziologické těžkosti	kolem 3. - 4. roku těžkosti v osvojování řeči, může se jednat o neplýnulost z lexikálně sémantických deficitů – z menší slovní zásoby, nebo potíží s poskládáním věty, spojenou s pozdějším dozráváním CNS
kombinace s breptavostí	breptavost je porucha plynulosti řeči, která je často doprovázena koktavostí a problémy s jazykem, pozorností, sluchovou percepcí, psaním, čtením a dalšími obtížemi s učením
dysartrická koktavost	při organických poškozeních mozku
dysfatická koktavost	při centrálním mozkovém poškození
hysterická koktavost	náhlý vznik a závislost na psychotraumatu
traumatická koktavost	vznik na základě traumatu

Příloha 2: Demografický dotazník

(administrovaný prostřednictvím Formuláře Google)

Pohlaví

- ☐ muž
- ☐ žena

Rok narození:

Jste:

- ☐ student
- ☐ zaměstnaný
- ☐ nezaměstnaný
- ☐ OSVČ

Žijete v současné době v partnerském vztahu?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

V jakém věku jste začal/a koktat?

Koktáte v současné době? Pokud již nekoktáte, jak dlouho jste koktal/a?

Jaké odborníky jste kvůli koktavosti již navštívil/a?

Příloha 3: Informovaný souhlas s účastí na výzkumu

Informovaný souhlas

Byl/a jste zkontaktován/a k rozhovoru za účelem získání dat a informací pro kvalitativní výzkum k diplomové práci Bc. Terezy Jirsové. Výzkum probíhá v rámci magisterského studia Psychologie na Filosofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Diplomová práce se zaměřuje na empirický výzkum týkající se životní zkušenosti jedinců s koktavostí. Teoretická část bude shrnovat dosavadní literaturu na toto téma, empirická část bude vedena kvalitativními metodami, zaměřenými na porozumění a perspektivu účastníků v souladu s etickými zásadami kvalitativního výzkumu.

Vaše spolupráce na projektu je dobrovolná. Účast na projektu spočívá v nahrávaném rozhovoru, který potrvá zhruba 2 – 2,5 hodiny. Vaše identita zůstane v plné anonymitě a Vaše odpovědi jsou důvěrné, určené pouze pro potřeby tohoto výzkumného projektu.

Rozhovor bude nahráván na digitální diktafon. Nahrávka a poznámky budou archivovány na bezpečném místě bez poskytování dalším osobám. Na kteroukoliv otázku můžete odmítnout odpovědět a kdykoliv v průběhu rozhovoru můžete interview ukončit. Ukončení rozhovoru a vystoupení z projektu pro Vás nebude mít žádné negativní důsledky. Vaše účast na projektu pro Vás nenese žádná rizika.

V případě dotazů týkajících se tohoto projektu se můžete obrátit na jeho řešitelku, Bc. Terezu Jirsovou (jirsovate@gmail.com).

Svým podpisem zde souhlasíte se svou účastí na tomto projektu. Jedna kopie tohoto formuláře náleží Vám.

Jméno účastníka výzkumu:

Jméno řešitele projektu: Bc. Tereza Jirsová

Podpis:

Podpis:

Příloha 4: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

Počátky koktavosti

- Kdy jste začal/a koktat?
- Co si myslíte, že bylo příčinou vzniku?
- Jaký první zážitek s koktáním si pamatujete?
- Jak se vyvíjel váš vztah k tomuto problému?

Rodina

- Jak k vašemu koktání přistupovali rodiče a vaši nejbližší?
- Je něco, co byste v jejich přístupu změnil/a?
- Jak rodiče vaše koktání prožívali?

Škola

- Jak jste se s koktavostí potýkal/a ve škole?
- Jak na vaši koktavost reagovali učitelé?
- Jak reagovali spolužáci? (Setkal/a jste se s posměchem či šikanou?)
- Ovlivňovala koktavost vaši studijní úspěšnost?
- Zasáhla vaše koktavost do výběru SŠ, příp. VŠ?

Vztahy

- Seznamujete se rád/a s novými lidmi?
- Jak vaše koktavost ovlivnila vztahy s vrstevníky?
- Myslíte si, že by vaše vztahy byly nějakým způsobem jiné, kdybyste nekoktal/a?
- Má vaše koktavost vliv na navazování vztahů s potenciálním partnerem?
- Jakou formou nejraději navazujete kontakt s potenciálním partnerem?
- Máte pocit, že má koktavost vliv na vaši atraktivitu?

Pracovní sféra

- Hrála koktavost roli při výběru vašeho povolání?
- Máte pocit, že vás koktavost ovlivňuje v pracovní sféře?

Reakce a přístup okolí

- Jak na vaši koktavost reaguje neznámé okolí?
- Jaký přístup od druhých vám nejvíce vyhovuje?
- Radíte někdy lidem, jak s vámi mají mluvit?
- Setkáváte se ve svém životě s lidmi, kteří pro vás mají pochopení, nebo spíš naopak?
- Setkáváte se s negativními reakcemi?
- Bavíte se s ostatními o svém koktání?

Prožívání koktavosti

- Do jaké míry si sami připouštíte, že koktáte?
- Jak se cítíte v momentě, když se zakoktáte?
- Jaké emoce nebo psychické stavy máte s koktavostí nejvíce spojené?
- Jakým způsobem s nimi pracujete?
- V jakých situacích a podmínkách se vám mluví lépe?
- Byly v průběhu vašeho života období, kdy se vaše koktavost celkově zlepšila?
- Byly v průběhu vašeho života období, kdy se naopak zhoršila?

Sebepojetí

- Jak svoji koktavost celkově prožíváte?
- Jakou roli hraje ve vašem životě?
- Jak myslíte, že působíte na okolí při mluvení?
- Máte pocit, že koktavost ovlivňuje kvalitu vašeho života?
- Zkuste mi popsat, v čem vás koktavost omezuje, nebo co vám naopak umožňuje?

Psychické problémy

- Prožíval/a jste či prožíváte kvůli své koktavosti nějaké psychické stavy či problémy?

Copingové strategie

- Co je pro vás v souvislosti s koktavostí nejtěžší?
- Co vám nejvíce pomáhá/ pomohlo koktavost zvládat?
- Je něco, co děláte, abyste se vyhnul/a situacím, ve kterých koktáte?

Terapie

- Navštěvoval/a jste či navštěvujete kvůli své koktavosti nějaké odborníky?
- Jak jste terapií (byl/a) spokojený/á?
- Pomáhá/pomohla vám terapie?
- Co byste potřeboval/a jinak?
- Zvažoval/a jste někdy péči psychologa?

Nezařazené

- Co pozitivního jste v životě díky koktavosti zažil/a?
- Je ještě něco, co v rámci našeho rozhovoru nezaznělo a mělo by zaznít?
- Jak se teď po rozhovoru cítíte?

Příloha 5: Ukázka převyprávěného rozhovoru

Veronika a její zkušenost

Veronika je milá 24letá studentka, která se s koktavostí potýká od 4. - 5. roku života. Za svůj život vystřídal péči mnoha odborníků, ale k progresu v boji s koktavostí dochází až v současné době. Veronika využívá možnosti terapie s logopedkou, kterou jí nabídlo Centrum podpory studentů se specifickými potřebami na univerzitě, kde Veronika studuje. Dále Veronika navštěvuje také psycholožku. Naše setkání proběhlo v čajovně na podzim 2019 ve městě, kde Veronika aktuálně žije. Veronika byla velmi ochotná a otevřená tomu vyprávět všechny své zkušenosti do největšího detailu. Jak na konci rozhovoru přiznala, rozhovory o její koktavosti ji baví, protože jí umožňují lépe poznat samu sebe. V následující části popíši Veroničin životní příběh s koktavostí.

Na úplné počátky své koktavosti si Veronika nepamatuje, podle matky se řečová porucha objevila kolem 4 až 5 let. Až do 4. třídy však svou koktavost Veronika nijak neprožívala: „*prostě jsem se s tím nijak neztotožňovala, bylo mně to celkem jedno, vůbec jsem se nestyděla nebo tak*“. Ve 4. třídě si svůj problém začala Veronika uvědomovat a postupně se u ní rozvíjela psychická tenze. Na svůj první zážitek s koktavostí si však přesně nevzpomíná.

Díky sezení s psycholožkou si Veronika uvědomila spoustu faktorů, které v dětství mohly hrát při vzniku koktavosti roli: „*začala jsem přicházet na to, že těch spouštěčů bylo strašně moc, fakt tam toho bylo hodně, co se stalo*“. Veronika vzpomíná na traumatizující zážitek, kdy ji ve 4 letech nechal otec samotnou doma: „*to bylo strašný, úplně traumatizující pro mě, to si pamatuju doteďka, jak jsem úplně vyváděla, jak jsem se strašně bála*“. Zanedlouho po tomto zážitku Veronice zemřel děda, kterého prý doslova zbožňovala. Následovalo stěhování a brzy také rozvod rodičů, který Veronika těžce nesla: „*když mi mamka řekla, že tatka už nedojde, že tam prostě budu už jen my dvě, to bylo taky úplně strašný*“. Když se u Veroniky začalo projevovat zakoktavání, na popud babičky nastoupila na 6týdenní logopedický pobyt mimo své bydliště bez rodičů. To znovu obnovilo vzpomínky na traumatizující zážitek, kdy zůstala doma sama bez rodičů: „*trauma z toho, že mě tatínek nechal doma samotnou, se ještě rozjelo tímto – že mě odtrhli od té rodiny na 6 týdnů*“. Veroničina rodina přičítá její koktavost učitelce v mateřské školce, která byla podle jejích slov vyloženě zlá. Veronika si uvědomuje, že přesná

příčina vzniku její koktavosti se dá obtížně posoudit: „nevím, co z toho bylo tak nějak tím hlavním, těžko říct“.

Veronika si vybavuje, že babička nenesla její koktavost snadno, až před několika měsíci však zjistila, že se za ní babička celou dobu styděla. Naopak od matky žádné negativní reakce nezaznamenala: „mamka to na sobě ani nedávala znát, dávala to jako nic“. Z otcovy strany, který od rodiny odešel, Veronika taktéž nevnímala žádný problém. Kdyby mohla, Veronika by na přístupu svých nejbližších změnila především to, aby ji podporovali v samostatnosti: „aby za mě nezařizovali tolik věci, aby mě nechali jako samu“.

Ve školním prostředí se Veronika nikdy nesetkala s posměchem, přesto se postupně začala uzavírat do sebe a kolem 8. a 9. třídy ve škole úplně přestala mluvit: „to jsem nešla ani s nikým ven, to bylo fakt takový moje hodně černý období“. Učitelé Veronice poskytovali spoustu úlev, protože usoudili, že není potřeba Veroniku stresovat, když výborně prospívala. Vytvořili ji ve škole prostředí, kde celý den nemusela promluvit. Tehdy za to Veronika byla ráda, ale zpětně to hodnotí spíše negativně, protože to vedlo k její větší izolaci: „byla to asi chyba, tím víc jsem se tam uzavřela do sebe“. Na konci 9. třídy však Veronika musela obhájit svou závěrečnou práci před komisí, což byl pro ni šok: „takže jako celých 9 let nic, mně to omlouvali, a naráz jsem měla vystoupit před tou komisí, před lidma, který jsem neznala... měla jsem z toho strach“. Po této zatěžkávací zkoušce se Veronika dozvěděla, že spolužáci se jí zastali a byli domluvení s učiteli, že pokud by Veronice mluvit nešlo, odprezentovali by její práci za ni. To Veroniku velmi překvapilo a potěšilo: „to jsem vůbec nečekala, byla jsem celkem dojatá a bylo to fajn, vědět, že jsem v takovém kolektivu“.

Přestože měla Veronika na základní škole samé jedničky, vliv koktavosti na svou studijní úspěšnost vnímala negativně. Vadilo jí zejména to, že se nemohla hlásit a přispět svým názorem do diskusí: „vždycky jsem se strašně chtěla zapojovat do diskusí, odpovídat, hlásit se a tohle“. Ve výběru střední školy u Veroniky koktavost také hrála roli, a to zejména kvůli upozornění od matky. Veronika chtěla být chvíli kadeřnicí, ale matka jí to z důvodu nutnosti verbálního kontaktu s lidmi rozmluvila: „mamka mě řekla: jo, ale tam musíš mluvit s těma lidma, to nejde jako, tam budeš ve stresu. Říkám: ahá, a potom jsem to úplně zavrhlá“. Při následném rozhodování jí pomohly testy profesní orientace, které ji nasměrovaly na uměleckou školu, kde byla spokojená. Vysokou školu původně Veronika vůbec studovat nechtěla, ale díky podpoře sestřenice se rozhodla ji vyzkoušet. Nyní je spokojená.

V pracovním prostředí má Veronika zkušenosti díky svým brigádám. Aktuálně vyhledává pozice, kde se dostává do přímého verbálního kontaktu s lidmi, protože má k mluvení kladný vztah a díky němu vnímá ve své řeči pokrok: „*fakt vidím, že mně to pomáhá, já potřebuju pořád mluvit a mluvit a mluvím strašně ráda*“. V práci Veroniku koktavost negativně ovlivňuje při kontaktu s kolegy: „*určitě hůř navazuju kontakt s těmi kolegy*“. Zároveň si ale uvědomuje, že potíže se začleněním do nového kolektivu kolegů nemusí souviset přímo jen s koktavostí: „*přemýšlím právě, jestli je to tou řečí, nebo tím, že to tak prostě je, že to má každé, když někde nastoupí*“. Při pracovních pohovorech se Veronika zpravidla snažila svou koktavost skrýt a při neúspěchu byla frustrovaná. Později však zjistila, že neúspěch u pohovorů potkává i lidi bez koktavosti a měla naději, že nějaké místo vyjde. Nyní pracuje v kavárně a je spokojená.

V oblasti vztahů vnímá Veronika vliv koktavosti také, ale oproti dřívějšku se nyní ráda seznamuje s novými lidmi. Důležité je podle ní najít v sobě odvahu a překonat strach: „*je to o tom překonat strach, odhodlat se a začít*“. Svou koktavost bere Veronika jako jakýsi filtr na lidi. Připouští, že bez koktavosti by zřejmě měla více kamarádů, ale pochybuje nad kvalitou těchto případných vztahů: „*asi by nebyli tak kvalitní, jako jsou teďka. Teďka mám fakt jako přátele, kteří za to stojí. To je takovej filtr trošku*“. S navazováním vztahů s potenciálními partnery měla Veronika dříve velký problém a neúspěch pro ni představoval značnou psychickou zátěž: „*bylo to fakt náročný, na základce jsem si ani nikoho nenašla a byla jsem z toho taková frustrovaná, byly tam i silný deprese*“. Dříve Veronika preferovala seznamovat se pouze přes Facebook, ale nyní již upřednostňuje osobní setkání. O tom, zda má koktavost vliv na její atraktivitu, Veronika nepřemýšlela. Atraktivitu však považuje za něco víc než jen řečový projev. Aktuálně má Veronika přítele, který s její koktavostí nemá problém a Veronika mu s ní přijde roztomilá.

Neznámé okolí reaguje na Verončinu koktavost různě. Někteří bez problému, jiní nechápou, co se děje, a někteří jsou zaskočení a neví, jak reagovat, což občas Veroniku i pobaví: „*ti lidi neví, jak reagovat a možná jsou ve větším stresu než já. To se pak začínám i trošku smát, je to takový hodně paradoxní*“. Nejvíce Veronice vyhovuje, když komunikační partner v klidu poslouchá a počká, až Veronika danou věc dořekne. Rady, jak s ní mluvit, Veronika druhým nedává, ale nyní se na doporučení logopedky chystá před různými mluvenými projevy na svou koktavost předem upozornit. Domnívá se, že tím pak sníží svůj stres: „*je lepší hned to říct, obeznámit ty lidi, pak to prostě opadne*“. Pokud druzí projeví zájem bavit se o koktavosti, nemá

s tím Veronika problém, ale s některými lidmi se o ní dobrovolně bavit nechce. Celkově se Veronika setkává v životě spíše s lidmi, kteří mají pro její koktavost pochopení.

Veronika prožívá v souvislosti s projevy koktavosti lepší a horší dny. V těch lepších si mluvení užívá: „*to mluvím furt a jsem někdy k nezastavení*“. V těch horších zase ví, že přejdou a bude to lepší. Poslední dobou se Veronice prodlužují lepší období a zkracují horší, a proto někdy na svou koktavost úplně zapomene. Je si však vědoma toho, že na své řeči musí neustále pracovat. Faktory, které mají na plynulost její řeči vliv, se Veronice příliš nedaří identifikovat. Náročnější pro ni bývá podzim, kdy je často nachlazená a s rýmou se jí nemluví dobře. Negativní vliv také mívá únava nebo situace, kdy musí mluvit s autoritou. Tyto stavy však nejsou indikátorem neplynulé řeči vždy, podle Veroniky hraje důležitou roli psychika. Pozitivní vliv má pro Veroniku praxe v mluvení: „*čím víc mluvím, tak to horší je prostě lepší*“.

Moment zakoktání přirovnává Veronika k prožívání silné stresové reakci: „*polije mě horko, točí se celý svět, cítím se strašně trapně, až nedokážu myslet na nic jiného než to říct plynule, takže v té hlavě v tu chvíli nemám vůbec nic, je tam blok a hotovo, úplně to bušení srdce, prostě klasika, jak při silném stresu*“. S koktavostí má Veronika nejvíce spojené emoce lítosti, vzteku, stresu, strachu a frustrace. Popisuje směsici vnitřních pocitů, kterou je obtížné ventilovat: „*jako kdyby se to všechno dusilo tak nějak uvnitř a nešlo to ven, takže je to takový potlačování něčeho, je to smíchaný vevnitř a je potřeba to nějak vyventilovat, ale nepřišla jsem ještě na to jak*“. Ke zvládnutí náročných psychických stavů pomáhají Veronice kamarádi, sport, čtení, při kterém se rozpovídá a dříve také rozmluva s její kočkou: „*je vynikající mít to zvířátko doma a tomu něco říkat*“.

Koktavost představuje pro Veroniku stále hlavní životní téma, ale uvědomuje si, že z ní zřejmě dělá větší problém, než jakým ve skutečnosti je: „*hodně to řeším, zbytečně z toho dělám pohromu světa, furt se k tomu upínám a neužívám si tak úplně na plno život*“. Veronika má tendence k perfekcionismu, ale pak si vždycky uvědomí, že nikdo není dokonalý: „*pak si říkám, že všichni mají chyby a nikde není takovej nejnej a bez chyb a dokonalej*“. Kvalitu života koktavost Veronice stále negativně ovlivňuje, ale poslední dobou je to lepší a Veronika věří ve zlepšování i nadále.

Úplně nejtěžší ve spojitosti s koktavostí jsou pro Veroniku situace, kdy má o své koktavosti seznámit více lidí, kteří o ní nevědí: „*to je hodně těžký se odhodlat to nějak říct*“. Dále je to

také kontakt s autoritou. Veronika vidí cestu ke zlepšení především v posílení svého sebevědomí. Pomáhá jí se situacím nevyhýbat a postavit se jim: „*člověk se pak otrká*“. Někdy také Veronice pomáhají motivační knížky. Když se Veronika cítí unavená, nebo nemá náladu, někdy se situacím vyhýbá, nebo mění pořádek slov ve větě či mění slova za jednodušší synonyma. Tyto procesy jí však berou energii a odpoutávají od přítomnosti: „*je to náročnější na ten mozek, že zase upadnu do toho, kdy jsem víc ve své hlavě než přítomnosti*“.

Veronika občas kvůli své koktavosti prožívá pocity méněcennosti, to zejména ve chvílích, kdy ji babička při společných setkáních nenechá mluvit: „*připadám si tam úplně zbytečná, úplně se odpojím*“. Občas také prožívá depresivní stavy, které trvají zpravidla 2–3 dny.

Co se týče odborníků, Veronika jich do svých cca 12 let navštívila velké množství, často i nedobrovolně. Jednalo se o speciální 6týdenní logopedický pobyt, docházení za několika logopedy, do speciálně pedagogického centra, pedagogicko – psychologické poradny i za léčitelku. Nic z toho však nepomohlo. Cca ve 12 letech Veronika se vším přestala, protože její matce řekli, že se s koktavostí nedá nic dělat: „*přestala jsem úplně cokoli dělat, protože mamce řekli, že už to mám na furt, že s tím nejde nic dělat, takže tam to dopadlo na základě toho, že jí řekli, že je to nevléčitelný*“. Po osamostatnění a přestěhování do jiného města Veronika vyhledala pomoc psychologa a následně se dostala také do terapie ke své současné logopedce. Aktuální situaci Veronika hodnotí jako: „*takový postupný rozuzlování všeho*“. Z Verončina pohledu by v jejím dětství rozhodně bylo lepší, kdyby logopedi více spolupracovali se školou: „*aby poradili učitelům, jak s takovým dítětem pracovat, nespíhat jenom na hodinku týdně někde v ordinaci, protože to fakt takový bezúčelný*“. Dále by Veronika uvítala, kdyby odborníci lépe informovali rodiče o vhodném přístupu k dítěti a možnosti práce s koktavostí: „*jakože určitě to úplně nezahazovat, vysvětlit, že to jde, prostě s tím pracovat, že to není úplně ztracený*“. Současná terapie Veronice hodně pomáhá. Když se dívá na své dotazníky psychické tenze s odstupem času, připadá si nyní jako jiný člověk. Jako hlavní úkol z logopedické terapie má Veronika nevyhýbat se náročným situacím. Za velmi cenné považuje svoji účast na přednáškách a prezentacích pro studenty logopedie: „*cítím, že mě to posouvá nějak, že jsem trošinku o level výš*“. Psychologická péče Veronice pomáhá ventilovat své pocity a lépe poznávat sebe samu. Vnímá ji jako vhodné doplnění svých setkání s logopedkou: „*to mně právě chybí, že ten logoped nemá tady tu kompetenci, že nedokáže řešit tuhle stránku věci*“.

Ačkoliv koktavost Veroniku v životě ovlivňuje často negativně, Veronika si je vědoma i mnohých pozitiv, které ji do života přinesla. Jak již bylo zmíněno, jednou z výhod je, že koktavost představuje filtr na lidi. Podle Veroniky je také každodenní boj s koktavostí výborným zdrojem zocelení: „*to člověka dost zocelí a dodá mu to pořádnou sílu, protože musí denně překonávat strach*“. Veronika vnímá, že už ji jen tak něco nerozhodí a je více adaptovaná na stres. Veronika se také díky své koktavosti setkává s lidmi, které toto téma zajímá, a má dobrý pocit z toho, že může někomu předat své zkušenosti.