

Česká zemědělská univerzita v Praze

Institut vzdělávání a poradenství

Katedra pedagogiky



Pedagogické přístupy k žákům s kórtavostí

Závěrečná práce

Autor: **Ing. Karolína Machová**

Vedoucí práce: prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.

2020

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci na téma:

Pedagogické přístupy k žákům s koktavostí

vypracovala samostatně a citovala jsem všechny informační zdroje, které jsem v práci použila, a které jsem rovněž uvedla na konci práce v seznamu použitých informačních zdrojů.

Jsem si vědoma, že na moji bakalářskou/závěrečnou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, především ustanovení § 35 odst. 3 tohoto zákona, tj. o užití tohoto díla.

Jsem si vědoma, že odevzdáním závěrečné práce souhlasím s jejím zveřejněním podle zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a to i bez ohledu na výsledek její obhajoby.

Svým podpisem rovněž prohlašuji, že elektronická verze práce je totožná s verzí tištěnou a že s údaji uvedenými v práci bylo nakládáno v souvislosti s GDPR.

V dne

.....

(podpis autora práce)

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala své rodině, která mě podporovala po celou dobu studia i při sepsání této práce. Dále chci poděkovat vedoucí práce paní profesorce Beátě Krahulcové za odbornou pomoc a ochotu při vedení mé práce. V neposlední řadě musím poděkovat všem respondentům, kteří věnovali svůj drahocenný čas a odpověděli na mé otázky v praktické části práce. Rovněž panu doktorovi Janu Dezortovi, jenž ochotně pomohl při šíření dotazníku k cílové skupině.

Abstrakt

Závěrečná práce pojednává o problematice koktavosti jako poruchy řeči v prostředí výuky žáků základní případně střední školy. Je určena především pedagogům, ale i všem ostatním, kteří mají o danou problematiku zájem. Z části se věnuje obecné problematice komunikačních poruch, větší část je pak věnována rozboru koktavosti z mnoha hledisek (etiologie, patogeneze, diagnostiky, terapie, ...). Čerpá přitom z české i zahraniční odborné literatury. Zvláštní prostor je věnován rozpoznání začínající koktavosti, komunikaci s koktajícími žáky a jejich speciálním potřebám. Praktická část je věnována konkrétním balbutikům jakožto žákům, a jejich vlastním negativním i pozitivním zkušenostem s výukou dětí s poruchou komunikace na českých základních a středních školách. Z jejich odpovědí na vytvořený dotazník vyplývají hodnotné poznatky pro praxi. Vyzdvihují hlavně nutnost dostatečné informovanosti učitelů ohledně balbuties a jejich aktivního zásahu v případě negativního komunikačního prostředí v třídním kolektivu. Rovněž poukazují na stěžejní faktor při práci s koktajícím žákem, kterým je individualita každého jedince.

Klíčová slova

dysfluence, koktavost, porucha řeči

Abstract

The final work deals with the issue of stuttering as a speech disorder in the teaching environment of primary or secondary school pupils. It is intended primarily for teachers, but also for all others who are interested in the issue. In part, it deals with the general issue of communication disorders, the larger part is devoted to the analysis of stuttering from many perspectives (etiology, pathogenesis, diagnosis, therapy, ...). It draws on Czech and foreign professional literature. A special space is dedicated to the recognition of beginning stuttering, communication with stuttering students and their special needs. The practical part is devoted to specific stuttering as pupils, and their own negative and positive experiences with teaching children with communication disorders in Czech primary and secondary schools. Their answers to the created questionnaire show valuable knowledge for practice. They emphasize the need for teachers to be sufficiently informed about stuttering and their active intervention in the event of a negative communication environment in the classroom. They also point to a key factor in working with a stuttering student, which is the individuality of each individual.

Keywords

Disfluencies, stuttering, language disorder

OBSAH

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ VÝCHODISKA	8
1 Cíl a metodika.....	8
2 Význam řeči a narušená komunikační schopnost	9
2.1 Význam řeči	9
2.2 Klasifikace poruch řeči u dětí.....	11
3 Kóktavost.....	14
3.1 Vymezení pojmu a příčiny vzniku	14
3.2 Druhy kóktavosti.....	16
3.3 Predispozice a vývoj.....	18
3.4 Diagnostika.....	19
3.5 Terapie.....	20
4 Kóktavost u dětí školního věku a pedagogické přístupy	23
4.1 Zaznamenání kóktavosti učitelem a jeho reakce.....	23
4.2 Specifické vlastnosti, odlišnosti a potřeby	25
4.3 Integrace žáka s kóktavostí do třídního kolektivu.....	28
4.4 Komunikace s balbutikem během výuky i mimo ni.....	31
PRAKTICKÁ ČÁST	36
5 Charakteristika regionu.....	36
5.1 Dotazníkové šetření formou otevřených otázek.....	36
5.2 Zhodnocení výsledků	44
5.3 Vlastní doporučení	45
ZÁVĚR	46
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	47
SEZNAM TABULEK, GRAFŮ, OBRÁZKŮ A SCHÉMÁT	54

ÚVOD

Koktavost je porucha řeči s velmi složitým mechanismem vzniku. Její komplexní povaha a rozvoj zapříčiněný mnoha faktory poutá pozornost vědecké i lékařské veřejnosti více než jedno tisíciletí. Přesto ani dnes, s nástupem moderních technologií, nejsme schopni postihnout všechny její neuropsychické mechanismy projevu a etiopatogenezi u každého jedince. Pomineme-li pravděpodobné zkoumání koktavosti starověkými Egypťany, je koktavost v hledáčku vědců již od dob antiky, když se ji snažili objasnit i léčit řečtí filosofové. Je tedy pravděpodobné, že koktavost provází lidstvo již od samotného počátku vývoje komplexní řeči. Od středověku zhruba do 19. století spadala svou podstatou pod odbornost bylinkářů, lékařů nebo dokonce chirurgů. V dnešní době, kdy je její multifaktoriální povaha z velké části odhalena, se na jejím léčení podílejí celé „týmy“ odborníků. Obvykle ve složení logoped, psycholog a lékař. Doplňit je ale mohou i neurologové, psychiatři, informatici a foniatři.

V poslední době je kladen stále větší důraz na terapeutické vlivy nejbližšího okolí. Nejen rodina, ale v širším smyslu každý člověk, se kterým se koktající (zvláště dítě) setkává, hraje buď kladnou, nebo zápornou roli při vývoji jeho koktavosti. Proto by ve škole, v níž tráví dítě i více než třetinu svého času, měl být věnován v terapii i zkoumání koktavosti nemalý prostor. Školní prostředí, ať chceme nebo nechceme, formuje naši osobnost a zájmy. Negativní přístup pedagogů a spolužáků ke koktajícímu dítěti může vést k nezvratným změnám v jeho vnímání sama sebe a spustit kaskádu rozhodnutí, která ovlivní jeho život. Role pedagoga je proto v terapii velmi důležitá.

Není možné budoucí učitele a pedagogické pracovníky předem připravit na všechny možné situace, s nimiž se ve svém profesním životě mohou setkat. Stejně tak není možné, aby jeden učitel obsáhl informace o všech mentálních, komunikačních, motorických, sensorických a dalších poruchách, se kterými se u svých žáků může setkat. Pokud se však setká s jednou konkrétní, měl by se snažit o ní co nejvíce informovat a ulehčit tak výuku všem svým žákům i sobě. K tomu může posloužit i tato práce.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1 Cíl a metodika

Koktavost je nejhůře prožívaná a obtížně přijímaná vada plynulosti řeči. Cílem práce je popsat mechanismus jejího vzniku a projevu a rovněž navrhnout, jak změnit odmítavé postoje ke koktavosti jak pedagogické, tak i další veřejnosti.

Prostudovat současnou dostupnou literaturu k dané problematice a shrnout získané informace do přehledné literární rešerše.

2 Význam řeči a narušená komunikační schopnost

2.1 Význam řeči

Mowlana (2018) rozděluje lidskou komunikaci do pěti dimenzí: komunikaci s bohem, s jiným člověkem, sám se sebou, s přírodou a s technologií. Těchto pět dimenzí postihuje veškeré oblasti, v nichž se lidská komunikace realizuje. Jednotlivé oblasti na sobě nejsou nezávislé a kvalita i kvantita komunikace odehrávající se v jedné z nich ovlivňuje ty další. Na této úrovni není komunikace jen základním kamenem soudržnosti lidské populace, ale i integrity samotného jedince.

Každodenní komunikace mezi lidmi je složitým procesem kombinujícím rytmus, zvuk, gesta a další vědomé i nevědomé projevy. Nejen slova, která vybíráme, ale i přesné načasování a intonace, řídí naši komunikaci s druhými lidmi (Kraus & Slater 2015). To ale není hlavní rys, kterým by se lidská komunikace odlišovala od komunikace jiných živočišných druhů. Typickým rysem je její kooperativní struktura. Tato struktura se pravděpodobně vyvinula jako součást lidské adaptace na pospolitý život ve společnosti a spolupráci obecně. Během evolučního vývoje přinášela kooperativní komunikace výhodu ve způsobu účinnější spolupráce a jako psychická infrastruktura sdílené záměrnosti funguje až dodnes (Tomasello & Roeper 2010). Na úrovni jedince vzniká závislost na efektivní komunikaci se společností. Komunikace působí jako prostředek učení i výchovy. Prostřednictvím komunikace se jedinec učí, ale i formuje svou osobnost (Ionescu 2015).

Jedním z nejběžnějších, a ještě stále nejčastějších, způsobů komunikace je mluva neboli řeč (Kejklíčková 2016). Podle Krahulcová (2007) existuje hned několik definic, například: „Řeč je specificky lidská činnost založená na používání slovních i neslovních výrazových prostředků v procesu komunikace.“ V jiném pojetí ji můžeme chápat rovněž jako: „Způsob sdělování obsahů vědomí pomocí artikulovaných zvukových znaků.“

Verbální komunikace je komplikovaný proces přenosu informací. Jakýkoliv negativní faktor, který ovlivňuje verbální komunikaci, může mít za následek zkreslení přenášené informace nebo úplně znemožnit její přenos (Ionescu 2015). Komunikační akt sestává jak z aktivity mluvčího, tak z aktivity příjemce. U řečníka se celý proces předávání informace odehrává v pěti po sobě jdoucích složkách: motivace, záměr nebo cíl, význam komunikace pro řečníka, formování a kódování zprávy, výpověď s věcným obsahem. Až poslední

složka je přístupná příjemci, ale její výslednou podobu tvoří všechny předcházející procesy (Janoušek 2019).

Podle Janoušek (2019) je tedy verbální komunikace zásadně ovlivněna lidskou mentalitou. Vlastní duševní význam informací je upraven na základě významů přijatých od ostatních lidí. Stejně tak ovlivňuje mentální prostředí jedince okolí a společnost prostřednictvím komunikace. Dynamika a struktura verbální komunikace je tak vzájemně propojena s dynamikou a strukturou mentálního významu.

Krahulcová (2007) rozděluje význam řeči podle sedmi různých hledisek:

Kulturní hledisko

Kulturní hodnota řeči není určována jazykem jako takovým, nýbrž tvůrčími lidskými činnostmi, jež vyjadřuje. Lidstvo v ní od počátku společnosti kóduje svůj kulturní i sociální život. Řeč i její grafický záznam mají obrovský význam v předávání hodnot a znalostí z generace na generaci.

Sociální hledisko

Vznik řeči podmiňuje společnost. Bez společnosti nevzniká potřeba tvořit řeč, protože její hlavní funkcí je dorozumívání mezi jedinci. Její symbolická podstata vyžaduje obeznámení sociální jednotky, aby mohla fungovat jako konvenční dorozumívací prostředek. Na jejím formování se tedy významně podílí tradice a vývoj společnosti.

Edukační hledisko

Mezi špatnou výslovností či modulací řeči a inteligencí nebyl prokázán přímý vztah. Skutečnost, že se u mentálně, fyzicky nebo sensoricky postižených jedinců vyskytuje současně porucha řeči, nemusí být příčinnou souvislostí nízká inteligence, ale například zdravotní problémy. Řeč nicméně do jisté míry odráží myšlení, a proto může reflektovat zvýšenou sebekritičnost, problémy s formulací, chybné výkony a další jevy. U těžkých forem řečových poruch bývají zasaženy i další sémantické, syntaktické a morfologické dovednosti. Neopomenutelný vliv na proces učení má rovněž zpětná vazba kolektivu na poruchu řeči (učitelé, žáci, kolegové, ...).

Profesní a karierní hledisko

Pro výkon některých profesí je správná výslovnost podmínkou kvůli předpokládanému artikulačnímu a řečovému přenosu. Tyto požadavky jsou důležité především pro lidi

pracující s dětmi (pedagogové, vychovatelé, instruktoři, ...), mluvčí nebo moderátory, a to kvůli tendenci k napodobování mluvních vzorů, která je silná zvláště u malých dětí.

Hledisko z pohledu výslovnosti, rétoriky a řečové kultury

Mluvený projev doprovázený náležitým chováním se považuje za součást národní kultury i kulturní úrovně jedince. Vlastní vědní oblast rétoriky prodělala od starověku, kdy fungovala jako integrální disciplína různých oblastí vědění, řadu změn. Moderní pojetí rétoriky se vymezuje oproti ostře vymezeným významům slov a komunikačním bariérám při současné snaze o dosažení gramatické, myšlenkové a rétorické jednoty.

Zdravotnické hledisko

V řeči každého člověka se projevuje jeho zdravotní stav, psychické rozpoložení i povahové rysy. Odráží se v ní přitom nejen vnitřní, ale i vnější prostředí jedince. Při nedostatečné výkonnosti nervové soustavy se na kvalitě řeči projeví různě náročné situace, ve kterých se člověk nachází.

Hledisko sebereflexe

Jakékoli narušení komunikačního procesu zasahuje do vnímání sama sebe hlavně prostřednictvím společenské odezvy. Nicméně i samotná opakovaná psychická traumata, která jedinec vnitřně prožívá během mluvené komunikace, působí negativně na kritické vnímání sebe sama ve společnosti. Význam působení různých složek sociální skupiny na sebehodnocení každého jedince se během jeho ontogenetického vývoje mění. Začíná přejímáním názorů dospělých autorit v raném dětství, pokračuje názory vrstevníků během školních let a končí sebehodnocením skrze vlastní „já“ u dospívajících a dospělých jedinců.

2.2 Klasifikace poruch řeči u dětí

Podle Dlouhá (2012) existuje v dělení poruch řeči velká nejednotnost hlavně u oblasti poruch souvisejících s opožděným vývojem. Současné rozdělení poruch řeči dětí uvádí jako následující: dyslalie, vývojová dysfázie, vývojová dysartrie a kombinované formy, pervazivní vývojové poruchy řeči, získané afázie u dětí, poruchy plynulosti řeči, poruchy řeči u morfologických vad mluvidel, vrozené vady řeči (syndromové vady), dysartrie, vývoj řeči při mentální retardaci, opožděný vývoj řeči u smyslových vad (sluch, zrak) a opožděný vývoj řeči při sociální deprivaci. Kejkličková (2016) navíc rozlišuje sedm významných oblastí:

Poruchy vývoje dětské řeči

Sem řadí opožděný vývoj řeči při poruchách sluchu, mluvidel, intelektu a jemné motoriky, dále poruchu vývoje řeči při nedostatku řečových impulzů nebo negativních vlivech z okolí, poruchy vývoje řeči při onemocnění centrální nervové soustavy a vývoj řeči u dětí s těžkou poruchou zraku.

Pervazivní vývojové poruchy

Jako pervazivní vývojové poruchy ovlivňují řeč autismus, Aspergerův syndrom, Rettův syndrom a Kannerův autismus.

Mutismus

Tato zřídka se vyskytující porucha mezi ostatními poruchami řeči poněkud vyčnívá, neboť se vyznačuje mlčením. Jedinec i přes schopnost řeči nemluví. Mutismus se vyskytuje až po ukončení vývoje řeči a má psychogenní původ.

Myasthenia gravis

Pro toto onemocnění je charakteristická postupně (během hlasového projevu) se zhoršující artikulace a síla hlasu. Jedná se totiž o autoimunitní onemocnění postihující svalstvo okohybné, mluvidel, hltanu, hrtanu i končetin. Příčně pruhované svalstvo je rychle unavitelné a pomalu se zotavuje, protože protilátky vytvářené v brzlíku znemožňují funkci jeho acetylcholinových receptorů.

Poruchy plynulosti řeči

Mezi poruchy plynulosti řeči patří breptavost a kóktavost. Obě poruchy se vyznačují narušením tempa a rytmu řeči. Breptavost charakterizuje rychlá až překotná mluva s nepřesnou artikulací. Oproti tomu při kóktavosti je řeč křečovitá, přerušovaná spasmami řečových svalů s častým opakováním hlásek či slabik.

Poruchy zvuku řeči

Poruchy zvuku řeči mohou postihovat artikulovanou nebo hlasovou složku mluvy a vést k výrazné nesrozumitelnosti. Pokud je zasažena složka hlasu, tak se jazyk stává chraptivým, huhňavým, zastřeným, nebo jinak modulovaným. Při poruše v artikulaci jsou nesprávně tvořeny základní prvky řeči (hlásky, slabiky, slova, věty).

Genetické syndromy spojené s poruchami řeči

Stejně jako pervazivní vývojové choroby i ty genetické ovlivňují behaviorální, komunikační a fyzické schopnosti dětí a dospělých. Řadu z nich doprovází různé abnormality nebo postižení, jež mají negativní vliv na řeč a osvojování jazyka. Mezi takovéto genetické podmíněné nemoci patří například Downův syndrom, Touretův syndrom, syndrom Sedláčkové, Praderův-Williho syndrom, syndrom fragilního X chromozomu a další.

Zatím poslední platná klasifikace podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) rozděluje poruchy řeči do dvou z hlediska etiopatogeneze významně odlišných oblastí (ÚZIS, ©2010-2020). První je oblast poruch psychického vývoje (F80–F89). Do této skupiny řadíme například vývojovou fonologickou poruchu a poruchu artikulace řeči, dyslálii, vývojovou dysfázii nebo afázii, pervazivní vývojové poruchy a další. Pro tento typ poruch je společný nástup v dětství, opožděný nebo narušený vývoj funkcí se silným vztahem k maturaci centrální nervové soustavy a konzistentní průběh. Druhá je oblast chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání (F90–F98). Sem je z poruch řeči řazena pouze koktavost a breptavost.

3 Koptavost

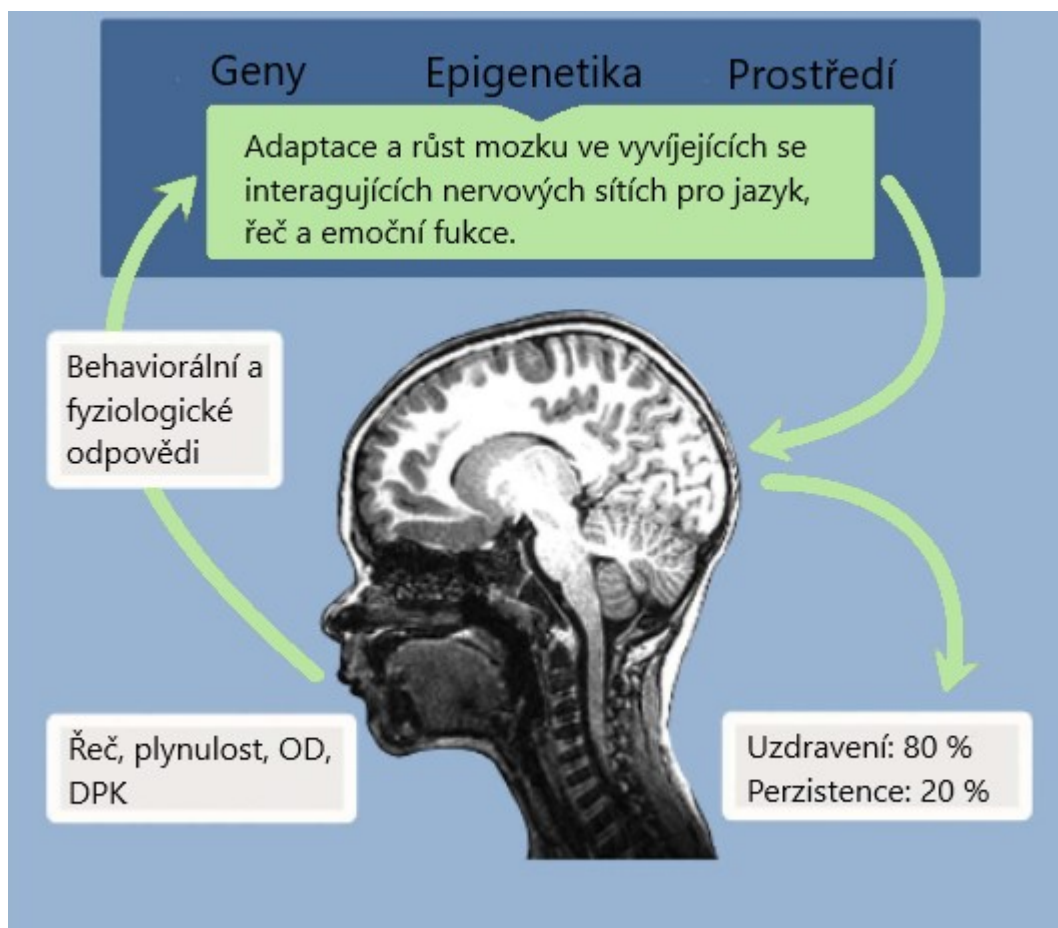
3.1 Vymezení pojmu a příčiny vzniku

Podle Lechta (2010) není možné pohlížet na koptavost (lat. *balbuties*) v širším smyslu jako na dysfluenci obecně, protože ta může být pouhou symptomatickou poruchou řeči spojenou s jiným syndromem, jakým jsou například demence, mozková obrna, afázie nebo psychiatrické onemocnění. Proto je od roku 2016, jak uvádějí Smith a Weber (2016), běžné definovat koptavost v pravém slova smyslu jako samostatnou neurovývojovou poruchu, a to na základě řady experimentálních prací, které již do této doby proběhly a jejichž výsledky to jasně potvrzují. Tato práce je tedy zaměřena výhradně na vývojovou formu koptavosti, jak ji definuje Ward (2006, s. 4-5): „Tato verze, rovněž někdy nazývaná idiopatický koptavost, se vztahuje ke koptání, které vzniká v dětství, obvykle v předškolních letech, a z multifaktoriálních důvodů.“(překlad autor) Druhá, méně častá forma koptavosti, je forma získaná. Ta ve své neurogenní podobě vzniká jako důsledek nějakého neurologického jevu (mrtvice, poškození mozku, ...). Projev této formy je od vývojového koptání odlišný. U vývojové koptavosti jsou lépe patrné projevy konverbálního chování a repetice vznikají na začátcích slov (Prasse & Kikano 2008). Druhá, psychogenní varianta získané koptavosti vzniká na základě psychotraumat, kterým může být úmrtí v rodině, rozvod, šok a podobně (Ward 2006).

Navenek se koptavost nejnápadněji projevuje nekontrolovatelnými nedobrovolnými dysfluencemi během mluvení. Vnitřní projevy u postiženého člověka jsou spojeny s psychickým napětím a velmi namáhavou snahou o správnou artikulaci. Všechny tři tyto projevy jsou velmi variabilní a závisí na momentálním psychickém vyladění i fyzickém stavu postiženého i na konkrétní komunikační situaci, ve které se zrovna nachází (Lechta, 2010). Na vině je nesprávně fungující motorický systém řeči citlivý na zvýšené emoční i lingvistické nároky (Smith a Weber, 2016). Nedobrovolná přerušení řeči vedou ke změnám ve vnitřním i vnějším prostředí dítěte a na fyziologické i behaviorální úrovni. Tyto procesy mohou mít za následek epigenetické působení na geny zapojené do motorických systémů řeči (Smith a Weber 2017).

Ke vzniku koptavosti dochází nejčastěji u předškolních dětí do věku 4 let. Reilly et al. (2009) udávají hodnoty mezi 7-10 % v rámci populace do 3let. Zároveň však do 4 let od jejího počátku u zhruba 74 % případů obvykle vymizí (Yairi et Ambrose, 1999). V tomto

období dochází jednak k rychlému rozvoji složitých artikulačních i jazykových dovedností a jednak k anatomickému vývoji vlastního systému řeči (Yairi, 2006). Děti, u kterých koktavost nevymizí, nejsou kompenzační nervové procesy úspěšné a nechrání před tlakem stále složitějších jazykových požadavků a silnějších psychosociálních tlaků. Jejich motorický systém řeči se tak často hroutí za současného fixování pro koktání typického chování a složitých sekvencí centrální nervové soustavy (Smith a Weber 2017). Přesné příčiny vzniku koktavosti nejsou známy. Podle Lechta (2010) mohou být zcela individuální, různorodého charakteru (orgánové odchylky, dědičnost, sociální prostředí, psychické procesy, další druhy narušení komunikačních schopností, ...). Současně se přiklání k názoru, že by z počátku mohla jako prvotní příčina působit orgánová odchylka, ke které se během patogeneze přidávají další faktory (psychické, sociální, ...). Nedávná multifaktoriální teorie dynamických cest vývoje koktavosti od Smith a Weber (2017) odhalila selhání centrální nervové soustavy při vytváření kompenzačních opatření až dítě ve výsledku nevyvine správné svalové koordinace a základní stabilní motorické programy řeči. Podle nich tedy koktání vzniká během dynamických fází dozrávání nebo během atypického vývoje ve více neuronových sítích zapojených do zpracování jazyka a produkce řeči. Při vývoji koktavosti dochází zároveň k vzájemnému ovlivňování zainteresovaných nervových center. Mechanismus tohoto vzájemného působení shrnuje obrázek 1.



Obrázek 1: Ilustrace hlavních rysů multifaktoriální teorie dynamických drah koftání. Zkratka OD označuje ostatní dysfluence, zkratka DPK dysfluence podobné koftavosti. Převzato a upraveno dle Smith a Weber (2017).

Nejnovější studie Dönmez et al. (2019) potvrdila také souvislost nízké hladiny testosteronu v prenatálním období s rozvojem koftavosti a zároveň jednou z možných etiologických příčin vzniku.

3.2 Druhy koftavosti

Trojanová (2012) udává jako nejčastěji užívané dělení podle období vzniku:

1. **Vývojová dysfluence** vzniká během ontogeneze řeči (v předškolním věku) a jako její doprovodný příznak ve většině případů spontánně zaniká. Tyto fyziologické neplnlosti nedoprovází psychická tenze ani nadměrná námaha. Častá je repetice první slabiky.
2. **Hraniční koftavost** má znaky předchozího stádia, ale kvantitativně i kvalitativně se od něj liší. Typická je vyšší frekvence dysfluencí typu opakování

jednoslabičných slov, protažení hlásky a opakování částí slov. Jedná se o mezní periodu trvající od několika týdnů po několik měsíců, po jejímž překonání dítě buď začne mluvit plynule, nebo koktat.

3. **Incipientní koktavost** již doprovází první sebeuvědomění problému s řečí, sice ještě bez přítomnosti psychické tenze, ale již s nadměrnou námahou při mluvení a ztrátou kontroly nad řečí.
4. **Chronickou koktavost** už často doprovází logofobie. Toto plně rozvinuté stadium koktavosti má všechny tři typické příznaky (dysfluence řeči, psychická tenze, nadměrná námaha) vyskytující se v různé míře v závislosti na konkrétní situaci a konkrétním jedinci.

Další rozdělení podle verbálního projevu na klonickou, tonickou a případně kombinované formy popisuje Bendová (2011). Jak už název napovídá, tonická forma má křečovitý charakter. Kvůli křečím před a během mluveného projevu, dochází k prodlužování vyslovení počáteční hlásky slova nebo úplné neschopnosti mluvit. Tyto křeče doprovází více než 2 % slov a trvají déle než vteřinu. Klonické balbuties je rovněž křečovitá, ale základním příznakem jsou opakování hlásek, slabik, či celých slov.

Logopedové rozdělují koktavost rovněž podle stupně závažnosti poruchy, jak ho udávají Škodová a Jedlička (2003):

1. **stupeň balbuties levis**: Příznaky jsou minimální a vyskytují se zejména ve stresových situacích. Křeče, souhyby ani logofobie nejsou přítomny. Vyskytuje se ale takzvaný Fröschelsův symptom (specifické motorické projevy během překonávání dysfluence např. přešlapování).
2. **stupeň balbuties gradus medius**: Projevují se lehké až střední souhyby mimického svalstva. Při běžných komunikačních situacích časté a očividné příznaky.
3. **stupeň balbuties gravis**: Výrazné projevy doprovází navíc frekventované křeče orgánů řeči, zábrany v komunikaci a těžší souhyby.
4. **stupeň balbuties gravis inaptus**: Jedinci postižení takto rozvinutou formou upřednostňují psanou komunikaci před mluvenou a mají silnou logofobii. Křeče řečových orgánů jsou velmi silné a nápadné, často úplně znemožňující komunikaci. Dále se u nich vyskytují různé slovní vsuvky.

3.3 Predispozice a vývoj

Pokud je vyloučeno jiné onemocnění související s koktavostí přichází na řadu symptomatologická diagnostika. Jelikož se jedná o komplexní poruchu, vyžaduje speciální vyšetření účast odborníků z celé řady medicínských odvětví: neurologie, psychiatrie, psychologie, logopedie, foniatrie a dalších (Trojanová 2012). Nicméně, ještě před rozvojem vlastní koktavosti je obzvláště důležité identifikovat děti, u kterých s největší pravděpodobností koktavost přetrvá a zajistit jim včasné odborné vyšetření a posléze terapeutickou léčbu (Reilly et al. 2009).

Proto se řada autorů zaměřuje na rozpoznání specifických ukazatelů u dětí v předškolním věku, které předcházejí patogenezi koktavosti. Z výsledků studie Reilly et al. (2009) vyplývá, že potenciálním rizikovým ukazatelem může být přítomnost koktavosti v rodinné anamnéze, vyšším vzděláním matky, nebo mužské pohlaví dítěte. Naopak nepotvrdila vliv temperamentu na vznik koktavosti. S postupujícím věkem se zintenzivňuje působení sociálních faktorů: úroveň matčina vzdělání, bohatost jazykového prostředí, ekonomická situace rodiny atd. (Reilly et al. 2010). Další studie ale ukazují, že existuje souvislost mezi přítomností koktavosti a vyšším temperamentem (Kefalianos et al. 2017b). Jiná studie zase potvrdila vliv rodinné anamnézy na udržení koktavosti, ale nepotvrdila souvislost mezi přetrváním koktání a temperamentem, ani pohlavím dítěte (Kefalianos et al. 2017a). Výsledky studií jsou dosti nekonzistentní, shodují se pouze na silné závislosti koktavosti na genetických predispozicích. Konkrétní geny ani oblasti chromozómů zatím nebyly identifikovány. Výsledky studií zaměřených na genetické založení koktavosti shrnují Kraft a Yairy (2012) do několika poznatků: 1) Větší incidence koktavosti u monozygotních dvojčat. 2) Existuje souvislost mezi perzistující koktavostí a přítomností koktavosti v rodinné anamnéze za současně větší pravděpodobnosti přenosu po mužské linii. 3) Koktavost je spojena s geny podmiňující chování, vývoj a fungování nervové soustavy.

Během této periody je rovněž obtížné rozlišit rozvíjející se koktavost od běžných dysfluencí řeči vyskytujících se i u zdravých dětí, i když se od nich kvalitativně liší. Děti s počáteční koktavostí mají mnohem větší podíl dysfluencí „koktavého“ typu: opakování části slova, opakování celého jednoslabičného slova, dysrytmické fonace (protažení hlásky, pomlka, rozdělení slova). Incidence dysfluencí tohoto typu je u koktavých dětí 66 % ze všech vad plynulosti řeči, kdežto u plynule mluvících dětí tvoří většinu vad (76 %) ostatní dysfluence

typu nežádoucích citoslovcí, opuštění věty před jejím dokončením, opravy nebo opakování celé fráze či víceslabičného slova (Ambrose et Yairi, 1999).

3.4 Diagnostika

I když laická veřejnost (blízké okolí dítěte) nemá dostatečné vzdělání pro správné zařazení či charakteristiku poruchy řeči, jsou to samozřejmě hlavně příbuzní nebo pedagogové, kdo nástup koktavosti nebo jiné dysfluence zachytí jako první. Včasné odhalení usnadňuje terapii, někdy i předchází plnému rozvinutí onemocnění (Lechta & Králíková 2011). I pedagogové na základní škole se ještě mohou setkat s incipientní koktavostí. Diagnostika pozdě nastoupivší koktavosti je podle Škodová a Jedlička mnohem obtížnější. U dítěte je obvykle přidružená další vada (smyslová, vývojová dysfázie, ...). Takové dítě trápí jak nedokonalá výslovnost, tak obsahová i gramatická stránka řeči (Škodová & Jedlička 2003).

Vzhledem k multifaktoriální povaze tohoto onemocnění musí být diagnostika velmi komplexní a včasná. Lechta (2010) zdůrazňuje zapojení mnoha skupin odborníků (foniatra, psychologa, psychiatra, neurologa, logopeda a dal.). Za velmi důležité považuje i zapojení nejbližšího okolí, které s postiženým jedincem tráví většinu času, jedná se především o rodiče, příbuzné a pedagogy.

Konkrétní typy diagnostiky z hlediska vědních oborů dělí Škodová a Jedlička (2003) na lékařskou a logopedickou:

Lékařská diagnostika

Medicínské pojetí se zaměřuje jak na kvantitativní zhodnocení řečového projevu, tak kvalitativní (míra závažnosti podle přítomnosti v automatických řadách či zpěvu). Při rozboru jsou zaznamenávány četnosti a konkrétní výskyt zkrácení fonační doby, poruch dechového stereotypu, mimických souhybů a dalších. Kvantitativním ukazatelem poruchy řeči je např. index neplynulosti (počet špatně vyslovených slov připadající na sto slov).

Logopedická diagnostika

Její základem je symptomatika. Způsoby vyhodnocení jsou rozličné, stejně jako jednotlivé symptomy a jejich kombinace. Důležité je od koktavosti odlišit fyziologické vývojové těžkosti řeči, breptavost (rychlá řeč, nedbalá artikulace), nebo jiným onemocněním podmíněnou koktavost. Vyšetření bývá náročné, proto je vhodné ho rozdělit do několika sezení.

3.5 Terapie

Terapie, stejně jako diagnostika, vyžaduje komplexní víceoborový přístup. Koordinátorem odborníků z různých oborů by měl být zkušený logoped pracující s koktajícími dětmi a používající různé metody terapie koktavosti, nejen pro úpravu výslovnosti (Peutelschmiedová 2011). Podle Ward (2006) není pro žáky školního věku už tolik vhodná terapie založená na odstranění nespokojenosti a verbálním posílení (viz níže Lincombe program) jako pro předškoláky. U školáků by měla být zaměřena přímo na koktavost – modifikaci koktání a modulování plynulosti. Jakmile se koktání ustálí, měly by se tyto přímé metody zaměřit na manipulaci s hlasovým ústrojím. U dětí na druhém stupni by se mělo terapeutické snažení zaměřit na řešení kognitivních, emocionálních, afektivních problémů a komunikačních dovedností obecně v souvislosti s koktáním.

U jedinců s již rozvinutou pravou koktavostí existuje celá řada typů léčby. Lechta (2010a) uvádí členění terapie dle příznaků koktavosti:

1. Terapie zaměřená na **hlavní příznaky** (v praxi zřejmě nejrozšířenější), tedy na zvýšení fluence, zlepšení artikulace, dýchání, melodie, tempa a rytmu řeči.
2. Terapie zaměřená na **postoje** k mluvené komunikaci. Jak zvládnout specifické náročné komunikační situace prostřednictvím hraní rolí, modelových situací nebo desenzibilizace.
3. Terapie **narušeného konverbálního chování** cílí na vědomou kontrolu tohoto chování a následně pracuje na jeho odstranění.
4. Terapie zaměřená **ovlivnění osobnostních znaků** pracuje s psychoterapeutickými metodami na zvládnání náročných komunikačních situací.
5. Terapie orientovaná na **jiné příznaky** prostřednictvím specifických metod blízkých terapeutovi a vhodných pro konkrétního jedince (např. muzikoterapie).
6. **Princip „těžiště“** je vícedimenzionální terapeutický přístup, ve kterém se terapie orientuje na hlavní problém, ale v úvahu se berou i další složky koktavosti.

Humeniuk a Tarkowski (2017) rozdělují terapeutické postupy na přímé, nepřímé a složené. Přímé metody cílí na jednotlivé složky mluvy za účelem plynulejšího projevu. Řadí se sem metody založené na plynulejším koktání, rytmizaci, zpomalení, prodlužování řeči a ovlivňování řeči pomocí speciálních zařízení například metronomu. Nepřímé metody se zaměřují na zlepšení řeči působením na celkový stav organismu. Zahrnují oblasti farmakoterapie, akupunktury, hypnoterapie, fyzioterapie, biofeedbacku, bylinné léčby a

další. Kombinované metody jsou, jak už název napovídá, složené z obou metod ve formě celého terapeutického programu. V následujícím textu jsou přiblíženy některé metody tohoto typu.

Pro děti s vývojovou koktavostí (předškolní věk) je určen kombinovaný Lidcombův program. Rodiče s dítětem pravidelně procvičují mluvení během 10 až 15minutových úseků. Dítě je během těchto „lekci“ chváleno za plynulou řeč, nebo lehce trestáno nutností opravy případné neplynulosti. Hlavním prostředkem terapie jsou tedy rodiče. Pouze jednou v týdnu navštěvují jazykového patologa, se kterým hodnotí postupy a plánují program terapie na další týden (Van Eerdenbrugh et al. 2018). Program má dvě fáze. Do druhé fáze vstupuje dítě, když po třech po sobě jdoucích návštěvách u specialisty získá ohodnocení stupněm 1 (minimální koktavost). Druhá fáze má pouze udržovací charakter a léčba během ní postupně končí (Ferdinands & Bridgman 2018).

Camperdownův program pro dospívající a dospělé s přetrvávající koktavostí má celkem 4 fáze: individuální sezení, skupinový trénink, individuální řešení problémů a PCMS (performance-contingent maintenance schedule) fáze (O'Brian et al. 2003). Závěrečná udržovací fáze PCMS je podobně jako u Lindombeova programu založena na metodě operantního podmiňování, kdy je pacient odměňován za úspěšné plnění řečnických úkolů na klinice nebo mimo ni. S každým splněným stupněm získá pacient odměnou „odklad“ dalšího hodnocení o delší časový úsek. Když však v kterémkoliv kroku neuspěje, je mu tato doba o jeden týden zkrácena a začíná se znovu (Ingham 2012). Cílem individuálních sezení je, aby se pacient naučil ze zvukového záznamu vzorec prodlouženého koktání a dokázal používat devítibodovou stupnici při sebehodnocení. Skupinové terapie po třech lidech se realizují ve 14 cyklech, z nichž má každý tři fáze: individuální procvičování nepřirozeného řečového vzorce z videozáznamu, monolog s kontrolovanou koktavostí pomocí prodlouženého koktání a hodnocení řeči podle stupnice. Sezení pro řešení konkrétních úkolů se odehrávají každý týden, den po skupinovém tréninku. Jejich cílem je pomoci pacientům zlepšit strategie pro zvládnutí koktavosti a analyzovat situace, jejichž zvládnutí je pro jedince obtížné (O'Brian et al. 2003).

Další kombinovaná metoda akceptační a závazkové teorie (Acceptance and Commitment Therapy, ACT) je zaměřena na snížení frustrace z koktání, ne prostřednictvím vymýcení negativních projevů, ale jejich přijetím a zaměřením na plnohodnotný život (Beilby & Byrnes 2012). Místo kontroly nad vlastním jazykovým projevem nabízí ACT východisko v nalezení lepšího vztahu k negativním vnitřním událostem bez vnitřního rozporu a boje

(Harley 2015). K psychické flexibilitě je podle ACT klíčových šest klíčových procesů: sebepojetí, zmatení, přijetí, všímavost, hodnoty a odhodlaná činnost. Při sebepojetí je důležité vést pacienta k flexibilnějšímu vnímání sama sebe, a nejen pouze jak sami sebe vnímají, ale i jaké emoce to v nich vyvolává. Zmatení má za cíl přeorientaci myšlenek, aby byly vnímány pouze jako myšlenky, ne jako fakta. Přijetím nutkání, pocitů, emocí se snižuje jejich negativní vliv. Všímavost podporuje vědomí o současném okamžiku, i když se pacient zamýšlí nad minulými okolnostmi. Stanovení hodnot by mělo vést k motivovanému jednání a stabilnějšímu směru života. Odhodlané akce navazují na stanovené cíle. Lékaři pro pacienta vybírají takové, které pomáhají zlepšit kvalitu jeho života (Beilby & Byrnes 2012).

Harley (2015) udává jiné rozdělení terapeutických přístupů podle období vzniku na terapie první, druhé a třetí generace. První generace je zařazena do 50. let minulého století. Behaviorální teorie této doby byly zaměřeny především na změnu chování skrze teorii a metody učení. Přístupy 70. let 19. století se označují jako druhá generace a kombinují v sobě behaviorální a kognitivní techniky. Změny se snaží působit hlavně v kognitivní oblasti. Nejrozšířenější z této skupiny je Beckianova terapie. Zatím poslední třetí generaci tvoří nové kognitivně-behaviorální přístupy, do kterých můžeme zařadit výše zmiňovanou ACT nebo kognitivní teorii založenou na vědomí (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT).

4 Kocktavost u dětí školního věku a pedagogické přístupy

Výzkum provedený na středních školách v Belgii ukázal, že i když učitelé mohou být dobře obeznámeni s problematikou kocktavosti, nemusí dobře pracovat s individuálními potřebami konkrétního žáka, kterého učí. Například se bojí o problému mluvit, aby jej nezhoršili. Přitom nejrelevantnější informace získá učitel přímo od žáka (Adriaensens & Struyf 2016). K podobným závěrům došli ve svém výzkumu na středních a základních školách i Ivoškuvienė a Makauskienė (2009) v Litvě. Informace plynoucí z výzkumů proběhlých v České republice v rámci diplomových prací jsou rozporuplné, a hlavně velice omezené. Z práce Charvátová (2010) vyplývá, že informovanost učitelů ohledně kocktavosti je nízká. Zároveň učitelé projevují malý zájem o získání informací o kocktavých žácích. Naopak zjištění Nováková (2012) ukazují na dobré povědomí učitelů o problematice kocktavosti i o vhodných přístupech ke kocktajícím žákům. Následující část proto bude věnována hlavně specifikám kocktavosti školních dětí a přístupům k nim.

Pedagogické přístupy jako takové můžeme rozdělit na dvě složky:

- Speciální
 - Pedagogické - předcházení fixujícím faktorům, zvolení vhodné formy zkoušení, integrace rytmizačních cvičení v hodinách, čtení textu s domácí přípravou a další postupy (Bendová 2011, Vrbová 2012b)
 - Logopedické – spolupráce přímo s logopedem
- Všeobecné – Učitel je sám vzorem v přístupu ke kocktavým žákům a je aktivní při komunikaci se všemi zúčastněnými.

4.1 Zaznamenání kocktavosti učitelem a jeho reakce

Jak již bylo řečeno, včasné rozpoznání kocktavosti je klíčové. Pokud má učitel podezření, že se u jednoho z jeho žáků vyskytuje rozvíjející se kocktavost a nikdy nepodstoupilo logopedickou terapii či diagnostiku, měl by podle Scott a Guitar (©2010) kontaktovat rodiče a položit jim konkrétní otázky ve vztahu k mluvenému projevu jejich dítěte:

1. Zaznamenali jste, že vaše dítě opakuje části slov častěji než celá slova a fráze? (např. k-k-k- kočka)
2. Všimli jste si, jestli opakuje víckrát než jednou za 8–10 vět?
3. Používá v úseku jedné repetice více než dvě opakování? (např. k-k-k-k- kočka místo k-k-kočka)

4. Jeví se vám rozpačité nebo frustrované, když má potíže se slovem?
5. Mluví tak vaše dítě déle než rok?
6. Dívá se stranou, mrká, mění výšku hlasu nebo svalové napětí v obličeji, když se zakoktá?
7. Používá takzvaná plevelná slova (tak, že, ano, ...) nebo zvuky (ehm, é, á, ...), než začne větu/slovo?
8. Zasekne se někdy natolik, že ze sebe nevydá ani hlásku?
9. Všimli jste si, že by používalo zvláštní pohyb (např. poklepání prstem, nohou), aby se vyjádřilo?
10. Nevyhýbá se mluvení? Nenahrazuje slova, nebo nepřerušuje věty, aby se nezakoktalo?

Pokud rodiče odpoví kladně na kteroukoli otázku kromě první, je možné usuzovat na koktavost. Jakých věcí konkrétně by si měl všimnat učitel, shrnují v jednoduchém dotazníku pro učitele Scott a Guitar (©2010):

Tabulka 1: Kontrolní seznam pro učitele dětí s nepllynulostí. Přeloženo a upraveno podle Scott et al. (2010).

	Pravděpodobně normální dysfluence	Pravděpodobně koktavost
Řečové chování, které můžete zaznamenat:	<input type="checkbox"/> Občasné (méně než za deset vět), krátké (méně než půl sekundy) repetice zvuků, slabik, slov. Opakují se pouze jednou nebo dvakrát v řadě.	<input type="checkbox"/> Časté (3 a více během deseti vět), dlouhé (delší než půl sekundy) repetice zvuků, slabik, slov. Opakují se třikrát a vícekrát v řadě. Dále prodlužování slov nebo bloky.
Ostatní chování, které můžete zaznamenat:	<input type="checkbox"/> Občasné pauzy, váhavá mluva nebo vsuvky typu „ehm“, „é“, „á“ a „eh“. Obvykle je pozorujeme, když dítě mění myšlenky nebo slova.	<input type="checkbox"/> Repetice a prolongace mohou být doprovázeny mrkáním, zavíráním očí, pohledem stranou a tenzí svalů mluvidel. Pozorovat můžeme rovněž změny výšky nebo hlasitosti řeči. Dítě také může používat slova nebo zvuky jako „startery“ – Takže..., No..., že...

V momentě, kdy je problém nejzřetelnější:	<input type="checkbox"/> Problémy přicházejí a odcházejí, když je dítě unavené, nadšené, mluví o nových nebo složitých věcech, klade otázku, nebo na ni odpovídá a podobně.	<input type="checkbox"/> Problémy přicházejí a odcházejí v podobných situacích, ale častěji. Pokud jsou zaznamenány ve většině situací a konstantní, může být problém závažnější.
Reakce dítěte:	<input type="checkbox"/> Žádná zjevná.	<input type="checkbox"/> Může projevovat znepokojení, stud, frustraci či strach z mluvy. Může se zdráhat účastnit aktivit ve třídě, jako čtení nahlas a odpovídání na otázky.
Reakce spolužáků:	<input type="checkbox"/> Žádná zjevná.	<input type="checkbox"/> Všimají si repetice, jsou netrpěliví, někdy se objeví smích. Skáčou spolužákovi do řeči, nebo doplňují problematická slova za něj.
Reakce rodičů:	<input type="checkbox"/> Nijak zvlášť to neřeší.	<input type="checkbox"/> Trochu si dělají starosti.
Rozhodnutí o doporučení:	<input type="checkbox"/> Žádné doporučení.	<input type="checkbox"/> Doporučení k odbornému vyšetření.

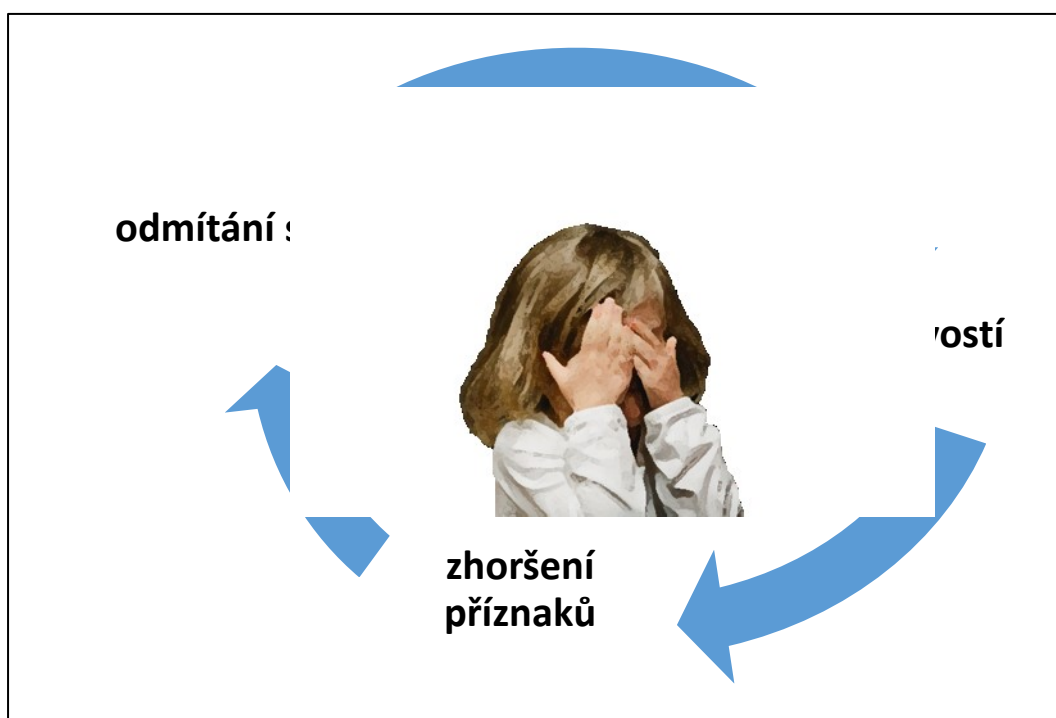
Pokud v dotazníku pedagogovi vyjde více odpovědí do pravého sloupečku, měl by ve spolupráci s rodiči obrátit na řečového specialistu.

4.2 Specifické vlastnosti, odlišnosti a potřeby

Děti s kóktavostí se ve škole setkávají s celou řadou nepříjemných a nečekaných situací (komunikační stresory), během kterých se jejich onemocnění přechodně zhoršuje. Pokud však není na tyto situace dostatečně připraveno, nebo mu nejsou poskytnuty vhodné podmínky pro to, aby se s nimi vyrovnalo, může dojít ke zhoršení onemocnění do chronické formy (Lechta & Králíková 2011). Jakmile se dítě setká s negativními reakcemi okolí, snaží se jim vyhnout a omezuje své jazykové i jiné aktivity v řadě činností. Komunikační rezervy se proto mohou prohlubovat. Vznikají mentální bloky, které omezují dítě při společenských aktivitách (Ionescu 2015). Řada studií například potvrdila, že ve větší míře trpí různými

druhy anxiety než jejich nekoktající vrstevníci (Blood & Blood 2007, Mulcahy et al. 2008, Erickson & Block 2013, Gunn et al. 2014, McAllister et al. 2015). Tento jev má spíše charakter důsledku, než prediktoru či spolučinitele koktavosti. Spolužáci totiž vnímají koktajícího žáka zpravidla negativně. Koktavé děti proto mohou mít problémy se začleněním do kolektivu nebo se šikanou častěji než zdraví jedinci (Franck et al. 2003, Blood & Blood 2007). Posléze se u nich mohou rozvinout psychické problémy jako komplex méněcennosti, pocit izolovanosti, úzkost, nedostatek sebevědomí, plachost, mentální bloky, nedostatek motivace k práci a další (Ionescu 2015). V dospělosti se bez vhodné terapie prohlubují v závažné psychické i zdravotní problémy (Boyle & Fearon 2018). Tyto problémy se nejčastěji vyskytují dospělých, kteří ve škole zažili šikanu (Blood & Blood 2016).

Nervozita a nejistota v mluveném projevu se mohou negativně odrazit ve studijních výsledcích, i pokud nejsou doprovázeny sociálními problémy. Jak ukázala studie García-Pastor a Miller (2018), trpí koktající studenti silnějšími projevy anxiety při studiu cizích jazyků. Statisticky významných hodnot dosahovala přirozeně během cvičení mluvy v cizím jazyce.



Obrázek 2 Začarovaný kruh vnitřního boje s koktavostí. Zdroj: autor.

Koktavost se na školních dětech neprojevuje pouze na psychologické, ale i na neurologické a fyziologické úrovni. Na neurologické úrovni se odráží do sítě propojení mozkových

oblastí. Vývojové změny v rozsáhlých neuronových sítích ovlivňují tvorbu složitých úkonů včetně plynulé tvorby řeči. Koktání u dětí je obecně spojeno s abnormálním propojením v sítích, které souvisejí s řízením motoru řeči. Dokonce je možné předpovídat, jestli u dítěte zůstane koktavost v perzistentní formě, nebo odezní. Trvalá koktavost souvisí s aberantní konektivitou interně řízené mentace v interakci s výkonně řídicími sítěmi a sítěmi zapojených do pozornosti (Chang et al. 2018). Zkoumání zvukového zpracování u koktavých dětí prostřednictvím evokovaných kortikálních zvukových potenciálů (CAEP) odhalilo odlišné hodnoty ve srovnání se zdravými jedinci. V rozmezí 50 až 500 ms od nástupu stimulu se projeví jako série negativních a pozitivních peaků označených popořadě P1, N1, P2, N2. Koktající děti měly delší latentní části a menší amplitudy P1, N1, P2 a N2 u obou uší (Ismail et al. 2017).

Rozdíl v zapojení komponentů řečové sítě koktavých dětí je možné pozorovat i na hemodynamických profilech zainteresovaných oblastí mozku, jak prokázali Walsh et al. (2017). V klíčových oblastech plánování a produkce řeči levé hemisféry (dolní čelní závit, premotorická korová oblast, horní spánkový závit) dochází k jiným vzorcům krevního zásobení než u plynule mluvících dětí během řečového projevu. Zatímco plynule mluvící děti vykazovaly během testu hemodynamické profily s jasně patrným zvýšením oxyhemoglobinu a snížením deoxyhemoglobinu nad levou hemisférou (dorsální část dolního čelního závitu, premotorická korová oblast), profily skupiny koktajících dětí vykazovaly deaktivaci charakterizovanou snížením oxyhemoglobinu (a zvýšením deoxyhemoglobinu) nad těmito oblastmi levé polokoule.

V souvislosti s koktavostí u dětí jsou v odborné literatuře obvykle zmiňovány zhoršené exekutivní funkce. Pod tímto pojmem se skrývá, jak píše Chang et al. (2008), celá škála kognitivních procesů a behaviorálních kompetencí (řešení problémů, verbální uvažování, schopnost udržet pozornost, odolnost vůči vyrušení, plánování, kognitivní flexibilita, multitasking, ...), které pravděpodobně částečně závisí na pracovní paměti. Informace poskytnuté rodiči koktavých dětí pro studii Ntourou et al. (2018) potvrdili jejich nižší schopnosti exekutivních funkcí, které s pozorností do velké míry souvisí, protože zahrnují pracovní paměť, inhibiční kontrolu, přepínání mezi činnostmi a další.

Eggers et al. (2012) udávají, že u dětí postižených koktavostí je vědci často zkoumána konkrétně oblast seberegulačních mechanismů, které utlumují nebo usnadňují modulaci reaktivity chování. Měří se ukazateli jako inhibiční kontrola nebo schopnost přepínat mezi činnostmi. Jejich dopad na reaktivnost temperamentu se zvyšuje na základě rozvoje

kognitivních funkcí (řeči, paměti, pozornosti). Eggers et al. (2013) sledovali inhibiční kontrolu mezi koktavými a nekoktavými dětmi a zjistili statisticky významné rozdíly mezi skupinami. Koktavé děti tedy ukázaly menší schopnost inhibovat předčasné reakce. Z výsledků rovněž vyplývá potencionální možnost, že inhibiční kontrola hraje určitou roli při vývoji incipientní nebo rozvoji perzistující koktavosti. Další studie na inhibiční kontrolu a schopnost přepínání pozornosti provedli Eggers a Jansson-Verkasalo (2017). Rozdíly mezi koktavou a kontrolní skupinou dětí byly dobře patrné, ale nevykazovaly statistickou průkaznost jako u předchozí studie. Ještě před těmito studiemi zkoumali Eggers et al. (2012) rozdíly v sítích pozornosti (upozorňující, selektující a výkonné), které tvoří základ seberegulačních mechanismů. Pouze u sítě pozornosti selektující přijaté informace přijaté ze smyslů pozornosti byla potvrzena zhoršená výkonnost dětí s koktavostí.

V souvislosti s multifaktoriální povahou koktavosti vědci identifikovali horší charakteristiky pozornosti u dětí předškolního a mladšího školního věku dokonce jako jednu z možných příčin jejího vzniku. Například Eichorn et al. (2018) zaznamenali u koktavých dětí pomalejší schopnosti koktavých dětí v oblasti pozornosti při přepínání pozornosti z jednoho úkolu na druhý, v porovnání s plynule mluvícími dětmi. Oproti tomu Costelloe et al. (2018) prokázali horší schopnosti dětí s koktavostí ve všech třech sledovaných složkách pozornosti (selektivní zaměření pozornosti, stálost pozornosti, přenášení pozornosti). Statistické významnosti nabývala však pouze složka stálosti pozornosti.

4.3 Integrace žáka s koktavostí do třídního kolektivu

Jak již bylo popsáno výše, koktající děti mají pro svou odlišnost větší šanci být vyčleněni z kolektivu a být šikanováni. Jejich nejistota a nízké sebevědomí jim často překáží v plnohodnotném zapojení do kolektivu. Tolik hovoří statistické výstupy studií. Turnbull (2006) ale upozorňuje na možné negativní důsledky plynoucí ze zobecňování těchto poznatků. Každé dítě je jedinečné, a to i ve vztahu ke své poruše. Není proto možné, aby na koktavého žáka učitel apriori pohlížel jako na plachého nebo nervózního, i když být nemusí. Naopak by si tuto konstrukci mohl časem sám vztáhnout na sebe. Stejně negativně by toto chování učitele v roli modelu působilo na ostatní spolužáky.

Učitel hraje v řešení tohoto problému klíčovou roli, jednak preventivní během práce s koktavým jedincem a třídním kolektivem, jednak intervenční, pokud šikana přímo nastane. Prvním obecným základním doporučením pro učitele je spolupráce s rodiči a

logopedem/terapeutem dítěte (Bendová 2011, Lechta & Králiková 2011, Podvalová 2013). Každý žák s koktavostí má individuální potřeby, ne všechny tyto děti jsou v péči klinického logopeda, proto je velmi důležité, aby si pedagog promluvil o speciálních potřebách přímo s žákem individuálně mimo třídní kolektiv (Lechta & Králiková 2011). Na třídní kolektiv by měl učitel výchovně působit v oblasti tolerance. Například vysvětlit dětem, že odlišný je svým způsobem každý člověk – někomu nejdu jazyky, jinému matematika, někdo se zakoktavává nebo špatně vyjadřuje (Podvalová 2013). Další možností, jak působit na žáky přináší výuková videa nebo dokonce vlastní prezentace koktajících, která působí intenzivněji a osobněji. Videa mohou poskytovat věcné i emocionální informace pečlivě naplánovaným způsobem, jsou rovněž snadno použitelná ve výuce. Nicméně osobní zkušenosti s osobou, která se nebojí veřejně vystoupit i přes svou vadu řeči, je přece jen o něco lepší (Flynn & St. Louis 2011).

Turnbull (2006) vypracoval model výukových prezentací do škol ke zlepšení chování a porozumění dětí vůči jejich koktajícím vrstevníkům. Prezentace trvá okolo 25 minut, během kterých jsou děti nejprve seznámeny se základními fakty o koktavosti a následně srovnávají koktavost s obtížemi zlomené končetiny. U tohoto tématu se předpokládá, že je jim bližší a dovedou s ním proto lépe pracovat. Sami by se měly pokusit navrhnout, jak pomoci dětem s koktavostí. Prezentující při tom dbá na to, aby dětem vysvětlil, že některé zdánlivě užitečné strategie mohou zapůsobit zcela opačně (viz. kapitola 3.4). V další části následuje emotivní video o šikanovaném dítěti s koktavostí. Během něj žáci píšou anonymně pocity koktajícího dítěte, prezentující je případně na závěr doplní. Prezentace končí příběhem s morálním ponaučením. Žáci musí uhodnout, co je to za ponaučení (svět je lepším místem, když si pomáháme). Po skončení prezentující rozdává informační letáčky.

Langevin (2002) zdůrazňuje zapojení konkrétních otázek prostřednictvím diskuze, hraní rolí nebo psaných cvičení:

Co je to šikana a jaké škádlení vám vadí?

Zde je důležité zdůrazňovat, že i posměšné pojmenování je šikana. Škádlené děti by měly pochopit, že takové chování nemusí snášet. Ostatní děti, které je takto trápí, by sami sebe měli identifikovat jako někoho, kdo je šikanuje.

Jaký je to pocit být škádlený a šikanovaný?

Děti by se během vyjadřování svých pocitů měli cítit bezpečně. Proto bychom měli pomoci jejich pocity před kolektivem hájit, potvrdit jejich obecnou platnost a správnost.

Proč to šikanování žáci někomu neřeknou?

Pokud je nějaké dítě šikanováno, můžeme zjistit důvody, proč se bojí tuto skutečnost ohlásit. Zároveň je vhodné rozebrat s dětmi případné obavy z oznámení šikany a jejich důvody. To by mělo poskytnout řadu informací klíčových pro volbu dalšího postupu k nápravě.

Proč myslíte, že někdo šikanuje?

V tomto bodě často sdělují děti podrobnosti o konkrétních agresorech, kterých je třeba si všimnout pro následnou přípravu intervenčních opatření.

Kdy a jak se ze škádlení stává šikanování?

Diskuze v této oblasti pomáhá objasnit, jak se z nevinného zábavného škádlení stane šikanování, a že každé škádlení, které někomu ubližuje, je šikana. Děti sami by měli umět říci, jak poznají, že je spolužák ze škádlení nešťastný a proč třeba nemusí projevovat své skutečné pocity.

Co můžete dělat, když jste byli šikanováni / byli svědky šikanování?

Tady se musí učitel snažit vysvětlit důsledky navrhovaných strategií a rozhodnout, které by byly potencionálně nejvhodnější pro šikanované dítě.

Při plánování kroků, kterými bude chtít učitel pomoci koktavému dítě se začlenit, se může rovněž inspirovat některým ze zahraničních projektů na podporu koktavých dětí ve škole. Například TAB (Teasing and Bullying: Unacceptable Behaviour) program vyvinutý Marilyn Langevin, PhD., R.SLP, SLP(C), CCC-SLP ve spolupráci s učiteli, studenty a řediteli je vhodný pro děti 4. – 6. třídy základní školy, ale může být adaptován i na nižší ročníky (ISTAR ©2020). Jedná se o zdroj informací formou osnov dávající si za cíl zlepšit postoje vůči koktavým dětem, zvýšit znalosti o koktavosti, snížit riziko šikany, probudit empatii ve spolužácích a motivovat je k podpoře koktajících dětí. Program TAB se skládá ze šesti vyučovacích jednotek, z nichž každá se skládá z diskuzních průvodců, potencionálních odpovědí dětí, domácí aktivity rodičů s dětmi, další reprodukovatelné aktivity a video (Langevin & Prasad 2012). V návaznosti na TAB byl pro jihoafrické prostředí vyvinut program CCR – The Classroom Communication Resource (Mallick et al. 2018). Intervence provádí proškolení učitelé. První část projektu je tedy informační. Učitelům jsou poskytnuty informace o povaze koktání a jak pracovat s koktajícím dítětem. V druhé části jsou zapojeni přímo žáci, prostřednictvím aktivního hraní rolí

ve společenském příběhu, rovněž prostřednictvím třídních aktivit a diskuze o problematice vztahující se ke koktavosti – rozmanitost, rozdílnost, porozumění koktavosti, předsudky, začleňování do společnosti, šikádní a šikana. Celkově program cílí na tři klíčové oblasti: pozitivní sociální vzdálenost (zvýšit porozumění), verbální interakce a sociální tlak (Kathard et al. 2014).

V České republice zatím žádný takový intervenční program konkrétně na koktavost neexistuje. Pedagogové a všichni ostatní se zájmem o tuto problematiku mají možnost se obrátit například na Komunitu balbutiků (“Balbuticka.komunita.cz” ©2003-2014), Českou asociaci pro koktavost (Kejklíčková ©2020) nebo na občanské sdružení Balbutik (“Balbutik” ©2009), které sdružují lidi s vlastní zkušeností s koktavostí. Nebo na stránky Asociace klinických logopedů České republiky, na kterých funguje i on-line poradna (“AKL: Asociace klinických logopedů České republiky” 2020).

Každý učitel, který zaznamená nějakou formu šikany koktavého dítěte, musí tento problém urychleně řešit. Nejlépe mu preventivně předcházet. Bendová (2011) však rovněž zdůrazňuje fakt, že stejně jako obětí se může balbutik stát on sám iniciátorem šikany.

4.4 Komunikace s balbutikem během výuky i mimo ni

Jak správně podotýkají Ivoskuvienė a Makauskienė (2009), každý den se balbutik potýká s různými podmínkami, individuálními obtížemi a specifickými rysy komunikačních partnerů. Pro jeho efektivní vzdělávání je tedy nezbytné, aby jeho vyučující byl dobře informován a motivován pro práci v třídním kolektivu s koktajícím žákem. Jedině tak, je schopen zvolit ve výuce správné metody a prostředky k naplnění svých cílů.

V metodice určené pro asistenty pedagogů zmiňují Vrbová a kol. (2012a) celou řadu okolností ovlivňujících plynulost mluvy koktajících žáků. Například pokud na sobě dá komunikační partner znát (spolužák, učitel, ...), že je mu komunikace nepříjemná nebo trvá příliš dlouho (stačí i nepřímě, mimicky), pak koktající znervózní a plynulost se ještě zhorší a do budoucna se takové komunikaci bude snažit přirozeně vyhnout. Když se během projevu koktajícího žáka dostaví neplynulost, bude se jí přistě snažit vyhnout prostřednictvím používání jiných slov a omezením komunikace na minimum. Proto je nezbytné, abychom mu poskytlí dostatek času a porozumění. V této souvislosti ale Lechta a Králíková (2011) upozorňují na tzv. double-bind situace. Jedná se o protichůdnou zpětnou informaci poskytnutou komunikačním partnerem. Jeho chování, barva hlasu, mimika

vyjadřují nervozitu a netrpělivost, kdežto slovy vyjadřuje pravý opak. Pokud se tedy kochtávě dítě snažíme uklidnit, vysvětlujeme mu, že má dost času a sami bezděčně mrkneme na hodinky, dítě to bezesporu zasáhne.

Podle Podvalová (2000) je dobré dodržovat následující obecná doporučení při práci s kochtájkým dítětem. Mluvíme s ním stejně jako s ostatními. Povzbuzujeme jej ale a dáváme mu dostatek času pro vyjádření. Rozhodně na něj nespěcháme, naopak respektujeme jeho přirozené tempo. Často s ním komunikujeme a podněcujeme jeho přirozený vývoj komunikace novými informacemi a podněty.

Konkrétní body, na které se při komunikaci zaměřit uvádí rovněž Lechta (2010a):

- Pozorně posloucháme, o čem dítě hovoří.
- Když mluvíme, používáme pomalé tempo řeči a dlouhé pauzy mezi jednotlivými komunikačními úseky.
- Redukujeme vlivy jako časový tlak, nečekané nové situace, únava, podráždění, ...
- Během těch fází komunikace, kdy se plynulost řeči zlepšuje, dítě pozitivně motivujeme k verbální komunikaci.
- Nepokládáme příliš mnoho otázek a poskytujeme dostatek času na odpověď.
- Dítě v projevu nepřerušujeme, neopravujeme, ani za něj nedokončujeme věty nebo slova.
- Pokud se dítě zakoktá, nijak ho neopravujeme.
- Snažíme se dítě na řeč nijak neupozorňovat. Rozhodně mu direktivně nepřikazujeme mluvit pomaleji, nýbrž se sami snažíme mluvit pomalu a plynule.

Nebo v další publikaci (Lechta 2010b):

- Udržujeme oční kontakt.
- Zaměřujeme se hlavně na obsah toho, co žák říká, a ne na formu.
- Je dobré vést všechny děti ve třídě k tomu, aby si nechaly asi dvě sekundy na rozmyšlenou, než se pustí do mluvení nebo odpovídání na otázku. Stejně tak my sami bychom měli vystupovat jako model plynulé promyšlené řeči.
- Při individuální diskuzi s žákem můžeme probrat možnosti individuální spolupráce – vyvolávat, až když se žák sám přihlásí, písemné zkoušení, ústní zkoušení mimo třídní kolektiv, informovat spolužáky a další. Tyto formy intervence však mohou jednomu pomáhat stejně jako druhému škodit, proto je nezbytné prodiskutovat je přímo s žákem. Zároveň je nutné založit aplikaci těchto přístupů na porozumění

třídního kolektivu, aby nedocházelo k pocitům ukřivdění, že je kterýkoli žák nějak zvýhodňován.

Efektivita některých těchto metod, ale nebyla dostatečně prokázána, i když jsou širokou veřejností přijímány za platné. Dawidow et al. (2016) se zaměřili na shrnutí dosavadních poznatků k pěti nejběžnějším doporučením pro učitele a zjistili, že u třech z nich neexistují dostatečné důkazy o jejich účinnosti. Jedná se o zpomalení rychlosti řeči, nepřerušování a pauzy mezi jednotlivými komunikačními úseky. U metody redukce časového tlaku prostřednictvím vyvolávání na prvním místě existuje rovněž málo důkazů, navíc naznačují pravý opak. Pouze informovat spolužáky o kóktavosti se jeví jako prokazatelně dobrý krok ke zlepšení třídního kolektivu.

Pokud však ostatní předcházející doporučení nerespektujeme, uvádíme kóktajícího do velmi nepříjemných situací. Jejich příklady přímo z úst žáků citují Vrbová et al. (2012a, s. 28):

„Lépe se mi mluví a lehčí řeč mám, když se na mě osoba, se kterou mluvím, dívá a věnuje mi čas. Já sám se na člověka, se kterým mluvím, dívám spíše málokdy, zrakový kontakt udržuji spíše méně, často se dívám do země nebo na nějaký okolní bod z obavy, že bych ve výrazu obličeje komunikačního partnera mohl vidět úšklebek nebo posměch.“

„Hůře se mi mluví a je pro mě těžší začít mluvit, pokud mi komunikační partner nevěnuje čas a pozornost, listuje si dokumenty, neudrzuje se mnou zrakový kontakt a dává mi najevo, že zdržuji.“

„Spontánní řeč v početnější skupině je hromadnější, častěji se objevuje skákání do řeči. Vadí mi, když já mluvím zároveň s ostatními. Většinou si pozornost získá ta osoba, která byla nejvíce slyšet a jejíž myšlenka byla nejlépe pochopitelná, což člověk s kóktavostí většinou nebývá. Myšlenku buď nestihne říci celou nebo z obavy z dysfluency vysloví myšlenku tiše a jeho myšlenka je ignorována. Balbutik se již verbálně spíše neúčastní do doby, kdy se ho někdo na něco zeptá a poskytne mu dostatek času k promluvě.“

„Problémem je, že komunikační partner nepočítá s tím, že člověk s kóktavostí chtěl říci něco jiného. V takových případech bývá náročné osvětlit původní smysl věty a upozornit, že predikce je chybná. Musím se vrátit v promluvě zpátky, původní myšlenku říci od počátku. Většinou předjímám, že na stejném místě budu mít dysfluenci – blok. Proto i moje sdělení trvá delší dobu a pokud vidím, že komunikační partner spěchá, je jednodušší myšlenku znovu nesdělovat, mlčky souhlasit a nezdržovat komunikačního partnera.“(sic!)

Vrbová et al. (2012b, s. 35) uvádějí případ koktajícího žáka přestoupivšího na novou školu ve druhém stupni základní školy: „Do neznámého kolektivu jsem nepřicházel se zrovna příjemným pocitem. Sedl jsem si do zadní lavice, abych nebyl moc na očích a nikdo se mě zbytečně na nic nevyptával. První kolize a srdeční tep vystřelený na hranici únosnosti bylo představování, kdy žák vstal a řekl své jméno, jaký sport ho baví atd. Jak na mě pomalu přicházela řada, tak se mi zrychlovalo dýchání, potil jsem se. Navíc mám smůlu, že se jmenuji Jakub, kde mi dělá problémy K. Takže přišla nervozita, špatné dýchání plus prokleté písmeno K, nešlo se nevyhnout zakoktání. Kdo nekoktá, nepochopí, jaké to je zaslechnout v tiché třídě smích, který bezpochyby patří vám. Naštěstí tohle byl jen jeden z mála posměchů na této škole, které jsem zažil. Jak se ukázalo, většina mých spolužáků byli i mými spoluhráči ve fotbalovém klubu. A i pomocí sportu jsem si na základní škole vybudoval respekt a úctu ostatních.“

Tento příklad poskytuje hned několik modelových situací, které mohl informovaný učitel řešit lépe. První a nejdůležitější je, jak již bylo popsáno výše, žádoucí promluvit si s koktajícím žákem předem, seznámit ho s budoucí situací a spolu s ním najít vhodné řešení. Zadruhé, pokud s tím dítě souhlasí, informovat budoucí spolužáky o problematice koktavosti. Zatřetí není obvykle vhodné, jak popisují Lechta a Králiková (2011), vyvolávat děti popořadě. Napjaté očekávání, než na koktavé dítě přijde řada, může být velmi stresující a výrazně zhoršit plynulost řeči.

Co se menších dětí týče, je důležité při první komunikaci projevit empatii, protože dítě ještě nemusí zcela chápat příčinu svých obtíží. Scott (2009) navrhuje vysvětlit, že všichni během mluvy děláme chyby a že je to tak v pořádku. Důležité je cvičit, protože s cvikem se zlepšujeme. Dále doporučuje chválit za sdílení nápadů a myšlenek, zároveň mu poskytnout možnost je vyjádřit. Dát mu vědět, že koktání je v pořádku a vám vůbec nevádí. Tímto způsobem dítě pochopí, že jste si jeho koktavosti vědomi a přijímáte ho (i dítě samotné).

Pedagog by měl být velmi pozorný, aby dovedl poskytnout relevantní informace rodičům nebo logopedovi. Lechta (2010b) i Lechta a Králiková (2011) shodně udávají, že by si pedagog měl všimnout především jakýchkoli změn v symptomatice a to jak v oblasti dysfluencí, tak psychické tenze i projevů nadměrné námahy (chování při odpovědi s žádnými nebo minimálními projevy kontra narušené koverbální chování). Zda se dítě nevyhýbá komunikaci nebo nemá konflikty se spolužáky a zda do školy chodí rádo. Jestli komunikuje bez zábran, nebo někdy odmítá ústně odpovídat, případně se nepřihlásí, i přes znalost odpovědi. Jak se liší komunikace v hodině, o přestávce nebo doma. Rovněž je

důležité, aby dokázal identifikovat konkrétní situace nebo podněty, které koftání zhoršují. Lechta a Králíková navíc dodávají, že u dítěte mohou převládat příznaky breptavosti (zrychlené tempo bez příznaků námahy či tenze), které je rovněž potřeba zavčas identifikovat.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Charakteristika regionu

Výzkum probíhal v České republice.

5.1 Dotazníkové šetření formou otevřených otázek

Šetření proběhlo v období od 4. 2. 2020 do 10. 4. 2020 formou anonymního internetového dotazníku vytvořeného prostřednictvím služby Survio (©2012-2020). Zveřejněn byl na diskuzním fóru Balbuticka.komunita.cz (©2003-2014), na stránkách serveru Nekoktám!cz (©2011-2020) a na sociální síti Facebook na profilu autora práce. Dotazník byl zaměřen konkrétně na jedince s koktavostí, kteří prošli (nebo stále procházejí) českým vzdělávacím systémem s cílem zaznamenat jejich osobní zkušenosti a zážitky. Z důvodu předpokládaného omezeného počtu respondentů, byla zvolena otevřená forma otázek pro větší informativní hodnotu. Proto má dotazník spíše charakter rozhovoru než dotazníkového šetření. Otázky byly směřovány na postoj učitelů a třídního kolektivu k dotazovanému. Na otázky odpovědělo 8 lidí, jeden byl pro nerelevantní odpovědi vyřazen (respondent 1). Ze zbylých respondentů byly 4 ženy a 3 muži ve věku od 11 do 61 let.

Respondent 2

- 1) Jste muž nebo žena?
„žena“
- 2) Kolik je vám let?
„25“
- 3) Kdy se u vás začala rozvíjet koktavost?
„od nástupu na základní školu“
- 4) Jaký byl pro vás první den ve škole?
„skvělý, člověk byl jako dítě ještě nadšený“
- 5) Jak reagovali na vaše koktání učitelé?
„nijak to nekomentovali a byli většinou vstřícní, neetlačili nijak na člověka nebo, aby ho nějak doplňovali (*sic*)“
- 6) Ptali se vás učitelé na obtíže sami nebo byli informováni předem?
„většinou to tak nějak vyplínulo samo a řešilo so to až posléze (*sic*)“
- 7) Jaké aktivity vám dělaly ve škole problémy?
„přednášení před třídou básničku nebo zpěv“

- 8) Jak se k vaší poruše řeči stavěl třídní kolektiv?
„občas se posmívali, ale to je si myslím obvyklý přístup, dětského kolektivu a záleží na jedinci, jak se s tím vyrovná, mně to nepřišlo, tak obtěžující (*sic*)“
- 9) Zažil/a jste někdy šikanu?
„ano i ne“
- 10) Řešil třídní učitel vaši odlišnost se spolužáky? Pokud ano, byla to jeho iniciativa, nebo jednal na základě žádosti (vaší, rodičů, terapeuta, ...)? Pozoroval jste potom nějaké změny?
„ne“
- 11) Pamatujete si na nějaké klíčové momenty ze základní nebo střední školy, které vám pomáhaly nebo naopak komplikovaly ústní projev?
„pomáhala podpora od učitele a samozřejmě to komplikovali spolužáci, kteří měli tendenci shazovat a honit si ego“
- 12) Ovlivnila vás kóktavost při výběru střední/vysoké školy nebo zaměstnání?
„ne“

Respondent 3

- 1) Jste muž nebo žena?
„muž“
- 2) Kolik je vám let?
„61“
- 3) Kdy se u vás začala rozvíjet kóktavost?
„Už od malička. Dedicnost (*sic*)“
- 4) Jaký byl pro vás první den ve škole?
„Nevím nesledoval jsem to. Spolužáci byly se mnou stále“
- 5) Jak reagovali na vaše kóktání učitelé?
„Pomáhali mě“
- 6) Ptali se vás učitelé na obtíže sami nebo byli informováni předem?
„To nevím, ale byly asi informováni od ředitele školy, chodil jsem k němu na logopedii (*sic*)“
- 7) Jaké aktivity vám dělaly ve škole problémy?
„Mluvení“
- 8) Jak se k vaší poruše řeči stavěl třídní kolektiv?
„Dobře nic jsem nepocitoval (*sic*)“

- 9) Zažil/a jste někdy šikanu?
„Nezazil (*sic*)“
- 10) Řešil třídní učitel vaši odlišnost se spolužáky? Pokud ano, byla to jeho iniciativa, nebo jednal na základě žádosti (vaší, rodičů, terapeuta, ...)? Pozoroval jste potom nějaké změny?
„ne“
- 11) Pamatujete si na nějaké klíčové momenty ze základní nebo střední školy, které vám pomáhaly nebo naopak komplikovaly ústní projev?
„Pomáhali mě (*sic*)“
- 12) Ovlivnila vás koktavost při výběru střední/vysoké školy nebo zaměstnání?
„ne“

Respondent 4

- 1) Jste muž nebo žena?
„žena“
- 2) Kolik je vám let?
„21“
- 3) Kdy se u vás začala rozvíjet koktavost?
„Co si tak pamatuju, tak se to hodně zhoršilo ve třetí třídě na základní škole. V první třídě jsem ještě bez problémů četla před celou třídou. Nevím, co se tehdy stalo, ale od třetí třídy jsem už číst před třídou nemohla.“
- 4) Jaký byl pro vás první den ve škole?
„V první třídě jsem výrazné problémy s koktavostí ještě neměla. A jinak si svůj první den ve škole už moc nepamatuji.“
- 5) Jak reagovali na vaše koktání učitelé?
„Na základní škole mi někteří vycházeli vstříc a nenutili mě mluvit před třídou, nezkoušeli mě před tabulí, ale jenom písemně apod. Někteří mě ale nechali prezentovat celou prezentaci až do konce, i když viděli, že to nezvládám a klidně mě vyzkoušeli i před tabulí, kde jsem radši řekla, že nic nevím, než abych se trápila. Vždycky záleží člověk od člověka. Na gymnáziu si ale nepamatuji na žádného učitele, který by mi vstříc nevyšel. (*sic*)“
- 6) Ptali se vás učitelé na obtíže sami nebo byli informováni předem?
„Na základní škole jsem měla papír z PPP, takže byli informováni předem. Na gymnáziu taky, ale jelikož jsem tam měla mnohem více učitelů, tak jsem za nimi

většinou musela zajít po hodině a sama je poprosit, aby mě nevyvolávali apod. Ale nikdy nepřišel žádný učitel sám od sebe se mě na obtíže zeptat. (*sic*)“

7) Jaké aktivity vám dělaly ve škole problémy?

„Čtení, mluvení před třídou, prezentování referátu/prezentace, seznamování se s novými lidmi, odpovídat na otázky, i když to nebylo před třídou, hraní her, kde se muselo cokoli říct (stačilo i jedno slovo, jak jsem totiž věděla, že ho budu muset říct, tak to nešlo, například tichá pošta pro mě bylo utrpení) apod.“

8) Jak se k vaší poruše řeči stavěl třídní kolektiv?

„Na základní škole, když se mi stalo poprvé, že jsem se úplně sekla a nemohla dál (bylo to u zpívání písničky), tak se samozřejmě všichni smáli. Nějakou dobu poté se mi posmívali, ale pak se mě několik "dětí" zastalo a všichni mě začali brát takovou, jaká jsem. Do teď jsem jim za to vděčná. Na gymnázium jsem ale měla hrozný strach, že se to bude opakovat, takže jsem neměla skoro žádné kamarády a veškeré komunikaci jsem se snažila vyhýbat. Ale nikdo se mi za to nikdy neposmíval.“

9) Zažil/a jste někdy šikanu?

„Nějakou dobu se mi posmívali, občas mi říkali třeba "trabant, kulomet", ale za nějakou dobu to přestalo. Vyloženě šikana bych tomu neříkala.“

10) Řešil třídní učitel vaši odlišnost se spolužáky? Pokud ano, byla to jeho iniciativa, nebo jednal na základě žádosti (vaší, rodičů, terapeuta, ...)? Pozoroval jste potom nějaké změny?

„ne“

11) Pamatujete si na nějaké klíčové momenty ze základní nebo střední školy, které vám pomáhaly nebo naopak komplikovaly ústní projev?

„Psycholožka mi doporučovala různé pomůcky (například vytleskávání slabik apod.), ale pokaždé když jsem na nějakou pomůcku začala spoléhat, tak přestala "fungovat". A také se mi vždycky hůř mluví, když jsem nemocná (stačí rýma), jsem málo vyspaná nebo samozřejmě stres. (*sic*)“

12) Ovlivnila vás koktavost při výběru střední/vysoké školy nebo zaměstnání?

„Snažím se, aby mě to při těch velkých rozhodnutích moc neovlivňovalo (i když do jisté míry mě to ovlivňuje každý den). Ale bojím se, že kvůli koktavosti nedokončím vysokou školu. Nebo pak nedostanu práci, kterou bych chtěla.“

Respondent 5

1) Jste muž nebo žena?

- „muž“
- 2) Kolik je vám let?
„16“
 - 3) Kdy se u vás začala rozvíjet kockavost?
„7 třída základní školy (13).“
 - 4) Jaký byl pro vás první den ve škole?
„1. třída základní školy ještě nebyl problém. Pokud je myšleno 1. A Gymnázia (16 let), tak první den proběhl bez větších problémů. Konkrétně jen s poznáním nových spolužáků. Tím myšleno představení se (např. zadrhnutí ve Jméně).“
 - 5) Jak reagovali na vaše kockání učitelé?
„První reakce jsem si všiml u Učitelky češtiny, když jsem měl přečíst určitou část v učebnici. Hned se mě ve vyučování zeptala, jestli mě naučili na Základní škole číst, v doprovodu krátkého zasmání. Po tom, co to udělala podruhé, takto mým spolužákům už nepřišlo vtipné a přestala s tím. Teď, když začnu číst, tak když se zadrhnu, tak mě vynechá a nechá to číst někoho jiného, protože kdybych měl pokračovat, tak bych to četl pár hodin. Další případy u učitelů byly podobné.“
 - 6) Ptali se vás učitelé na obtíže sami nebo byli informováni předem?
„Ptali se sami.“
 - 7) Jaké aktivity vám dělaly ve škole problémy?
„Čtení nahlas. Potichu jsem četl bez problémů, ale když jsem měl zvýšit hlas a číst před celou třídou, tak jako bych nebyl schopen jediného slova. Dále pak komunikace s jednotlivými učiteli, kteří většinou mlčky čekali, než se vyjádřím a pak reagovali. (sic)“
 - 8) Jak se k vaší poruše řeči stavěl třídní kolektiv?
„Bez problému. Chápu můj problém. Nejsem ve třídě jediný s kockavostí, nebo obecně s vadou řeči.“
 - 9) Zažil/a jste někdy šikanu?
„Ne a jsem za to rád :-D“
 - 10) Řešil třídní učitel vaši odlišnost se spolužáky? Pokud ano, byla to jeho iniciativa, nebo jednal na základě žádosti (vaší, rodičů, terapeuta, ...)? Pozoroval jste potom nějaké změny?
„Ano“
 - 11) Pamatujete si na nějaké klíčové momenty ze základní nebo střední školy, které vám pomáhaly nebo naopak komplikovaly ústní projev?

„Pokud již nebyly zmíněny, tak komplikovaly: Čtení nahlas, recitace, pomáhaly: podpora kamarádů a jejich nulová reakce na mé zadržnutí.“

- 12) Ovlivnila vás kóktavost při výběru střední/vysoké školy nebo zaměstnání?
„nevím“

Respondent 6

- 1) Jste muž nebo žena?
„muž“
- 2) Kolik je vám let?
„šestnáct“
- 3) Kdy se u vás začala rozvíjet kóktavost?
„na začátku 5. třídy“
- 4) Jaký byl pro vás první den ve škole?
„nic moc“
- 5) Jak reagovali na vaše kóktání učitelé?
„nijak“
- 6) Ptali se vás učitelé na obtíže sami nebo byli informováni předem?
„ptali se sami“
- 7) Jaké aktivity vám dělaly ve škole problémy?
„čtení z učebnice“
- 8) Jak se k vaší poruše řeči stavěl třídní kolektiv?
„spolužáci si toho spíše nevšíмали ale někteří se občas zasmáli“
- 9) Zažil/a jste někdy šikanu?
„ne“
- 10) Řešil třídní učitel vaši odlišnost se spolužáky? Pokud ano, byla to jeho iniciativa, nebo jednal na základě žádosti (vaší, rodičů, terapeuta, ...)? Pozoroval jste potom nějaké změny?
„ne“
- 11) Pamatujete si na nějaké klíčové momenty ze základní nebo střední školy, které vám pomáhaly nebo naopak komplikovaly ústní projev?
„nepamatuji i když je možné že v podvědomí nějaké (spíše záporné) vzpomínky jsou“
- 12) Ovlivnila vás kóktavost při výběru střední/vysoké školy nebo zaměstnání?
„ne“

Respondent 7

- 1) Jste muž nebo žena?
„žena“
- 2) Kolik je vám let?
„je mi 11 let“
- 3) Kdy se u vás začala rozvíjet koktavost?
„asi od 6 let“
- 4) Jaký byl pro vás první den ve škole?
„norální (*sic*)“
- 5) Jak reagovali na vaše koktání učitelé?
„nijak“
- 6) Ptali se vás učitelé na obtíže sami nebo byli informováni předem?
„byli předem informováni (*sic*)“
- 7) Jaké aktivity vám dělaly ve škole problémy?
„dlouhé diktáty (*sic*)“
- 8) Jak se k vaší poruše řeči stavěl třídní kolektiv?
„nijak“
- 9) Zažil/a jste někdy šikanu?
„ne“
- 10) Řešil třídní učitel vaši odlišnost se spolužáky? Pokud ano, byla to jeho iniciativa, nebo jednal na základě žádosti (vaší, rodičů, terapeuta, ...)? Pozoroval jste potom nějaké změny?
„ne“
- 11) Pamatujete si na nějaké klíčové momenty ze základní nebo střední školy, které vám pomáhaly nebo naopak komplikovaly ústní projev?
„nevím (*sic*)“
- 12) Ovlivnila vás koktavost při výběru střední/vysoké školy nebo zaměstnání?
„nevím (*sic*)“

Respondent 8

- 1) Jste muž nebo žena?
„žena“
- 2) Kolik je vám let?
„23“
- 3) Kdy se u vás začala rozvíjet koktavost?

„V dětství, hned jak jsem začala mluvit. Rodiče neví, že bych někdy nekoktala.“

- 4) Jaký byl pro vás první den ve škole?
„Nijak zvláštní, velký den jako pro každého školáka.“
- 5) Jak reagovali na vaše koktání učitelé?
„Na základní dobře-nijak, studovali tam předtím mí sourozenci, takže mamka znala všechny učitele, všichni byli vstřícní a nedali mi nic znát. Na střední škole taky neměli problém.“
- 6) Ptali se vás učitelé na obtíže sami nebo byli informováni předem?
„Nikdo se mě na nic neptal, ale nevím jestli je mamka informovala. Na ZŠ asi ano, ale na střední ne. (sic)“
- 7) Jaké aktivity vám dělaly ve škole problémy?
„na prvním stupni nic, na druhém referáty, mluvení v hodině, čtení nahlas, zaplacení obědů. Všechno mě stresovalo. Na střední škole to byly podobné problémy.“
- 8) Jak se k vaší poruše řeči stavěl třídní kolektiv?
„Na základní škole v pohodě, učitelka dbala na to aby se mi nikdo nesmál. Na střední škole dobré, jen jsem se dozvěděla, že jedna spolužačka o mě mluvila na internátě jako o "koktě". (sic)“
- 9) Zažil/a jste někdy šikanu?
„Ne“
- 10) Řešil třídní učitel vaši odlišnost se spolužáky? Pokud ano, byla to jeho iniciativa, nebo jednal na základě žádosti (vaší, rodičů, terapeuta, ...)? Pozoroval jste potom nějaké změny?
11) „Ne“
- 12) Pamatujete si na nějaké klíčové momenty ze základní nebo střední školy, které vám pomáhaly nebo naopak komplikovaly ústní projev?
„Když jsem třeba řekla, že mám problém s koktavostí, pak jsem věděla že to nikoho nepřekvapí. Komplikovalo mi to kdeco. (sic)“
- 13) Ovlivnila vás koktavost při výběru střední/vysoké školy nebo zaměstnání?
„Ne.“

5.2 Zhodnocení výsledků

Kvůli malému počtu respondentů, různému věku, lokalitě a dalším efektům, nemohou jakékoliv odvozené závěry nabývat průkaznosti při jejich zobecňování na současný stav ve školách. Nicméně se jedná o skutečné případy a svědectví, která potvrzují, že doporučení předcházející praktickou část jsou opodstatněná.

U respondentů se koktavost rozvinula v různých obdobích jejich vývoje. U některých již v raně dětském věku, u některých okolo nástupu na základní školu a u některých až na druhém stupni. Ani pro jednoho z dotazovaných nebyl první den ve škole zvláštním milníkem. Jejich učitelé se k poruše až na výjimky stavěli vstřícně a někteří i projevíli iniciativu a žáka se na obtíže sami zeptali. Část z respondentů se však setkala i se zcela odmítavým až odměřeným přístupem vyučujících, který by se dal označit za neprofesionální ve vztahu k poruše řeči. Ani jeden z odpovídajících neoznačil chování spolužáků vysloveně jako šikanu. Z jejich výpovědí je ale patrné, že se někteří z nich s jistou formou šikany setkali, například v podobě nazývání různými jmény a posmívání. Za hlavní problémy při výuce označili nejčastěji mluvení a čtení nahlas nebo recitaci. V neposlední řadě to ale byly i „běžné“ situace (např. placení obědů), jejichž význam by neměl být podceňován. Nakonec je třeba zdůraznit velké individuální rozdíly v potřebách jednotlivých lidí. Co pro jednoho respondenta bylo rušivé a stresující, pro druhého mohlo být vítanou pomocí ve stresové situaci. Při porovnání odpovědi otázky číslo 5 u respondenta 2 a odpovědi na otázku 7 u respondenta 5 je patrné, že první z odpovídajících ocenil, že ho učitelé během projevu nepřerušovali a nedoplňovali. Druhý z nich by zřejmě uvítal pomoc ze strany učitele raději než přílišný časový prostor pro vyjádření. Jejich dlouhé mlčení vnímal jako stresující.

Třídní kolektiv hraje u komunikace ve škole zcela zásadní roli. Vytváří-li se ve třídě příznivé prostředí, přirozeně podporuje komunikační schopnosti všech zúčastněných, což potvrdili svými odpověďmi i respondenti 4 a 5. V nepříznivém komunikačním prostředí je situace právě opačná, jak popisuje dotazovaný č. 2.

Jeden z dotazovaných (č. 4) potvrdil možnost ovlivnění koktavostí při výběru svého studijního nebo profesního zaměření, dokonce strach z nedokončení vysoké školy kvůli tomuto důvodu.

5.3 Vlastní doporučení

Z poznatků, které jsem nabyla během zpracovávání zdrojů a podkladů pro tuto závěrečnou práci bych koktajícím žákům i jejich učitelům doporučila nebát se. Žáci se bojí promluvit, aby nebyli terčem posměchu, ale učitelé by se neměli bát komunikace s dítětem s koktavostí. Žák, který koktá, ví, že koktá a ví, že si toho všichni všimli. Proto dělat jako by tento problém neexistoval, může zraňovat stejně jako jeho nešetrné řešení. Učitelé by se měli informovat na potřeby žáka v první řadě u něj samotného a až potom hledat pomoc u kolegů a odborných publikací. Protože každý z nás vnímá svět jinak a jinak se potýká se svými problémy.

Proto bych tuto závěrečnou práci ráda zakončila trochu netradičně pozitivním citátem Jana Třísky:

„Když jsem četl Bibli, napočítal jsem v ní větu, Neboj se ‘ třístapětašedesátkrát. Myslím, že je to připomínka na každý den, abychom žili beze strachu. Abychom skutečně ŽILI.“

ZÁVĚR

Závěrečná práce na téma Pedagogické přístupy k žákům s koktavostí se zabývala koktavostí a její problematikou jako komunikační bariéry ve škole.

První oddíl teoretické části se zabýval narušenou komunikační schopností obecně. Z několika pohledů je vyhodnocen její význam. Rovněž jsou rozebrány jednotlivé druhy poruch komunikace u dětí. Druhý oddíl teoretické části se zabývá koktavostí samotnou, jejími druhy, vývojem, diagnostikou a možnostmi terapie. Poslední třetí část byla věnována již konkrétně školnímu prostředí. Byla zde snaha o zprostředkování pocitů a potřeb koktajících dětí. Postupy popsané v této části měly za úkol pomoci při odhalování koktavosti v rané fázi, integraci koktavého dítěte do kolektivu i zvládnání vlastní komunikace ve třídě mezi všemi aktéry.

Praktická část práce byla zaměřena na individuální zkušenosti koktajících studentů. Kvalitativní šetření formou dotazníku odhalilo řadu negativních i pozitivních zkušeností koktajících lidí, kteří prošli jako žáci českým školstvím. Z jejich odpovědí bylo možné odvodit konkrétní situace činící největší problémy koktajícím žákům během výuky i mimo ni. Některé odpovědi svědčily o nedostatečné informovanosti mezi učiteli a nedostatečné iniciativě tyto informace získat. Potvrdila se i významná role třídního kolektivu v procesu vzdělávání žáka s koktavostí.

Výsledky z tohoto výzkumu i práce samotné by mohli pomoci učitelům koktajících dětí při výuce i mimo ni. Práce podává návodná doporučení, jak s balbutiky komunikovat, jakým chybám se vyvarovat, jak jim usnadnit studium a pomoci v kolektivu ostatních dětí. Rovněž se zabývá tématem nástupu komunikační poruch. Poskytuje základní informace, jak včas rozpoznat incipientní koktavost nebo jinou komunikační poruchu dítěte a jak dále s touto skutečností pracovat.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

MONOTEMATICKÉ PUBLIKACE

Adriaensens S, Struyf E. 2016. Secondary School Teachers' Beliefs, Attitudes, and Reactions to Stuttering. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools* **47**:135-147.

Ambrose NG, Yairi E. 1999. Normative Disfluency Data for Early Childhood Stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* **42**:895-909.

Beilby JM, Byrnes ML, Yaruss JS. 2012. Acceptance and Commitment Therapy for adults who stutter: Psychosocial adjustment and speech fluency. *Journal of Fluency Disorders* **37**:289-299.

Beilby JM, Byrnes ML. 2012. Acceptance and Commitment Therapy for People Who Stutter. *Perspectives on Fluency and Fluency Disorders* **22**:34-46.

Bendová P. 2011. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Grada Publishing, Praha.

Blood GW, Blood IM. 2007. Preliminary Study of Self-Reported Experience of Physical Aggression and Bullying of Boys Who Stutter: Relation to Increased Anxiety. *Perceptual and Motor Skills* **104**:1060-1066.

Blood GW, Blood IM. 2016. Long-term Consequences of Childhood Bullying in Adults who Stutter: Social Anxiety, Fear of Negative Evaluation, Self-esteem, and Satisfaction with Life. *Journal of Fluency Disorders* **50**:72-84.

Boyle MP, Fearon AN. 2018. Self-stigma and its associations with stress, physical health, and health care satisfaction in adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders* **56**:112-121.

Costelloe S, Davis S, Cavenagh P, Doneva SP. 2018. Attention levels in young children who stutter. *Applied Neuropsychology: Child* **8**:355-365.

Davidow JH, Zaroogian L, Garcia-Barrera MA. 2016. Strategies for Teachers to Manage Stuttering in the Classroom: A Call for Research. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools* **47**:283-296.

Dlouhá O. 2012. Klasifikace poruch dětské řeči – od Seemana k dnešku. *Otorhinolaryngology & Phoniatrics / Otorinolaryngologie a Foniatrie*. Praha, **61**(4), 227-231.

Dönmez YE, Özcan Ö, Bilgiç A, Miniksar DY. 2019. The relationship between prenatal testosterone and developmental stuttering in boys. *The Turkish Journal of Pediatrics* **61**:193-199.

Eggers K, De Nil LF, Van den Bergh BRH. 2012. The Efficiency of Attentional Networks in Children Who Stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* **55**:946-959.

Eggers K, De Nil LF, Van den Bergh BRH. 2013. Inhibitory control in childhood stuttering. *Journal of Fluency Disorders* **38**:1-13.

Eggers K, Jansson-Verkasalo E. 2017. Auditory Attentional Set-Shifting and Inhibition in Children Who Stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* **60**:3159-3170.

Eichorn N, Marton K, Pirutinsky S. 2018. Cognitive flexibility in preschool children with and without stuttering disorders. *Journal of Fluency Disorders* **57**:37-50.

Erickson S, Block S. 2013. The social and communication impact of stuttering on adolescents and their families. *Journal of Fluency Disorders* **38**:311-324.

Ferdinands B, Bridgman K. 2018. An investigation into the relationship between parent satisfaction and child fluency in the Lidcombe Program: Clinic versus telehealth delivery. *International Journal of Speech-Language Pathology* **21**:347-354.

Flynn TW, St. Louis KO. 2011. Changing adolescent attitudes toward stuttering. *Journal of Fluency Disorders* **36**:110-121.

Franck AL, Jackson RA, Pimentel JT, Greenwood GS. 2003. School-age children's perceptions of a person who stutters. *Journal of Fluency Disorders* **28**:1-15.

García-Pastor MD, Miller R. 2019. Unveiling the needs of students who stutter in the language skills - a study on anxiety and stuttering in EFL learning. *European Journal of Special Needs Education* **34**:172-188.

Gunn A, Menzies RG, O'Brian S, Onslow M, Packman A, Lowe R, Iverach L, Heard R, Block S. 2014. Axis I anxiety and mental health disorders among stuttering adolescents. *Journal of Fluency Disorders* **40**:58-68.

Harley J. 2015. Bridging the Gap between Cognitive Therapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Procedia - Social and Behavioral Sciences* **193**:131-140.

Humeniuk E, Tarkowski Z. 2017. Overview of research over the efficiency of therapies of stuttering. *Polish Annals of Medicine* **24**:99-103.

- Chan R, Shum D, Touloupoulou T, Chen E. 2008. Assessment of executive functions: Review of instruments and identification of critical issues. *Archives of Clinical Neuropsychology* **23**:201-216.
- Chang S-E, Angstadt M, Chow HM, Etchell AC, Garnett EO, Choo AL, Kessler D, Welsh RC, Sripada C. 2018. Anomalous network architecture of the resting brain in children who stutter. *Journal of Fluency Disorders* **55**:46-67.
- Charvátová R. 2010. Vliv pedagoga na průběh terapie balbuties u žáka 2. stupně základní školy. Diplomová práce. Brno.
- Chu SY, Tang KP, McConnell G, Mohd Rasdi HF, Yuen M-C. 2018. Public perspectives on communication disorders and profession of speech-language pathology. *Speech, Language and Hearing* **22**:172-182.
- Ingham RJ. 2012. Comments on Recent Developments in Stuttering Treatment Maintenance Research Using the Camperdown Program. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* **55**:306-309.
- Ionescu C-E. 2015. Perturbations of communication, determined by the presence of language disruptions at pre-school and lower school age children. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* **180**:1612-1619.
- Ismail N, Sallam Y, Behery R, Al Boghdady A. 2017. Cortical auditory evoked potentials in children who stutter. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* **97**:93-101.
- ISTAR. ©2020. Teasing and Bullying (TAB). University of Alberta, Alberta.
- Ivoskuvienė R, Makauskienė V. 2009. Experiences of Teachers Working with Children Who Stammer. *Specialusis ugdymas* **20**:93-100.
- Janoušek J. 2019. Verbal Communication as a Psychological Problem. *Journal of Russian & East European Psychology* **56**:1-85.
- Kathard H, Walters F, Frieslaar K, Mhlongo T, Rhoode M, Shaboodien R, Weidmann J, Zimmerman N, Zoetmulder A, Camroodien-Surve F. 2014. Classroom intervention to change peers' attitudes towards children who stutter: A feasibility study. *South African Journal of Communication Disorders* **61**:1-11.
- Kefalianos E, Onslow M, Packman A, Vogel A, Pezic A, Mensah F, Conway L, Bavin E, Block S, Reilly S. 2017a. The History of Stuttering by 7 Years of Age: Follow-Up of a

Prospective Community Cohort. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* **60**:2828-2839.

Kefalianos E, Onslow M, Ukoumunne OC, Block S, Reilly S. 2017b. Temperament and Early Stuttering Development: Cross-Sectional Findings From a Community Cohort. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* **60**:772-784.

Kejklíčková I. 2016. *Vady řeči u dětí: návody pro praxi*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3941-0.

Kraft SJ, Yairi E. 2012. Genetic Bases of Stuttering: The State of the Art, 2011. *Folia Phoniatica et Logopaedica* **64**:33-46.

Krahulcová B. 2007. *Dyslálie / patlavost*. Beakra, Praha.

Langevin M, Prasad NGN. 2012. A Stuttering Education and Bullying Awareness and Prevention Resource: A Feasibility Study. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools* **43**:344-358.

Langevin M. 2002. Helping Children Deal With Teasing and Bullying. *Perspectives on Fluency and Fluency Disorders* **12**:10-14.

Lechta V, Králíková B. 2011. *Když naše dítě nemluví plynule: koktavost a jiné neplynulosti řeči*. Portál, Praha.

Lechta V. 2010a. *Koktavost: integrativní přístup, 2. rozš. a přeprac.* Portál, Praha.

Lechta V. 2010b. *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Portál, Praha.

Mallick R, Kathard H, Borhan ASM, Pillay M, Thabane L. 2018. A cluster randomised trial of a classroom communication resource program to change peer attitudes towards children who stutter among grade 7 students. *Trials* **19**:1-8.

McAllister J, Kelman E, Millard S. 2015. Anxiety and Cognitive Bias in Children and Young People who Stutter. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* **193**:183-191.

Mowlana H. 2018. On Human Communication. *Javnost - The Public* **25**:226-232.

Mulcahy K, Hennessey N, Beilby J, Byrnes M. 2008. Social anxiety and the severity and topography of stuttering in adolescents. *Journal of Fluency Disorders* **33**:306-319.

- Nováková Š. 2012. Práce učitele s dítětem s koktavostí na prvním stupni základní školy. Diplomová práce. Olomouc.
- Ntourou K, Anderson JD, Wagovich SA. 2018. Executive function and childhood stuttering: Parent ratings and evidence from a behavioral task. *Journal of Fluency Disorders* **56**:18-32.
- O'Brian S, Onslow M, Cream A, Packman A. 2003. The Camperdown Program. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* **46**:933-946.
- Podvalová M. 2013. NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST. 50-54 in Z nevýhody výhoda, 5. aktual.. Junák – svaz skautů a skautek ČR, Praha.
- Prasse JE, Kikano GE. 2008. Stuttering: An overview. *American Family Physician* **77**:1271-1276.
- Reilly S, Onslow M, Packman A, Wake M, Bavin EL, Prior M, Eadie P, Cini E, Bolzonello C, Ukoumunne OC. 2009. Predicting Stuttering Onset by the Age of 3 Years: A Prospective, Community Cohort Study. *PEDIATRICS* **123**:270-277.
- Reilly S, Wake M, Ukoumunne OC, Bavin E, Prior M, Cini E, Conway L, Eadie P, Bretherton L. 2010. Predicting Language Outcomes at 4 Years of Age: Findings From Early Language in Victoria Study. *PEDIATRICS* **126**:e1530-e1537.
- Scott L. 2009. Helping Stutterers. *Education Digest: Essential Readings Condensed for Quick Review* **74**:59-62.
- Smith A, Weber C. 2016. Childhood Stuttering: Where Are We and Where Are We Going? *Seminars in Speech and Language* **37**:291-297.
- Škodová E, Jedlička I. 2003. *Klinická logopedie*. Portál, Praha.
- Tomasello M, Rieber T. 2010. *Origins of Human Communication*. MIT Press, Cambridge.
- Trojanová K. 2012. Čtení o logopedii - 2. část. *Česko-Slovenská Pediatrie* **67**:260-267. Pardubice.
- Turnbull J. 2006. Promoting greater understanding in peers of children who stammer. *Emotional and Behavioural Difficulties* **11**:237-247.
- Van Eerdenbrugh S, Packman A, O'Brian S, Onslow M. 2018. Challenges and Strategies for Speech-Language Pathologists Using the Lidcombe Program for Early Stuttering. *American Journal of Speech-Language Pathology* **27**:1259-1272.

Vrbová R, Čadová E, Jehličková J, Michalík J, Mlčáková R, Šarounová J. 2012a. Metodika práce asistenta pedagoga se žákem s narušenou komunikační schopností. Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc.

Vrbová R, Grebeníčková L, Hanák P, Hanyková P, Hradilová L, Jehličková J, Michalík J, Mlčáková R, Šišková J. 2012b. Metodika práce se žákem s narušenou komunikační schopností. Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc.

Walsh B, Tian F, Tourville JA, Yücel MA, Kuczek T, Bostian AJ. 2017. Hemodynamics of speech production: An fNIRS investigation of children who stutter. *Scientific Reports* 7:1-13.

Ward D. 2006. *Stuttering and Cluttering*. Psychology Press, Hove and New York.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

AKL: Asociace klinických logopedů České republiky. 2020. Institut biostatistiky a analýz Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, Praha. Available at <https://www.klinickalogopedie.cz/> (accessed January 16, 2020).

Balbuticka.komunita.cz. ©2003-2014. bodyia. Available at <http://www.balbuticka.komunita.cz/index.php> (accessed January 16, 2020).

Balbutik. ©2009. Balbutik, Praha. Available at <https://balbutik.webnode.cz/> (accessed January 16, 2020).

Kejklíčková I. ©2020. Česká asociace pro koktavost. in Facebook. Facebook. Available at <https://en-gb.facebook.com/pg/asociacekoktavosti/about/> (accessed January 16, 2020).

Nekoktám!cz. ©2011-2020. Jan Dezort, Brno.

Peutelschmiedová A. Co by měl učitel vědět o koktavosti. in RVP: Metodický portál. Národní pedagogický institut České republiky, Praha. Available at <https://clanky.rvp.cz/clanek/c/ZUF/14207/CO-BY-MEL-UCITEL-VEDET-O-KOKTAVOSTI.html/> (accessed February 07, 2020).

Scott L, Guitar C. ©2010. *Stuttering: Straight Talk for Teachers*, 3rd. The Stuttering Foundation, Memphis. Available at https://www.stutteringhelp.org/sites/default/files/Migrate/teacher_book_2010.pdf (accessed January 27, 2020).

Survio. ©2012-2020. Survio, Brno. Available at <https://www.survio.com/cs/> (accessed May 28, 2020).

Tříška J. (n.d.). Jan Tříška citáty o životě. Available at <https://citaty.net/autori/jan-triska/citaty-o-zivote/> (accessed May 27, 2020)

ÚZIS, ©2010-2020. Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10. ÚZIS [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 1. 1. 2020 [cit. 2020-01-06]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.htm>

Yairi E. 2006. The age factor in stuttering. THE STUTTERING FOUNDATION 16:3; 8. The Stuttering Foundation, Memphis. Available at https://www.stutteringhelp.org/sites/default/files/Migrate/winter_newsletter_2006.pdf (accessed January 30, 2020).

SEZNAM TABULEK, GRAFŮ, OBRÁZKŮ A SCHÉMAT

Obrázek 1: Ilustrace hlavních rysů multifaktoriální teorie dynamických drah koktání.	Str. 18
Obrázek 3 Začarovaný kruh vnitřního boje s koktavostí.	Str. 28
Tabulka 2: Kontrolní seznam pro učitele dětí s neplýnulostí.	Str. 26