

**UNIVERZITA PALACKÉHO
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Ústav speciálněpedagogických studií**

Diplomová práce
Eliška Holeňová

Tvorba terapeutického materiálu k poruchám plynulosti řeči u dospělé klientely

Olomouc 2020

vedoucí práce: PhDr. Renata Mlčáková, PhD.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem Tvorba terapeutického materiálu k poruchám plynulosti řeči vypracovala samostatně, pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité zdroje a literaturu.

V Olomouci dne 10.7. 2020

Eliška Holeňová

Poděkování

Na tomto místě chci poděkovat vedoucí mé diplomové práce PhDr. Renatě Mlčákové, PhD. za její pomoc v průběhu celé tvorby. Dále patří dík účastníkům výzkumu, kteří mi věnovali svůj čas a s nimiž se mi výborně spolupracovalo. Děkuji také Tereze Teofil, která mi je oporou a inspirací, nejen v rámci studia. Speciální dík si zaslouží mí rodiče a blízcí, kteří mě po dobu studia vytrvale podporovali.

Obsah

Úvod	6
1 Poruchy plynulosti řeči	7
1.1 PLYNULOST A NEPLYNULOST ŘEČI	7
2 PORUCHY PLYNULOSTI ŘEČI.....	8
3 Kocktavost	9
3.1 TERMINOLOGIE	9
3.1.1 Klasifikace.....	10
3.1.2 Výskyt	10
3.2 ETIOLOGIE	11
3.3 DIAGNOSTIKA.....	12
3.3.1 Pravidla integrativní diagnostiky	13
3.3.2 Diferenciální diagnostika	14
3.3.3 Diagnostické nástroje	15
3.4 SYMPTOMATOLOGIE, SYNDROMOLOGIE	16
3.4.1 Projevy v řeči, dysfluence	17
3.4.2 Druhotné znaky, nadměrná námaha.....	17
3.4.3 Psychická tenze, postoj a pocity.....	17
3.4.4 Vliv situace.....	18
3.5 TERAPIE CHRONICKÉ KOKTAVOSTI.....	19
3.5.1 Specifika terapie	19
3.5.2 Cíle terapie	19
3.5.3 Terapeutické přístupy	20
3.5.4 Terapeutické techniky	22
3.5.5 Skupinová terapie	24
3.5.6 Svépomocná terapie	25
4 Metodologie výzkumného šetření.....	27
4.1 Předvýzkum	27
4.1.1 Profily informantů.....	27
4.1.2 První rozhovory na téma „materiály v logopedii“	41
4.2 Výzkumné cíle	45
4.3 Výzkumné otázky	45
4.4 Výzkumný vzorek.....	45
4.5 Užití metody.....	46
5 Tvorba terapeutického materiálu	48

5.1	Proces tvorby terapeutického materiálu	48
5.2	Cíl materiálu	48
5.3	Inspirace pro tvorbu	48
5.4	Popis materiálu	49
5.5	Diskuze s účastníky a její analýza	51
6	Aplikace materiálu a jeho výsledky	57
6.1	Hodnocení materiálu.....	57
6.1.1	OBLAST PRVNÍ	57
6.1.2	OBLAST DRUHÁ	58
6.1.3	OBLAST TŘETÍ.....	58
6.1.4	OBLAST ČTVRTÁ	59
6.1.5	OBLAST PÁTÁ.....	60
6.2	Shrnutí	60
7	Výsledky a diskuze	62
	Závěr.....	64

Úvod

V logopedické praxi se nezdá se setkávat s klienty, kteří mají obtíže v plynulosti řeči. Tyto obtíže obvykle počínají v dětství a v některých případech pokračují do dospělosti. Jedním z příznaků koktavosti je psychická tenze, která může mít narůstající tendenci. Pokud má jedinec obavy ze zakoktání, často se raději komunikační situaci vyhýbá. Pro osoby s koktavostí je nesmírně obtížné těmto pro ně subjektivně náročným situacím čelit a s volbou vyhýbavého chování se psychická tenze dlouhodobě nesnižuje. Ze zkušeností mnohých jsme si vědomi, že terapie u dospělých osob s koktavostí stojí především na motivaci a vytrvalosti klienta, který je ochoten měnit zažitá přístupy ve své komunikaci. Klíčovou složkou celé práce tvoří sebezpoznání klienta - vlastního chování, prožívání i myšlenkových konstruktů o svých obtížích, skrze které lze dospět k účinné sebekontrolé. Zamýšleli jsme se, jak bychom mohli kreativně přispět na poli logopedických materiálů v této oblasti. Ve velkém spektru metod jsme se setkali s přístupy "tvrdé" terapie (Peutelschmiedová, 2005) a systematické desenzibilizace, který nás oslovil, a rozhodli jsme se v diplomové práci vložit svou kreativitu do materiálu pro klienty s obtížemi v plynulosti řeči vedeného tímto směrem. Kladli jsme si za cíl vytvořit terapeutický materiál a při tvorbě materiálu se chceme opřít o zkušenosti samotných osob s koktavostí, ty jsou pro nás hlavním zdrojem inspirace. Diplomová práce směřuje k praktickému využití materiálu, který by mohl být přínosem v praxi logopedů, příp. jednotlivců, kteří z různých důvodů nechtějí navštěvovat logopeda.

Naše práce sestává z části teoretické, v níž blíže přibližujeme syndrom koktavosti, její etiologii a zaměřujeme se na oblast terapie. V navazující praktické části jsme spolupracovali se čtyřmi dospělými osobami s koktavostí. Nejprve jsme provedli předvýzkum, v rámci něhož jsme zaznamenali stručnou anamnézu jednotlivých účastníků, získali povědomí o předchozím užití materiálů v jejich logopedické terapii a také zpětnou vazbu na možný budoucí materiál. V části výzkumné jsme vytvořili návrh terapeutického materiálu a spolu s účastníky výzkumu jej podrobili diskuzi. Následně jsme materiál upravili dle připomínek a předali účastníkům k praktickému ověření. V závěrečné fázi jsme od účastníků získali zpětnou vazbu a upravili materiál do finální podoby. Je naším přáním, aby materiál sloužil jako doplněk v terapii koktavosti.

Teoretická část

1 Poruchy plynulosti řeči

1.1 PLYNULOST A NEPLYNULOST ŘEČI

Je podstatné si uvědomit, že většina aktivit člověka je provázána neplynulostí. (Czéfalvay & Lechta, 2013) Zpravidla nahlížíme na plynulost jako normu a neplynulost jako patologii, což neodpovídá skutečnosti. „*Svět okolo nás je spíš neplynulý než plynulý - což platí, zejména pokud jde o řeč.*“ (Lechta, 2010, s.37) „*Naše řeč je obvykle více nebo méně neplynulá, ba dokonce snaha o absolutní plynulost v běžné promluvě působí spíš nepřirozeně a nedůvěryhodně.*“ (Lechta, 2010, s.37) Tyto neplynulosti můžeme také pojmenovat, pokud jde o hledání správného významu (sémantická neplynulost), pauzy mezi dvěma větami (syntaktická neplynulost), znovuvybavení slov v paměti (mnestická neplynulost), problematickou artikulaci náročnějších slov (fonologická neplynulost) či přerušení projevu vlivem trémy, únavy (pragmatická neplynulost). (Czéfalvay & Lechta, 2013) Yaruss & Nasir uvádí, že plynulá řeč se vyznačuje přiměřenou rychlostí, úsilím a rytmem. Mluvčí již dopředu zpomaluje řeč. Zdůrazňují, že plynulost řeči se liší od jazykové plynulosti, v níž jsou zahrnuty znalosti a slovní zásoba jazyka. Oproti tomu při neplynulé řeči se setkáváme s pauzami, váháním, opravením se, opakováním části nebo celého slova, prodloužením nebo úplným blokováním zvuku. (Yaruss & Nasir, 2019) Existují výzkumy, jež ukazují, že řeč dospělých může obsahovat i 20% neplynulostí, aniž by byli označeni za balbutiky. (Sandrieserová a Schneider, 2008, in Lechta, 2010)

Jádrem dysfluencí jsou pauzy, které plynulou řeč narušují. Při odlišení fyziologické a nefyziologické pauzy v promluvě je třeba na pauzy pohlížet z hlediska kvality i kvantity. Fyziologické dysfluence bývají relativně krátké (něco přes 400 ms pro vyplnění „um“), zatímco u koktání se mohou pohybovat v průměru kolem 1 sekundy a prodloužit na 5 sekund nebo více. U repetitivní balbutici opakují zvuk nebo slabiku několikrát, zatímco u intaktních jedinců k tomu dochází vzácně. Podobně také prolongace u balbutiků bývají výrazně delší než u „typické“ řeči. Bloky se u intaktních jedinců objevují extrémně zřídka, krátké tiché pauzy však nejsou neobvyklé. Celkově dysfluence balbutiků doprovází svalové napětí, které se v běžné řeči takřka nikdy nenachází. (Lickley, 2018) Blíže se diferenciální diagnostice pauz budeme věnovat níže v kapitole 3.3.2. Diferenciální diagnostika.

Tarkowski uvádí, že koktavost je nejčastěji spojována s poruchami plynulosti řeči. *„Tento názor je výrazným zjednodušením problematiky koktavosti, pohodlným, avšak obecně přijímaným stereotypem.“* (Tarkowski, 2018, s.74) Dle Jedličky a Škodové je termín „narušení plynulosti řeči“ (řečová dysfluence) diskutabilní, neboť se může jednat jak o patologické narušení, tak i o neplynulou řeč osob, které nedisponují dostatečnou kompetencí jazyk plynule vázat, nebo jsou emočně rozladěny. (Škodová & Jedlička, 2007) V budoucí mezinárodní klasifikaci nemocí (ICD-11) se s termínem poruchy plynulosti řeči nadále operuje.

1.2 PORUCHY PLYNULOSTI ŘEČI

Od fyziologických (specifických) dysfluencí odlišujeme patologické (nespecifické) dysfluence, které zahrnujeme pod nadřazující pojem „Poruchy plynulosti řeči“. Pokud dysfluence v klinickém obrazu dominují, jedná se o koktavost. Existují však také dysfluence, které provází jiné onemocnění a jsou pouze jedním z příznaků: breptavost (tumultus sermonis), psychogenní neplynulost a neurogenní neplynulost. U breptavosti dominuje patologické tempo řeči, neurogenní dysfluence provázejí difúzní nebo ložiskové mozkové léze a psychogenní dysfluence se mohou vyskytnout na podkladě psychiatrického onemocnění. (Czéfalvay & Lechta, 2013) My se dále v teoretické části zaměříme na koktavost, která je předmětem naší práce.

2 Kóktavost

2.1 TERMINOLOGIE

Kóktavost považujeme za jeden z nejtěžších druhů NKS, který se zároveň vyznačuje svou nápadností. (Škodová & Jedlička, 2007) V Lechtově pojetí ji definujeme jako syndrom, tedy soubor příznaků, který charakterizuje určité onemocnění. A to „*syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nejnápadněji projevuje charakteristickými nedobrovolnými specifickými pauzami narušujícími plynulost procesu mluvení a tím působícími rušivě na komunikační záměr. Je to multifaktoriální, dynamický a variabilní syndrom NKS se složitou symptomatikou, která je často důsledkem několika parciálních, vzájemně se prolínajících, navazujících nebo recipročně i souhrnně reagujících příčin.*“ (Lechta, 2010, s.28)

V Lechtově chápání se odráží komplexní přístup, kterým bychom měli nahlížet. „*Zužovat problém kóktavosti jen na záležitost “mluvení” nebo “řeči”, tedy na problém procesu mluvení, a takto jej odlišovat od poruch jazyka (tj. jazykových schopností) je proto nenáležitou simplifikací: kóktavost se projevuje specifickým způsobem i v jazykových procesech: nejde tedy jen o “jazyk” nebo jen o “řeč”, ale o komunikační schopnost jako takovou.*“ (Lechta, 2010, s.29) Komplexně ji pojímá také Tarkowski (2018), který zdůrazňuje, že kóktavost je složena z více faktorů: lingvistických (neplynulost řeči), biologických (zvýšený svalový tonus), psychologických (strach z mluvení - logofobie) a společenských (reakce okolí na neplynulosti). Jiní autoři definují kóktavost jako “*komunikační poruchu, která zahrnuje narušení schopnosti člověka produkovat řeč plynule.*” (Yaruss & Nasir, s.1, 2019) Přičemž dodávají, že tato porucha komunikace obvykle zahrnuje nepříznivý dopad na kvalitu života. (Yaruss & Nasir, 2019)

Dále je označována jako „*záhadná a vysilující porucha, která dotyčnému brání účastnit se nenamáhavých a spontánních konverzací.*“ (Nouri et al., 2012, s.1) Definice je doplněna symptomy jako nadměrné opakování zvuků, slabik a jednoslabičných slov, dále prodloužení zvuku a úplné blokování hlasového traktu, na což mohou navázat pohyby hlavy nebo krku. (Nouri et al., 2012)

V angličtině se setkáváme s pojmy *stuttering* (americká angličtina) a *stammering* (britská angličtina). Zahraniční autoři tento pojem nahrazují také “vývojovou kóktavostí” (*developmental stuttering*). Někteří autoři pak vývojovou kóktavost řadí k *neurovývojovým poruchám* (Pospíšilová, in Neubauer, 2018), stejně jako klasifikace DSM-V (2013). Felsenfeld

(2002) ji označuje jako „*přetrvávající vývojovou poruchu, která se vyznačuje narušením plynulého toku řeči, které se objevuje v raném dětství.*“ Dále uvádí, že všichni tito jedinci mají období plynulé řeči i období dysfluentní řeči, které jejich poruchu provází. (Felsenfeld, 2002, in Conally et al., 2018)

Také v plánované MKN-11 bude zřejmě termín „*Vývojová porucha plynulosti řeči*“, klasifikace však zohlední patrně také získanou koktavost, označenou jako *speech dysfluency* (řečová neplynulost). (Pospíšilová, in Neubauer, 2018)

2.1.1 Klasifikace

Koktavost bývá nejčastěji dělena z hlediska její patogeneze, a to na incipientní (začínající) koktavost, obvykle vázanou na věk předškolních dětí a přechod do školy. Členění pokračuje fixovanou (v období školní docházky) a chronickou (přetrvávající) koktavostí. (Lechta, in Kerekrétiová, 2016) Složitější klasifikace vychází z Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF, 2001), která rozlišuje koktavost v rámci tří klasifikačních úrovní: úroveň tělesných struktur/funkčnosti, úroveň aktivity/participace a úroveň kontextu. Jako podúrovně jsou uváděny kódy, které značí jednotlivé oblasti narušení, např. poruchy plynulosti a rytmizace řeči (kód b 330), míra omezení konverzace (kód d 350), nebo služby/možnosti edukace (kód e 585). Aplikaci tohoto pojetí se dopodrobna věnuje Dezort (2019). V klasifikační terminologii se zejména v zahraničí, ale také v našich podmínkách (Dezort, 2019), operuje s termínem *hraniční koktavost* (angl. *borderline stuttering*). Označuje stav kolísající mezi ještě plynulou řečí spojenou s fyziologickými neplynulostmi a incipientní koktavostí. (Dezort, 2019)

2.1.2 Výskyt

Nejnovější výzkumy stále potvrzují, že koktavost se vyskytuje nejčastěji u dětí mladších 6 let. Z toho vyplývá, že mnoho dětí, ať už přirozeně nebo s nějakou klinickou intervencí, přestává koktat obvykle před tímto věkem. (Yairi a Ambrose, 2013) Děti, které si během svého vývoje projdou epizodou koktání, je nejméně 5% (Yairi a Ambrose, 1992, in Yaruss & Nasir, 2019), pozdější studie uvádějí i více. (Reilly a kol., 2013). Dle Hooda existoval dříve odhad, že zhruba 1% dětí školního věku se zakoktavá. (Hood, 1999, in Lechta, 2010) V novějším výzkumu Guitar uvádí, že se odborníci shodují na 4-5% u preadolescentní populace. (Guitar, 2013) U dospělé populace se výsledky ustálily na 1%. (Felsenfeld, 2002, in Conally et al., 2018)

Koktavost je asi dvakrát více zastoupena u mužů než u žen (Howell, 2007, in Neubauer a kol., 2018), ačkoli dříve psal Fraser až o čtyřikrát větším zastoupení mužů. (Fraser, 1978)

2.2 ETIOLOGIE

Původ koktavosti není dosud zcela přesně popsán. Teorií o původu koktavosti existuje více. Ve starší literatuře jsou zmiňovány teorie psychologická, dynamická a somatická. Psychologická považuje koktavost za „*reakci na určitou situaci, tedy v podstatě za formu nebo poruchu chování*“. Dynamická teorie popisuje koktavost jako „*stav koordinační rozlady, který se projeví křečí hlasivek a ataxií mluvidel, a to vlivem postižení CNS a vrozené dispozice*“. (Škodová & Jedlička, 2007, s. 258) Dle somatické teorie je koktavost doprovázena určitým onemocněním, např. endokrinními nebo metabolickými poruchami. (Škodová & Jedlička, 2007)

Dle Neubauera dnes plně převládá východisko, které za hlavní příčinu označuje organický podklad. (Neubauer, 2018) Tomu nasvědčuje např. klinicko-psychologický náhled. „*Dnes se berou v úvahu tři základní etiologické faktory - dědičnost, drobná mozková poškození nebo drobné odchylky ve vývoji mozku a prostředí, přičemž vlivy prostředí se považují za významné pouze v souvislosti s dvěma předcházejícími faktory.*“ (Vymlátílová, 2006, in Neubauer a kol., 2018) Byly potvrzeny anomálie ve fázích plánování tvorby řeči. (Etechell, 2016, in Neubauer a kol., 2018) Mnohé studie dokládají odchýlnou sluchovou a motorickou integraci jak u dětí, tak u dospělých. (Pospíšilová, in Neubauer a kol., 2018)

Při pohledu do historie stojí za to zmínit výsledky práce Seemana, který shledal původ v dynamické poruše řízení zpětnovazebních motorických mechanismů při realizaci řeči, a to v oblasti subkorových bazálních ganglií, přesněji ve striopalidárním systému. (Leanderson & Lewi, 1967, in Škodová & Jedlička, 2007) Jeho žáci (Novák, 1996) teorii dále zkoumali a potvrdili organický podklad koktavosti. Jak podotýká Dlouhá (2017), o lézi jít nemusí, ale pravděpodobně o porušenou funkci mechanismů v této oblasti, které řídí řeč. To má vliv na porušené plánování motorického aktu řeči (neschopnost produkovat časový rámec pro iniciaci plánovaného řečového segmentu), zejména v počáteční fázi, a narušenou souhru a koordinaci s řečovými centry.

Mezi další uváděné příčiny patří psychické trauma nebo neuróza, nepřiměřený tlak rodičů a ostatních v prostředí, potíže s motorickým řízením řeči, potíže s různými aspekty formulace jazyka, nerovnováha v interhemisferické kontrole jazykových center v mozku (Bloodstein a Ratner, 2008, in Yaruss & Nasir, 2019), nadměrná aktivace svalů zapojených do

řeči (Starkweather, 1995, in Weber a Smith, 2017) nebo zpomalené lingvistické plánování, na základě čehož vznikají nesrovnalosti v řeči (Howell, 2004, in Weber a Smith, 2017).

Je také zajímavé, že koktání sdílí mnoho podobností s Tourettovým syndromem - oba syndromy mají počátek v dětství, u mužů se vyskytuje častěji v poměru 4:1, zhoršují úzkost, jsou spojeny s tiky, ukazují se zde abnormality na mozku lokalizované v oblasti bazálních ganglií, symptomy se zhoršují s agonisty dopaminu a naopak zlepšují s antagonisty dopaminu. (Maguire et al., 2020)

V současném výzkumu se odborníci shodují na tom, že příčin je více a vzájemně mezi sebou interagují. (Weber & Smith, 2017) Výzkum genetických příčin se opírá o fakt, že pokud je v rodině někdo, kdo již koktal, pravděpodobnost vzniku koktavosti je vyšší, což potvrzují mnohé studie. (Yaruss & Nasir, 2019). Výzkumy také rozsáhle potvrzují, že koktání má spojitost s rozdíly v nervové struktuře a nervové funkci, přičemž tyto rozdíly vědci našli i u velmi malých dětí, které jsou blízko začátku koktání. (Etchell, et al., 2018) Je potřeba dále pátrat, jak přesně tyto faktory ovlivňují dysfluenci. Pátrání po podstatě je ale komplikováno tím, že je určitá část dětí, u kterých jsou dysfluence vývojové a normální, a stejně tak mnohé z dětí, které si koktavostí prošly, z ní nakonec vyvážnou. (Yairi & Ambrose, 2013, in Yaruss & Nasir, 2019).

2.3 DIAGNOSTIKA

Adekvátní terapie staví na efektivním diagnostickém postupu, který si klade za cíl popsat poruchu plynulosti řeči a postihnout možné faktory ovlivnění. U dospělých klientů hrají roli především motivace, hodnocení vlastního projevu a užívané postupy, kterými ovlivňují svou plynulost. (Neubauer a kol., 2018) Při diagnostice koktavosti vycházíme z etiologických východisek popsaných níže.

Pohledem stávající 10.revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) nahlížíme na koktavost, která je zde uvedena pod kódem F98.5., jako na *„řeč, která je charakterizovaná častým opakováním nebo prodlužováním slabik a slov, případně alternativně častým zaváháním a pauzami, které narušují rytmický tok řeči. Klasifikována by měla být jako onemocnění pouze tehdy, když výrazně narušuje plynulost řeči.“* (MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2018, 2018) V nové připravované klasifikaci MKN-11 se o ní hovoří jako o vývojové poruše plynulosti řeči. (Pospíšilová, in Neubauer a kol., 2018)

Jak zdůrazňuje Dezort, své místo má také v Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (MKF), která pojímá zdravotní situaci jedince celistvě: zahrnuje nejen popis funkčnosti, stavby těla a jeho vady, ale také aktivitu jedince, jeho osobní faktory a prostředí, v němž se nachází a případná omezení. „*MKN-10 poskytuje etiologický rámec pro zdravotní problémy, zatímco MKF klasifikuje funkční schopnosti a disability. Tyto dokumenty se vzájemně doplňují a doporučuje se je používat dohromady.*“ (Dezort, 2019, s. 17)

Vzhledem ke komplexnosti syndromu koktavosti bychom také v diagnostice měli volit komplexní přístup. To vyžaduje pracnost a časovou náročnost procesu. Délka celkové diagnostiky (všech potřebných vyšetření) a jejího vyhodnocení trvá obvykle v rozmezí 2,5-4 hodin. (Richel & Conture, 2010, in Lechta, 2010) Na vstupní diagnostiku navazují kontrolní vyšetření v průběhu terapie, výstupní vyšetření po jejím ukončení a postterapeutické vyšetření. Kontrolní vyšetření by měla být realizována každé tři měsíce, případně častěji dle potřeby. (Lechta, 2010)

Dle Lechty (2010, s.107) se při diagnostice koktavosti snažíme hledat odpovědi na tyto otázky:

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

2.3.1 Pravidla integrativní diagnostiky

Při integrativní diagnostice následujeme určitá pravidla. Nutné je zaměřit se komplexně na všechny složky koktavosti, které patří do klinického obrazu koktavosti. Do diagnostiky zahrnujeme rodinnou a osobní anamnézu, které charakterizují prostředí balbutika, patogenezi potíží a současný stav. Pro podstatné doplnění diagnostiky poslouží audio- nebo videonahrávka klienta, ideálně v jeho přirozeném prostředí. Při popisu symptomů se zaměřujeme na detaily, postupujeme důsledně. Hodnotíme balbutikův projev v různých komunikačních situacích - spontánní projev při dialogu, monolog, čtení, popis situačního obrázku, doplňování vět nebo simultánní řeč. Ideálně také spolupracujeme s okolím balbutika, snažíme se o jeho zapojení do procesu terapie. V rozhovoru s balbutikem přistupujeme pečlivě, opatrně a s vážností k jeho obtížím. Dbáme na to, aby balbutik nepocíťoval z naší strany časový tlak nebo náznak netrpělivosti. (Lechta, 2010)

Ideálem zůstává transdisciplinární diagnostika, na které má podíl logoped, foniatr, psycholog, neurolog, psychiatr a další odborníci. Ti se vzájemně doplňují a uzavírají diagnostické závěry společně. Diagnostika probíhá ve více fázích, při vstupním vyšetření, kontrolních vyšetřeních v průběhu terapie a výstupní vyšetření, popř. postterapeutické vyšetření, které se může datovat 18 měsíců až dva roky po ukončení terapie. (Bloodstein, 1995, in Lechta, 2010)

2.3.2 Diferenciální diagnostika

Zásadní bod diferenciální diagnostiky se nachází v rozlišení fyziologických a nefyziologických neplynulostí. Pauzy v tomto případě hodnotíme kvantitativně (co do počtu) i kvalitativně (charakter pauzy). Lechta jmenuje 4 znaky, v rámci kterých pauzu hodnotíme jako adekvátní nebo odchylnou, a to délka pauzy, frekvence výskytu pauzy, lokalizace pauzy a její kvalitativní znaky. Vodítkem při rozlišení je, zda vnímáme tyto znaky jako rušivé vzhledem ke komunikačnímu záměru. (Lechta, 2010) Manning třídí dysfluence také dle lokalizace, kdy zakoktání uvnitř slova (např. prolongace, repetice částí slov nebo jednoslabičných slov) jsou příznačné pro koktavost, naopak mezislovní dysfluence (např. interjekce, revize, opakování delších slov a vět) se objevují spíše v běžné mluvě. (Manning, 2010, in Lechta, 2010) „*K pochopení podstaty koktavosti patří uvědomění si momentu ztráty kontroly nad řečí. Moment ztráty kontroly odlišuje pravou poruchu plynulosti řeči od zadrhnutí/neplynulostí, které se v řeči, kterou považujeme za plynulou, vyskytují a jsou běžné i u intaktní populace. Je to také důležitý mezník, podle kterého rozlišujeme hrané “pseudozadrhávání” a reálné zadrhávání.*“ (Dezort, 2019, s. 60)

V diagnostice má své důležité místo případné odlišení od jiných poruch. Na koktavost bychom měli nahlížet jako na samostatnou nozologickou jednotku, jedná se o syndrom NKS, se svou typickou etiopatogenezi a typickým klinickým obrazem: pouze v takovém případě hovoříme o “pravé” koktavosti. Pokud jsou dysfluence součástí klinických obrazů jiných syndromů (např. dětské mozkové obrny, demence, psychiatrických onemocnění nebo afázie), nelze je chápat jako “pravou” koktavost, ale jako symptom těchto onemocnění. Pak se tedy jedná o neurogenní nebo psychogenní dysfluence. (Lechta, 2010) U neurogenních dysfluencí se jedná o „*získanou nebo znovuzískanou poruchu plynulosti řeči s evidentními mimovolnými iteracemi nebo prolongacemi, které vznikly jako následek poškození CNS a nejsou výsledkem jazykového formulování nebo psychiatrického problému.*“ (Lechta, 2004b, s.104) Typicky vzniká v dospělosti, nejčastěji po úrazu mozku, neurogenerativním onemocnění, tumoru, či

mozkové mrtvici. (Dezort, 2019) Psychogenní dysfluence jsou důsledkem vážného psychiatrického onemocnění nebo odchylek. Většinou se objevuje po dlouhotrvajícím psychickém napětí nebo silně traumatické události. (Guitar, 2006, in Dezort, 2019) V úvahu při diferenciální diagnostice mohou přijít také poruchy hlasu typu sakadované *spastické dystonie*, jde zde však výlučně o poruchu hlasu, ne řeči. (Neubauer a kol., 2018)

V dětském věku je třeba sledovat vývoj koktavosti a upozornit rodiče na existenci dysfluencí, které jsou vývojové a nemusí se rozvinout v “pravou” koktavost. Tyto fyziologické dysfluence se mohou vyskytnout kolem 3. - 4.roku života, někteří autoři uvádějí také 2.rok života (Guitar, 1998, in Lechta, 2010). Jedná se o přechodnou fázi, kdy dítě mluví neplynule, nejspíš na základě jakéhosi nesouladu. Lechta to označuje jako „*disharmonii mezi tzv. symbolickými a nesymbolickými procesy během bouřlivé fáze jejich osvojování*“. (Lechta, 2010, s. 78) Může se to projevit jako reakce na rozpor mezi kapacitou a požadavky, a tak dítě potřebuje v projevu více času, pomáhá si repetícemi, zarážkami v řeči ap. (Lechta, 2010) Důležité je zmínit, že dítě nevnímá výrazný pocit handicapu, ale spíše jakýsi nepříjemný pocit překážky v řeči. (Lechta, 2010) Právě proto by rodiče neměli dítě upozorňovat a zvolit strategii čekání, zda a jak se dysfluence rozvinou dále, dle toho logoped následně volí patřičnou intervenci.

Lechta zdůrazňuje také málo prozkoumaný jev “dysfluence na na bázi narušeného vývoje řeči” (Culatta & Goldberg, 1995, in Lechta, 2010). Objevuje se zde opakování slabik nebo slov, na pozadí mohou být obtíže při hledání slov. (Wirth, 1990, in Lechta, 2010) Další symptomy (jinak typické pro koktavost) se vyskytují zřídka.

2.3.3 Diagnostické nástroje

Pro klinickou praxi je k dispozici množství diagnostických nástrojů, zaměřující se na dílčí deficit nebo pojímající koktavost jako celek. Nejprve si představíme ucelené komplexní nástroje. Mezi ně patří **balbutiogram**, který v hodnocení postihuje kvalitativní i kvantitativní stránku koktavosti. Výsledky shrnují projevy dysfluence, nadměrné námahy a psychické tenze v přehledné tabulce. Obsahuje pětistupňovou škálu symptomů NKS: dýchání, fonace, artikulace a prozodické faktory řeči, dále blíže specifikuje klinický obraz koktavosti a analyzuje dysfluence v rámci různých komunikačních situací (šepot, simultánní řeč, zpěv, automatismy, verbální stereotypy, reprodukce vět, dokončování neúplných vět, čtení a spontánní řeč), k čemuž slouží grafický záznam tzv. balbutiografu. Tabulka umožňuje přehledně zaznamenat komplexní klinický obraz koktavosti. (Lechta, 2013)

2.3.3.1 Diagnostika dysfluence

V oblasti dysfluencí existují kvantitativní i kvalitativní měřítka. V rámci kvantity hodnotíme frekvenci zakoktání, procenta neplynulých slov, index adaptace a index konzistence. Ty vhodně doplňuje index zlepšení/zhoršení, který umožňuje srovnávat dysfluence mezi jednotlivými vyšetřeními. Z hlediska kvality je možná analýza dysfluencí pomocí transkripce vzorku hodnoceného mluveného projevu nebo spektrografická analýza. (Lechta, 2013)

2.3.3.2 Diagnostika nadměrné námahy

V této oblasti lze využít *Záznamový arch pro zjišťování projevů narušeného koverbálního chování*. (Lechta a kol., 2010) Pomocí pětistupňové škály zaznamenává příznaky v oblastech hlavy, obličeje, krku, očí úst, nosu, nohou, trupu a vegetativních příznaků, které v komunikaci působí rušivě, označeny jako narušené koverbální chování. Závěrem záznamu je index NaKoCh. (Lechta, 2013)

2.3.3.3 Diagnostika psychické tenze

Primární diagnostika této oblasti náleží do kompetence psychologa nebo psychiatra, v rámci logopedie však pro úplnost našich informací provádíme orientační diagnostiku. Jako východiska pro PT poslouží již údaje z vyšetření nadměrné námahy. U jednotlivých symptomů NaKoCh posuzujeme, zda se vyskytly na pozadí fyziologickém nebo psychickém. (Lechta, 2013) Tyto informace je vhodné doplnit orientační diagnostikou situační psychické tenze, pro logopedické účely poslouží *Dotazník situační psychické tenze při chronické koktavosti* (Škrabáková & Lechta, 2005), sestávající ze 45 položek - komunikačních situací, který je balbutikem hodnocen na škále od 1 do 5 (1 - velmi lehké, 2 - lehké, 3 - „něco mezi“, 4 - těžké, 5 - velmi těžké).

2.4 SYMPTOMATOLOGIE, SYNDROMOLOGIE

Ke koktavosti musíme přistupovat jako k syndromu, který je složitý, dynamický a velmi variabilní, nikoli jako k pouhé neplynulosti. (Lechta, 2010) Prolíná se v ní několik příznaků, z nichž nejnápadněji se projevují nedobrovolné a nekontrolovatelné dysfluence v řeči. Právě těmi mohou obtíže začít, avšak velmi rychle se mohou přidat fyzické projevy a následně psychická tenze. (Dezort, 2019) Pro přehled příznaků využijeme propojení pojetí Lechtova a Dezortova,

který užívá zahraniční terminologii. V závěru doplníme o hledisko prostředí a situace, které variabilně příznaky koktavosti proměňuje.

2.4.1 Projevy v řeči (primární znaky, v anglické literatuře *core behaviors*), (Dezort, 2019), dysfluence (Lechta, 2010)

Nejčastěji se zde projeví *repetice*, *prolongace* a *bloky*. Při repetici dochází k opakování zvuku, hlásky, slabiky nebo slova. Prolongace samotný zvuk prodlouží. Při bloku balbutik nemůže začít slovo nebo jej přeruší, a to tiše nebo se zvukem, často také s viditelným svalovým napětím. (Dezort, 2019) Lechta dále jmenuje *přerušovaná slova*. Zmiňuje také *interjekce*, tedy vsuvky, a to hlásek, celých slov i slovních zvrátů, *nekompletní slovní zvraty* a *opravy*. Poslední tři zmíněné se vyskytují také v běžné řeči, ostatní dysfluence jsou specifikem koktavosti. (Lechta, 2010)

2.4.2 Druhotné znaky (v anglické literatuře *secondary behaviors*), (Dezort, 2019), nadměrná námaha (Lechta, 2010)

Navazují na obtíže v řeči, kterým se chce mluvčí vyhnout. Mohou se proměnit ve zlovyky, které trvá déle se odnaučit. Úsilí může být nejvíce patrné v obličejí, kde je patrný viditelný tlak. (Dezort, 2019) V běžné komunikaci není nadměrná námaha přítomna, avšak do klinického obrazu koktavosti zcela patří. Je zde narušeno koverbální chování, což může značit psychickou tenzi (viz níže) nebo (a zejména) nadměrnou námahu při mluvení. Může mít psychické pozadí, kdy zmíněné chování souvisí s rozpaky, psychickou nepohodou v komunikaci, např. tiky, manipulace s oblečením, nebo fyziologické pozadí, kdy jedinec překonává bloky artikulačního aparátu. Může bezprostředně souviset s realizací projevu nebo se ukázat jako (zdánlivý) zlovyk. Lechta vyjmenovává např. kývání se ze strany na stranu, kolébání se dopředu-dozadu, chytání se za krk, přešlapování z nohy na nohu, ztrátu zrakového kontaktu v momentu překonání dysfluence, Fröschelsův symptom, synkinézy svalových skupin nebo rušivé dýchání. Tyto druhotné znaky, které se k dysfluencím přidružují, negativně působí na funkčnost celého procesu komunikace. (Lechta, 2010)

2.4.3 Psychická tenze (Lechta, 2010), postoj a pocity (Dezort, 2019)

Při dlouhodobějších obtížích se objevuje frustrace a stud, jedinec pak o to více usiluje o plynulost. To však vyvolává opačnou reakci, obtíže se zvětšují, což opět zpětně negativně působí na vlastní sebehodnocení a sebevědomí. (Dezort, 2019) Strach balbutika se posléze

může spojovat s prožitými zkušenostmi, které zaměstnávají jeho představivost, až se může překlenout v logofobii, při níž má balbutik chorobný strach z vlastního projevu. Logofobie se zpravidla dostavuje po rozvinutí koktavosti do její fixované až chronické podoby. Je důležité upozornit na variabilnost projevů koktavosti: jedinec začíná koktat v závislosti na celé škále proměnných, z nichž většina souvisí právě s psychickou tenzí. (Lechta, 2010) Přítomnost psychické tenze úzce souvisí s faktorem identity balbutika a role sebe sama. (Lindzey & Aronson, 1968, in Lechta, 2010)

V literatuře jsou zmiňovány tzv. specifická “cue”, momenty vyvolávající koktavost. Původně neutrální podnět vyvolává v balbutikovi specifickou reakci - zakoktání. Wirth jmenuje tři druhy “cue”: **řečové** (reakce na nezdařený počátek promluvy, dysfluence zpravidla na počátku promluvy nebo ve slovech s počátečním p, t, k, m, b, atd.), **situační** (v reakci na počet komunikačních partnerů, novou situaci, ap.), **personální** (v přítomnosti určitých osob, např. člověka s autoritou) a také jako **reakce balbutika na svou vlastní symptomatiku**, kdy psychická tenze narůstá po prvním zakoktání. (Wirth, 1990, in Lechta, 2010) V komunikaci pak balbutik často volí **vyhýbavé chování** (snaha vyhnout se komunikační situaci) a **únikové chování** (přímo v momentě dysfluence, projeví se nadměrnou námahou, zrychlením řeči, omezením zrakového kontaktu, apod.). Na narůstajícím napětí se podílí také zkreslený **percepční úzus komunikace (PÚK)**. V komunikaci funguje specifický časový tlak, přibližně vhodný čas, za jaký má být řečeno určité množství informací. Balbutici jsou si vědomi svých obtíží, které komunikaci mohou zpomalit, a proto jsou tímto územ stresováni. Zároveň PÚK vnímají zkresleně a jejich psychická tenze tím narůstá. (Lechta, 2010) Některé výzkumy také ukazují, že balbutici projevují více vzrušení v emočně vypjatých situacích, jsou méně emočně odolní a kontrolují svou expresivitu v menším rozsahu. (Humeniuk & Tarkowski, 2019)

Existuje také systémově-strukturální pojetí koktavosti (Tarkowski, 2018), které se opírá o hledisko lingvistické (znaky neplynulé řeči), biologické (nadměrné napětí svalů) a psychologické (psychické fenomény poruchy), které se relativně shodují s oblastmi výše. Zároveň však pojetí doplňuje o **hledisko sociální**, které podtrhuje, že se jedná o poruchu interpersonální řečové komunikace, projevující se na individuální i společenské úrovni.

2.4.4 Vliv situace

Pohlédneme-li zpět na Lechtovu definici koktavosti (Lechta, 2010), která koktavost chápe jako variabilní a dynamickou, je nutné i zde zmínit, že projevy plynulosti řeči mohou kolísat. Děje se tak v závislosti na situacích, v nichž se osoba s koktavostí aktuálně nachází a

kteří subjektivně hodnotí jako náročné. Pozitivně může působit situace, kdy osoba s koktavostí mluví “sama k sobě”, změni prozódii řeči, výšku hlasu, šeptá nebo mluví v jiné roli (maňásek, divadelní role). Osoba s koktavostí naopak může již dopředu předpokládat zakoktání v zátěžových situacích, např. při setkání s neznámými lidmi, vystoupení na veřejnosti, citovém vypětí apod. (Klenková, 2006) Lechta označuje tyto působící podněty jako tzv. “cue”. (Lechta, 2010) Fraser cituje člověka s koktavostí: „Právě když si nemůžete dovolit zakoktat, tak se zakoktáte.“ (Fraser, 1978, s. 15) Více o zátěžových situacích referuje praktická část práce, v rámci *Dotazníku situační psychické tenze*. Někteří účastníci našeho výzkumu také potvrzují, že kolísavost jejich projevu se různí nejen v situacích, ale také v závislosti na období (např. zkouškové období, období odloučení od rodiny ap.).

2.5 TERAPIE CHRONICKÉ KOKTAVOSTI

V této kapitole se vzhledem k obsahu výzkumné části zaměříme především na terapii chronické koktavosti.

2.5.1 Specifika terapie

Jak uvádí Dezort (2019, s.78): „*Dospělý klient se většinou potýká s problematikou koktavosti po celý svůj život, a proto je u něj porucha rozvinuta ve všech sledovaných rovinách. (...) Vliv koktavosti na něj je dlouhodobý a změny jsou dobře zažité, proto je předpoklad, že terapie bude dlouhodobá a musí být intenzivní.*“

2.5.2 Cíle terapie

Jedním z nejakutnějších problémů balbutologie je právě vymezení cíle terapie. Jak zdůrazňuje Lechta (2010), maximálním cílem terapie je koktavost odstranit. Do popředí se často dostává přání odstranit fluenci, ale stejně tak důležitá je redukce nadměrné námahy a psychické tenze. (Lechta, 2010) V rámci dysfluencí cílíme na normální fluenci, nikoli na absolutní fluenci, která je nepřirozená. (Conture, 2001, in Lechta, 2010) „*Maximálním cílem terapie tedy je spontánní, přirozená (ne absolutní) fluence řeči, bez příznaků nadměrné námahy a psychické tenze.*“ (Lechta, 2010, s.156-157) Jak shrnují Yaruss & Nasir (2019), cílem je pomoci mluvčím, aby sdělili, co chtějí sdělit, v čase, kdy to chtějí sdělit a způsobem, jakým to chtějí sdělit.

Cíle terapie jdou ruku v ruce s očekáváním balbutiků, jejichž motivace a nasazení jich dosáhnout je významným faktorem v terapii. Norský výzkum ukazuje nejčastější požadavky, ve studii se smíšeným designem s 21 účastníky. Z nich 95,2% uvádí, že chtějí “získat pocit

kontroly nad koktavostí”, 85,7% “snáze se účastnit většiny nebo všech řečových situací”, 76,2% “dosáhnout plynulé řeči” a 76,2% “mít více pozitivní pocit související s koktavostí”. (Sønsterud et al., 2019) Na straně logopeda stojí úkol korigovat případná nerealistická očekávání.

V případě, že spontánní fluence se zdá (toho času) nedosažitelná, terapie může směřovat k postupným cílům jako kontrolovaná fluence (fluence neustále monitorovaná ze strany balbutika, pro balbutiky náročná, ubírá jí mentální lehkosti) nebo akceptovatelná koktavost (přesněji akceptovatelné dysfluence). (Lechta, 2010) Manning (2001, in Lechta, 2010) se domnívá, že mnozí dospělí již spontánní fluence stěží dosáhnou, proto je vhodné stanovit si výše zmíněné cíle. Někteří autoři hovoří také o stoupající frustraci a hněvu těch dospělých osob s koktavostí, kteří díky svým terapeutům věřili v úspěch v krátkém čase, který se ovšem nedostavil. (Cooperová & Cooper, 1995). Jako směrodatné v terapii chronické koktavosti působí zaměřit se nejprve na redukcii úzkosti, teprve poté na modifikaci dysfluencí. (Van Riper, 1973). Lechta zmiňuje cíle ve všech třech oblastech příznaků: v rámci psychické tenze dospět k pozitivním postojům a pocitům, vzhledem k přetrvávající koktavosti, zredukovat zvýšenou námahou při projevu v maximální možné míře a eliminovat nejnápadnější dysfluence. (Lechta, 2010)

2.5.3 Terapeutické přístupy

Existují dva základní směry, kterými se terapie koktavosti může ubírat: terapie tvarování plynulosti řeči a terapie modifikace koktání. Pod záštitou těchto dvou přístupů nalezneme velké množství terapeutických metod a adaptací. Zároveň často dochází k jejich propojení v tzv. integrované terapii. (Dezort, 2019) V zahraničním pojetí se můžeme setkat také s dělením na terapie přímé (zaměřují se na řečové prvky - snížení rychlosti řeči, prodloužení slabik, modifikace hlasu, zkrácení promluvy, ap.) a nepřímé (zaměřují se na environmentální a vnitřní faktory, které mohou působit na závažnost koktavosti). (Packman, 2012) Vzhledem k různorodým způsobům, jakým koktavost ovlivňuje balbutika, by samotná terapie měla zahrnovat mnoho různých složek, které jsou individuálně vybírány a kombinovány tak, aby splnily potřeby balbutika. (Yaruss & Nasir, 2019) V současnosti dominuje tzv. eklektický přístup k terapii, který nevyužívá jen jednu metodu nebo postup terapie. (Pospíšilová, in Neubauer, 2018)

2.5.3.1 Terapie tvarování plynulosti řeči (*fluency shaping therapy* - FST)

Tento směr terapie primárně cílí na redukci neplynulostí v řeči. Funguje na principu *behaviorální modifikace*, opřena o jasnou strukturu, kdy se snaží měnit celý řečový vzor, a tedy také neplynulá slova. Na počátku terapie dochází ke zpomalení řeči, jakož i přechodu mezi slovy, ta na sebe plynule navazují. V rámci změny tempa a nasazení měkkého začátku je podpořeno dýchání, fonace a artikulační pohyby. (Dezort, 2019) „*Vychází z variability symptomů koktavosti: dokáže-li balbutik v určitých situacích hovořit plynule, je třeba vlastně jen systematicky, pomocí podmiňování rozšiřovat takové plynulé projevy do všech ostatních komunikačních situací.*“ (Lechta, 2010, s. 171) Svojí vysokou strukturovaností aspiruje tato terapie k rychlejším a snadnějším výsledkům než terapie založená na modifikaci koktavosti. Vzhledem k tomu, že se jedná o behaviorální terapii, na pocity a postoje balbutika není kladen důraz (Lechta, 2010), nezohledňuje vnitřní aspekty jako strach, chování nebo vyhýbání se. (Dezort, 2019) To je také významným rozdílem od druhého přístupu.

Mezi konkrétní techniky dále patří tzv. bouncing, při kterém se obtížná slabika nebo slovo vysloví “hopkavě”. (Radfordová, 2002, in Lechta, 2010) Dříve tradiční dechová cvičení dnes ustupují do pozadí, odborníci předpokládají, že navozením relaxace se navodí i správné dýchání. Teprve pokud osoba s koktavostí dýchá zcela nesprávně (zj. klavikulárně - do hrudníku), je vhodné zařadit dechové cvičení, ne však izolovaně, nýbrž např. s technikou lehkého hlasového začátku. (Lechta, 2010) Tuto techniku celistvě zpracovala Peutelschmiedová (2005).

2.5.3.2 Terapie modifikace koktání (*stuttering modification therapy* - SMT)

Principem tohoto terapeutického přístupu je ovlivnit dysfluenci, nezaměřuje se na úpravu celého řečového vzorce (jako terapie výše). Cílem je umět modifikovat svou koktavost na mírnější stupeň. Zároveň reflektuje a pracuje s vyhýbavým chováním, se strachem a s pocity, které se klient učí poznávat a korigovat. (Dezort, 2019) „*Plynulost je považována za výsledek ovládnutí těchto emocí.*“ (Dezort, 2019, s.85) Terapeutický proces je tak často směřován psychoterapeuticky. (Lechta, 2010) Klient se naučí vyrovnat se s přicházejícími příznaky, zároveň jsou vyvinuty techniky ovládnutí dysfluence. Např. zpomalením začátku řeči, pomlkami, realizací velmi lehkých artikulačních kontaktů, častou prolongací apod. (Peutelschmiedová, 2005)

Zásadním rozdílem těchto směrů je jejich zaměření na vnější (tvarování plynulosti) a vnitřní symptomy (modifikace koktavosti). Nabízí se propojení těchto terapeutických konceptů,

s cílem ušít klientovi terapii na míru dle jeho potřeb. Jak navrhuje Radfordová (2002, in Lechta, 2010), tato kombinace může svědčit u fixované a chronické koktavosti. U incipientní a hraniční koktavosti je doporučena terapie tvarování plynulosti řeči. Na bázi propojení staví *Integrativní terapie na bázi klinického modelu koktavosti* (Lechta, 2010). Existuje množství dalších programů, které kombinují oba směry.

Pospíšilová (in Neubauer, 2018) uvádí také třetí směr: navozování sebekontroly mluvního projevu (*Self-Control of Techniques*), který dává důraz na prvky psychoterapie a využití biofeedbacku. Efektivitu úspěšně potvrzuje švédský program ISTAR.

2.5.4 Terapeutické techniky

V následující části představíme několik vybraných terapeutických technik, s důrazem na techniky behaviorální.

2.5.4.1 Behaviorální techniky

Tyto techniky se začaly prudce rozvíjet po roce 1960 a řadí se stále mezi jedny z nejužívanějších. (Lechta, 2010) Cílem jedné z nich, **systematické desenzibilizace**, je snížit nadměrnou citlivost vůči vlastním zážitkům zakoktání a situacím s nimi spojených. Dochází zde k oslabování iracionálních obav z věcí, které jsou identifikovatelné. (Lechta, 2010) Právě v terapii chronické koktavosti se desenzibilizace vhodně uplatňuje. Sestává z několika postupných kroků. V prvním z nich jde o sestavení hierarchie komunikačních situací souvisejících s obavou ze zakoktání. V dalším kroku se uplatňuje cvičení svalové relaxace, zj. dle Jacobsena. Třetí krok zahrnuje imaginaci představ komunikačních situací, od nejlehčí po nejtěžší, přičemž se jedinec posouvá k další představě až tehdy, pokud předchozí již nevyvolává úzkost. V závěru se přistupuje k „desenzibilizaci in vivo“, v nichž se jedinec přibližuje k obávaným situacím v reálném životě. (Lechta, 2010) Dle Shapira (1999) zde jde o získání odolnosti vůči stresorům. Podobné desenzibilizace tvoří také tzv. „tvrdou terapii“, o níž se zmiňuje Peutelschmiedová (2005). Uvádí terapie „měkké“ a „tvrdé“, z nichž prvně zmiňované se realizují pouze v logopedické ambulanci a často mohou postrádat schopnost transferu do běžného života. „Tvrdé“ terapie se naopak odehrávají v běžném prostředí klienta, mohou zahrnovat také tzv. *street contacts* (kontakty na ulici), pracují se stresem klienta, proto jsou také někdy nazývány terapií stresem.

Nedávno provedený výzkum zkoumal vliv **expoziční terapie**, která je určena lidem se sociálně úzkostnou poruchou, na ty z nich, jež se potýkají s koktavostí. Výzkumu se účastnilo 6 osob s koktavostí, kteří se jednotlivě účastnili vlastní terapie, která sestávala ze dvou částí: relaxačního cvičení a vystoupení před publikem (3-6 osob) s připraveným proslovem. Výsledky ukázaly, že se sice nutně nesnížila frekvence dysfluencí, nýbrž došlo k významnému snížení psychické tenze. Autoři studie poukazují na důležitost kooperace logopeda a klinického psychologa v této oblasti. (Scheurich et al., 2019)

Do behaviorálních technik dále spadá také **operační podmiňování**, které se o efekt snaží „pomocí trestu“ při jedincově neplynulosti. Mezi další patří **posilování plynulosti** a **modifikace tematického obsahu**, které staví na tom, že se klient s koktavostí učí regulovat svou plynulost na základě zpětné vazby (slovní reakcí, neverbální reakcí). Více o tématu píše Lechta (2010).

2.5.4.2 Techniky založené na čtení

Při čtení osoba s koktavostí využívá „optické opory“, což na plynulost řeči příznivě působí. Tato technika předpokládá dobré zvládnutí čtení. Realizovat můžeme tzv. **unisono čtení**, kdy terapeut nejprve čte současně s klientem a postupně čte pouze klient sám. Podobnou techniku nabízí **stínění**, kdy na čtení terapeuta navazuje klient a opakuje jej po něm se zpožděním 1-2 slov. (Lechta, 2010)

2.5.4.3 Přístrojové a technické pomůcky

Opožděná sluchová zpětná vazba (DAF - *delayed auditory feedback*) využívá poznatku, že mnohé osoby s koktavostí dokáží hovořit plynule, pokud získávají opožděnou sluchovou zpětnou vazbu. Osobě, která mluví do mikrofonu, se do sluchátek dostává její vlastní řeč, ovšem s mírným zpožděním. Osoba s koktavostí pak zpravidla mluví plynule, pro což existuje vícero vysvětlení: kvůli opoždění mluví osoby pomaleji, a proto bez dysfluencí; soustředí se pouze na kinestetickou zpětnou vazbu svého projevu; jsou odpoutány od vlastního projevu, což na řeč působí pozitivně. (Bloodstein, 1995, in Lechta, 2010) **Maskující šum (masking)** funguje na podobném principu: do sluchátek je aplikován tzv. bílý šum, který připomíná prodloužené [š], a upoutává pozornost více než vlastní řeč. (Lechta, 1990d) Brazílský výzkum zkoumající účinky DAF v jeho různých podobách na balbutiky s těžkou a středně těžkou koktavostí ukázal výsledky, že tento efekt se jeví jako příznivý pro balbutiky s těžkým stupněm koktavosti. Podmínky maskovaného šumu a zesílené zpětné sluchové vazby

přineslo benefity oběma skupinám (těžká koktavost i středně těžká). (Fiorin et al., 2019) Terapie může být doplněna i **užitím elektronického metronomu**, který skrze rytmus a pomalejší tempo přirozeně zpomaluje také řeč klienta. (Lechta, 2010) K moderním technickým pomůckám řadíme **biofeedback**. Díky přístrojové aplikaci získává klient biologickou zpětnou vazbu. Variantou je EMG biofeedback, který pracuje se svalovým napětím hrtanu - to pak na základě zpětné vazby dokáže klient regulovat. (Bloodstein, 1995, in Lechta, 2010)

Svůj význam v terapii má také užití audio- nebo videozáznamu, který pomáhá při analýze dysfluencí i narušeného koverbálního chování. (Fraser, 1978)

2.5.4.4 Využití zpěvu a hudby v terapii

Mezi efektivní techniky patří také zpěv, který kladně působí na plynulost projevu. Zároveň však nedokáže koktavost dlouhodobě odstranit, zejména proto, že lze techniku stěží přenést na každodenní komunikaci. (Falk et al., 2020) Přínos terapeutického zpěvu však tkví v relaxaci, v získání důvěry a jistoty ve vlastním projevu a také při regulaci dechu a vokalizace. (Bullack, Cass, Nater & Kreutz, 2018) Také skupinový zpěv může účinně působit na redukci úzkosti spojenou s koktavostí. (Falk et al., 2020) Nejen zpěv, ale také širěji pojatá hudební terapie může být v terapii nápomocná. Clements-Cortes (2012, in O'Donoghue et al., 2020) referuje o uklidňujících účincích hudby a o tom, jak skrze její tvorbu dokáže jedinec s koktavostí vyjádřit své emoce a pocity. Přínosu hudební terapie se blíže věnuje O'Donoghue. (2020)

2.5.5 Skupinová terapie

Ramig (in Fraser, 2010) považuje skupinovou terapii za základní faktor zvládnutí koktavosti. Skupinová terapie může vhodně doplnit individuální terapii klienta. O jejich významu hovoří mnozí autoři (např. Fraser, 1978; Lechta, 2010; Dezort, 2019). Organizují se v různém pojetí: pod vedením terapeuta, jako pomocné/svépomocné nebo vzájemně kombinované. Tím se může značně lišit obsah, pod záštitou logopeda převažuje praktický aktivní nácvik řečových technik, naproti tomu svépomocné skupiny především sdílí společné pocity a vyjadřují si vzájemnou podporu. (Guitar, 2006, in Dezort, 2019) „*Tyto schůzky jsou ideální příležitostí, aby se člověk rozhodl něco se svými nesprávnými návyky podniknout. Mluvit před skupinou poskytne sebevědomí, což nutně potřebují všichni koktavi.*“ (Fraser, 1978) Účast ve svépomocné skupině úzce souvisí s cíli osoby s koktavostí, jejich účastníci také pozitivněji nahlíží na chování a zkušenosti spojené s koktavostí. (Tichenor & Yaruss, 2019).

Nedávné české šetření poukazuje na zájem osob s koktavostí účastnit se setkání svépomocných skupin, ty však v českém prostředí chybí. (Dezort, 2019) V českých podmínkách omezeně působí několik skupin, mezi ně patří Česká asociace pro koktavost pod Soukromou klinikou LOGO v Brně, sdružení Balbus v Olomouci nebo Balbutik Praha.

Za zmínku stojí také aktivity Centra pro podporu studentů se specifickými potřebami na Univerzitě Palackého. Toto centrum jako jediné v ČR poskytuje logopedickou intervenci studentům vysoké školy, kteří mají obtíže v oblasti narušené komunikační schopnosti. Mezi tyto studenty patří také jedinci s chronickou koktavostí. (R. Mlčáková, ústní sdělení, říjen, 22, 2019)

2.5.6 Svépomocná terapie

Podstatným východiskem pro naši tvorbu terapeutického materiálu je také Svépomocný program při koktavosti od autora Malcolma Fräsera. Ten ve své publikaci (1976) poskytuje rady dospělým osobám s koktavostí, jak se vyrovnávat se svými obtížemi v každodenním životě. „*Tato kniha se obrací k dospělým koktavým s přesvědčením, že by svou koktavost měli zvládnout a že ji zvládnout mohou.*“ (Fraser, 1976, s.13) Terapie koktavosti, tak, jak ji autor chápe, je založena především na vlastní práci jedince. Faktory, s kterými je třeba počítat v terapii, jsou pocity a emoce, napětí a uvolnění, odpoutávání pozornosti, podpora okolí, rozhodnutí a motivace samotné osoby s koktavostí. Program se odvíjí ve dvou směrech. První z nich cílí na **změnu pocitů a postojů** ke koktavosti prostřednictvím snížení strachu z řeči a odstraňováním vyhýbavého chování. Druhý pak usiluje o **změnu chování** souvisejícího s koktavostí skrze užití různých technik. Autor předkládá 12 pravidel, která níže stručně uvádíme:

1. *Zvykněte si neustále mluvit pomalu a uvolněně, ať právě koktáte nebo ne.*
2. *Začínáte-li mluvit, mluvte lehce a pomalu, bez úsilí; prodlužujte první hlásku obávaných slov.*
3. *Koktejte otevřeně, nesnažte se skrývat fakt, že jste člověk, který koktá.*
4. *Zjišťujte a odstraňujte nepotřebná gesta, mimiku nebo pohyby, které děláte, když koktáte nebo když se snažíte svým potížím vyhnout.*
5. *Vynasnažte se, abyste se zbavili všech vyhýbavých praktik, odkladů a slovních opisů.*
6. *Udržujte oční kontakt s osobou, s níž mluvíte.*
7. *Zjistěte a rozeberte, co nevhodného dělají vaše hlasové orgány, když koktáte.*
8. *Využijte výhod blokových korekcí k úpravě poměrů v řečovém svalstvu.*

9. *Při řeči pokračujte stále dál.*
10. *Snažte se mluvit melodicky a pevným hlasem.*
11. *Věnujte pozornost okamžikům, kdy mluvíte plynule.*
12. *Při práci na tomto programu mluvte co nejvíce.*

(Fraser, 1976, s.38-51)

Praktická část

3 Metodologie výzkumného šetření

3.1 Předvýzkum

V následující výzkumné části se budeme věnovat tvorbě materiálu pro osoby s chronickou koktavostí. Vzhledem k tomu, že se na tvorbě (kap. 5 Tvorba terapeutického materiálu) významnou měrou podíleli samotní účastníci výzkumu, v této části výzkumný soubor blíže představíme. Vytvořili jsme jejich profily a provedli základní diagnostiku psychické tenze. Dále jsme vedli polostrukturované rozhovory na téma “materiál v logopedii”. Diagnostika a první rozhovory byly pro tvorbu materiálu významným východiskem.

3.1.1 Profily informantů

V následující části představíme jednotlivé účastníky výzkumu pomocí anamnestických profilů. Prezентujeme také výsledky provedené diagnostiky pomocí Dotazníku situační psychické tenze (Lechta & Škrabáková, 2005), v nichž obecně zobrazujeme situace na pětibodové stupnici od „velmi lehkých“ po „něco mezi“ a kompletně uvádíme situace, které účastníci vnímají jako „těžké“ až „velmi těžké“. V této části jsme se pro autenticitu profilů rozhodli ponechat výpovědi bez úpravy, tedy transkribované s projevy koktavosti. Použili jsme v textu tyto grafické značky:

- pauza
- ... odmlka
- eee prolongace
- a-a repeticce
- eeh interjekce

3.1.1.1 Lucie

Lucie je mladá sympatická žena, jež nyní studuje obor humanitního směru. V rozhovorech bylo znát, že zatím není zvyklá o svých obtížích hovořit, přesto jsme vnímali, že se snažila o co možná největší otevřenost.

Etiopatogeneze: Koktavost se u ní začala projevovat na druhém stupni ZŠ. První příznaky se ukazovaly především u čtení a zkoušení učiva ve škole, v takových situacích se

objevovaly dysfluence, zejména opakování slabik. Koktavost se u ní vyvíjela postupně. Lucie nezaznamenala bezprostřední příčinu, ale domnívá se, že mohla ke koktavosti přispět změna školy v 5.třídě ZŠ. Sama si toho všimla s mírným odstupem. „*Asi jsem si všimla, že si toho všímají i ostatní, tak jsem si toho začala všímat víc.*“ Když její obtíže začaly, její rodina zareagovala spíše pozitivně a snažili se hledat společné řešení, např. objednat k logopedovi. Domnívali se však také, že tyto obtíže brzy vymizí. I dnes, pokud se obtíže v hovoru vyskytnou, je rodina zvyklá v komunikaci čekat. „*Ale nakonec, je to takové, jak to je, tak jako teď už to nějak přijímají.*“ Lucie sama si přesně nevzpomíná, jak nástup obtíží prožívala. Dodává, že nyní je s obtížemi již smířená a přijímá to, jak to je. Je si svých obtíží vědoma a otevřeně o nich dokáže hovořit. „*Jako když ta situace pomine, tak si řeknu jako 'stalo se', jako nemám teď už z toho nějaké výčitky, jako už jsem taková zvyklá.*“ Během trvání poruchy (již tedy cca 10 let) se příznaky příliš neproměnily. Při dotazu na horší a lepší období, odpovídá, že „*Já nevím asi ani, jako potom, když byly nějaké zkoušky písemné, a když byly nějaké ústní, tak jsem to taky brala v pohodě, že jsem věděla, že ti učitelé o tom ví.*“ Přiznává však, že faktorem, který možná působí, je únava.

Prostředí: Lucie žije v úplné rodině, která její koktavost přijímá. Ve školních kolektivech se setkala s negativními i pozitivními reakcemi. A jak je zmíněno výše, při přechodu na 2.stupeň přešla i na jinou školu, kde se setkala s negativními reakcemi spolužáků. Lucie o tomto prostředí hovoří vyhybavě. Naopak při nástupu na střední školu měla již předem představy o negativních reakcích, které se ovšem nenaplnily, kolektiv na koktavost nereagoval.

Logopedická terapie: V době, kdy se obtíže začaly projevovat, navštívila logopedku, a spíše než o dlouhodobou logopedickou terapii se jednalo o diagnostiku obtíží a návrh terapeutických cvičení. Neměly však výraznější efekt a Lucie pak již dále neměla zájem na logopedii docházet. Tento postoj k terapii převažuje dodnes. „*Já nevím, jestli by to mělo smysl jako. Eeh já vím, že ony na to existují nějaké taktiky, s dechem. A já jsem to zkoušela všechno a... nevím no, jako nějaký účinek, jestli by mi to pomohlo.*“ Od této doby již k žádnému logopedovi nedocházela.

Současný stav: U Lucie se objevují repetice slabik, bloky a časté tiché pauzy, které jsou po odeznění “kompenzovány” zrychlením řeči. Lucie ví, že během řeči si vypomáhá nahrazováním slov slovy jinými. Jako snazší hodnotí samohlásky, naopak obtíže nastávají u souhlásek, zj. T, D, M, N, K, G. Občas se také nadměrně přidává vsuvka „nevím“. Lucie popisuje své aktuální obtíže takto: „*Jako je to samozřejmě těžší, když mám něco říct před větší skupinou lidí a jako jak se to projevuje... nevím, mně se zdá, že nemůžu říct občas nějaké slovo,*

že se zaseknu a že prostě, mám takový blok a že se zaseknu. A opakování slabik, jako občas, ale spíš, že chci prostě říct slovo, že třeba počáteční M, D, to jsou takové ty písmena, které když to slovo začíná jako těmito písmeny, tak je to pro mně prostě o *btížnější* to vyslovit a takhle jako se tak zaseknu a *nemůžu prostě...nic říct.*“ Autorka zaznamenala také sigmatismus, zj. u ostrých sykavek, což spolu se zrychlením občas narušuje srozumitelnost Luciina projevu. Mezi Luciiny osobnostní znaky patří pozitivní naladění, díky čemuž pohlíží na vlastní obtíže s nadhledem. Lucie přiznává, že se občas verbální komunikaci přímo vyhýbá, např. tím, že raději vyřídí objednávku s pomocí emailu než telefonicky. Při obtížích v řeči pocítuje pocení, jiné tělesné projevy nevnímá. Lucie zřídka zaznamená přerušeni v řeči druhými lidmi. Tenzi vnímá zejména v situacích, když mluví s člověkem, který neví o její koktavosti.

Analýza dotazníku psychické tenze: Lucie hodnotí jako „*velmi lehké*“ (hodnota 1) ty, jež se týkají rodinných příslušníků a přátel. Jako „*lehké*“ (2) pak označuje situace, v nichž se stále jedná o jí známé lidi, avšak působí již vedlejší faktory jako větší skupina, nutnost telefonovat, spěch a zpěv. Označení „*středně těžké*“ (3) u Lucie patří situacím, kdy se již jedná o lidi, s nimiž neudrhuje kontakt nebo se s nimi nezná, také u sdělení negativních informací, nebo u nutnosti sdělit informace zcela přesně, příp. faktor spěchu. Do kategorií „*těžké*“ (4) a „*velmi těžké*“ (5) zařadila tyto situace, které pro přehled uvádíme v tabulce.

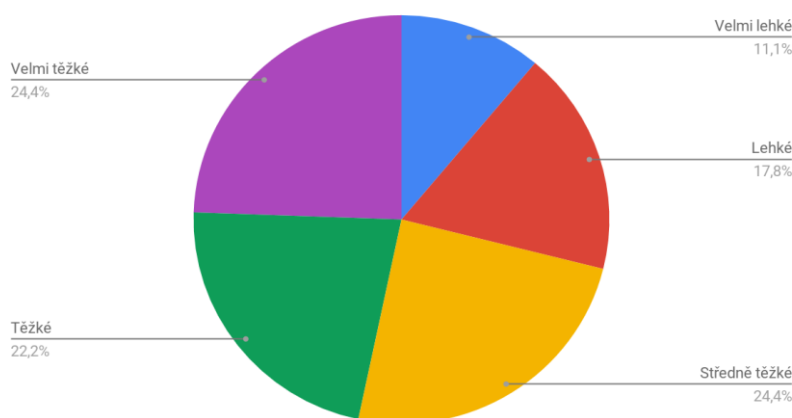
<p>„<i>těžké</i>“ (4)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● hádat se s bratrem či sestrou (popřípadě jiným rodinným příslušníkem) o tom, na který film se podíváme nejdříve, “když je to s někým, koho znám, já nejsem schopná se hádat, a když se přidají emoce, tak je to těžké” ● zeptat se prodavače v obchodě, kolik stojí věc, kterou jsem si vybral/a ● hádat se s kamarádkou/kamarádem kvůli chlapci / děvčeti, kterého / které máme obě/oba rády/rádi ● zeptat se náhodného kolemjdoucího na to kolik je hodin ● zeptat se někoho z větší skupiny lidí na správný čas ● objednat si v restauraci, když číšník již na objednávku čeká ● vyprávět vtip skupině kamarádů ● poradit neznámým lidem, kteří jedou autem okolo našeho domu a ptají se na cestu ● vysvětlit učiteli/nadřízenému, proč jsem se opozdil ● požádat někoho, kdo spěchá, o pomoc
-------------------------------	---

<p>„velmi těžké“ 5</p>	<ul style="list-style-type: none"> • zavolat do kina, abych zjistil/a, zda jsou ještě volná místa na večerní představení • přečíst odstavec z nějaké knihy/textu spolužákům/spolupracovníkům • říci učiteli/nadřízenému, že nerozumím úloze • požádat rychle o jízdenku, protože mi už jede autobus • vysvětlit řediteli/šéfovi, proč jsem chyběla ve škole/v práci (důvod: lékař) • představit se skupině neznámých lidí na nějaké oslavě • přednést referát před publikem • říci policistovi na jeho vyžádání moji adresu • být natáčený/ná kamerou, když recituji báseň • protestovat proti někomu, kdo mě předběhl ve frontě • číst oznámení do rozhlasu
----------------------------	---

Tab. č. 1 – „těžké“ a „velmi těžké“ situace, Lucie

Na přiloženém grafu vidíme, že Lucie označila přibližně 29% ze 45 situací jako lehké. Ostatních zhruba 71% situací vnímá jako “něco mezi” až těžké. To pro nás překvapivě značí poměrně vysokou psychickou tenzi.

Lucie - obtížnost situací



Graf č.1 - obtížnost situací, Lucie

3.1.1.2 Vít

Vít je mladý energický muž, který se v současné době věnuje studiu technického oboru. Vnímali jsme u něj, že disponuje dlouhodobým náhledem na své obtíže, díky kterému se téma koktavosti nebojí otevřít a dokáže věci přesně pojmenovat. V rozhovorech o materiálu často přicházel s inovativními myšlenkami.

Etiopatogeneze: S obtížemi v plynulosti se potýká zhruba od 2. stupně ZŠ, kdy cítil, že se problém objevil v kolektivu spolužáků. Konkrétní příčina vzniku je nejasná, koktavost Vít

začal vnímat na 2. stupni, ale vznik se mohl datovat už ve zhruba 4 letech. Vít vzpomíná, že po narození jeho sourozence byl jeho otec přísnější než dříve. *„Možná tím, že už to bylo druhé dítě, najednou větší povinnost, zodpovědnost za tu rodinu. A já jsem byl už větší, nebyl jsem to jediné dítě, možná potom do mě vkládal nějaké větší očekávání“*, dodává Vít. A myslí si, že po sourozenci tehdy začal opakovat. U Víta se po narození jeho sestry projevila dyslalie, konkrétněji si to už nepamatuje. *„Vím, že jak sestra vyrůstala a žvatlala, tak jsem to po ní opakoval, a tak se to přesunulo na mě, nějaká špatná výslovnost a tak dále.“* Po nástupu koktavosti na 2.stupni měl obtíže se začátkem slov nebo vět a postupně se jeho obtíže zesilovaly také do bloků. Vít přibližuje, jak si příznaků všiml: *„Pamatuju si moment, kdy jsem se poprvé zakoktal a fakt jsem si uvědomil, že mám nějaký problém. Zrovna jsem se bavil s nějakým spolužákem, kamarádem a chtěl jsem na něj možná zavolat nebo mu něco říct. A normálně jsem se zasekl a nemohl jsem eh to eh dál dokončit, nějak pokračovat.“* Vít doplňuje, že se „prostě přistihl“, ale zároveň si nemyslí, že by se to stalo najednou - podle něj to nejspíše bylo postupné, jen mu to došlo později.

Prostředí: Vít pochází z úplné rodiny. Zde se cítí dobře a z její strany nezažil negativní reakce, naopak spíše povzbuzující. *„Já si vzpomínám, že třeba babičku, když jsem jednou dlouho neviděl, tak když jsme se potom potkali, tak říkala: 'Já jsem si všimla, že teď mluvíš líp, zle-zlepšilo se to, vidíš, mluvíš líp.'“* Na základní škole se necítil šikanovaný, ale posměšky stejně cítil denně. *„Vím, že lidi si toho už potom všímali. To už poznáš z té mi-mimiky, jak se na tebe lidi dívají.“* Na střední škole pak zažil náročná období, jeho koktavost se zhoršovala. *„Já jsem zrovna chtěl říct, že nějaký spolužák nedojde, že je doma, nemocný. A chtěl jsem to říct a mně-mně trvalo zhruba 15-20 vteřin, než jsem to ze sebe dostal. A jak jsou u toho ty spasmy, se tomu říká, tak potom jsem do toho byl _na 15 vteřin úplně slepý. A potom se člověk podívá kolem sebe, někteří se z toho uškubovali, někteří dělali srandu, včetně toho učitele. Takže to nebylo příjemné.“* Jak sám ale říká, dodnes má lepší a horší období, která se střídají a on si je vědom, že vždy přijdou. *„Pořád mám takovou sinusoidu.“*

Logopedická terapie: K logopedce docházel krátce na 1.stupni kvůli dyslálii a posléze v 8. a 9. třídě k jinému logopedovi. Ten v terapii využíval fonograforytmiku, trénink měkkých hlasových začátků, opakování vět a nácvik pomalého tempa řeči, který se však Vítovi nedařilo prakticky uplatnit. *„Když jsem vešel do ordinace, věděl jsem, že musím mluvit asi ta-ko-vým-tem-pem-ře-či (předvádí), docela mi to šlo, ale docela mě nebavilo to, že kdykoli jsem z ordinace vyšel, tak to nebylo přenositelné do praxe.“* (...) *„Neuměl jsem si představit tak mluvit celý život. Bylo mi příjemnější než mluvit takovým stylem řeči, to spíš risknout a mlu-mluvit*

normálně s tím, že to někdy vyjde, někdy ne.“ Tuto etapu logopedie na střední škole uzavřel. Ve druhém ročníku na VŠ se však znovu rozhodl to zkusit a přes univerzitu (Centrum podpory studentům se specifickými potřebami) kontaktoval logopedku zde působící. Spolupracuje s ní již dva roky a vnímá, že koktavost se stabilizovala a našel nové způsoby, jak s obtížemi pracovat, zj. v postupu tzv. tvrdé terapie. S nástupem logopedické terapie se také více dokáže otevřít druhým lidem. *„Já jsem ještě do té doby byl hodně introvertní, s nikým jsem se o svých problémech moc nebavil, takže až potom jsem se nějak víc rozmluvil, otevřel se víc lidem a tak.*“

Současný stav: U Víta se objevují zejména repetice slabik a prolongace hlásek, výjimečně také bloky. Znaky nadměrné námahy jsou u něj minimálně postřehnutelné. V řeči si vypomáhá změnou slovosledu nebo nahrazením slov. V komunikaci mu pomáhá gestikulace a záměna slov, již se ale snaží omezit. Jeho projevy se často proměňují, v závislosti na různých obdobích. Vít popisuje, že v období, kdy musí podat výkon (např. během semestru), bývá “nabuzený” a komunikuje se mu lépe. Naopak jako horší vnímá období, kdy nemá dostatek příležitostí mluvit. *„Když jsou prázdniny, tak člověk nechodí do školy, moc se nestýká s lidmi, odpočívá, míň mluví. (...) Když nemluví, tak je konec.*“ Vít zároveň aktivně vyhledává příležitosti ke komunikaci, např. se věnuje doučování školáků. Občas zažívá situace, kdy za něj někdo chce větu dokončit a přiznává, že to není příjemné. Zároveň to dokáže popsat: *„Je to takový boj o energii. Že ten rozhovor, ať už mluvím s kýmkoli, je o takovém uchvacování energie, že si předáváte energii. A ten člověk, který tě do-dokončuje, tak ti tu energii bere. Pořád. Ty něco chceš vnést a on ti to furt bere.*“ Zároveň však nezaznamenává a ani si příliš nepřipouští negativní reakce okolí. Vít nyní již dva roky aktivně spolupracuje s logopedkou, se kterou se věnuje tzv. tvrdé terapii, a přistupuje k tomu velmi zodpovědně. Zároveň vidí svou koktavost komplexně a jako jeden z mála informantů zmiňuje také benefity koktavosti: *„Tím, jak má člověk komunikační problémy, pomáhá si neverbální komunikací. A tím, jak to člověk začne víc dělat, sám začne být citlivější na tu neverbální komunikaci, takže dokáže z druhých lidí více poznat to neverbální než někdo, kdo mluví plynule. Je tam větší citlivost.*“ A doplňuje, že se také naučil vhodně volit slova. Vít disponuje poměrně hlubokým náhledem na své obtíže a k jejich řešení se staví poctivě, projevuje se zde kladně jeho pečlivost. Hodnotíme, že má potenciál pomáhat a inspirovat další jedince s koktavostí.

Analýza dotazníku psychické tenze: Označením „*velmi lehké*“ (hodnota 1) Vít hodnotí situace s rodinou nebo přáteli, čtení a zpěv. Jako „*lehké*“ (2) vnímá podobné situace, ve kterých však působí i faktory jako spěch, skupina, přednes, neznámí lidé nebo telefonování.

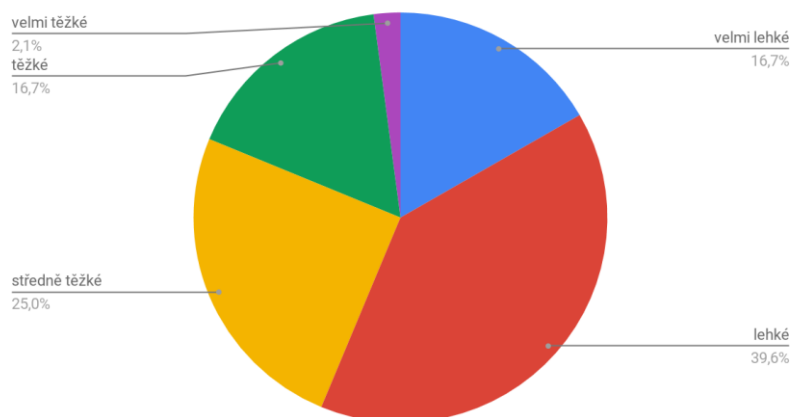
„Středně těžké“ (3) jsou pro něj situace, kdy je třeba vyslovit informaci přesně, např. objednávka, vtip nebo dotaz kolemjdoucího na čas. „Těžké“ (4) nebo „velmi těžké“ (5) uvádíme v tabulce.

<p>„těžké“ 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> • přiznat se sousedovi, že jsem mu právě něco rozbil/a • říci učiteli/nadřízenému o něčem, co mě trápí • požádat rychle o jízdenku, protože mi už jede autobus, „<i>Eh, tak s tou jízdenkou je to ještě těžší.</i>“ • zeptat se někoho z větší skupiny lidí na správný čas • odevzdat vzkaz kamarádovi/kamarádce ve dveřích odjíždějícího autobusu • být natáčený/ná kamerou, když recituji báseň • požádat někoho, kdo spěchá, o pomoc, „<i>Jestli je to někdo náhodný, a ještě k tomu spěchá, tak je to takové...</i>“ • číst oznámení do rozhlasu
<p>„velmi těžké“ 5</p>	<ul style="list-style-type: none"> • protestovat proti někomu, kdo mě předběhl ve frontě

Tab. 2 - těžké a velmi těžké situace - Vít

V přehledném grafu lze vidět, že více než polovina ze 45 situací je pro Víta lehká. Jako velmi těžkou označil pouze jednu situaci, což značí poměrně nízkou psychickou tenzi.

Obtížnost situací - Vít



Graf č.2 - obtížnost situací, Vít

3.1.1.3 Petr

Petr je mladý muž, který nyní pracuje v jazykovědném oboru. Při rozhovorech byl velmi ochoten odpovídat na dotazy týkající se jeho koktavosti a odpovídal s rozvahou.

Etiopatogeneze: Koktavost se u něj nejspíše začala projevovat ve čtyřech letech, najisto pak věděli v 1.-2.třídě, že má vadu řeči. Sám Petr si toho všiml asi v sedmi letech. *„Vím, že najednou mi došlo, že nemluví normálně jako ostatní, to, že se opakuju... Tak jsem se ptal rodičů, rodičů a ostatních, co to je. Oni mi řekli, že se tomu říká tomu říká koktání.“* Možnou příčinou na počátku mohlo být to, že ve čtyřech letech shlédl v televizi scénu z hororu. *„Vím, že v té době jsem měl strašný strach a že jsem se nemohl eh v podstatě eh odtrhnout od rodičů a krátce na to jsem začal koktat.“* Na začátku se jednalo o dysfluenci a obtíže při čtení (1.stupeň ZŠ), na které upozornila třídní učitelka. První reakce rodiny Petra neznervóznily, snažili se koktavost aktivně řešit. *„No rodina-rodina to to brala spíš jako takovou nepříjemnost. Že... prostě to prostě vím, že jak bylo jasné, že to eh takhle koktám, tak mě poslali na tu logopedii. Ale ale že by to eh že by se tím nějak více zabývali, to ne.“* Petr si koktavost uvědomoval, ale zvykl si na to. S nástupem na osmileté gymnázium se příznaky stupňovaly, přidala se nadměrná námaha a psychická tenze, v interakci kolektivu na SŠ se projevy výrazně zhoršily. Toto období prožíval Petr nejhůře. Zvrat nastal, když ve 3.ročníku přestoupil na jiné gymnázium a s přechodem do klidnějšího kolektivu spolužáků i učitelů se jeho obtíže výrazně uměnšily. *„S tím, jak na tom druhém gymplu byli byli i ti vyučující mnohem pohodovější, tak eeh to tak tím pádem jsem se líp učil, měl jsem lepší známky. Aa aa co bylo eeh co bylo eeh podle mě nejdůležitější, neměl strach do té školy chodit. Což jsem předtím měl.“* Zároveň na koktavost stále působil stres, který se projevil u maturity. *„No v období maturity jsem se na svoje mluvení opravdu až tolik nesoustředil, ale řekl bych ale řekl bych, že ... no, já hlavně vím, jak přímo jak přímo u zkoušek, eeh vzhledem k tomu, pod jakým jsem byl tlakem, to jsem měl opravdu hrozné problémy mluvit. Too vím, že, vím že... Takhle... Dokonce jsem měl i prodloužený čas na přípravu a tu promluvu. A na tu promluvu, já přesto, že jsem měl prodloužený čas, tak mi to u té promluvy skoro nestačilo, i přestože byl prodloužený. Takže určitě to s tím stresem souvisí.“* (...) *„Joo...bych řekl, žee... no, to je prost... noo když jsem v tom stresu, tak přestože se nesoustředím na sebe na sebe, tak právě z té školy vím, že ikdyž se na to nesoustředím, tak budu mluvit hůř.“*

Prostředí: Způsob jeho výchovy nebyl ničím zvláštní, se svou rodinou má dobrý vztah, má jednoho bratra. Chování a reakce rodiny na Petrovy dysfluenci byly vždy adekvátní, klidné. Na základní škole se cítil dobře. *„Na té základce eh mi to nevadilo. Přestože pro mě nebylo*

úplně lehké eeh čist nahlas neboo, tak jsem se tomu nevyhýbal e-e-h, tak dělal jsem to rád. To koktání jsem prostě víceméně ignoroval.“ Nepříjemné to pro něj začalo být až na střední škole, Petr nastoupil na osmileté gymnázium. „Čím více to eh to začlo čím více to začlo eh být to zadržávání než koktání, tak tím více to bylo nepříjemné a tím více si toho začali ostatní všimnat a samozřejmě to byla střední škola, nebyli tam úplně nejlepší lidi, byli tam i takoví, co se mi kvůli tomu smáli, což opravdu nezlepšovalo tu situaci, ta-takže ono se to v následujících letech, řekl bych, i zhoršilo.“ Problém vnímal také v přístupu učitelů. „To bylo eh to bylo opravdu období, kdy jsem se vědomě eeh jsem se vědomě snažil mluvení, čtení a eh takovým věcem vyhýbat. A samozřejmě si toho všimali spolužáci aa to vedlo k tomu, eh že jsem byl stále více ve stresu, takže se to zhoršovalo. Takže eeh ty tři roky to byla hrůza.“

Předposlední rok na střední škole nastoupil na jiné gymnázium a tam školu dokončil. *„Tam byla eeh na druhé škole byl mnohem lepší kolektiv, lepší spolužáci. Takže najednou z roku na rok jsem byl pod menším tlakem eeh pod menším tlakem.“* Popisuje, že výrazného zlepšení si všimli také rodiče. Když byl spolu s otcem v restauraci, Petr ho překvapil tím, že sám objednal jídlo. *„Ted' se podívám na otce a on se na mě eh eh eh ten na mě nevěřicně zírá. Eh celé roky museli rodiče objednávat za mě a ted' najednou jsem to řekl sám.“*

Logopedická terapie: Na 1.stupni vystřídal dvě logopedky, první setkání proběhlo v 7-8 letech, druhou logopedku navštívil v páté třídě. Obě zkušenosti byly krátkodobé, Petr a jeho rodina nevnímali efekt terapie. Při hledání řešení pak využili také péče dětské psycholožky, dle Petrových slov využívala placebo efektu. *„Ona mi říkala, jak jak eh jak za to všechno může nějaký eh eeh myslím, že říkala skřítek nebo něco takového. A když aa když to přesunu eh všechny ty myšlenky do nějaké krabičky a tu krabičku zakopu, že to zmizí. A vím, že jsem to opravdu udělal. Vzal jsem krabičku, kterou jsem zakopal na zahradě aa pak jsem slavil. Někou dobu jsem se cítil líp, ale pak a pak mi došlo, že to nezmizelo.“* Na gymnáziu pak obtíže neřešil, a to navzdory stupňující se tenzi. Při nástupu na vysokou školu se začal logopedické terapie opět účastnit.

Současný stav: Nyní se stále střídají lepší a horší období. V řeči se objevují dysfluence (opakování slabik, celých slov i vět), vsuvky a bloky. Obtíže mu dělají především samohlásky. Koverbální chování je mírně narušeno, je znát mrkání a zrychlené dýchání při bloku, oční kontakt je nižší. Petr popisuje psychickou tenzi v situacích, když se blíží nějaký výstup ve škole. *„Když mám třeba před sebou eh eh nějaký týden, kdy mám nějaký test nebo hodinu, ve které vím, že budu muset mluvit, nebo eeh to eeh nebo nedejbože prezentaci prezentaci, tak už jak na to myslím ten týden předem, tak eh automaticky mluvím hůř“.* Zároveň přiznává, že se záměrně

vyhýbá komunikaci s lidmi, pokud se nejedná o jeho blízké. Setkává se také s tím, že ho někdo přerušuje a dokončuje věty za něj. „*Aa to jee to absolutně nesnáším. Ale naštěstí se to nestává tak často.*“ Ze strany rodiny a přátel vnímá, že to chápou. „*Když se zaseknu, oni čekají. Vím, že když jsem se tak začal zasekávat, oni nemají nějaké změny výrazu nebo neptají se, jestli jsem v pořádku, prostě čekají, protože už ví, co to je*“ V řeči si pomáhá změnou slovosledu, na střední škole ho to však velmi vyčerpávalo a vyústilo až v časté migrény (asi 1x za měsíc), nyní už bolest hlavy nepocítuje. Petr má motivaci v logopedické terapii pokračovat a zkusit také tzv. tvrdou terapii, je povzbuzený jejím efektem u balbutiků, které osobně zná.

Analýza dotazníku psychické tenze: Petr jako „velmi *lehké*“ (1) hodnotí situace s rodinnými příslušníky nebo přáteli, osobní setkání i telefonáty. Pojmem „*lehké*“ (2) označuje podobné situace, v nichž ale působí faktory jako spěch nebo skupina. Jako „*středně těžké*“ (3) hodnotí situace, v nichž Petr musí říct informaci zcela přesně, např. objednávka v restauraci, adresa nebo vtip, s faktorem spěchu nebo také zpěv. Situace „*těžké*“ (4) a „*velmi těžké*“ (5) znázorňuje tabulka.

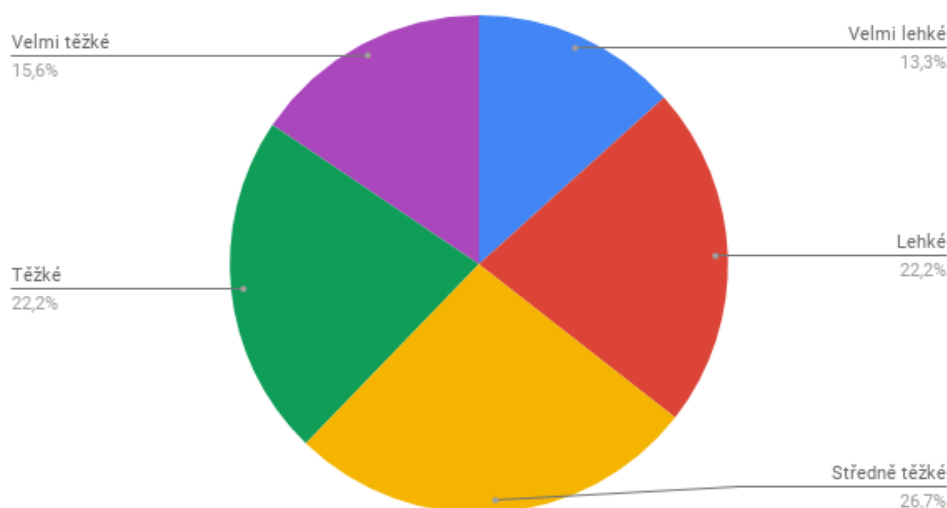
<p>„<i>těžké</i>“ 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● zavolat do kina, abych zjistil/a, zda jsou ještě volná místa na večerní představení, „<i>zavolat přes telefon někomu cizímu, tak to opravdu není lehké</i>“ ● zeptat se prodavače v obchodě, kolik stojí věc, kterou jsem si vybral/a, „<i>zase velmi specifické, ale já to znám</i>“ ● říci učiteli/nadřízenému, že nerozumím úloze, „<i>noo... taky bych se radši vyhnul tomuhle</i>“ ● vysvětlit řediteli/šéfovi, proč jsem chyběla ve škole/v práci (důvod: lékař) ● vysvětlit někomu, kdo sedí v kině na mém místě, že je to mé místo ● poradit neznámým lidem, kteří jedou autem okolo našeho domu a ptají se na cestu, „<i>to opravdu nemám rád, protože v tu chvíli-v tu chvíli všechno je z hlavy pryč</i>“ ● být natáčený/ná kamerou, když recituji báseň, „<i>to je pro mě opravdu neznámá situace, ale...</i>“ ● vysvětlit učiteli/nadřízenému, proč jsem se opozdil ● požádat někoho, kdo spěchá, o pomoc ● protestovat proti někomu, kdo mě předběhl ve frontě
<p>„<i>velmi těžké</i>“ 5</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● přečíst odstavec z nějaké knihy/textu spolužákům/spolupracovníkům, (v učebně) „<i>spolužákům nebo kolegům, zvlášť jako v učebně během hodiny? uff, to je pětka</i>“ ● požádat rychle o jízdenku, protože mi už jede autobus, „<i>to je velmi specifická noční můra</i>“ ● zeptat se náhodného kolemjdoucího na to kolik je hodin

	<ul style="list-style-type: none"> • představit se skupině neznámých lidí na nějaké oslavě, <i>“představování před-před-před v podstatě kýmkoliv, to je pro mě jedna z nejhorších situací, protože jak jsem říkal, mně dělají problém samohlásky a moje jméno na ni začíná”</i> • přednést referát před publikem • zeptat se někoho z větší skupiny lidí na správný čas • číst oznámení do rozhlasu, <i>„jenom ta myšlenka mě děsí“</i>
--	---

Tab.č.3 – „těžké a „velmi těžké“ situace, Petr

Dle grafu u Petra převažují těžké situace (okolo 63%) nad lehkými (37%), což můžeme označit jako vysokou psychickou tenzi.

Obtížnost situací



Graf č.3 - obtížnost situací, Petr

3.1.1.4 Klára

Klára je mladá sympatická žena, v současnosti věnující se studiu VŠ a souběžně práci. V rozhovorech otevřeně a ráda sdílela své obtíže, na které postupně získává hlubší náhled.

Etiopatogeneze: Počátek jejích obtíží se datuje kolem 3.-4.roku - tehdy zřejmě sehrálo roli více vnějších faktorů: ve školce měla negativní zážitek (paní učitelka zbila jejího kamaráda), zemřel jí dědeček, babička se odstěhovala z domu, který si Klára v dětství oblíbila, a posléze se rozvedli její rodiče. Tehdy její obtíže rodina postřehla, Klára si toho však všimla až v 3.-4.třídě. Prvním symptomem byly repetice, především slabik. Nástup dysfluencí Klárinu rodinu vylekal. *„Je to úplně strašně moc vyděsilo. V té době se to (navíc) ještě strašně tutlalo, lidi byli bokem té společnosti, moc se to neřešilo, takže z toho byli strašně vyděšení“*. Dostali

radu, aby Kláru na nějaký čas dali do města X na měsíční terapeutický program, kde pracovali s dětmi s poruchou komunikace. Jednalo se o pobytové zařízení, Klára jezdila na víkendy domů. Byla ve věku 4-5 let. Jako dítě byla úzkostná a myslí, že po tom traumatu spíše potřebovala jistotu a bezpečí. *„A oni mě šoupli někam, kde-kde jsem byla úplně sama, byly tam hrozně sestřičky, vůbec se mi tam nelíbilo. Tam jsem utrpěla ještě větší _psychické trauma. Takže oni tím, že začali dělat vše pro to, aby se to _zlepšilo, tak tím se to ještě zhoršilo.“*

Klára vzpomíná, že během víkendu doma prožívala velký stres z návratu zpět do zařízení. *„Nedokážu pochopit, že mě tam zpátky poslali, protože já kdybych viděla své dítě, jak tam vyložene trpí a dělá mu-mu to zle, tak bych ho tam už nerval.“* Přisuzuje to také jisté *“nevědomosti”* v té době. *„Málo informací, lidi ne-nevěděli pořádně_, co s tím.“*

Obtíže se pak při nástupu do školy stupňovaly. Do 4.třídy to pro ni bylo ještě relativně únosné, ve škole četla bez problémů, recitovala, s babičkou si zpívaly nebo četly pohádky. Od 4.třídy pro ni nastalo psychicky náročné období, kdy se uzavřela do sebe, okolí se stranila a úplně přestala mluvit. *„Což bylo ještě horší potom.“* *„Fakt to nejhorší období bylo na druhém stupni, to bylo hodně těžké.“* Zlom nastal po ZŠ, kdy nastoupila na internát. Přes počáteční nejistotu to nakonec vnímala dobře. Situace, ve které se o sebe musela více starat sama, jí pomohla. Postupně se začala cítit dobře v kolektivu spolužáků. *„Ten kolektiv byl strašně vynikající, výborný, holky mi i ho-hodně pomáhaly. Tam se to vůbec neřešilo, dokonce jsem začala mít odvahu mluvit zzzase v hodině, zapojovala jsem se.“* Klára si myslí, že v tom hrálo pozitivní roli i odloučení od rodiny.

Nyní na vysoké škole vnímá ještě větší rozdíl. *„To se ani nedá vyjádřit, jak mmmoc je to teď lepší“.* Našla si bydlení a práci. *„Byla jsem hozena do takového normálního života, musela jsem si začít vyřizovat různé věci. Tak jsem se nějak obrnila a tím, jak jsem pořádně mluvila, tak jsem přestala mít strach a normálně jsem začala fungovat.“* Našla si práci, ve které je nucena mluvit s lidmi, což ji velmi posouvá. Shledává, že od doby, kdy chodí do práce, se její řeč velmi zlepšila. Na řeč negativně působí spíše únava v práci než přímo pracovní stres. *„Já spíš vnímám stres každodenně, pokaždé, když musím promluvit na zákazníka. Čím častěji jsem nucena ko-komunikovat, tím se stres snižuje.“*

Prostředí: Klára vyrůstala jako jedináček, v rodině zažila volný i přísný výchovný styl. V předškolním věku se její rodiče rozvedli. O Kláru se spolu s maminkou intenzivně starala také babička, jejíž přísnost se ve výchově projevila. Kláříno školní prostředí se časem různilo. Na prvním stupni se jednalo o klidný kolektiv, naopak na druhém stupni se Klára necítila přijata

a uzavřela se do sebe. Pozitivní zvrat tvořil přestup na středoškolský internát, na kterém poznala dobrý kolektiv lidí a přínosně zapůsobila také její samostatnost.

Logopedická terapie: Klára začala navštěvovat první logopedku zhruba ve 3. třídě na ZŠ. V terapii se setkala s dechovými cvičeními a nácvikem čtení. Nacvičené se však nedalo přenést do praxe, proto terapii zanedlouho ukončila. Jednou s maminkou navštívily také SPC, kde byla možnost terapie. Zdálo se to však jako časově náročné, a tak od toho maminka ustoupila. Od začátku 2.stupně již na logopedii nedocházela. Na vysoké škole navštívila kvalitní logopedku, se kterou mohla své obtíže sdílet, což ji velmi povzbudilo. *„Ona se mnou právě začala pracovat nejen skrze dechová cvičení, ale řešila se mnou např. také, co se děje v rodině. (...) Jelikož ona je také vzdělaná, ta zpětná vazba byla kvalitní a věřila jsem jí.“* Poté jí byla doporučena logopedka, k níž dochází dodnes. V terapii se věnují především tzv. tvrdé terapii, ve které je vystavena nekomfortním situacím. (funguje na bázi desenzibilizace, pozn.autorky) *„Tam byla veliká motivace v tom, že jsem si zažila, že to fakt funguje.“*

Současný stav: Kláraina koktavost se projevuje především tichými pauzami a repetičemi, které jsou spojeny s nadměrnou námahou. Dysfluence zažívá denně a provází je silná psychická tenze. Dříve byly přítomny také silné vegetativní příznaky jako bušení srdce, pocení před stresujícími situacemi (Klára uvádí, že toto období trvalo asi 10 let), dnes už se projevují mírněji. Stres prožívá stále v rámci různých situacích. (viz *Dotazník situační psychické tenze*) Jako dva hlavní faktory zmiňuje, pokud má hovořit s člověkem, se kterým se “necítí”, nebo *„když musím říct něco honem, tak se zaseknu“*. Stejně tak se střídají lepší a horší období řeči, ale Klára nedokáže určit, proč k nim dochází. Dříve si v řeči velmi pomáhala záměnou slov ve větě. *„Ale to je strašně náročné na mozek. A ani nepřemýšlíš nad tím obsahem, co řekneš, ale jak to řekneš. Jsi jakoby mimo realitu, jenom v té hlavě a tam si skládáš slovíčka. A pak ti utíká realita, to, co se děje, a smysl toho sdělení.“* Nyní se od toho snaží upouštět. Pomáhá jí také chůze (např. při telefonování) nebo udávání rytmu. Občas se setká s přerušením v řeči, zejména ze strany rodiny. *„Dřív to ve mně vyvolávalo obrovský vztek, tak jsem radši přestala mluvit i s nimi.“* Je si obtíží vědoma, nyní získává na svou koktavost spíše pozitivní náhled a v posledních letech se jí čím dál více daří o koktavosti hovořit.

Analýza dotazníku psychické tenze: Klára označuje jako *„velmi lehké“* (hodnota 1) situace s rodinou nebo přáteli, včetně telefonátu, a také čtení. Situace hodnotí jako *„lehké“* (2), když se přidávají faktory jako skupina, nutnost říct informaci přesně, natáčení na kameru, nebo komunikace s neznámým člověkem. Pro Kláru jsou *„středně těžké“* (3) situace, kdy se jedná o

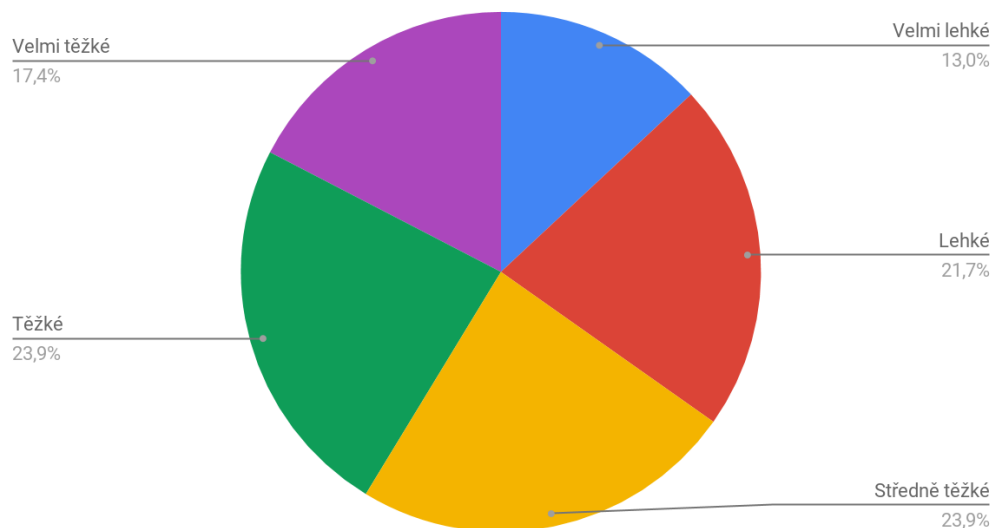
sdělení negativní informace, nutnost říct informaci přesně a v rychlosti, nebo představení se skupině. Situace „těžké“ (4) a „velmi těžké“ (5) zobrazuje tabulka.

<p>„těžké“ 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● rozmlouvat s novými žáky/kolegy, „<i>začíná to být snadnější</i>“ ● říci rodiči/partnerovi, který spěchá do práce, že chci jít večer s přáteli ven, „<i>obtížné, potřebuji čas a klid</i>“ ● zeptat se prodavače v obchodě, kolik stojí věc, kterou jsem si vybral/a, „<i>většinou obtížné, protože musím sama začít rozhovor – učím se tyto situace vyhledávat</i>“ ● požádat rychle o jízdenku, protože mi už jede autobus, „<i>velice obtížné, raději si koupím jízdenku v klidu ve vozidle za příplatek</i>“ ● telefonovat s dědečkem nebo s babičkou, „<i>s babičkou těžké</i>“ ● rozmlouvat se sestrou nebo bratrem (jiným rodinným příslušníkem), když velmi spěchám do školy/práce; „<i>obtížné, kvůli roztěkaným myšlenkám si nestíhám předem připravovat věty a musím tak mluvit velmi spontánně</i>“ ● říci něco důležitého bratrovi/sestře (jiným rodinným příslušníkům), když velmi spěchá/jí do školy/práce ● odevzdat vzkaz kamarádovi/kamarádce ve dveřích odjíždějícího autobusu ● vyprávět vtip skupině kamarádů; „<i>obtížné, pokaždé se zadrhnu, proto vtipy nevyprávím</i>“ ● vysvětlit učiteli/nadřízenému, proč jsem se opozdil ● požádat někoho, kdo spěchá, o pomoc, „<i>obtížné, potřebuji vědět, že mám dostatek času</i>“
<p>„velmi těžké“ 5</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● hádat se s kamarádkou/kamarádem kvůli chlapci / děvčeti, kterého / které máme obě/oba rády/rádi ● zeptat se náhodného kolemjdoucího na to kolik je hodin, „<i>pořád velmi těžké</i>“ ● vysvětlit řediteli/šéfovi, proč jsem chyběla ve škole/v práci (důvod: lékař), „<i>stále velmi těžké</i>“ ● vysvětlit kamarádům jak se hraje nová hra, „<i>většinou těžké a vyhýbám se tomu, kvůli předchozím špatným zkušenostem</i>“ ● představit se skupině neznámých lidí na nějaké oslavě; „<i>ted' už spíše snadnější</i>“ ● přednést referát před publikem; „<i>nepředstavitelné</i>“ ● protestovat proti někomu, kdo mě předběhl ve frontě; „<i>velmi stresující, nemůžu říct ani první slovo</i>“ ● číst oznámení do rozhlasu, „<i>nezkoušela jsem nikdy a této situaci se vyhýbám zatím - mluví se mi velmi špatně, když slyším ozvěnu svého hlasu</i>“

Tab.č.4 - „těžké“a „velmi těžké“ situace, Klára

Graf níže ukazuje takřka vyvážený poměr lehkých, středně těžkých a těžkých situací. Mírně převažují těžké situace, orientačně usuzujeme na středně těžkou psychickou tenzi.

Obtížnost situací - Klára



Graf č. 4 - obtížnost situací, Klára

Seznámení se s účastníky bylo pro další směřování a spolupráci v rámci výzkumu klíčové. Provedená diagnostika psychické tenze nám byla východiskem pro skladbu materiálu.

3.1.2 První rozhovory na téma „materiály v logopedii“

V části Předvýzkumu jsme s účastníky jednotlivě vedli polostrukturované rozhovory, které postupně utvářely představu o budoucím materiálu. Zprvu jsme se zamýšleli nad možností pojmut materiál jako sadu pracovních listů, propojující prvky dechových cvičení a fonograforytmiky. Postupně jsme však dospěli k představě o materiálu, který bude motivovat ke komunikačním situacím. Náš krátký rozhovor sestával z předem připravených otázek na téma materiálů v logopedii a představení naší představy o materiálu, na niž účastníci reagovali. Níže uvádíme analýzu prvních rozhovorů:

Na otázku „**S jakými materiály jste se již setkal/a ve své logopedické terapii?**“ jsme získali poměrně shodné výpovědi. Klienti si spíše než materiály pamatovali užité metody jako fonograforytmika, dechová cvičení či projektivní metody. **Klára** k fonograforytmice dodala: „*Ta cvičení jsem už znala, ale potřebovala jsem něco víc, protože to už nefungovalo - vyhovovalo mi to doma, když jsem byla v klidu, ale jakmile jsem vyšla ven, rozpadlo se to, nebylo to přenositelné do praxe.*“

Otázka „**Jaký materiál Vám pomohl?**“ zůstala z velké části nezodpovězená. **Klára** dodala svou zkušenost nikoli s materiálem, nýbrž popsala, že nejvíc jí pomohla účast ve facebookové skupině osob s koktavostí. „*Ta skupina pořád funguje, pořád si tam píšeme. Ale je to prostě jen na facebooku, nedošlo to nikam dál. On (zakladatel skupiny, pozn. aut.) do nás právě hustil, ať začneme natáčet videa a prostě jít do těch reálných situací, nebát se mluvit.*“ (...) „*Takže toto mi strašně moc dalo, pro ten začátek. Vidět na videu, že to jde.*“ Stejně také **Vít** nemá s materiálem zkušenost. „*To ne. Jako četl jsem si nějaký článek, kde bylo asi 15 bodů. Jako třeba číst si nahlas je fajn. Ale vzpomínám si, že žádný z těch článků nenabádal ke komunikaci s druhým člověkem. Třeba to může někomu pomoci, ale zároveň by tam měla být ta praxe do toho.*“ **Lucie** ani **Petr** materiál jim přínosný nezmínili.

Následně jsme klientovi představili naši **aktuální představu o materiálu**. Tou byl materiál ve formě deníku, nebo komunikační výzvy, jejíž každá stránka by obsahovala úlohu motivující do určité komunikační situace. Na tu by následně navázala stránka s tipy a reflexí samotných účastníků výzkumu. Zeptali jsme se klientů, jak tuto představu hodnotí.

První reakce byly pozitivní. **Lucie** reagovala takto: „*Je to zajímavé, no. Já si říkám, že do takových situací, jako nevím, jestli bych se chtěla vystavovat, ale asi bych měla, no.*“ A dodává: „*Jako motivace by byla, já bych to chtěla zkusit.*“ Také **Klára** hodnotila návrh jako dobrý. „*Já si myslím, že by to bylo supr právě, že by to mohlo být strašně fajn. Jak jsou dnes různé motivační diáře, tak by to mohlo být hodně dobrý.*“ Navrhla také možné další využití. „*A možná by to nemuselo být jen pro balbutiky, ale pro ty, kteří mají jakýkoli komunikační problém, kteří mají bariéru.*“ **Petrova** reakce byla taktéž kladná. „*Jo, to musím říct, že to není úplně špatný nápad, protože když je to taková v uvozovkách výzva, tak to toho člověka více motivuje k tomu, aby to opravdu udělal.*“ A dodal, že si myslí, že pro něj to bude prospěšné. Dle **Víta** může být pojetí výzvy motivační. „*Myslím, že když začnou, tak se potom dokáží udržet. Když budou i vidět, že mají dobré výsledky, bude je to motivovat ještě víc.*“

V rozhovoru následovaly také **připomínky**. V této části byl nejaktivnější **Vít**, který hodnotil proces tvorby již dopředu jako náročný. „*Už teď mě napadá, že samotný vývoj deníku bude muset projít hodně interakcemi nebo nějakými změnami. Jednak už v rámci toho procesu by bylo dobré najít pár lidí, kteří by si to sami vyzkoušeli, potom taky hodně sledovat ten feedback. Tam musíš hodně dobrým způsobem zvolit jednotlivé kroky. Aby to bylo ve vhodném pořadí, aby ta obtížnost byla úměrná tomu postupu. Nevím, jestli něco podobného existuje.*“ Zároveň navrhl společné setkání účastníků. „*Ale s těmi kroky by bylo dobré nějaké společné*

setkání. *Mít nějakou myšlenku, přednést ji, my bychom se vyjádřili.*“ Jako klíčové hodnotili mnozí také podchycení individuality uživatele. **Vít**: *„To bude asi nejtěžší na tom, každý to má úplně jinak“.* To si uvědomil také **Petr**, když se již dříve sdílel s lidmi s koktavostí. *„To jsem zjistil, že spoustu věcí sdílíme, ale bylo na pár výjimek, v čem jsme rozdílní. Opravdu hodně situací bylo hodně podobných, ne-li stejných, ale pak tam byly některé názory nebo myšlenky, které byly jiné.“*

V rozhovoru jsme se bavili také o možnosti pojmout materiál jako 40ti-denní (nebo kratší/delší) výzvu. V hovoru jsme ale dále objevili možné limity. **Vít** poznamenal, že by to mohlo být spíše demotivační. *„Navíc lidé jsou dnes hrozně přehlčení tím, co mají dělat. Když budu mít takový materiál, zakomponovat si do svého života nějakou věc navíc, to je obrovská věc navíc, obrovská přítěž.“* Na toto upozornil také **Petr**: *„Jo, to je takové riskantní, protože některý den člověk může mít hodně práce, fakt nabitý rozvrh, a pak se to rozsype. Spíš třeba v rámci týdnu.“* **Vít** na to nahlížel podobně. *„Spíš to pojmout, sice to už nebude takové hecové, ale dlouhodobější, třeba týden po týdnu. Ne vždy máš čas se něčemu věnovat. Týden po týdnu na XY týdnů. Ted' mě to tak napadlo.“*

Dotkli jsme se také tématu spolupráce s logopedem a mnozí ji vnímali jako důležitou. **Klára** to okomentovala takto: *„Jako bylo by to fajn udělat takový podklad pro logopedy, kteří chtějí začít pracovat s tvrdou terapií. Byl by to takový pomocník. Protože balbutik sám musí mít hodně silnou vůli, aby se sám takhle odpíchl. Myslím, že by to mělo daleko větší smysl a daleko lepší využití v tom, že by to bylo na základě práce s nějakým logopedem. Byla by to pomůcka, kde si může zaznamenávat nějaké úspěchy, co se povedlo a takové. Byla by to i taková podpora, protože lidi jsou na takové zapisování a zaškrťování.“* Podobně i **Petr** podtrhl důležitost spolupráce. *„No, kdyby se to tak zařídilo, že by s tím deníčkem, že by se člověk pravidelně setkával s tím logopedem, s tím, že by mu předal ty svoje zápisky, no tak to by bylo ideální, protože tím pádem by aspoň měl nějakou reakci na to, co udělal.“* **Vít** se k tomu vyjádřil takto: *„A možná by bylo fajn, kdyby to měl člověk zároveň k té logopedické intervenci. Že by to bylo formou pracovního sešitu, domácího úkolu. V tom případě by již měl tu zpětnou vazbu od toho, kdo by s ním pracoval.“* Zároveň ale také připouštěl, že jsou lidé s koktavostí, kteří k logopedovi nedocházejí. *„Jako myslím, že je dobré, když má člověk někoho, kdo mu s tou řečí pomáhá. Ale někteří lidé to mají třeba tak, že nikoho vyhledat nechce a chtějí si poradit sami. Třeba toto by byla dobrá alternativa.“*

V debatě s **Vítem** o možných dalších směrech pro osoby, jež logopeda nenavštěvují, zazněla také možnost mobilní aplikace. *„V té aplikaci by tam třeba mohlo být to, že by tam byl*

někdo, na koho by se ti lidé mohli ještě obrátit. S hodnocením nějakého týdne, něco tam napsat, kdyby chtěl s něčím poradit, byl by tam někdo, kdo by to spravoval a radil by ještě těm lidem. Ale to si říkám, to už je otázka nějakého vývojářského týmu.“ Tato myšlenka byla pro náš materiál zajímavá, nicméně náročná, jak to záhy hodnotil i Vít. *„Ale to už se dostáváme na něco, co by trvalo i víc než rok, víc než dva. Ale je to dobrý nápad do budoucna. Myslím, že nějaký deníček, kroužková vazba, je ideální. Člověk si k papíru najde lepší vztah než k displeji.“*

Shrnutí rozhovoru:

- Účastníci se ve své dřívější logopedické terapii nesetkali přímo s konkrétními materiály, nýbrž jmenovali spíše jednotlivé metody, které zažili.
- Účastníci nejmenovali takřka žádné přínosné materiály. Jako přínosné hodnotili nemateriální pomůcky, jako např. účast ve facebookové skupině.
- Na popis možného budoucího materiálu reagovali pozitivně.
- V připomínkách kladli důraz na náročnost materiálu a podchycení individuality jedince.
- Představy o časovém omezení materiálu (40ti-denní výzva) nebyly přijaty. Navržena byla volnější verze, v řádu týdnů.
- Zmíněna byla spolupráce s logopedem při práci s materiálem, která je účastníky vnímána jako důležitá.
- V poznámce jednoho z účastníků zazněl nápad na mobilní aplikaci, která by podobně jako navržený materiál osoby s koktavostí motivovala do komunikačních situací a poskytovala zpětnou reflexi. Tato idea v rámci našeho výzkumu není uskutečnitelná, nicméně poskytuje možný směr dalšího výzkumu.

Závěr:

Rozhovory s účastníky nám poskytly možná východiska pro tvorbu materiálu. Nedostatek materiálu v terapii našich klientů i pozitivní reakce na navržený materiál nás utvrdily pokračovat v dalším výzkumu. Připomínky účastníků byly zakomponovány do následující tvorby materiálu.

V následujících částech představíme vlastní výzkum. V úvodu uvedeme výzkumné cíle a výzkumné otázky, které jej určovaly, představíme výzkumný vzorek a metody, které jsme užili v rámci výzkumu.

3.2 Výzkumné cíle

Hlavní cíl praktické části je:

- Navrhnout materiál pro terapii chronické kokařivosti u dospělých klientů, za jejich spolupráce.

Dílčí cíle praktické části jsou:

- Ověřit terapeutický materiál.
- Upravit terapeutický materiál do výsledné podoby.

3.3 Výzkumné otázky

- Jak informanti hodnotí navržený materiál?
- Nakolik je materiál využitelný v praxi samotných balbutiků?

3.4 Výzkumný vzorek

Byl zvolen záměrný výběr výzkumného vzorku. K výzkumu bylo osloveno šest jedinců s chronickou kokařivostí ve věku 18-26 let, čtyři muži a dvě ženy, které jsme vybrali na základě spolupráce s logopedem. Kritériem pro výběr byla přítomnost kokařivosti, a to jakéhokoli stupně, a dosažení dospělého věku. Čtyři z šesti (dva muži a dvě ženy) reagovali kladně a započali jsme spolupráci.

Ve výzkumném vzorku se setkáváme s různými stupni závažnosti kokařivosti od lehkého až po těžký stupeň. Po provedení orientační diagnostiky se domníváme, že dva klienti se potýkají s lehkým stupněm, jeden klient se středně těžkým a jeden s těžkým stupněm. Zároveň jsme si vědomi proměnlivosti obtíží v čase, jak sami klienti potvrzují, proto přiznáváme, že diagnostické výsledky nemohou být zcela objektivní.

V únoru 2019 byli účastníci písemně osloveni a v průběhu května 2019 byly realizovány první rozhovory v rámci předvýzkumu. V měsících září-říjen 2019 proběhla další část rozhovorů. Na tu v prosinci 2019 navázalo společné setkání tří ze čtyř informantů, v rámci kterého proběhla diskuze nad navrženým materiálem. (viz kap. 4.5 Diskuze s účastníky a její analýza) V měsíci březnu 2020 proběhlo ověření materiálu.

3.5 Užití metody

S informanty jsme vedli anamnestický rozhovor opírající se o osnovu dle Lechty (2010). V našem případě se jednalo o přímý anamnestický rozhovor. **V rámci předvýzkumu** týkajícího se tématu “materiály v logopedii” byl použit nestandardizovaný polostrukturovaný rozhovor. Pro diagnostiku psychické tenze účastníků jsme využili metod pozorování, dále Dotazník situační psychické tenze (Lechta a Škrabáková, 2005). **V části výzkumu** jsme s účastníky společně vedli diskuzi a v závěru jednotlivě nestandardizovaný polostrukturovaný rozhovor. Všechny rozhovory a diskuze byly nahrávány na diktafon a následně převedeny do textové podoby. Získaná data jsme analyzovali metodou otevřeného kódování a barvením textu. U přepisu dat jsme provedli anonymizaci dat a reálná jména nahradili pseudonymy. V následující části použité metody teoreticky přiblížíme.

Rozhovor

V kvalitativním výzkumu se jedná o nejčastěji užitou metodu. Blíže jej označujeme “hloubkový rozhovor”, který můžeme definovat jako „*nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek.*“ (Švaříček & Šedřová, 2007, s.159) Je dále členěn na polostrukturovaný rozhovor, který stojí na seznamu předem připravených témat a otázek, a nestrukturovaný neboli narativní rozhovor, který vychází z jedné připravené otázky, na niž výzkumník navazuje dalšími až v průběhu rozhovoru. (Švaříček & Šedřová, 2007) Polostrukturovaný rozhovor patří mezi nejrozšířenější typy rozhovoru. „*Tazatel se drží předem připravených otázek, avšak průběžně reaguje na podněty, které přicházejí ze strany respondenta. Nejedná se tedy pouze o sledování připraveného schématu.*“ (Skutil a kol., 2011, s.91)

Diskuze

„*Skupinová diskuze je vhodná pro odhalení obsahů veřejného mínění a kolektivních postojů.*“ (Hendl & Remr, 2017, s.186)

Anamnéza „(z *lat.anamnesis, rozpomínání*) je metoda, kterou zjišťujeme údaje z minulosti jedince, o nichž předpokládáme, že mají významný vztah pro poznání osobnosti a pochopení zkoumaného problému.“ (Skutil a kol., 2011, s.113) Anamnézu zaznamenáváme nejčastěji skrze strukturovaný rozhovor. Při autoanamnéze získáváme informace od samotného klienta. (Svoboda, 2001, in Skutil a kol., 2011) Pracujeme zde s tzv.tvrdými a měkkými daty - tvrdá data jsou objektivně platná a měřitelná (např. vystudovaný obor, počet sourozenců,

apod.), naopak měkká jsou subjektivně zkreslena tázaným (např. názor na výchovu rodiči). (Skutil a kol., 2011)

Analýza kvalitativních dat

Při analýze dat jsme využili **otevřené kódování**. Dle Strausse a Corbin (1999) se jedná o „*proces rozebírání, prozkoumávání, porovnávání, proces konceptualizace a kategorizace údajů*.“ (Strauss & Corbin, 1999, s.42) Skládáme údaje novým způsobem. Při otevřeném kódování členíme text na jednotky (slovo, sekvence slov, věta, odstavec), jimž jsou přiřazena jména. „*Při volbě kódu si klademe otázku, o čem daná sekvence vypovídá, jaký jev či téma reprezentuje*.“ (Švaříček & Šedřová, 2007, s.212) Seskupování pojmů, které náleží stejnému jevu, je nazýváno kategorizací. (Strauss & Corbin, 1999)

4 Tvorba terapeutického materiálu

Východiskem pro tvorbu nám bylo shledání nedostatku materiálů pro osoby s chronickou koktavostí, které by mohly vhodně doplnit terapii mimo logopedickou ambulanci. Rozhodli jsme se takový materiál vytvořit ve spolupráci s osobami s koktavostí, které v průběhu tvůrčího procesu podají zpětnou vazbu.

4.1 Proces tvorby terapeutického materiálu

Materiál prošel šesti tvůrčími fázemi. **První fáze** probíhala v rámci předvýzkumu. Hovořili jsme s účastníky výzkumu na téma “materiály v logopedii” a získávali jsme povědomí o potřebnosti materiálu a možné inspiraci pro tvorbu. V **druhé fázi** jsme již samostatně navrhli první verzi materiálu, jehož obsahem byly jednotlivé komunikační úlohy. Ve **třetí fázi** se uskutečnilo společné setkání všech informantů, v rámci kterého proběhla diskuze o možných změnách v materiálu, obsahových i formálních. Ve **čtvrté fázi** jsme materiál upravili dle připomínek a poskytli informantům k praktickému ověření. V **páté fázi** jsme s účastníky výzkumu hovořili o přínosu materiálu a možných posledních úpravách. Závěrečná **šestá fáze** zahrnovala naši úpravu materiálu do finální podoby.

4.2 Cíl materiálu

Chceme předložit materiál pro osoby s chronickou koktavostí, který podpoří jejich komunikaci a sníží sociální fobii. Cílem materiálu je vyzvat osoby s koktavostí k situacím, kterým se vyhýbají a povzbudit je k důkladné sebereflexi, skrze kterou mohou objevit skryté mechanismy v jejich vlastní komunikaci.

4.3 Inspirace pro tvorbu

Při tvorbě materiálu jsme se opírali o rozhovory s informanty v počáteční části výzkumu. Inspirovali jsme se také některými úlohami z Dotazníku situační psychické tenze (Lechta a Škrabáková, 2005), který jsme využili k diagnostice informantů a získaná data nám poskytla východiska pro tvorbu. Nemalou inspirací pro nás byla také publikace Psychosomatika koktání (Pokora, 2019), v níž autor předkládá konkrétní kroky, jež osoby s koktavostí mohou podniknout ve svém každodenním životě.

Původ některých úloh v materiálu má kořeny v publikaci Svépomocný program při koktavosti (Fraser, 1978). Autor zde vybízí k 12 pravidlům, které osoba s koktavostí může svépomocí využít. Pravidlo „*Vynasnažte se, abyste se zbavili všech vyhýbavých praktik,*

odkladů a slovních opisů“ staví na desenzibilizaci, která je pro náš materiál klíčová. Vyhybavé chování je součástí chronické koktavosti, určuje návyky osob s koktavostí a podstatně je omezuje v každodenním životě. Náš materiál si klade za cíl povzbudit do komunikačních situací, kterým se osoby s koktavostí raději vyhýbají. „*Bylo by prospěšné, kdybyste mohli sami v sobě rozvinout pocit, že vypátráte a vyloučíte to, čemu se vyhýbáte. Tento pocit získáte, když budete dělat právě to, čeho se bojíte, aniž byste si dopřáli čas o tom v sobě vést dialog.*“ (Fraser, 1978, s. 44) Materiál vybízí také k tomu, aby osoba s koktavostí mluvila co nejvíce a všimla si své řeči (pravidla „*Věnujte pozornost okamžikům, kdy mluvíte plynule*“ a „*Mluvte co nejvíce*“). Pravidlo „*Koktejte otevřeně a nesnažte se tento fakt skrývat*“, které nabádá k přiznání koktavosti před druhými a otevřením diskuze na toto téma, je podkladem pro úlohy č.10 (sdělte reflexi tomu, kdo za vás dokončuje věty) a č.14 (otevřete téma koktavosti s člověkem, se kterým jste o tom nikdy nemluvili). Součástí je také práce s audio- nebo videonahrávkou, které jsou dle Frasera dobrým pomocníkem pro zpětnou vazbu.

Za dílčí cíl jsme si stanovili vytvořit první verzi materiálu, který jsme dále na společném setkání s informanty prodiskutovali, a následně provedli úpravy dle připomínek i vlastních postřehů. Materiál byl během 1 - 1,5 měsíce ověřen a na základě posledních připomínek jsme jej uvedli do finální podoby.

4.4 Popis materiálu

Materiál obsahuje 22 úloh, které vybízí k účasti v různých komunikačních situacích. V rámci nich je poskytnut prostor pro následnou sebereflexi. Na každou úlohu navazuje list s tipy, zkušenostmi či povzbuzením od čtyř účastníků výzkumu, kteří s materiálem již pracovali. Tento list poskytuje také prostor pro vlastní postřehy.

Materiál má sloužit dospělé osobě s koktavostí jako motivační prostředek k aktivním krokům v každodenní komunikaci a k prostoru pro sebereflexi. Považujeme za ideální, pokud je osoba s koktavostí při práci s materiálem vedena logopedem, se kterým situace sdílí a hodnotí. Materiál má v logopedické intervenci působit primárně jako doplňkový terapeutický prostředek, sekundárně však také jako zdroj cenných informací k průběžné diagnostice logopeda.

Obsah materiálu se skládá z úloh, které využívají kontaktů v každodenních situacích, zároveň se ve většině případů jedná o ty, kterým se osoba s koktavostí vyhýbá. Témata, která se v materiálu prolínají, jsme rozdělili do šesti oblastí:

1) **osobní kontakt s člověkem**

V těchto úlohách vybízíme ke kontaktu se známými i neznámými lidmi. V dotazníku psychické tenze byly jako nejtěžší vybírány kontakty s neznámým člověkem. Patří sem úloha č.1 (setkání ve vlaku), úloha č.7 (setkání s člověkem bez domova), úloha č.13 (oslovení nesympatické osoby), úloha č.4 (návštěva osamělého člověka).

2) **telefonování**

Telefonování bylo ze strany informantů hodnoceno různě - od lehkých až po těžké situace, v závislosti na faktorech jako spěch, komunikační osoba, nebo obsah sděleného. Zařadili jsme sem úlohu č.12 (telefonická objednávka) a úlohu č.16 ("zavolejte, komu běžně nevoláte").

3) **audio- a videonahrávání**

Tyto úlohy vnímáme v materiálu jako nezbytné, neboť poskytují zpětnou vazbu osobě s koktavostí. Tématicky jsou zaměřeny úloha č.6 (audiozáznam náročné každodenní situace) a úloha č.9 (videozáznam s komentářem).

4) **otevření tématu koktavosti**

Toto téma je v terapii chronické koktavosti významné, jak potvrzují také účastníci výzkumu. Zařazeny byly úloha č.10 a úloha č.14, ve které mají osoby s koktavostí sdílet své pocity s druhými a získat zpětnou vazbu.

5) **sebereflexe**

Pro hlubší sebezpoznání osoby s koktavostí byly zařazeny úlohy motivující k sebereflexi, a to jak samostatné, tak spolu s druhými. Patří sem úvodní úloha (pocity před komunikační výzvou), úloha č.11 (sdílení svého nedostatku), úloha č.20 (hodnocení zapojení ve výzvě) a úloha č.21 (hodnocení dalších úspěchů).

6) **ostatní**

V dalších úlohách se prolínají situace, v nichž je třeba sdělit informaci zcela přesně. Obava ze zakoktání bývá často spojena s určitou hláskou, proto si osoby s koktavostí často vypomáhají záměnou slov ve větě nebo změnou celé skladby věty. V případech, kdy je třeba sdělit informaci nezměněnou, psychická tenze často narůstá. Patří sem úloha č.3 (objednávka v restauraci), úloha č.5 (nákup v pultovém obchodě) a úloha č.8 (vtip).

Ze závěrečného hodnocení vyplynul také požadavek na rozšíření materiálu, proto byly zařazeny také úlohy, které účastníky nejsou ověřeny. Rozhodli jsme se rozšířit škálu komunikačních situací o setkání s náhodným člověkem na ulici (úloha č.19), čtení před skupinou lidí (úloha č.17), telefonát do rozhlasu (úloha č.18) a úvodní úlohu, jež byla navržena v hodnocení. Přidali jsme také „prázdnou“ úlohu, která vybízí k vlastní tvorbě.

4.5 Diskuze s účastníky a její analýza

V diskuzi byli přítomni tři účastníci výzkumu - Kláry, Víta a Lucie. Čtvrtý účastník, Petr, se společného setkání nemohl zúčastnit. Diskuze se odehrávala ve školní učebně, trvala zhruba tři hodiny a její průběh byl nahráván na diktafon. V diskuzi jako témata figurovala zadání jednotlivých úloh, které jsme navrhli jako první verzi materiálu, jež byla účastníkům předkládána k debatě.

1. **Úlohu č.1 (setkání ve vlaku)** vnímala skupina pozitivně a na obsahu jsme se jednomyslně shodli, proto zůstala účastníky nezměněná. Rozhodli jsme se pro úpravu otázky „Bylo těžké jej oslovit? Pokud ano, proč?“, kterou jsme nechtěli předjímat jako negativní. Změnili jsme ji na: „Bylo snadné/těžké jej oslovit? A proč?“

2. Při hodnocení **úlohy č.2 (dotaz na přednášce)** byla situace vnímána jako klíčový problém. Vít: „*No, s tím mám docela problém. Že když mám něco v hlavě a potom to neudělám, tak si to třeba vyčítám, že jsem to propásl.*“ A posléze dodává: „*Jo, toto je dobrý úkol, protože e když já třeba mám se před celou aulou se na něco zeptat, tak s tím mám jako problém, že třeba já si tu otázku jako připravím, ale furt jako váhám, čekám a pak “tak, poslední dotaz” a-a-a na-najednou zjistím, že jsem to propásl.*“ Vít dále zmínil, jak odlišně vnímá setkání s touž osobou v jiných situacích. „*Mně vůbec nedělá problém - ne vůbec, to bych kecal -, oslovit nějakou známou nebo váženou osobu, když ji někde potkám třeba někde tak jako. Jako, ne třeba úplně na ulici, ale jako já nevím, v kině nebo v baru. Ale jako před tou aulou potřebuju akorát to odhodlání. Nakonec člověk většinou zjistí, že to nebylo tak těžké.*“ A další hodnotí úkol Klára: „*Jako já bych to asi nechala takto.*“ Tento úkol jsme ve svém znění dále nepozměnili.

3. V rámci **úlohy č.3 (objednávka v restauraci)** se ze strany informantů objevil souhlas. Zároveň někteří avizovali, že se tento úkol již snaží realizovat, jsou si ale vědomi, že tomu tak u mnoha balbutiků být nemusí. Rozhodli jsme se po úvaze provést pár úprav. Změnili jsme

formulaci „jak se hodnotím“ na „jak hodnotím svůj projev“, aby otázka vyzněla konkrétněji. Dále jsme upravili větu „Bylo tam něco nepříjemného?“ na „Cítil jsem se při objednávce dobře?“, aby úkol již dopředu vyzníval pozitivně.

4. Při úloze č.4 (**návštěva osamělého člověka**) je pro některé účastníky otázkou, jak úkol zrealizovat. Klára: *Jako kdyby to bylo v rámci předvánočního něčeho, t-tak bych ššla úplně v-v pohodě, to by mě nevadilo. Nebo jakoo kdybych přišla prostě do nějakého hospicu jenom tak, tak to by mě nevadilo. Ale určitě by bylo mnohem horší zazvonit u někohodoma, doma uu někoho jako přímo, kdo jako fakt, eh vím, že-že-že je sám a žee bych měla říct, proč proč jako přicházím aa proč tam jsem a takhle.* A Lucie přiznává: *To by asi bylo takové zvláštní.*

Zároveň oceňují, že by úloha mohla mít svůj efekt. Klára: *Ono vě-většinou je fajn, že ti starší lidi si fakt povídat chtěou aa je jim fuk celkem, jak jsoou, jako takhle ocení ten zájem a jsou ukecaní většinou. Takže tam téma je dycky. To je takový lehčí úkol. Takový těžší, ale... (...) Já si sice myslím, že tam jde spíš od ten pocit potom. Že fakt jako, že ten eh člověk máá, prostě ... super pocit, žžže třeba nnněkomu pomohl nebo jo, že jde spíš jako o to. O ten pocit potom, o takovej ten, eh eh radostnej a šťastnej, ně-něco se povedlo.*

Jiný zase popisuje, jak vnímá náročnost on. Vít: *Třeba nemyslím si, že by - ted' budu mluvit jenom za sebe - že by třeba toto osobně bylo pro mě nějaká velká výzva, protože já když se s někým osobně zakecám, tak tam už to nějak započne ta konverzace, tak už tam nemám jako z komunikačního hlediska moc žádné problémy.* A na závěr dodává: *Ale jo, jo, je to dobrý úkol a každý si může vzít neboo udělat podle sebe.* A doplňuje ho Klára: *Jako jo, že je to prostě, je to lehčí takový, ale jako ze začátku, když někdo jako v-vůbec nemá žžádný zkušenosti jako, že to... taková berlička dobrá.* Vít dodává, že záleží také na situaci a že úkol jde zrealizovat v různých podmínkách: *„To spíš, to spíš asi aby člověk možná vycítil tu situaci. Když je člověk na-na rodinné oslavě, i tam má přece lidi, které dlouho neviděl a kteří tam sedí u stolu jako tak sami. Spíš jako o to to vycítil a asi nehrát na silu, že potkám první barák a tam zazvoním a “dobrý den, já mám na vás takový dotaz”. (smích) Což by bylo asi ideální, ale hrozně těžké.“*

Autorka: *“Já si to dokážu představit pro někoho, kdo jako má větší potíže a má jako fakt blok mluvit. A vlastně tou komunikací s někým, kdo je za tu komunikaci hrozně rád, tak si jakoby připomene, jako ten účel té komunikace. (ostatní přitakávají) Jako že někomu to může udělat velkou radost a že to pro někoho může být povzbuzením, nastartováním. To je i takové pozadí, jak jsem to zamýšlela.”* Úkol jsme nakonec souhlasně uzavřeli jako užitečný pro osoby s různým stupněm koktavosti, zj. těžkým, a znění úkolu autorka ponechala beze změn.

5. U úlohy č.5 (nákup v pultovém obchodě) jsme se zamýšleli, zda je takový obchod vůbec k dispozici. Klára: „*To si myslím, že v dnešní době nikdo nemá. Jako obsluha, kde by ti...ta pultová. Ale na ten salám to přenést jde.*“ Tímto postřehem jsme dospěli k rozšíření zadání. Z dalších možností kromě uzenin zazněly také pekárna nebo trafika, což autorka poté zakomponovala do úpravy úkolu. V rámci otázek zazněla připomínka Víta. V: *Ted' mě napadá „přemýšlel jsem nad sebou nebo nad nákupem?“ – to mi tam trochu neseď. Třeba bych dal „přemýšlel jsem, co řeknu nebo jak to řeknu?“* Klára to doplnila nápadem: *Nebo „nad svou řečí“ nnebo „nad svým projevem“.* Po této poznámce autorka otázku upravila. Klára navrhla ještě další otázku. *Jestě mmožnáá by bylo fajn, otázka jakoo 'co jsem si z celé si-situace zapamatoval?' Jo, že někdy je tak soustředěnej na tu řeč, žže že okolí jako vůbec nedokáže vnímat, jo... Třeba co jako zaznamenal nebo... Ostatní s návrhem souhlasili. Padl ještě jeden návrh otázky od Víta: „Anebo tam dát ještě otázku 'opravdu jsem koupil všechno ze svého seznamu přesně?'“ Shodli jsme se, že tato otázka vybídne k reflexi, nakolik si dotyčný pozměnil slova, aby pro něj byl nákup jednodušší. Bavili jsme se o formulaci “vyberte si pokud možno klidnější dobu během dne”, kterou ostatní nakonec označili jako zbytečnou. Vít: „*Jjá myslím, že tady by člověk měl poznat sám sebe. Ty když půjdeš do obchodu, tak si nebudeš vybírat, nebo nemáš vůbec možnost, čas a prostor si vybírat dobu, kdy tobě se to nejvíc hodí, v závislosti na tom, kdy tam bude nejmiň lidí. (...) Já to mám tak naprané, že kdybych se měl třeba zamýšlet v životě nad těmato věcma, tak se nikam nepohnu.*” Po vynechání formulace ale vzešel návrh zakomponovat otázku, která to vyhodnotí.*

Vít: *“Vybrali jste si neboo jako jestli jste si vybrali čas, kdy eeh tam bylo málo lidí, jestli jste si počkali, až fronta odejde a zatím see jako dívali někde jako, ně-nějakou otázku v tomhle smyslu. Nevím, jestli ji dokážu úplně zformulovat.”* A Klára doplnila: *Jaká byla třeba ssituace v prodejně třeba.* Vít: *“To je jako.. aby si sám pro sebe prostě řekl „ulehčil jsem si to nebo neulehčil aa ještě ta fronta byla a jak se mi třeba mluvilo a jak si myslím, že by se mi mluvilo bez ní... Jo a třeba ty fronty na mě mívají velký vliv.”* Tento poslední návrh jsme následně zakomponovali do úprav.

6. **Úloha č.6 (audiozáznam z každodenní náročné situace)** Tato úloha vznikla po diskusi s účastníky výzkumu, proto již není účastníky před testováním okomentována. Předchází jí úloha o natočení videa, audionahrávka tedy logicky na tuto úlohu navazuje. Účastníky byla navržena proto, že audionahrávka slouží jako dobrý nástroj reflexe po nějaké obtížné komunikační situaci. Jeden z účastníků výzkumu má zkušenost s nahráváním nákupu jízdenek, ostatní účastníci to zatím nezkusili.

7. U **úlohy č.7 (setkání s člověkem bez domova)** Vít poznamenal, že reálnější je za tímto člověkem přijít již s jídlem. V rámci otázek byl ze strany Kláry návrh na změnu: „*Tady bych ani nnnedávala „byl jsem motivovaný”, ale jako ale nechala bych tam prostě ano ‘byl jsem soustředěný na svůj projev nebo řeč nebo na bezdomovce... nebo na pomoc druhému’.*“ Dle Kláry vede taková otázka k většímu přemýšlení nad komunikačním záměrem. Tuto otázku jsme upravili.

8. U **úlohy č.8 (vtip)** někteří účastníci sdíleli, jak takovou situaci vnímají. Vít: “*Ne-nevím, jak pro vás, ale pro-pro mě jsou vtipy ohromně těžké. Já se totiž snažím dát i s tou intonací, se se kterou jsem ten vtip tře-třeba původně slyšel, jako správně se trefit do toho, do té mluvy, je těžké no. A zároveň u toho vtipu, zároveň to chcete udělat tak, aby to vyznělo vtipně, takže se nesmíte nějak zaseknout.*” Na to reagovala Klára: „*Právě... Nesmíte uuuu měnit nic, ty slovíčka, tam tam je třeba to říct úplně přesně a ještě ... a prostě ještě vvv tempu kolikrát, aby to jako znělo, že... takže ty, ty vtipy jsou jako těžký no.*” A Vít dodává: “*Určitě je dobře, že tady ten úkol s vtipem je. Navíc to je něco, když tam není ani podmínka osoby, je to splněné rychle, vlastně s kýmkoliv.*” Upravili jsme pouze třetí otázku dle Víta: „*Noo, třeba jestli ten posluchač vtip pochopil a zasmál se mu? To bych tam možná dal.*”

9. K **úloze č.9 (videozáznam)** se účastníci vyjadřovali pozitivně. Klára: „*Je to super, že člověk jak chce, jako vidět sám-sám sebe, takže nakonec si nebude připadat tak hrozný, jak si myslí.*” A Vít k tomu dodává: „*Jo, to je fajn věc. A minimálně sebe aspoň uslyší.*” V rámci otázek byla navržena stupnice 1 až 10, která by sloužila k hodnocení pocitů před a po nahrání. Klára navrhla přidat hodnocení řeči i před splněním úlohy. (Tyto dva podněty později autorku inspirovaly k zobrazení stupnice u každé úlohy, pozn. aut.) Vít navrhl také otázku: “*Jaké to je slyšet se a co by sis zpětně poradil?*”, která byla následně zakomponována.

10. U **úlohy č.10 (dokončování vět blízkou osobou)** Klára sdílela svou zkušenost: „*Tak tohle je přesně můj případ. Protože tooo moje babička je v tomhle úplný... expert prostě. Ať jí to říkám už prostě asii pět let, tak prostě... ta dokončuje furt. To je úplně už zbytečný jí říkat. Aa mě to ze začátku strašně rozčilovalo, ale teď teď už to беру prostě tak, že taková je. Takže nedokážu asi posoudit. Když to ře-řeknu někomu jako, čerstvě teďka jo... že už jsem fakt v tom procesu spíš, kdy jsem-jsem-jsem s tím smířená tak nějak, že prostě když to nevyjde, tak to nevyjde.*” Klára také navrhla změnu otázky “*jak moc je to pro mě nepřijemné*”. “*Tak že že tam*

je zase už, že se pře-předpokládá, že-že to bude jako nepříjemné.” Otázku jsme následně vyřadili.

11. **Úlohu č.11 (sdílení svého nedostatku)** komentoval Vít: „*Jo, tak to já taky dělám dnes a denně. Rád slyším od lidí zpětnou vazbu. Já to spíš vztahuju na... eh, na chování, jestli třeba eh, to už je takové nimrání v sobě, jak to říct, že třeba někdy eh ujedeš nějakým směrem, úplně to neodhadneš a ti nejbližší by ti měli dát zpětnou vazbu. To třeba dělám často.*“ Autorka dodala, že tento cílí na práci s domněnkami. „*Člověk může mít nějaké domněnky, co si o mně ti druzí myslí, může to být častější.*“ První otázka byla změněna na „*Je to, co na sobě nemám rád/a, skutečně podstatné?*“

12. **Úloha č.12 (telefonická objednávka)** vznikla až po diskuzi, proto do ní nebyla zahrnuta.

13. U **úlohy č.13 (oslovení nesympatické osoby)** k otázce „*co můžu zlepšit do příštího setkání?*“ Klára podotkla: „*Já když tam slyším slovíčko zlepšit, tak je to takové... jako kdyby... že to zní, tak tak jako... že bych tam dala něco jakoooo změnit nebo tak. Tak to vidím já.*“ A navrhla ji nahradit otázkou „*jak se můžu připravit na další takový rozhovor?*“, s čímž souhlasili také ostatní. Další úpravu navrhl také Vít: „*Možná bych tam dal i zpětné posouzení toho, aby se dotyčný zamyslel nad tím, jak skutečně ta situace byla těžká v realitě a jak si představoval, že bude těžká.*“ Po připomínkách jsme úlohu upravili, změnili jsme předposlední otázku na „*Jak se můžu připravit na další takový rozhovor?*“ a přidali jsme otázku „*Jaká byla má očekávání předem? A jaké to bylo ve skutečnosti?*“

14. U **úlohy č. 14 (otevření tématu koktavosti)** dodal Vít svou zkušenost: „*Třeba mně hodně lidí říká, když mám to lepší období, tak to třeba ani nevidí, neslyší, spíš si myslí že mám třeba jen rychlejší myšlenky, že toho chci hodně říct. Někteří lidé si myslí, že koktavost je jen, že se opakuje nějaká sla-sla-sla-slabika a neuvědomují si, že každý to může mít jinak.*“ Také Lucie popisovala své obavy z třídního kolektivu na střední škole. „*Říkala jsem si, co si o mně budou myslet, že třeba mám nějaké výhody nebo že se na mně budou dívat nějak jinak, ale vlastně oni mně brali prostě jakože v pohodě.*“ A dále vystihla podstatu úlohy. „*Takže jako asi myslím, že to je jen v mojí hlavě, ale vlastně oni si myslí něco jiného.*“ A dále dodala, že je pro ni těžší sdílet toto téma s někým, s kým se zná déle, s čímž souhlasí také Klára. Vít popisuje zkušenost, kdy otevření tématu před učitelem uvolnila jeho napětí v hodinách. V závěru jsme

se shodli na úpravě otázky “co mu na tom vadí” na otázku “jaký má na to názor”, která vyznívá příznivěji.

15. **Úlohu č.15 (sdílet něco, co mě baví)** hodnotí Vít: *„Toto je pro mě zatím asi nejjednodušší úkol: tohle dělám dnes a denně.”* Zároveň jsme se dále shodli, že tato úloha může být ideální pro začátečníky s těžkým typem koktavosti. Klára navrhla změnu zadání: *“Já bych tam asi nechala úplně to... přečtete úryvek nebo přezpívejte píseň. To mi tam přijde takové navíc už, takový jakoo návod, prostě... až moc.”* Tuto formulaci jsme upravili na “co mě oslovilo”.

16. **Úloha č.16 (zavolejte někomu, komu běžně nevoláte)** byla hodnocena pozitivně a beze změn.

17. Do **úlohy č.17 (hodnocení zapojení ve výzvě)** byl přidán Vítův návrh na zhodnocení třech nejlehčích a třech nejtěžších úloh. Shodli jsme se na tom, že úloha je ve finální části materiálu nezbytná.

Shrnutí diskuze: V diskuzi účastníci hodnotili jednotlivé úlohy, sdíleli své zkušenosti související s těmito aktivitami a navrhovali změny, jak obsahové, tak formální, které jsme následně zakomponovali do našich úprav.

5 Aplikace materiálu a jeho výsledky

Materiál byl účastníkům předán k ověření na dobu 1-1,5 měsíce. Poté došlo k jeho vyhodnocení. Vzhledem k tomu, že testování materiálu probíhalo také v době epidemiologických opatření, nedošlo k ověření všech 18 úloh. Záleželo však také na přístupu každého informanta a schopnosti modifikovat situace tak, aby ji mohl splnit, což se některým podařilo.

5.1 Hodnocení materiálu

Materiál jsme ověřili pomocí nestandardizovaného polostrukturovaného rozhovoru, který byl zaměřen na oblasti:

5.1.1 OBLAST PRVNÍ

Informantům byla položena otázka: ***Jak materiál hodnotíte jako celek? Klářino*** hodnocení je ovlivněno situací - plněním výzvy v karanténě, během které se “vrací” v koktavosti zpět, k horším projevům, některé úkoly pro ni byly těžké. Jako těžké je hodnotí také **Vít**. *“To vyžadovalo větší odhodlání nebo překonání strachu, ale zase každý to má jinak, třeba to mohlo být těžší na mě.”* Zároveň dodává, že o to větší to pro něj byla výzva.

Klára i přes náročnost hodnotí materiál pozitivně. *“Jako já si myslím, že je to strašně fajn, je tam tak nějak zahrnuté všechno, co by tam mělo být. Přemýšlela jsem, co by tam ještě mohlo být zahrnuto, aleee vztahuje se to naa-na všechno úplně, takže jako přínosný.”* Na tom se shoduje také **Petr**: *“Byly tam jako úkoly od celkem triviálních až po mnohem složitější, takže prostě každý, kdo by ty úkoly dostal, tak by si našel něco, co by pro něj bylo jednoduché a něco, co by byla větší výzva.”* **Lucii** se materiál taktéž líbí, úkoly do celku dle ní dobře zapadaly. *“Já bych určitě dala vysoké hodnocení.”*

Vít při celkovém hodnocení navrhuje úpravy, jak motivovat i do takové náročnosti. Dle něj je v takové terapii efektivnější rozdělit si velký celek na několik menších. Navrhuje v materiálu využít např. úrovně nebo etapy a také zvýšit počet úkolů, aby měl uživatel větší výběr. To by mohlo být více motivující a *„zároveň by to ani tak člověka netrápilo, kdyby měl vynechat nějaký úkol a neměl na výběr a některý by musel vynechat. Člověk má z toho takový špatný pocit, že vlastně třeba neuspěl.”* Dále si myslí, že dotyčný by měl mít prostor “vypsát se sám”, proto by otázky označil pouze za orientační a nechal by více místa pro vlastní myšlenky. *“Kdyby to bylo pouze jako vodítko, tak by ses možná dozvěděla mnohem víc, protože by se toho držel svým způsobem.”*

Shrnutí: Pozitivně se k materiálu stavili všichni čtyři účastníci. Dva z nich upozornili na náročnost materiálu, kterou hodnotí jako vyšší. Jeden z účastníků měl k celku připomínky, které jsme do finálních úprav dále zakomponovali.

Vliv na úpravu materiálu: Při finálních úpravách jsme v úvodu označili otázky jako orientační a motivovali k vlastním postřehům. Po úvaze jsme materiál na etapy nečlenili, protože jsme usoudili, že náročnost je pro každého individuální - členění do etap jsme v úvodu doporučili, nicméně individuálně dle potřeb osoby s kóktavostí. Materiál jsme také rozšířili o několik úloh.

5.1.2 OBLAST DRUHÁ

Dotazem **“Do jaké míry je pro vás materiál využitelný v praxi?”** jsme získali různá hodnocení. **Lucie** by využila všechny úlohy. A dodává: *„Ty situace, které tady jsou, bych určitě mohla využít třeba i za pár let.”* Dle **Petra** jsou dobře využitelné skoro všechny úlohy. Zmiňuje úlohu č.9, která mu nevyhovovala a zcela jistě by ji nevyužil. **Klára** vnímá některé úkoly jako náročné, avšak využitelné. A dodává: *„No já si myslím, že když člověk splní aspoň polovinu, tak jednak mu to dodá takovou odvalu, že něco zvládl a že to jde a trochu se otrká v tom, že nemusí mít takový strach někoho oslovit.”* *„Prostě člověk se nějak přestane bát a ví, že to nějak jde.”* **Vít** zde zmiňuje ideální podmínku využití. Dle něj může materiál dobře působit v interakci osoby s kóktavostí a logopeda, kdy poslouží k reflexi v terapii. *“Myslím si, že to bude vhodný počin právě pro oba dva v té tvrdé terapii, takže si myslím, že v tomto to má své místo.”* Pokud by to dle něj plnil jedinec sám, bez podpory terapeuta, mohl by lehce ztratit motivaci. Později taktéž **Klára** zmínila, že je pro ni přínosnější provádět sebereflexi s druhým člověkem.

Shrnutí: Účastníci hodnotí materiál jako využitelný v různé míře: **Lucie** vnímá jako přínosné všechny úlohy. **Petr** by využil skoro všechny úlohy, kromě úlohy č.9 (videozáznam). Pro **Klár**u je materiál efektní už po splnění poloviny úloh. Úlohy by prakticky využila. **Vít** i **Klára** zmiňují potřebu provést sebereflexi s druhou osobou, ideálně s logopedem.

5.1.3 OBLAST TŘETÍ

V třetí části jsme se ptali: **„Nakolik je pro Vás materiál srozumitelný?”** Materiál je ode všech hodnocen jako srozumitelný, pouze s drobnými připomínkami. **Klára** dodává: *„S tím jsem neměla problém, bylo to hezky napsané, jasně, stručně.”* Stejně hodnocení podala **Lucie**. **Petr** žádnou nejasnost v materiálu nevnímá. *„Prostě nestalo se mi, že bych narazil na otázku a řekl si ‘co že se to tady po mně chce’.”* **Vít** zmiňuje, že pro něj bylo obtížné zamýšlet se nad otázkami typu “v čem mi ten úkol něco přinesl” nebo “jestli jsem si něco uvědomil”, protože si

na mnohé z nich v terapii odpověděl již dříve. „*Pro člověka je srozumitelnější, kdyby ty otázky byly jen jako vodítko, aby si to zase napsal podle sebe, ale záleží to na úhlu pohledu.*”

Shrnutí: Účastníci materiálu rozuměli, byl podán srozumitelně. **Vít** dodal připomínky k otázkám typu “v čem mi ten úkol něco přinesl” nebo “jestli jsem si něco uvědomil”, které se mu zdály náročné na přemýšlení.

Vliv na úpravu materiálu: Připomínku jsme vnímali jako individuální, tyto otázky jsme ponechali beze změny. Úpravy vyplývají z další otázky.

5.1.4 OBLAST ČTVRTÁ

Účastníků jsme se dotazovali: **Co v materiálu chybí? Nebo naopak přebývá?** Pro **Lucii** je materiál úplný. Další se vyjadřují s připomínkami. **Klára** postrádá úvod k materiálu. „*Jak je ten první úkol (jízda ve vlaku, pozn. autorky), který jakoby ani tu výzvu nezačíná, že mě tam nějak chyběla otázka nebo úkol, která by tím měla začít.*” Zároveň navrhla otázku “Jak se cítím před touto výzvou?”, která by mohla být součástí úvodu. A dodává k tomu: „*Možná jenom třeba napsat tři věty, o co jde, jaký to má smysl, co to má přinést třeba.*” **Vít** opakuje návrh na etapy/úrovně, které by materiál rozčlenily dle obtížnosti, a skrze ně by klient viděl svůj posun. „*Možná udělat to, aby měl člověk pocit, že jde krůček po krůčku. Že to není jeden velký úkol, těžká výzva, která je před ním jako velký balvan, ale když se to rozseká do těch menších částí, tak je to i psychologicky pro toho člověka jednodušší a má potom i radost z toho, že postupuje jednotlivými kroky, etapami.*” **Petr** po zamyšlení hodnotí, že úloha č.11 (popřemýšlejte, co na sobě nemáte rádi a sdílejte to s někým blízkým) podle něj k tématu materiálu nepatří. „*Vím, že jak jsem si k tomu psal poznámky, tak jsem se ptal 'počkat, jak to souvisí s tou vadou řeči'. Jako jo, povedlo se mi to tam zmínit, jaký to má vliv, ale prostě když jsem to plnil, tak jsem se na to soustředil tak, že to nebyla priorita toho.*”

Shrnutí: Tři účastníci sdíleli své připomínky. **Klára** by přidala úvodní stránku s vysvětlením nebo úvodní úlohu k zamyšlení. **Vít** připomíná návrh členění na etapy. Dle **Petra** přebývá úloha č.11, která nesouvisí s tématem.

Vliv na úpravu materiálu: Rozhodli jsme se při úpravách zařadit úvod i úvodní úlohu. Návrh členit materiál na etapy jsme nakonec neuskutečnili, protože si myslíme, že nelze členit objektivně. Úlohu, kterou Petr považuje za nadbytečnou, např. Klára hodnotila jako velmi přínosnou a rozhodli jsme se ji v materiálu ponechat.

5.1.5 OBLAST PÁTÁ

V závěrečné fázi jsme kladli otázku: **Jak hodnotíte vizuální stránku materiálu?**

Materiál byl účastníkům výzkumu dodán k ověření v podobě jednoduchých samostatných A5 listů, z nichž každý obsahoval jednu úlohu. Finální podobu materiálu jsme se rozhodli pro ověření materiálu ponechat otevřenou a po hodnocení účastníků ji upravit do konečné podoby. Reakce na materiál tedy odpovídají původní “zkušební” verzi. V příloze jsme uvedli ukázkou již vyplněného materiálu.

Dle **Lucie** je materiál přehledný a dostačující. Stejně tak pro **Petra**, který oceňuje sestavu úlohy, podotázek a stupnice. **Klára** hodnotí vizuální stránku jako “určitě dobrou”, zároveň však dodává svou finální představu. „*Já bych si představila nějakou barevnou knížečku, kde by byla vždy jedna stránka s úkoly a druhá by byla třeba s prázdnými řádky na odpovědi. (...) Nebo bych to nechala načisto na A5, mně se líbí, že je to takový menší...*“ **Vítovi** se líbí podoba A5 i A4. U A5 navrhuje také pracovní sešit navíc, který by sloužil pro zápisky. V případě A4 je dle něj naopak dostatek prostoru na psaní. Zároveň dodává, že by materiálu seděla nějaká barevná forma, něco jednoduchého, co by neodvádělo pozornost.

Shrnutí: Dvěma účastníkům se materiál líbí a nemají připomínky. Dva další pak zmínili své představy o úpravě, které jsme následně zvažili.

Vliv na úpravu materiálu: Materiál jsme dále upravili částečně dle připomínek a dle vlastního uvážení. Dodali jsme mu barevnou formu - žluté orámování každého listu. Za každou úlohou jsme ponechali volný list na vlastní postřehy, zároveň jsme jej obohatili o zkušenosti, tipy a povzbuzení samotných účastníků výzkumu. Přidali jsme úvodní stránku, úvodní úlohu dle připomínek a rozšířili materiál o 5 nových úloh, resp. 6 listů (posledním je „prázdná“ úloha, která vybízí k vlastní tvorbě).

5.2 Shrnutí

V závěrečném hodnocení jsme kladli otázky reflektující ověření materiálu v praxi účastníků. K materiálu jsme získali pozitivní zpětnou vazbu od účastníků výzkumu, účastníci jej hodnotí jako přínosný, byť náročnější oproti původním očekáváním. Zároveň jsme v úvodu obdrželi připomínky na budoucí změny, jako rozšíření úloh materiálu, případné rozčlenění na etapy. Připomínku k rozčlenění jsme se po úvaze, vzhledem k individualitě každého jedince, rozhodli nerealizovat.

Co se týče využitelnosti materiálu, můžeme shrnout, že účastníci vnímají většinu materiálu jako využitelný. Dva účastníci upozorňovali, že materiál je vhodné využít

především ve spolupráci s logopedem. Objevila se připomínka k úloze č.9 (videozáznam), pro jednoho z účastníků jako méně využitelná. Tato výpověď nám potvrdila, že skupina účastníků je různorodá, stejně jako uživatelé materiálu v budoucnu. Jelikož se jednalo o reakci jednoho účastníka na drobnou část materiálu, tyto připomínky nebyly podnětem k dalším úpravám.

Úplnost materiálu byla hodnocena s připomínkami. Od jednoho z účastníků vzešel podnět na přidání úvodní stránky a úvodní úlohy, naopak dle dalšího přebývá úloha č.11 (sdílejte svůj nedostatek). Dále byly navrženo členění na etapy, které ovšem z důvodu subjektivního vnímání jedinců na náročnost situací nelze uskutečnit. Dá se konstatovat, že materiál je poskládán z velké části vhodně. První připomínka byla zakomponována do následných úprav.

Vzhledem k tomu, že jsme materiál přetvářeli do finální podoby až po testování účastníky, byla vizuální stránka hodnocena s připomínkami ode dvou účastníků. Představy o finální podobě se na naší straně i straně účastníků poměrně shodovaly, snažili jsme se zahrnout připomínky do posledních úprav. Potvrzením jsou kladné reakce účastníků po dokončení materiálu.

6 Výsledky a diskuze

V našem výzkumu jsme si položili výzkumný cíl vytvořit terapeutický materiál za spolupráce osob s koktavostí. Tento cíl byl díky nadstandartně dobré spolupráci s účastníky výzkumu naplněn. Následně se podařilo materiál účastníky ověřit a upravit do finální podoby, čímž došlo k naplnění dílčích cílů.

Na výzkumnou otázku „Jak informanti hodnotí navržený materiál?“ můžeme odpovědět kladně. Informanti zhodnotili materiál jako přínosný. Ptali jsme se také, „Nakolik je materiál využitelný v praxi samotných balbutiků?“. Informanti z velké části hodnotí materiál jako do praxe užitečný.

Co se týče limitů práce, zaznamenali jsme je na straně výzkumníka, účastníků i prostředí. Vnímáme naši nedostatečnou zkušenost s logopedickou intervencí osob s koktavostí. Zejména v části společné diskuze byl potenciál rozšířit setkání také o terapeutické prvky, což se nám pro nedostatek zkušenosti, ale také času, nepodařilo naplnit. V části diskuze jsme také neprojevíli dost snahy zapojit účastníky stejným dílem, což zpětně hodnotíme jako chybu. Na straně účastníků se objevily limity při hledání termínu společného setkání, na které se nakonec mohli dostavit pouze tři ze čtyř účastníků. Možným limitem mohla být také různorodá míra aktivity u účastníků výzkumu, v důsledku čehož jsme místy získali nerovnoměrné odpovědi. Zároveň to ale vnímáme jako přirozený jev výzkumné práce. Vzhledem k tomu, že část ověření probíhala v březnu 2020, na straně prostředí nám byla limitem epidemiologická opatření, která zčásti znemožnila plnění některých úkolů, např. setkání ve vlaku, účast na přednášce a další. Přiznáváme, že materiál nebyl ověřen v plné míře (18 úloh), nýbrž odhadujeme, že se ověření podařilo naplnit z 60 – 70 %. Ve finální fázi jsme také přidali

Jsme si vědomi, že ověření materiálu v závěrečné fázi postrádalo hodnocení ze strany logopedů. Jelikož je naším cílem uplatnit materiál v logopedické praxi, pohled odborníka by přinesl cenné rady. Toto ověření jsme v průběhu výzkumu zvažovali, avšak nakonec z kapacitních důvodů neprovedli.

Nabízí se další zkoumání materiálu, jeho rozšíření a opětovné ověření. V rozhovorech s účastníky se objevil také nápad mobilní aplikace, která by byla osobě s koktavostí průvodcem a poskytovala jedinci zpětnou vazbu. Na českém logopedickém poli tvoří materiály pro osoby s chronickou koktavostí nedostatkové zboží. Proto vidíme jako potřebné postupovat ve výzkumu těchto materiálů dále a hledat cesty, jak materiál přizpůsobit

potřebám klienta. Mobilní aplikace by dle našeho názoru mohla pokrýt potřeby osob s koktavostí, které dávají přednost svépomocné terapii před terapií vedenou logopedem, na druhou stranu si uvědomujeme, že přenesení motivace z doprovázejícího logopeda na mobilní telefon nemusí být ve výsledku podpůrné. V závěru docházíme k poznatku tohoto výzkumu, že se jeví jako obtížné pokrýt v materiálu individualitu jedince, nicméně zkoumání těchto cest společně s klientem má podle nás velký smysl.

Z pohledu terapeuta se domníváme, že již samotný proces tvorby působil na účastníky částečně terapeuticky. Jednotlivě jsme vedli sdílné rozhovory, později se účastníci střetli na společném setkání, diskutovali nad budoucím materiálem, otevřeně hovořili o svých zkušenostech a sdíleli jejich podobnosti. Ve výhledu bylo také “nepracovní” setkání celé skupiny, které bohužel znemožnila epidemiologická opatření. Jsme si vědomi potenciálu této skupiny účastníků, která by se časem mohla stát také skupinou svépomocnou. V průběhu výzkumu účastníci projevovali o společná setkání zájem a my si uvědomujeme, jak naléhavě svépomocné skupiny v českém prostředí chybí. Domníváme se, že iniciativa logopedů k jejich vytvoření a jejich počáteční nebo průběžné zapojení by mohla napomoci k jejich obnovení.

Závěr

V této diplomové práci jsme si kladli za cíl vytvořit materiál pro osoby s chronickou koktavostí, za jejich spolupráce, a tedy na míru jejich potřebám. Jako dílčí cíle jsme si stanovili ověření materiálu a jeho následnou úpravu.

Teoretická část pojednávala o hlavních poznacích problematiky koktavosti, které jsme pro náš výzkum považovali za klíčové. V úvodu jsme se věnovali rozlišení plynulosti a neplynulosti v projevu a kategorii „poruchy plynulosti řeči“. V následujících kapitolách jsme dali prostor terminologickému vymezení koktavosti, jejím etiologickým východiskům a diagnostice. Dále jsme komplexně popsali syndrom koktavosti a představili možnosti terapie koktavosti, s důrazem na behaviorální techniky, které tvoří jádro tvořeného materiálu.

Praktickou část jsme rozdělili na předvýzkumnou a výzkumnou. V první části jsme započali spoluprací se čtyřmi účastníky výzkumu, kteří se v různé míře potýkají s chronickou koktavostí. Pro potřeby další spolupráce jsme provedli orientační diagnostiku psychické tenze a zpracovali jejich anamnestické profily. Jako podklad pro tvorbu materiálu jsme se účastníků dotazovali na zkušenosti s materiály v jejich dřívější logopedické terapii. Pro další výzkum jsme získali potvrzení, že je z jejich strany o budoucí materiál zájem.

Těžiště výzkumné části spočívalo v tvorbě logopedického materiálu, který směřuje k motivaci jedinců s koktavostí účastnit se komunikačních situací a k následné sebereflexi. Popsali jsme postup tvorby včetně diskuze s účastníky nad první verzí materiálu a zdroje, které nám pro materiál byly inspirací. Dále jsme představili cíl materiálu a stručně jeho obsah. Následně jsme referovali o ověření materiálu účastníky v průběhu 1-1,5 měsíce a uvedli jejich výsledné hodnocení, zaznamenané skrze polostrukturovaný rozhovor.

V závěru výzkumu konstatujeme, že výše uvedené výzkumné cíle se podařilo naplnit. Přejeme si, aby materiál mohl sloužit logopedům v jejich intervenci, doplnit jejich terapii a motivovat osoby s koktavostí k interakci s druhými, potažmo k vlastnímu sebepoznání.

Zdroje:

- Bloodstein, O. (1995). *Handbook on stuttering*. Singular Publishing. In: Lechta, V. (2010). *Koktavost: integrativní přístup* (Vyd. 2., rozš. a přeprac). Portál.
- Bloodstein O. and Ratner N.B. (2008) *A handbook on stuttering*, 6th edn. Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning. In: Yaruss, J Scott and Nasir, Sazzad (June 2019) *Stuttering*. In: eLS. John Wiley & Sons, Ltd: Chichester. DOI: 10.1002/9780470015902.a0028069
- Conture, E. G. (2001). *Stuttering - its nature, diagnosis and treatment*. Allyn and Bacon. In: Lechta, V. (2010). *Koktavost: integrativní přístup* (Vyd. 2., rozš. a přeprac). Portál.
- Culatta, R., & Goldberg, S. A. (1995). *Stuttering therapy*. Allyn and Bacon. In: Lechta, V. (2010). *Koktavost: integrativní přístup* (Vyd. 2., rozš. a přeprac). Portál.
- Cséfálvay, Z., & Lechta, V. (2013). *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Portál.
- Dezort, J. (2019). *Koktavost - návrh komplexního diagnosticko-terapeutického programu pro dospělé s koktavostí s důrazem na desenzibilizaci, recidivu a následnou péči* [Disertační práce]. Univerzita Karlova.
- Dlouhá, O., et al. (2017). *Poruchy vývoje řeči*. Galén.
- Falk, S., Russo, F. A., & Schreier, R. (2020). *The Routledge Companion to Interdisciplinary Studies in Singing, Volume III: Wellbeing: Singing and stuttering*. Routledge.
- Fraser, J. H. (Ed.). (2010). *Účinné poradenství při terapii koktavosti*. Portál.
- Fraser, M. (2011). *Svépomocný program při koktavosti: informace, zásady, postupy* (Vyd. 3, přeložila Alžběta PEUTELSCHMIEDOVÁ). Portál.
- Guitar, B. (2006). *Stuttering: an integrated approach to its nature and treatment* (3rd ed.). In: Dezort, J. (2019). *Koktavost - návrh komplexního diagnosticko-terapeutického programu pro*

dospělé s koktavostí s důrazem na desenzibilizaci, recidivu a následnou péči [Disertační práce]. Univerzita Karlova.

Guitar, B. (1998). *Stuttering: an integrated approach to its nature and treatment*. Baltimore: Williams & Wilkins. In: Lechta, V. (2010). *Koktavost: integrativní přístup* (Vyd. 2., rozš. a přeprac). Portál.

Hendl, J., & Remr, J. (2017). *Metody výzkumu a evaluace*. Portál.

Hood, S. B. (1999). *Stuttering Words*. Stuttering Foundation of America. In: Lechta, V. (2010). *Koktavost: integrativní přístup* (Vyd. 2., rozš. a přeprac). Portál.

Howell, P. (2007). Signs of developmental stuttering up to age eight and at 12 plus. *Clinical Psychology Review*, 3(27), 287-306. In: Neubauer a kol. (2018). *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Portál.

Klenková, J. (2006). *Logopedie*. Grada Publishing.

Leanderson, R., & Lewi, L. (1967). A new approach to the experimental theory of stuttering and stress. *Acta Orolaryng*, 1967 (226), 311-316. In: Škodová, E., & Jedlička, I. (2007). *Klinická logopedie* (2., aktualiz. vyd). Portál.

Lechta, V. (1990): Balbuties. In: Lechta, V. a kol.: *Logopedické repertorium*. Bratislava: SPN
In: Lechta, V. (2010). *Koktavost: integrativní přístup* (Vyd. 2., rozš. a přeprac). Portál.

Lechta, V. (2010). *Koktavost: integrativní přístup* (Vyd. 2., rozš. a přeprac). Portál.

Lechta, V. (2004b): Limity terapie zajakavosti. In: *Logopaedica VII.*, Liečreh Gúth 2004, s.17-25, In: Lechta, V. (2010). *Koktavost: integrativní přístup* (Vyd. 2., rozš. a přeprac). Portál.

Lechta, V., Zajakavosť, in Kerekrétiová, A. (2016). *Logopédia*. Univerzita Komenského v Bratislave.

Lickley, R. (2017). *Disfluency in typical and stuttered speech*. Officinaventuno.

Lindzey, G., & Aronson, E. (1968). *The handbook of social psychology* (2nd edition). Addison-Wesley. In: Lechta, V. (2010). *Koktavost: integrativní přístup* (Vyd. 2., rozš. a přeprac). Portál.

Manning, W. H. (2010). *Clinical decision making in fluency disorders* (Third Edition). In: Lechta, V. (2010). *Koktavost: integrativní přístup* (Vyd. 2., rozš. a přeprac). Portál.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF (2008). Praha: Grada, 2008.

MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2018. (2018). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

Novák, A. (1996). *Foniatrie a pedaudiologie II: poruchy hlasu - základy fyziologie hlasu, diagnostika, léčba, reedukace a rehabilitace*. Alexej Novák.

Peutelschmiedová, A. (2005). *Techniky práce s balbutiky*. Univerzita Palackého v Olomouci.

Pokora, J. (2019). *Psychosomatika koktání: jak transformovat koktání na plynulou řeč*. MVDr. Helena Pokorová.

Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (Eds.). (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Hogrefe - Testcentrum.

Radford, N. T. (2002). *Smooth talking stuttering therapy program*. Singular. In Lechta, V. (2010). *Koktavost: integrativní přístup* (Vyd. 2., rozš. a přeprac). Portál.

Sandrieser, P., & Schneider, P. (2008). *Stottern im Kindesalter*. New York: Thieme. In: Lechta, V. (2010). *Koktavost: integrativní přístup* (Vyd. 2., rozš. a přeprac). Portál.

Skutil a kol. (2011). *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu*. Portál.

Strauss, A. L., & Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Sdružení Podané ruce.

Škrabáková, A., & Lechta, V. (2005). *Možnosti logopedické diagnostiky psychické tenzie u chronických balbutikov*. Liečreh Gúth.

Švaříček, R., & Šeďová, K. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Portál.

Wirth, G. (1990). *Sprachstörungen, Sprechstörungen, kindliche Hörstörungen*. DAV. In:

Lechta, V. (2010). *Koktavost: integrativní přístup* (Vyd. 2., rozš. a přeprac). Portál.

Elektronické články:

Blomgren, M. (2013). Behavioral treatments for children and adults who stutter: A review. *Psychology Research And Behavior Management*, 2013(6), 9-19.

<https://doi.org/10.2147/PRBM.S31450>

Bullack, A., Cass, C., Nater, U.M., & Kreutz, G. (2018). Psychobiological Effects of Choral Singing on Affective State, Social Connectedness, and Stress: Influences of Singing Activity and Time Course. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 12(233). DOI: 10.3389/fnbeh.2018.00223

Clements-Cortes, A. (2012). Can music be used to help a person who stutters? *The Canadian Music Educator*, 53(4), 45–48. In: O'Donoghue J., Moss H., Clements-Cortes A. & Freeley C. (2020): Therapist and individual experiences and perceptions of music therapy for adolescents who stutter: A qualitative exploration, *Nordic Journal of Music Therapy*, DOI: 10.1080/08098131.2020.1745872

Conally, E. L., Ward, D., Pliatsikas, C., Finnegan, S., Jenkinson, M., Boyles, R., & Watkins, K. E. (2018). Separation of trait and state in stuttering. *Human Brain Mapping*, 2018(39), 3109-3126. <https://doi.org/10.1002/hbm.24063>

Etchell, A. C., Ryan, M., Martin, E., Johnson, B. W., & Sowman, P. F. (2016). Abnormal time course of low beta modulation in non-fluent preschool children: A magnetoencephalographic study of rhythm tracking. *Neuroimage*, 2016(125), 953-963. DOI: [10.1016/j.neuroimage.2015.10.086](https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2015.10.086)

Etchell, A. C., Civier, O., Ballard, K. J., & Sowman, P. F. (2018). A systematic literature review of neuroimaging research on developmental stuttering between 1995 and 2016. *Journal Of Fluency Disorders*, 2018(55), 6-45. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.03.007>

Felsenfeld, S. (2002). Finding susceptibility genes for developmental disorders of speech: The long and winding road. *Journal of Communication Disorders*, 35(4), 329–345. In: Conally, E. L., Ward, D., Pliatsikas, C., Finnegan, S., Jenkinson, M., Boyles, R., & Watkins, K. E. (2018). Separation of trait and state in stuttering. *Human Brain Mapping*, 2018(39), 3109-3126. <https://doi.org/10.1002/hbm.24063>

Fiorin M, Marconato E, Palharini TA, Picoloto LA, Frizzo AC, Cardoso AC, et al. Impact of auditory feedback alterations in individuals with stuttering. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2019. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2019.08.005>

Humeniuk, E., & Tarkowski, Z. Characteristics of emotion regulation among adults with chronic stuttering. *Psychiatr Psychol Klin*, 2019(19), 315-319. <https://doi.org/10.15557/PiPK.2019.0033>

Maguire G.A., Nguyen D.L., Simonson K.C. and Kurz T.L. (2020) The Pharmacologic Treatment of Stuttering and Its Neuropharmacologic Basis. *Front. Neurosci*. 14:158. doi: 10.3389/fnins.2020.00158

Nouri et al. (2012). Stuttering: Genetic updates and a case report. *Advanced Biomedical Research*, (January - March 2012). <https://doi.org/10.4103/2277-9175.96070>

O'Donoghue J., Moss H., Clements-Cortes A. & Freeley C. (2020): Therapist and individual experiences and perceptions of music therapy for adolescents who stutter: A qualitative exploration, *Nordic Journal of Music Therapy*, DOI: 10.1080/08098131.2020.1745872

Packman, A. (2012). Theory and therapy in stuttering: A complex relationship. *Journal Of Fluency Disorders*, 2012(37), 225-233. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.05.004>

Reilly, S., et al. (2013). Natural History of Stuttering to 4 Years of Age: A Prospective Community-Based Study. *Pediatrics*, 3(132), 1098-4275. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3067>

Scheurich, J. A., Beidel, D. C., & Vanryckeghem, M. (2019). Exposure therapy for social anxiety disorder in people who stutter: An explanatory multiple baseline design. *Journal Of Fluency Disorders*, (59), 21-32. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2018.12.001>

Smith A, Weber C. How Stuttering Develops: The Multifactorial Dynamic Pathways Theory. *J Speech Lang Hear Res*. 2017;60(9):2483-2505. doi:10.1044/2017_JSLHR-S-16-0343

Sønsterud, et al., (2019) *Journal of Communication Disorders*,
<https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2019.105944>

Tarkowski, Z. (2018). Terapie kóktavosti metodou Tarkowského. *Listy Klinické Logopedie*, 2018(1). DOI: [10.36833/kl.2018.016](https://doi.org/10.36833/kl.2018.016)

Tichenor, S. E., & Yaruss, J. S. (2019). Group Experiences and Individual Differences in Stuttering. *Journal Of Speech, Language And Hearing Research*, 2019(62), 4335-4350. https://pubs.asha.org/doi/10.1044/2019_JSLHR-19-00138

Tichenor, S. E., & Yaruss, J. S. (2019). Stuttering as Defined by Adults Who Stutter. *Journal Of Speech, Language And Hearing Research*, 2019(62), 4356-4369. https://pubs.asha.org/doi/10.1044/2019_JSLHR-19-00137

Yairi, E., & Ambrose, N. (2013). Epidemiology of Stuttering: 21st advances. *Journal Of Fluency Disorders*, (38), 66-87. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.11.002>

Yaruss, J. S. (2010). Assessing quality of life in stuttering treatment outcomes research. *Journal Of Fluency Disorders*, 2010(35), 190-202. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2010.05.010>

Yairi E. & Ambrose N. (1992) Onset of stuttering in preschool children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 35: 782–788. In: Yaruss, J Scott and Nasir, Sazzad (June 2019) *Stuttering*. eLS. John Wiley & Sons, Ltd: Chichester. DOI: 10.1002/9780470015902.a0028069

Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2004). Stuttering and the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): An update. *Journal Of Communication Disorders*, 2004(37), 35-52. [https://doi.org/10.1016/S0021-9924\(03\)00052-2](https://doi.org/10.1016/S0021-9924(03)00052-2)

Yaruss, J Scott and Nasir, Sazzad (June 2019) *Stuttering*. In: eLS. John Wiley & Sons, Ltd: Chichester. DOI: 10.1002/9780470015902.a0028069

Seznam grafů:

Graf č. 1 – obtížnost situací, Lucie

Graf č.2 – obtížnost situací, Vít

Graf č.3 – obtížnost situací, Petr

Graf č.4 – obtížnost situací, Klára

Seznam tabulek:

Tab.č.1 – „těžké“ a „velmi těžké“ situace, Lucie

Tab.č.2 – „těžké“ a „velmi těžké“ situace, Vít

Tab.č.3 – „těžké“ a „velmi těžké“ situace, Petr

Tab.č.4 – „těžké“ a „velmi těžké“ situace, Klára

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Eliška Holeňová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	PhDr. Renata Mlčáková, PhD.
Rok obhajoby:	2020
Název práce:	Tvorba terapeutického materiálu k poruchám plynulosti řeči u dospělé klientely
Název v angličtině:	Creation of therapeutic material for fluency disorders by adults
Anotace práce:	<p>Diplomová práce se zabývala tvorbou terapeutického materiálu pro osoby s poruchami plynulosti řeči, konkrétně chronickou koktavostí. Hlavním cílem práce byla tvorba terapeutického materiálu v aktivní spolupráci klientů s chronickou koktavostí. Užili jsme výzkumné metody polostrukturovaného rozhovoru a diskuze. Výzkumu se zúčastnili 4 klienti s chronickou koktavostí, ve věku 18-26 let. Na základě polostrukturovaného rozhovoru s klienty jsme navrhli první verzi materiálu, jež byla následně diskutována na společném setkání. Po úpravě byl materiál předán klientům k ověření a v závěrečné fázi ověřen pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Výsledná data ukazují kladné hodnocení materiálu a dostatečnou míru využitelnosti v praxi osob s koktavostí, zejména ve spolupráci s logopedem.</p>
Klíčová slova:	koktavost, terapeutický materiál
Anotace v angličtině:	<p>The diploma thesis is focused on a creation of therapeutic material for people with speech fluency disorders, specifically with chronic stuttering. The main aim of the thesis was to create therapeutic material in the active cooperation with the clients suffering from a stutter. We used research methods of qualitative research: semi-structured interview and discussion. The research involved 4 clients with chronic stuttering, aged 18-26 years. Based on the semi-structured interview with clients, we proposed the first version of the material, which was then discussed at the meeting. After the modification, the material was handed over to the clients for verification and in the final phase it was verified by the means of another semi-structured interview. The resulting data show a positive evaluation of the material and a sufficient degree of usability in the practice of people with stuttering, especially in cooperation with a speech therapist.</p>
Klíčová slova v angličtině:	stuttering, therapeutic material

Přílohy vázané k práci:	Komunikační výzva – terapeutický materiál (volně vázáno)
Rozsah práce:	64 s. + 44 s. příloh
Jazyk práce:	Český jazyk