

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Tereza Pospíšilová

**Logopedická diagnostika a možnosti modifikace psychické tenze
u osob s chronickou kochtavostí**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Logopedická diagnostika a možnosti modifikace psychické tenze u osob s chronickou kóktavostí vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 18. 4. 2016

.....
Tereza Pospíšilová

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala paní PhDr. Renatě Mlčákové, Ph.D. za poskytnuté rady a odborné vedení mé diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří mi ochotně poskytli potřebné informace k výzkumnému šetření a nechali mě nahlédnout do svých životů. Děkuji také své rodině za poskytovanou podporu během celého studia a za pomoc při korekcích a grafickém zpracování této práce.

OBSAH

ÚVOD	6
I TEORETICKÁ ČÁST	7
1 KOKTAVOST	7
1.1 Terminologie.....	7
1.2 Etiologie.....	8
1.3 Patogeneze	11
1.3.1 Geneze	12
1.4 Klasifikace	12
1.5 Syndromologie.....	13
1.5.1 Psychická tenze.....	15
1.5.2 Nadměrná námaha	18
1.5.3 Dysfluence	19
2 LOGOPEDICKÁ DIAGNOSTIKA KOKTAVOSTI S AKCENTEM NA OBLAST PSYCHICKÉ TENZE	20
3 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE KOKTAVOSTI S AKCENTEM NA OBLAST PSYCHICKÉ TENZE	26
3.1 Psychoterapie	29
3.2 Systematická desenzibilizace.....	31
3.3 Muzikoterapie	33
3.4 Cíle, metody a formy terapie	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	36
4 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	36
4.1 Cíl práce	36
4.2 Metody výzkumného šetření.....	36
4.3 Organizace výzkumného šetření	38
4.4 Popis výzkumného souboru respondentů	38
4.5 Výsledky výzkumného šetření	39
4.6 Kazuistiky	59
4.6.1 Kazuistika klientky Jany.....	59
4.6.2 Kazuistika klienta Marka.....	63
4.6.3 Kazuistika klientky Venduly	66
5 APLIKACE SYSTEMATICKÉ DESENZIBILIZACE	70

5.1	Systematická desenzibilizace u klienta Marka	70
5.2	Systematická desenzibilizace u klientky Venduly	72
5.3	Analýza výzkumného šetření	74
ZÁVĚR		77
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY		78
SEZNAM ZKRATEK		82
SEZNAM GRAFŮ		83
SEZNAM OBRÁZKŮ		84
SEZNAM PŘÍLOH		85
ANOTACE		

ÚVOD

Koktavost můžeme označit za jednu z nejtěžších a nejnápadnějších poruch komunikace, která nepostihuje jen řeč, ale celou osobnost člověka. Přestože se problematikou koktavosti zabývá mnoho odborníků, dosud se nenašel žádný naprosto přesný způsob, jak koktavost úspěšně upravit. Proto je třeba se touto problematikou nadále zabývat. Mezinárodní den koktavosti připadá na 22. října.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části, a to na část teoretickou a část praktickou. Teoretickou část dělíme na tři kapitoly. V první kapitole, se zabýváme terminologickým vymezením koktavosti, její definicí, klasifikací, etiologií a syndromologií. Ve druhé kapitole se zaměřujeme na diagnostiku koktavosti s akcentem na oblast psychické tenze. Teoretickou část uzavírá třetí kapitola věnovaná intervenci koktavosti s akcentem na oblast psychické tenze. Touto prací chceme upozornit na nutnost logopedické diagnostiky a intervence právě v oblasti psychické tenze, která je u osob s chronickou koktavostí nejzávažnějším problémem.

Praktická část této diplomové práce je rozdělena na dvě kapitoly. V první kapitole vymezujeme metodologii výzkumného šetření, které jsme založili na dotaznících a sepsání tří kazuistik klientů s balbuties. Výsledkem výzkumného šetření je shrnutí získaných informací, jejich analýza a grafický záznam. Druhou kapitolu praktické části jsme zaměřili na možnosti modifikace psychické tenze a konkrétně se zde zaměřujeme na využití systematické desenzibilizace u jedinců s koktavostí. Hlavním cílem praktické části této diplomové práce je realizace intervence u klientů s chronickou koktavostí zaměřená na možnosti modifikace psychické tenze.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 KOKTAVOST

1.1 Terminologie

Koktavost je jedním z nejtěžších, nejnápadnějších a také nejobtížněji upravitelných druhů narušené komunikační schopnosti (dále jen NKS). Postihuje všechny věkové skupiny a má dopad na celou osobnost člověka (Lechta, 2010). V rámci základní kategorizace NKS řadíme koktavost mezi narušení fluence (plynulosti) řeči (Lechta, 2007).

Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí koktavost v rámci Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) pod kódem **F98.5** Koktavost (zadržávání v řeči). Jako F 90 – F98 definuje poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání (MKN, 2014).

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch DSM – V (2015) Americké psychiatrické asociace vytvořil diagnostická kritéria poruch řeči a jazyka. Koktavost uvádí pod kódem 315.35 (F80.81) jako poruchu plynulosti řeči se začátkem v dětství.

V tradičním pojetí, které pochází již z roku 1891, byla koktavost označována jako neuróza řeči, která vzniká nejčastěji v dětském věku. V moderním pojetí je upřednostňována širší, komplexnější definice (Lechta, 2010).

Níže uvádíme nejčastěji používané z nich dle několika autorů:

Lechta (2010, s. 28) definuje koktavost takto: *„Jde o syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nejnápadněji projevuje charakteristickými nedobrovolnými specifickými pauzami narušujícími plynulost procesu mluvení a tím působícími rušivě na komunikační záměr. Je to multifaktoriální, dynamický a variabilní syndrom NKS se složitou symptomatikou, která je často důsledkem několika parciálních, vzájemně se prolínajících, navazujících nebo recipročně i souhrnně reagujících příčin.“*

Klenková (2006, s. 153) říká, že: *„Definovat koktavost není snadné, neboť problematika tohoto narušení komunikační schopnosti, její etiologie, symptomatologie, diagnostika i terapie je rozsáhlá a obtížná.“* Dále uvádí, že se koktavostí zabývá mnoho oborů, jak lékařských, tak i nelékařských jako je logopedie, psychologie, lingvistika atd. V důsledku velkého rozsahu problematiky koktavosti vznikl nový podobor – balbutologie.

Peutelschmiedová (2000, s. 7) uvádí definici zaměřenou dle psychoanalytiků, podle nichž je koktavost „výsledkem touhy mluvit vulgárně a agresivně a potřeby potlačit takový styl hovoru.“

„Zajakavosť – balbuties – je funkčná porucha plynulosti reči. Vyznačuje sa mimovoľnými prestávkami, iteráciami (tj. zdvojeniami a opakovaniami) hlások, slabík a slov. Postihuje jemnú motorickú koordináciu rečového výkonu vo forme spazmov rečových orgánov, resp. svalov zúčastnených na reči. Neplýnulosť a celkové nadmerné predlžovanie rečového prejavu sťažuje až narušuje komunikačnú funkciu, čo vyvoláva záporné citové reakcie a stavy, ostýchavosť v spoločenskom styku a strach z aktívnej reči.“ (Kondáš, 1983, s. 42)

Jak Lechta (2010) shrnuje, v české odborné literatuře se osoba s koktavostí označuje jako „balbutik“, koktavost všeobecně jako „balbuties“, dříve také „balbutismus“, a nauka o koktavosti jako „balbutologie“.

1.2 Etiologie

Příčiny vzniku koktavosti v každém jednotlivém případě se dodnes nepodařilo zcela jednoznačně objasnit. To je také důvodem pro stále nově vznikající teorie koktavosti. Často můžeme objevit zjednodušené schéma vzniku koktavosti: „koktavost = dispozice + trauma“ Také můžeme najít shrnutí, jako např. „existuje tolik typů koktavosti, kolik je balbutiků“ (Lechta, 2010, s. 54).

Dříve se tvrdilo (Seeman in Lechta 2010), že koktavost je **neuróza řeči** nebo také spastická koordinační neuróza. Pak se ale u mnoha balbutiků prokázalo orgánové pozadí jejich narušení a vznikl tak jistý rozpor. Neurózu definuje Hartl, Hartlová (2015, s. 354) jako „funkční nervové onemocnění bez orgánového nálezu, funkční proto, že nejde o orgánové poškození CNS...“ Sekundárně může neuróza vzniknout jako důsledek koktavosti (Lechta, 2010).

Seeman, který se podrobně zabýval problematikou etiologie a patogeneze koktavosti od 30. let 20. stol, byl přesvědčen o organické příčině tohoto narušení. Patogenezi onemocnění spatřoval „v dynamické poruše řízení zpětnovazebných motorických mechanismů při realizaci řeči, a to v oblasti subkorových bazálních ganglií, přesněji ve striopallidárním systému.“ (Škodová, Jedlička a kol., 2007, s. 262).

Nejčastěji se jako příčina koktavosti uvádí **dědičnost**. V minulosti byla odhadovaná až na 40 – 60% (Vékássy, 1987 in Lechta, 2010). Gillam (2000 in Lechta, 2010) uvádí výsledky novějších výzkumů, které potvrdily jen 15% vliv dědičnosti, a Kehoe ve stejném roce (2000

in Lechta, 2010) píše o trojnásobně vyšší pravděpodobnosti, že mezi blízkými příbuznými balbutiků jsou koktající lidé, než u plynule mluvících.

Wirth (1990 in Lechta, 2010) uvádí, že v souvislosti s dědičností mohou s koktavostí souviset i určité neuropatické rodinné vlohly, většinou ze strany rodiny matky, a to především migrény, astma, poruchy krevního oběhu, poruchy trávení a jiné vegetativní poruchy.

Sandrieser a Schneider (2008 in Lechta, 2010) zjistili, že synové matek balbutiček jsou nositeli zvýšeného rizika, existuje zde až 36% riziko koktavosti. Bosshardt (2008 in Lechta, 2010) uvádí souvislost mezi dědičností a koktavostí, která je zřejmá, ale stupeň koktavosti je více než dědičností determinován prostředím, ve kterém balbutik žije.

Co se týče **psychických procesů**, tak ty mohou být uváděny jako primární příčiny koktavosti, ale spíše bychom o nich měli hovořit jako o fixujících faktorech koktavosti. Jako fixující faktor působí často také negativní vlivy sociálního prostředí, různá psychotraumata pak mohou také hrát určitou roli při vzniku koktavosti. Jak uvádí Johnson (1963 in Lechta, 2010, s. 58) „*Koktavost je tedy to, co se dítě naučilo s účelem nezakoktavat se.*“

Můžeme sem zařadit např. **teorii učení**, kdy Wirth (1990 in Lechta, 2010, s. 60) předkládá, že koktavost je „*situčně nesprávně naučeným řečovým chováním, které je podmíněné, fixované a regulované svými důsledky a vyvolávajícími podněty.*“ Na to navazuje Bodenhamer (2006 in Lechta, 2010), který tvrdí, že koktavosti se tedy lze za tohoto, výše uvedeného předpokladu, odnaučit. Dále můžeme z teorií psychických procesů uvést Schwartzovu (1991 in Lechta, 2010) **teorii laryngospazmu**, která vychází z reflexní křeče hrtanu podmiňované stresem. Jako další uvádíme **teorii poruchy interakce**, která vzniká v souvislosti ve vztahu mezi matkou a dítětem. Dle Wyattovy koncepce je dítě na matce v období řečového vývoje závislé, mluvní vzor matky má velký význam, a pokud je jejich vztah narušený, může dojít ke vzniku koktavosti. Koktavost můžeme pojímat i jako důsledek **intrapersonálních konfliktů** (Lechta, 2010). Wirth (1990 in ibid.) se dále zabývá i **teorií psychoanalýzy** vycházející z Adlerovy individuální psychologie, která, na rozdíl od teorií učení, předpokládá nevědomé příčiny koktavosti. Koktavost podle této teorie vzniká jako cílevědomé chování vedoucí k uspokojení základních potřeb, vliv může mít také např. hyperprotektivní rodič, rivalita mezi sourozenci, narození mladšího sourozence, pocity méněcennosti, zážitek z leknutí nebo psychický šok.

V rámci etiologie se také hovoří o možnosti a významu **orgánových příčin** koktavosti, kdy se snažíme nalézt zejména konkrétní a specificky lokalizovanou příčinu. V současnosti patří k nejpreferovanějším koncepcí vzniku koktavosti na bázi dyskoordinace mozkových hemisfér (Lechta, 2010). Jak uvádí Wirth (1990 in ibid.), jedná se o to, že u lidí

s koktavostí vzniká při jazykových úlohách zvýšená aktivace pravé namísto levé hemisféry. Dále se také jako o příčině koktavosti uvažuje o poruše centrálního řízení periferně-motorických pochodů a jejich koordinace. Na EMG (elektromyografie) byl u balbutiků zachycen blok svalstva hrtanu – adduktory a abduktory v současné kontrakci a mezi uvolněním závěru konsonantu a začátkem tvoření hlasu u následujícího vokálu byl pozorován prodloužený čas. Současná inervace antagonistických svalů byla zachycena i v oblasti artikulace (Wirth, 1990 in ibid.). Pravo-levou koordinací hemisfér se zabývali Orton a Travis a jako první zkonstruovali teorii koktavosti založenou na nedostatečné levohemisférové dominanci pro řeč. Jestliže obě hemisféry kooperují, je výsledná řeč plynulá, pokud ani jedna z hemisfér není dominantní, dojde k dyskoordinaci a dysfluenci (Logan, 1999 in Lechta, 2010).

Mezi další příčiny koktavosti řadíme také **levorukost**, a to zejména násilné přecvičování vyhraněných leváků na praváky (Sovák, 1981 in Lechta, 2010). Dále se debatuje o **bilingvismu**, ale pokud si dítě osvojuje jazyky správně, tzv. přímou metodou, neměla by vícejazyčná výchova patřit k příčinám koktavosti (Lechta, 2010). Můžeme sem zařadit také **poruchy metabolismu**, které se uváděly často v minulosti, později se od nich upustilo, ale v současné době se o těchto příčinách znovu uvažuje. Jedná se o problém s neurotransmiterem dopaminem a také se jako možná příčina koktavosti uvádí porucha metabolismu enzymu lysozomu (Lechta, Králiková, 2011). V minulosti se hovořilo i např. Nadoleczny (1926 in Lechta, 2010) o vlivu **napodobování** osob s koktavostí, kterou můžeme získat jako „psychickou nákazu“. V současnosti je zcela jasné, že napodobování koktavosti nemá na její vznik vliv, neboť každá forma koktavosti je odlišná od formy jiné (Manning, 2010 in Lechta, 2010).

Peutelschmiedová (1994) uvádí názory na vznik koktavosti a dělí je do skupin dle aktuálnosti názorů, a to na:

1. **Názory již překonané** – zde můžeme najít názory typu: rozpor mezi vyslovením a utajením myšlenek, porucha vztahu matka – dítě, anomálie jazyka a jeho uložení, rozmazlenost dítěte, nepoměr řeči a myšlení apod.
2. **Názory přetrvávající**, kam zmíněná autorka řadí koktavost jako důsledek psychotraumata, koktavost jako neuróza řeči, vznik koktavosti nápodobou a také přecvičované leváctví jako příčina koktavosti.
3. **Názory aktuální**, kde je zařazen vznik koktavosti v důsledku dědičnosti a příčiny spojené s poškozením CNS, jako např. poškození mozku dítěte v těhotenství nebo v průběhu porodu, neurologické faktory, fyzikální změny ve fonačním ústrojí, odchylky ve vztahu a spolupráci hemisfér.

Vzhledem k roku vydání (1994), mohou být některé názory, které Peutelschmiedová řadí mezi přetrvávající, již překonané. V porovnání s novější publikací – Logopedické minimum výše zmiňované autorky z roku 2005 můžeme vidět vývoj v názorech na vznik koktavosti. Jako překonané již považuje psychotraumata, neurózu řeči i přecvičované leváctví, které v publikaci z roku 1994 řadila ještě do názorů přetrvávajících. Z aktuálně sledovaných příčin stále jako primární příčinu uvádí dědičnost a poškození CNS.

1.3 Patogeneze

Zkoumáním patologie můžeme objasnit vznik koktavosti z vývojového hlediska, a to, zda vznikla z vývojových dysfluencí (kolem 3. – 4. roku života), nebo později. Při zkoumání geneze koktavosti můžeme také vycházet i ze symptomatiky: repetice slabik můžeme nalézt u začínající koktavosti, naproti tomu u koktavosti fixované nebo chronické objevíme spíše prolongace hlásek a bloky (Lechta, 2010).

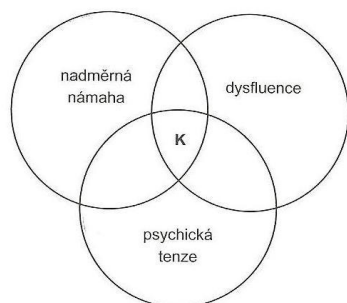
Většina autorů zabývajících se koktavostí (např. Yairi, 2006; Bosshardt, 2008; Sandrieser a Schnieder, 2008) se shoduje v názoru, že koktavost v absolutní většině případů začíná v období předškolních let, méně v období školních let, puberty a adolescence, zcela ojediněle pak v dospělosti (Sandrieser a Schnieder, 2008 in Lechta, 2010). V longitudinální studii (Johannsen, 2001 in ibid.) byl zjištěn průměrný věk vzniku koktavosti 3 roky, 1 měsíc a 27 dní.

Králiková (2007, 2008 in Lechta, 2010) vypracovala seznam rizikových faktorů, které je třeba brát v potaz z hlediska geneze koktavosti, protože mohou již dopředu naznačovat nebezpečí možného vzniku koktavosti. Níže uvedené rizikové faktory samy o sobě koktavost nezpůsobí, ale o vážnou hrozbu může jít v případě kombinace více faktorů, a to zejména v období vývojových dysfluencí. Mezi nejčastější rizikové faktory autorka řadí následující: řečové nápadnosti, orgánové odchylky CNS, nevhodná komunikace s dítětem, výrazný nedostatek sebedůvěry dítěte, nebo naopak příliš vysoké aspirace, rodinné dispozice, rozličné odchylky v psychomotorickém vývoji, případně indikující ADHD, vysoké nároky prostředí v oblasti osvojování si jazyka, neurotizaci dítěte, nesprávný řečový vzor v rodině, nečekané a náhlé změny kvality života, na které dítě není připravené.

1.3.1 Geneze

Aby z dysfluency vznikla koktavost jako komplexní syndrom NKS, musí se ještě přidat tzv. fixující mechanismy, mezi které řadíme např. opakované zážitky ztráty kontroly nad řečí, subjektivně prožívaný akutní pocit extrémního časového tlaku při komunikaci, výsměch, opakované zážitky nerealizovaného nebo zmařeného komunikačního záměru apod. (Lechta, 2010).

Kompletní klinický obraz koktavosti vyplývá ze vzájemného prolínání tří skupin symptomů, a to dysfluency, nadměrné námahy a psychické tenze. U jednotlivých klientů se tyto tři skupiny symptomů projevují v individuálně různé míře, rozmanité časové návaznosti a časovém průběhu, různém stupni závažnosti, různé vzájemné souvztažnosti a v individuálním působení různých zpětnovazebných mechanismů. V řečovém projevu balbutika si můžeme nejčastěji všimnout nedobrovolných a nekontrolovatelných dysfluencí, které jsou obvykle doprovázeny nadměrnou námahou při artikulaci a během promluvy také psychickou tenzí. Dysfluency, tedy neplynulost mluveného projevu, je to, co můžeme slyšet, nadměrná námaha při řeči je to, co můžeme vidět a psychická tenze je to, co balbutik sám prožívá a cítí (Lechta, 2010).



Obr. č. 1 Klinický obraz koktavosti (Lechta, 1999, 2010)

1.4 Klasifikace

Koktavost můžeme dělit podle různých hledisek. Lechta (1990 in Klenková, 2006) uvádí dělení dle zahraničních autorů podle původu, podle uvědomění si poruchy, podle stupně, podle verbálních symptomů (tonická, klonická, tonoklonická a klonotonická) nebo podle doby vzniku (předčasná koktavost – děti mladší 3 let, obvyklá – děti mezi 3. a 4. rokem, pozdní – po 7. roce).

Peutelschmiedová (2005b) klasifikuje kóktavost do tří skupin, jako incipientní, fixovanou a chronickou.

1. **Incipientní kóktavost** se obvykle objevuje v předškolním věku dítěte, konkrétněji kolem třetího roku věku, a je označována jako kóktavost počínající, nastupující. Důležitá je v tomto období diferenciální diagnostika, která odliší incipientní kóktavosti od fyziologických neplynulostí v řeči. Lechta (2010) uvádí, že incipientní kóktavost vzniká, když se k dysfluencím dále přidává nadměrná námaha asi ve věku 5 – 7 let.
2. **Fixovaná kóktavost** je vymezena věkovým obdobím v rozmezí asi 6 – 13 let a představuje závažný biopsychosociální problém. Nově se objevuje strach z řeči, který může vyústit až do logofobie. Lechta (2010) dodává, že postupným uvědomováním si handicapu dochází k fixaci kóktavosti (7 – 13 let věku).
3. **Chronická kóktavost** je posledním typem v uvedené klasifikaci. Vada řeči se zde stává hlavně psychickým problémem. Mnoho balbutiků po předešlých nezdařených pokusech na další logopedické intervence rezignuje. Měli bychom se snažit klienta motivovat a přimět ho k vědomému pozorování svých projevů kóktavosti. Zde Lechta (2010) předkládá nárůst psychické tenze a postupný přechod do chronické kóktavosti s kompletním klinickým obrazem, a to přibližně ve věku 14 let a více.

Na začátek klasifikace Lechta (2010) řadí vývojovou dysfluenci, která se vyskytuje bez nadměrné námahy a psychické tenze kolem 3 – 4 let věku a by měla přirozeně odeznít.

1.5 Syndromologie

Jak uvádí Klenková (2006), kóktavost představuje komplexní syndrom, jehož symptomy lze pozorovat ve všech čtyřech jazykových rovinách: foneticko-fonologické, lexikálně-sémantické, morfologicko-syntaktické i pragmatické. Můžeme pozorovat měnící se příznaky v řeči, které se mohou objevovat jen v určitých situacích nebo v kontaktu s některými osobami. Projevy kóktavosti můžeme pozorovat na jednotlivých složkách procesu mluvení. Zasahuje respiraci, kde se často objevuje přerývané, nepravidelné dýchání a dýchací spazmy. Při fonaci si můžeme všimnout tvrdých hlasových začátků, objevují se také spazmy na hlasivkách. Průběh artikulace je narušen křečemi a můžeme rozlišit formu klonickou (trhané opakování hlásek, slabik) a tonicou (tlačení, napínání). U balbutiků můžeme také pozorovat narušení prozodických faktorů řeči (tempo, melodie, přízvuk...),

často se objevují embolofrázie, tzv. slovní vmetky a vsuvky, a také parafrázie, které balbutik tvoří, když se chce vyhnout slovům činícím mu potíže.

Kolem třetího roku věku se u dětí objevují tzv. fyziologické potíže v řeči. Často se manifestují fyziologické iterace, tedy opakování slabik a slov. Toto opakování by mělo přirozeně odeznít. Pokud ale iterace stále přetrvávají, rodiče by si měli všimnout tzv. varovných příznaků, které signalizují nebezpečí vzniku koktavosti a nespokojit se s názory typu „on z toho vyrostne“ apod. K varovným příznakům patří např. časté opakování slabik nebo slov, prodlužování hlásek, třes a nekontrolovatelný pohyb rtů a jazyka, vyhýbání se řeči, blokáda dechu, tiky nebo neobvyklé počty pomlky (Peutelschmiedová, 2005a).

Lechta (2001) uvádí jako rozlišující mezi vývojovou neplynulostí a koktavostí příznaky v řeči a příznaky v chování. Ty pozorujeme pouze u dětí s koktavostí.

Příznaky v řeči se objevují nedobrovolně a ve většině případů si dítě jejich přítomnost zpočátku neuvědomuje. Když k jejich uvědomění dojde, začnou se spolu s těmito příznaky objevovat i příznaky v chování. Mezi příznaky v řeči řadí Lechta (2001) **repetice**, při níž dítě opakuje nejčastěji první hlásky nebo slabiky slov. Peutelschmiedová (1994) považuje opakování slabik za lehčí stupeň koktavosti. Dalším příznakem je dle Lechty (2001) **prolongace**, v případě které se jedná o prodlužování první hlásky nebo slabiky. Peutelschmiedová (1994) řadí prodlužování slabik s viditelnějším napětím či setrváváním na první hlásce či slabice do závažnějšího stupně koktavosti. Dle Lechty (2001) se také objevuje **hlasové napětí**, kdy si můžeme všimnout tlaceného, přerývaného hlasu či jeho nepřirozené polohy. Toto napětí je často také viditelné na krku, hrdle, rtech či jazyku. Dále se může jednat o **zrychlené tempo řeči**, kterého si mluvčí není vědom. Zpomalením tempa se může zlepšit kvalita promluvy a sníží se přítomnost ostatních příznaků. Řadíme sem i **narušené dýchání**, které je převážně přerušované, povrchní a nepravidelné. Obtíže pozorujeme hlavně ve výdechovém proudu vzduchu, což je způsobeno převážně psychickým tlakem a artikulačními těžkostmi. **Vsuvky** nejčastěji objevujeme na začátku výpovědi a jedná se o souhlásky (eh, hmm...), někdy i slova (tak, vždyť...). Balbutici si jimi pomáhají lépe vyslovit a uvolnit spasmus. V řeči se objevují až po uvědomění si vlastní neplynulosti. Můžeme sem zařadit i vložené „schwa“ hlásky. V řeči balbutiků můžeme sledovat také **pauly**, které jsou buď bez napětí, nebo s napětím, a ty se mohou vyskytovat v souvislosti s vegetativními reakcemi, negativními emocemi nebo křečemi dechového, hlasového či artikulačního aparátu. V řeči balbutiků také často najdeme **blokády**, které definujeme jako neschopnost vyslovit hlásky v určitém slově. Nejčastěji se vyskytují u okluzivních souhlásek a způsobují pauly s napětím. Posledním příznakem v řeči, který Lechta (2001) uvádí, jsou

opravy (revize), kdy balbutik hledá významově blízké slovo tomu, které chtěl říci, ale má s ním problém.

Příznaky v chování se začínají objevovat, když si dítě uvědomuje své obtíže v řeči a snaží se jim předejít nebo je odstranit. Lechta (2001) do nich řadí **tremor** (třes), který se vyskytuje převážně u dospělých balbutiků. Můžeme pozorovat třes svalstva kolem úst nebo čelistí. Velmi často se vyskytuje také **vyhýbání se zrakovému kontaktu**, kdy se balbutik raději dívá např. do země. **Strach z mluvení** se objevuje v situacích, blíží-li se problémové slovo nebo komunikační situace, se kterou má balbutik předchozí negativní zkušenost. Jako poslední z příznaků chování uvádí Lechta (2001) **vyhýbavé chování**, jenž je typické u chronické koktavosti. Může se jednat o odklad slova do doby, kdy si je jist, že ho vysloví plynule. Pak pozorujeme různě dlouhé pomlky, nahrazování slov, vkládání nesouvisejících slov do řeči, apod. Také se objevuje vyhýbání určité konkrétní situaci, např. nakupování, telefonování.

Když se snažíme pochopit situaci balbutika, můžeme se setkat s metaforou ledovce. Při pohledu na ledovec vidíme pouze to, co plave „nad vodou“, ale to je pouze část koktavosti (neplynulosti řeči, nadměrná námaha). To, co je „pod vodou“, jsou problémy, které souvisejí s psychickou tenzí a jsou před námi většinou skryté. V případě chronické koktavosti se problém stále více přesouvá právě do oblasti psychické tenze (Lechta, Králiková, 2011).

1.5.1 Psychická tenze

V současné době se ještě v terapii koktavosti psychické tenzi nevěnuje mnoho náležité pozornosti. Jedná se o „*charakteristický (obtěžně definovatelný, protože subjektivně odlišně prožívaný) nepříjemný pocit vnitřního neklidu, vyvedení z míry – jakéhosi psychického dyskomfortu.*“ (Lechta 2010, s. 92)

Zebrowski (2010 in Fraser, 2010) uvádí pocity, které vznikají častěji u lidí s koktavostí. Jedná se typicky o pocity izolovanosti, kdy se balbutici často vyhýbají kontaktu se svými vrstevníky, a naopak. Proto je dobré seznamovat balbutiky navzájem, případně jim doporučit skupinovou terapii, k čemuž by měl pomoci právě logoped. Dále se objevují pocity zmatku a bezmoci, s nedostatkem motivace, což Zebrowski (2010 in ibid.) chápe spíše jako naučenou bezmocnost. Pocity viny a studu jsou také charakteristické pro přetrvávající koktavost. Také se objevují rozpaky a pocit „jinakosti“, strach, který je často spojen se začátkem komunikace. S tím souvisí pocity zahanbení a provinění, dodává také Sheehan (2010 in Fraser, 2010).

Postupně na psychickou tenzi může navazovat strach, který se dále spojuje s prožitými zkušenostmi, stále více se váže na představivost a v případě nepříznivé prognózy může vyústit až do logofobie – chorobného strachu z vlastního mluvního projevu. Někteří autoři dokonce uvádí logofobii jako jednu z příčin koktavosti, nepovažují ji za důsledek. Nemůžeme ji zjednodušit jen na prostý strach z řeči, mluvíme zde o komplikovaném fenoménu, který není homogenní, ani statický. Z různých projevů logofobie se nejčastěji uvádí chorobný ostych, afektivní poruchy, subdepresivní nálada a další neurotické příznaky (Lechta, 2010). Sovák (1981 in Lechta, 2010) tvrdí, že logofobie může přetrvávat i po odstranění koktavosti a také, že stupeň logofobie se nemusí rovnat stupni koktavosti.

Faktory působící na plynulost řeči dospělých balbutiků zkoumali Lechta s Vaňharou (1980 in Lechta, 2004, 2010) a zjistili, že psychická tenze, respektive z ní vyplývající dysfluence, se zhoršovala v situacích, kdy balbutik dopředu předpokládal komunikační obtíže, protože již měl v obdobné situaci problém s realizací komunikace. V souvislosti s výše uvedeným často dochází k vyhybavému chování (avoid behavior). Naopak při cíleném zredukování psychické tenze (mluvení ve tmě – „k sobě samému“, pod lehkým vlivem narkotik) docházelo v těchto situacích ke zlepšování fluence. Ve výše zmíněném průzkumu uváděli balbutici v souvislosti s psychickou tenzí konkrétní situace, které měly vliv na fluenci jejich promluvy: „rozčilení“, rychlá odpověď na nečekanou otázku, komunikace s neznámými lidmi, s nadřizenými nebo ve stavu psychické vyčerpanosti (Lechta a Vaňhara, 1980 in Lechta, 2004).

Wirth (1990 in Lechta, 2010) mluví o momentech vyvolávajících koktavost, jako o tzv. specifických „cue“ (narážky, signály). Mnoho z nich souvisí právě s psychickou tenzí. Je to podle něj „*specifický znak v rámci komplexního vjemového pole nebo podnětného vzorce, který je signálem pro určité chování*“. Ve smyslu klasického podmiňování se původně neutrální podnět postupně stává signálem pro selhání řeči a vyvolání psychické tenze. Jako podněty vyvolávající koktavost pak působí specifické hlásky nebo slova. Tento autor rozlišuje tři druhy tohoto „cue“.

1. **řečové „cue“**: častěji se zakoktání objevuje na počátku slov, u závěrových hlásek a v prvních třech slovech, kdy u balbutiků pozorujeme zvýšenou psychickou tenzi;
2. **situační „cue“**: zde je vyvolávajícím momentem, např. známost dané situace nebo počet komunikačních partnerů;
3. **reakce balbutika na svou vlastní symptomatiku**, která zde působí jako vyvolávající faktor. Lechta (2010) dodává, že jako „cue“ zde funguje první zakoktání v řeči.

Tento seznam lze ještě doplnit o „**personální cue**“, to znamená, že zakoktání mohou vyvolávat i určití lidé, například rozhovor s autoritou, nadřízeným, neznámým člověkem apod. (Lechta, 2010).

Sabol (1976 in Lechta, 2010) specifikuje „percepční návyk“, který se v této oblasti výrazně projevuje. Je jednou z nejtypičtějších charakteristik interindividuální komunikace vůbec. Při běžné komunikaci očekáváme příjem určitého množství informací za určitou časovou jednotku. Toto očekávání „tlačí“ na mluvčího, aby uskutečňoval svůj projev přiměřeným tempem, a tím působí i na posluchače, který se necítí dobře, když nedostane v určitém časovém úseku dostatečné množství informací.

Jako percepční úzus komunikace (PÚK) můžeme tedy definovat tento specifický časový tlak, který lze vyjádřit vzorcem: $PÚK = \text{suma inf} / \text{čas}$ (suma informací přijatá za určitý čas). Subjektivní cítění PÚK u balbutiků může zvyšovat psychickou tenzi související s komunikací a to má negativní dopad na fluenci. Balbutici ho mohou pociťovat zkreseně a pak dochází ke klamu, kdy vnímají tlak související s PÚK jako mnohem silnější a čas jako mnohem kratší, než jaký ve skutečnosti je (Lechta, 2010).

Dle Lechty (2010, s. 97) je důležité do této oblasti zařadit i tzv. coping, který definuje „jako individuální způsob vyrovnávání se s koktavostí jako komunikačním handicapem, způsob zpracování své NKS.“ Často je coping uváděn jako jeden z vážných faktorů fixujících koktavost. Blood (2003 in ibid.) mluví o důležitosti vytvoření copingové strategie a její aplikace v terapii koktavosti. Nesprávný coping vede ke zvyšování psychické tenze a v návaznosti na to také ke zhoršení fluence řeči.

U balbutiků můžeme pozorovat proměnlivou frekvenci zakoktávání, která je závislá na vnitřních a vnějších situačních vlivech. Frekvence koktavosti zpravidla vzrůstá na začátku rozhovoru v souvislosti s emočním napětím a mění se podle situace, ve kterých se balbutik nachází. Z hlediska psychické tenze záleží na tom, s kolika lidmi balbutik hovoří, zda jsou to pro něj přátelé, nebo autorita (Kondáš, 1983).

Z výsledků vlastního výzkumu považuje Conture (2008 in Lechta, 2010) u dětí s koktavostí nárůst psychické tenze za faktor, který předpovídá další patogenezi koktavosti.

S psychickou tenzí souvisí i narušené koverbální chování. To, jako projev psychické tenze souvisí s psychickým pozadím, objevuje se psychický diskomfort při řečovém projevu. Řadíme sem *chybějící zrakový kontakt, resp. jeho přerušování v momentě zakoktání, tiky, nervózní odkašlávání, manipulaci s oblečením jako projev rozpaků a některé vegetativní projevy psychické tenze, jako například zčervenání, povrchní dýchání, pocení, vlhké ruce, třesení rukou* (Wirth, 1990 in Lechta, 2010, s. 97).

1.5.2 Nadměrná námaha

Míra námahy vynaložená na realizaci mluvního projevu se může měnit v závislosti na řadě činitelů, např. na tématu rozhovoru, na počtu posluchačů, proxemice, reakci obecnstva či na únavě. Nadměrnou námahu v běžné komunikaci při mluvení nepocítujeme, avšak balbutik ji musí vynaložit i na „běžnou“ řeč a je většinou pozorovatelná i navenek – viditelné fyzické úsilí při překonávání bloků, grimasy, výrazná gestikulace a často i vegetativní příznaky (zčervenání, pocení). Tyto projevy obvykle řadíme pod termín narušené koverbální chování – NAKOCH (Lechta, 2010). Nadměrné svalové napětí, které je nejčastějším spouštěčem koktavosti, vyvolávají pocity strachu (Fraser, 2006).

Mluvíme-li o koverbálním chování, máme na mysli chování komunikátora během promluvy. Pokud je komunikační chování nenarušeno a v souladu s normou, plní komunikační poslání a můžeme ho tedy chápat jako nonverbální komunikaci. Avšak narušené koverbální chování působí interferenčně vzhledem k obsahu komunikace, komunikačnímu záměru i k samotnému komunikačnímu aktu. Jeho projevy mohou být velmi rozličné, zpravidla se zhoršují s fixací a stupněm koktavosti, mohou rušit příjem informací a dekódování komunikačního záměru, někdy i více než samotná dysfluence. Také se stává, že koverbální chování přetrvává i po odstranění koktavosti. Mezi nejčastější projevy narušeného koverbálního chování související s realizací mluvního projevu patří dle výzkumu Lechty (1989 in Lechta, 2010) zejména nápadné grimasy a gesta, nepřiměřené, nápadné kývání ze strany na stranu, kolébání se dopředu a dozadu, přešlapování z nohy na nohu, ztráta zrakového kontaktu, chytání se za krk, Fröschelsův symptom (roztahování nosního chřípí), apod. Nadměrná námaha se často váže na tzv. únikové chování (escape behavior) z aktuálního momentu zakoktání. Jak přibližuje Lechta (2010), balbutik se snaží dysfluenci překonat např. zvýšením tempa řeči, vyšší hlasitostí nebo fyzickým úsilím, ale tím se příznaky koktavosti spíše zhorší. Narušené koverbální chování jako projev nadměrné námahy při mluvení má fyziologické pozadí, související s námahou při překonávání bloků artikulačního aparátu. Problematiku narušeného koverbálního chování můžeme shrnout jako průnik únikového chování v rámci nadměrné námahy a vyhýbavého chování v rámci psychické tenze, které se společně projeví jako tzv. obranné chování (defence behavior).

1.5.3 Dysfluence

V tradičních popisech koktavosti jsou nejčastěji uváděny neplynulosti různého typu a kvůli tomu je s nimi mylně ztotožňován celý syndrom koktavosti. V minulosti se především na neplynulosti zaměřovali také terapeuti. Jednoduché dělení symptomů koktavosti jen na klony (opakování hlásek, slabik) a tony („tlačení“ hlásek) bez povšimnutí dalších složek syndromu je naštěstí již překonáno. Nejnověji se v balbutologické literatuře shodně uvádí sedm základních typů dysfluencí, a to repetice, prolongace, interjekce (dřívější termín embolofrazie – slovní vmetky), tiché pauzy, přerušovaná slova, nekompletní slovní zvraty a opravy (Shipleye a McAfee, 1998 in Lechta, 2010). Je ale důležité říct, že interjekce, opravy a nekompletní slovní zvraty se vyskytují i u intaktní populace a specifické pro koktavost jsou tedy ostatní uvedené (Kehoe, 2000 in Lechta, 2010).

Wirth (1990 in Lechta, 2010) (srov. Peutelschmiedová, 1994) u některých balbutiků popisuje poruchy hlasu, které souvisejí s problémy na začátku fonace. Můžeme se setkat s přerývaným, nepravidelným nebo povrchním dýcháním, někdy dokonce až s inspiračním tvořením hlasu. Problémy s dýcháním mohou balbutici mylně považovat za příčinu, ne symptom jejich koktavosti.

Z hlediska lokalizace dysfluencí se píše o tzv. „epicentru dysfluencí“ Conture a kol. (2001 in Lechta, 2010, s. 103). To se podle nich obvykle nachází „*v motorickém náběhu k první hlásce daného slova, nebo v přechodu z mlčení k mluvení, případně v přechodu od jedné mluvní jednotky ke druhé.*“ Obtíže při hláskových přechodech konsonant – vokál a naopak vznikají pravděpodobně jako důsledky opožděného, narušeného nebo neefektivního řízení náležitých procesů (Conture, 2001 in *ibid.*).

2 LOGOPEDICKÁ DIAGNOSTIKA KOKTAVOSTI S AKCENTEM NA OBLAST PSYCHICKÉ TENZE

Diagnostika je definována jako „*proces rozpoznávání nemoci, odchylky, poruchy, zjišťování anamnestických dat, vyšetření přítomného stavu.*“ (Dvořák, 2007, s. 46)

Jako těžiště diagnostiky Klenková (2006) uvádí pátrání po příčinách koktavosti a dále analýzu jejich symptomů. Při diagnostice je také nutné vzít v úvahu věk klienta.

Z hlediska diagnostiky bychom měli dle Lechty (2010) vycházet z klinického modelu patogeneze koktavosti (viz podkapitola 1.3). Velmi důležitá je její **komplexnost**, kdy se musíme zaměřit na všechny tři skupiny symptomů, specifika dysfluence, psychické tenze a nadměrné námahy vzhledem k etiopatogenezi daného případu. Také se doporučuje spolupráce s jinými odborníky v rámci transdisciplinárního přístupu. Pro diagnostiku je užitečné získat videozáznam, nebo alespoň audiozáznam spontánní komunikace balbutika v jeho přirozeném prostředí. Tento vzorek spontánní komunikace pak můžeme dále analyzovat. Lechta (2002 in Lechta, 2010) upozorňuje na tzv. hawthornského efekt, kdy má testovaný člověk tendenci chovat se „žádoucím způsobem“ během testové situace, a proto může být jeho řeč v terapeutickém prostředí plynulejší než v běžné komunikaci. Dále Lechta (2010) v rámci komplexnosti diagnostiky dodává hodnocení plynulosti řeči v rámci různých komunikačních záměrů. Důležitá je také spolupráce s nejbližším okolím balbutika, netraumatizující styl vedení rozhovoru s balbutikem a zjištění specifických anamnestických údajů, kdy zjišťujeme především výskyt dalších druhů NKS, onemocnění či narušení, která mohou souviset s komunikací.

Balbutiogram je měřítko, které integruje kvantitativní a kvalitativní hodnocení výsledků projevů dysfluence, nadměrné námahy i psychické tenze. Dle Lechty (2010) má tři roviny. V první rovině se prostřednictvím pětistupňové škály klasifikace symptomů hodnotí symptomy koktavosti, jako je dýchání, fonace, artikulace a prozódie. Ve druhé části se zapisuje klinický obraz – příznaky dysfluence, nadměrné námahy a psychické tenze, třetí rovinou je grafický záznam – balbutiograf. Zde hodnotíme procento dysfluencí v úlohách – šepot, simultánní řeč, zpěv, automatismy, verbální stereotypy, reprodukce vět, dokončování neúplných vět, čtení a spontánní řeč.

Při zaměření na oblast diagnostiky nadměrné námahy často pozorujeme nápadnou složku – narušené koverbální chování (Lechta, 1997 in Lechta, 2010). Diagnostika příznaků nadměrné námahy spadá mezi hlavní kompetence logopeda, který má k dispozici určitá

vodítka, díky kterým může narušené koverbální chování při řečovém projevu sledovat (in ibid.). V centru pro dysfluence v Bratislavě vypracovali *Záznamový arch pro zjišťování projevů narušeného koverbálního chování* (Lechta a kol., 2004, 2005 in Lechta, 2010). Nadměrnou námahu lze nejlépe sledovat pomocí videonahrávky spontánní promluvy. V archu jsou vypsány symptomy a jejich lokalizace a logoped označuje jejich stupeň pomocí číselného vyjádření 0 – 4. Součtem všech hodnot získáme index narušeného koverbálního chování (in ibid.)

Z hlediska možností diagnostiky dysfluencí se v dnešní době zaměřujeme na hodnocení jak kvantitativní, tak i kvalitativní. Při kvantitativním hodnocení může logoped spočítat frekvenci výskytu zakoktání v určitém čase a vypočítat procento neplynulých slov. Avšak nemáme k dispozici normu jazyka, která by určovala, jaký počet dysfluencí můžeme v běžné mluvě pokládat za normální. V komplexní diagnostice koktavosti proto musíme vycházet nejen z kvantitativních výsledků. Nejčastěji používanými kritérii hodnocení dysfluencí jsou Van Riperova kritéria, která odlišují koktavost od normálních dysfluencí. Tato kritéria se zaměřují na výpočet frekvence opakování slabik a frekvence prolongací na 100 slov. Frekvence opakování častější než ve dvou slovech na 100 slov a také více než dvě repetice v rámci jednoho slova indikují koktavost. Prodleva delší než jedna sekunda a častější frekvence výskytu prolongace než 1 % se považují za indikaci koktavosti (Lechta, 2010). Peutelschmiedová (1994 in ibid.) navrhla postup porovnávací mluvní projev osoby s „normou“, kterou si stanovila dle kritérií Van Ripera (norma jsou pro ni dvě neplynulosti na 100 slov). Tento postup umožňuje vytvořit grafický záznam, a to na základě analýzy 100 slov.

Jak jsme již uvedli výše, je důležité také kvalitativní hodnocení koktavosti. V tomto případě je dobré využít rozhovor s blízkou osobou balbutika, zaměřený na dysfluence, komunikační situace, ve kterých se balbutik zakoktavá, a specifika komunikace. Pro kvalitativní diagnostiku je základem transkripce řeči, jakož i základních příznaků nadměrné námahy a psychické tenze. Transkripce má svá pravidla zápisu, která by měl logoped ovládat (Lechta, 2010).

Konkrétněji se v tomto textu zaměříme na diagnostiku psychické tenze. Beech (1971) upozorňuje, že ačkoli je frekvence opakování hlásek a slabik důležitým znakem koktavosti, je důležité zmínit, že psychická tenze, která doprovází tento aspekt poruchy, je také důležitá z hlediska diagnostiky. Zdá se, že manifestace psychické tenze slouží pro rozlišení „normálního“ fyziologického opakování u dětí od tzv. „zralých“ projevů koktavosti. Často se uvádí, že taková tenze vyplývá z pozornosti, kterou nejen rodiče věnují časným případům neplynulosti. Není proto náhoda, že mnoho terapeutů přikládá v terapii značný význam právě

vypořádávání se s psychickou tenzí spojenou s koktavostí, speciálně se zaměřením na takové stavy, které zahrnují projevy psychické tenze na celém těle a nejsou jednoznačně vázány na řečové a dýchací svalstvo.

Dle Lechty (2010) v souvislosti s komunikací dělíme faktory ovlivňující psychickou tenzi balbutika na externí a interní. Mezi externí faktory řadíme především PÚK – percepční úzus komunikace (viz oddíl 1. 5. 1), celkovou komunikační situaci a kvalitu podávané informace. K interním faktorům řadíme zejména vztah k recipientovi informace, komunikační záměr, subjektivní role balbutika v dané komunikační situaci, předchozí komunikační selhání v obdobné situaci, momentální stav, coping a subjektivní vnímání PÚK.

Přesnější zjišťování psychické tenze je však úlohou spíše psychologické nebo psychiatrické diagnostiky. V rámci logopedické diagnostiky NKS může logoped použít postupy, které mohou alespoň orientačně naznačovat přítomnost psychické tenze, která souvisí se subjektivním prožíváním koktavosti a potřebou komunikovat. V případě, že se projeví nějaké příznaky psychické tenze, je doporučena konzultace s psychologem nebo psychiatrem, jak uvádí Lechta (2009).

Škrabáková (2007) zmiňuje důležitost diagnostiky psychické tenze a chce ji posunout na vyšší úroveň, a to ve smyslu ne pouze zjištění přítomnosti nebo nepřítomnosti psychické tenze, ale hledání konkrétních symptomů a míry jejich výskytu. Tedy celkové zhodnocení psychické tenze jak kvalitativně, tak kvantitativně. Při kvalitativním hodnocení by měl logoped umět popsat konkrétní projevy a kontext psychické tenze u klienta. Projevy můžeme dělit na vnější, kam řadíme vyhybavé a únikové chování, narušené koverbální chování (NAKOCH), vegetativní projevy, případné zhoršení nadměrné námahy či dysfluence. Mezi vnitřní projevy patří anticipační chování, negativní coping a také celkové negativní postoje a pocity v souvislosti s verbální komunikací. Kontext, ve kterém se psychická tenze projevuje, obsahuje typy komunikačních situací, typy komunikačních partnerů, určitá slova nebo konkrétní hlásky. Kvantitativní hodnocení symptomů psychické tenze je také důležité, avšak z důvodu absence standardizovaných postupů jsou výsledky ovlivněny subjektivním hodnocením terapeuta. V rámci kvantitativního hodnocení můžeme stanovit, kolikrát se který symptom vyskytuje, popřípadě zjistit míru symptomů.

Tento kvalitativně-quantitativní pohled na diagnostiku psychické tenze přináší určitou strukturu, která terapeutovi pomáhá lépe se orientovat v symptomech, je důležitá jako zdroj informací pro tvorbu terapeutického plánu, umožňuje, aby terapeut více porozuměl klientovi, dozvěděl se o jeho vnitřním prožívání a zpracování koktavosti a pochopil, jaká má klient očekávání. Při diagnostice psychické tenze může sloužit tento rozbor jako tzv. odrazový

můstek pro následující terapeutický proces. U diagnostiky psychické tenze se může objevit problém s tím, že klient zamtlčí některé důležité údaje v oblasti symptomů. Důležitý je proto blízký vztah logopeda s klientem a také klientova motivace pro terapeutický proces, jak dodává Škrabáková (2007).

Co se týče integrativní diagnostiky koktavosti v oblasti psychické tenze, je třeba uvést, že je v našich podmínkách nejméně rozpracovaná (Lechta, 2010). Konkrétní měřítka ke zjištění orientační diagnostiky psychické tenze spojované s potřebou řečové komunikace přináší výzkum Škrabákové. Jedná se především o Dotazník pro rodiče/pedagogy, Dotazník pro děti a Dotazník pro chronické balbutiky, ty ale zatím bohužel nemají standardizovaný postup vyhodnocení (Škrabáková a Lechta, 2005 in Lechta, 2010). Další metodické materiály přinášejí Asociace klinických logopedů ČR a Slovenské asociace logopedů (in *ibid.*).

- **Dotazník pro rodiče/pedagogy** se předkládá rodičům či pedagogům balbutiků zejména raného věku, protože v tomto věku jsme v oblasti zjišťování psychické tenze často odkázáni na jejich informace. Může nám poskytnout informace o kontaktních osobách, jejich postojích k balbutikovi a jeho komunikačnímu problému. Otázky v tomto dotazníku jsou rozděleny do tří okruhů, a to – situace, lidé, dítě. V každém jednotlivém okruhu pak hledáme projevy psychické tenze – přímé i nepřímé, dále faktory, které mohou determinovat jejich vznik. V okruhu zaměřeném na *situace* zjišťujeme, zda je plynulost řeči stejná či rozdílná doma a ve škole. V dalším okruhu *lidé* se pokoušíme zjistit, zda se objevují zábrany v komunikaci při kontaktu s určitými osobami. Poslednímu okruhu zaměřenému na *dítě* bychom měli věnovat nejvíce pozornosti. Otázky se zaměřují na zjištění projevů netrpělivosti v komunikaci, změny v chování při výskytu dysfluencí apod. Dotazník se vyplňuje bez přítomnosti dítěte spolu s rodičem/pedagogem (Lechta, 2010).
- **Dotazník pro děti** je určen takovým dětem, které již samy dokážou zhodnotit jednotlivé komunikační situace. Pro zjištění příznaků psychické tenze se předkládají obrázky, které zobrazují některé ze základních komunikačních situací (např. matka – dítě, učitel – dítě...). Zjišťujeme, zda dítě hodnotí komunikační situaci na obrázku jako „nepříjemnou“, „neutrální“ nebo „příjemnou“. Otázky jsou formulovány nepřímo („Jak se cítí tento chlapec na obrázku...?“) a dítě k těmto jednotlivým situacím přikládá symboly smajlíků, které vyjadřují výše zmíněné pocity. Před začátkem je třeba dítěti vysvětlit, co který symbol znamená (Lechta, 2010).

- **Dotazník pro chronické balbutiky** se používá při orientační diagnostice psychické tenze u chronických balbutiků. Zaměřuje se na příznaky psychické tenze, kdy balbutik hodnotí konkrétní komunikační situaci. Dotazník obsahuje 45 položek a tři závěškové otázky, je členěn do sedmi kategorií a čtrnácti subkategorií a vyplnění trvá přibližně 10 minut. Položky představují nejběžnější komunikační situace, jako např. telefonování, skupinový rozhovor, komunikace v časové tísní atd. Jsou koncipovány tak, aby vyjadřovaly komunikaci s blízkým člověkem, s rodinným příslušníkem a s člověkem, se kterým balbutik nemá blízký vztah. Balbutik odpovídá na pětibodové škále v rozmezí velmi lehká až velmi těžká, v souvislosti s tím, jak náročná je pro něj v daných situacích komunikace mluvenou řečí. Při vyplňování dotazníku klade balbutikovi otázky logoped, aby předešel mylné interpretaci. Základem pro práci je vytvořit příjemnou atmosféru. Respondentovi sdělíme, že má dostatek času na vyplňování a že má odpovídat podle svých vlastních, individuálních pocitů. Výsledky můžeme hodnotit celkově, ale i vzájemným srovnáváním v rámci konkrétních komunikačních situací (Škrabáková, Lechta, 2005b). V současné době je připravena standardizace i počítačová verze této diagnostické techniky (Škrabáková, 2008, 2009 in Lechta, 2010).

Tento dotazník vytvořili Škrabáková a Lechta (2005b). V rámci předběžného výzkumu na Slovensku vyšetřili autoři 100 fluentně mluvících osob ve věku 15 – 25 let a 18 balbutiků ve stejném věku, které rozdělili do dvou skupin – adolescenti (15 – 19 let) a dospělí (20 – 25 let). Při provádění výzkumu zjistili, že ženy balbutičky dosáhly vyššího skóre než muži balbutici, což může být způsobeno tím, že ženy vnímají svoje komunikační problémy výrazněji, než muži. Také zjistili, že dospělí muži měli vyšší skóre oproti mužům adolescentům a to pravděpodobně kvůli většímu množství negativních zážitků, např. při profesních povinnostech. Cílem bylo vytvořit diagnostickou techniku zacílenou na oblast psychické tenze u chronických balbutiků, která v našich podmínkách doposud chyběla (Škrabáková, Lechta, 2005b).

Lechta (2004) uvádí některé osvědčené cílené dotazníky, používané převážně v zahraničí, které se modifikují na naše podmínky.

- **Dotazník doplňování vět podle Chmelové a Redona** – tento dotazník je zaměřen na balbutiky školního věku, obsahuje všeobecná tvrzení, která má balbutik doplnit dle vlastního názoru např. „Rozčiluje mě, když...“

Existují také měřítka zacílená na pocity a postoje ke komunikaci, která umožňují uvažovat o existenci psychické tenze balbutika v souvislosti s potřebou komunikace. Manning (2001, in Lechta 2004) uvádí:

- **Modifikovaná Ericksonova škála postojů ke komunikaci (S-24)** – tato škála je oblíbená kvůli jednoduché administraci, obsahuje 24 tvrzení. Odpovědi se zaznamenávají ve stylu „ano, je to pravda“ – „ne, je to lež“. Např. Raději hovořím, než píšu..., Těžko se mi mluví, když se setkám s neznámými lidmi apod.
- **LCB škála** – pomocí této šestibodové Likertovy škály zjišťujeme stupeň odpovědnosti dospělých balbutiků za osobní problém, např. Dokážu předvídat své obtíže a umím se jim vyhnout...
- **SAE- škála** – je sebehodnotící škálou pro balbutiky adolescentního věku, je zde 100 komunikačních situací, které mají balbutici hodnotit na desetibodové stupnici z hlediska jejich zvládnání, jako např. Telefonovat s dědečkem a babičkou... Vyprávět vtip...
- **Test postojů ke komunikaci pro děti CAT-R** – v tomto testu děti s koktavostí odpovídají na 35 otázek, „ano, je to pravda“ nebo „ne, je to lež“, mj. Nemám potíže s telefonováním..., Nemyslím si, že mluvit je snadné...
- **Škála A-19** – je určena pro děti s koktavostí a obsahuje 19 otázek, na které se odpovídá „ano-ne“, např. Bojíš se trochu, když máš telefonovat?

3 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE KOKTAVOSTI S AKCENTEM NA OBLAST PSYCHICKÉ TENZE

Lechta (2005a, s. 18) vymezuje: „*Logopedická intervence je v tomto pojetí specifická aktivita, kterou logoped uskutečňuje s cílem identifikovat, eliminovat, zmírnit či alespoň překonat NKS, anebo předejít tomuto narušení (zlepšit komunikační schopnost).*“

Peutelschmiedová (2005b) říká, že termín intervence by měl nahradit termíny léčba a terapie. Jak uvádí, léčba je pojmem medicínským a je pouze českým překladem pojmu terapie. Termín terapie již nechápeme čistě jako medicínský, ale přesto by se neměl v logopedii nadužívat. S tím také dle Peutelschmiedové (2005b) souvisí označení klient v logopedické intervenci před označením pacient.

Dohromady existuje asi 250 postupů v terapii koktavosti, ale žádný z nich nemůžeme označit jako „nejlepší“. Ne všichni balbutiči vyhledávají odbornou pomoc a mnoho z těch, kteří ji vyhledají, po nevydařených pokusech rezignují, jak píše Peutelschmiedová (2005b). Cílem této práce není výčet jednotlivých terapeutických přístupů, technik a programů, proto odkazujeme na publikace Viktora Lechty – *Terapie narušené komunikační schopnosti* (2005), *Koktavost – integrativní přístup* (2010) nebo publikaci s názvem *Techniky práce s balbutiky* (2005) od Alžběty Peutelschmiedové, kde jsou jednotlivé techniky zpracovány.

V rámci intervence se v posledních letech začíná považovat za klíčovou právě oblast psychické tenze. V této oblasti však logoped nemá k dispozici standardizované měření a postupy vyhodnocení a tím je jeho práce ztížena. I přesto je však důležité alespoň orientačně psychickou tenzi zhodnotit. Široká škála následků psychické tenze v klinickém obrazu koktavosti poukazuje na potřebu včlenění psychické tenze do intervence koktavosti (Škrabáková, 2007). Jak uvádí Lechta (2010) terapie vážnějších projevů psychické tenze spadá do kompetence psychologa nebo psychiatra. Peutelschmiedová (2005b) usuzuje, že psychology či psychiatry často vyhledají ti, kteří již prošli logopedickou intervencí, která byla neúspěšná. Matějček (1991 in Peutelschmiedová, 2005b) ovšem dodává, že psycholog sám poruchy řeči nenapravuje, ale spíše dítě předá do foniatrické a logopedické péče. Často tito lidé, kteří jsou nejčastěji adolescentního a dospělého věku, očekávají určitým způsobem kvalifikovanější zásah, jako např. ve formě hypnózy, jógy, relaxačních technik atd. Lechta (2010) dodává, že i v rámci logopedie můžeme jako doplňkovou terapii psychické tenze využít například prvky jógy.

Nejpopulárnější je hathajóga, neboli cvičení k očistě a regeneraci těla. Ze souboru cvičení bychom v logopedické praxi mohli použít dechová cvičení na ovládnutí tzv. úplného jógického dechu. Jóga, která se cvičí dlouhodobě, zvyšuje tělesnou zdatnost, odolnost proti nemocem, odstraňuje stresem vyvolané příznaky, člověka uklidňuje, vyrovnává a pomáhá k dosažení vnitřní harmonie. Neměla by se používat jako jediná metoda, ale spíše jako jedna ze složek komplexní terapie (Matoušek, 1999). Zásadní aspekt hathajógy je uvědomění si vlastního dechu. Dýchání je pro nás automatické, ale můžeme ho praktikovat i vědomě. Ovládání dechu bylo dlouho považováno za důležitou součást léčebných metod. Existuje mnoho knih, které popisují funkci dechu a jeho účinnosti na úzkosti a deprese. Často dýchání bereme jako samozřejmost a ignorujeme jeho sílu, která působí na naše tělo, mysl i duši. Dýchání ovlivňuje stav naší mysli. Může nás učinit vzrušenými nebo klidnými, napjatými nebo relaxovanými a naši mysl zmatenou nebo čistou (Balakrishnan, 2009).

V souvislosti s psychickou tenzí bychom rádi zmínili článek *Stress and stuttering*, který se, jak vyplývá z názvu, zabývá stresem a koktavostí. Autorem článku je Thomas David Kehoe, který se sám potýkal s koktavostí. Autor je vlastníkem Casa Futura Technologies (zabývající se technologiemi pro léčbu koktavosti a řeči lidí s Parkinsonovou chorobou) a je také členem American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Nejen ve zmiňovaném článku přináší rady a postupy pro osoby s koktavostí, které také sám využívá. Články jsou k dispozici online na jeho webových stránkách www.casafuturetech.com a lze je stáhnout zdarma.

V tomto článku Kehoe (2013) uvádí, že máme v mozku programy pro motorickou řeč, které nám umožňují mluvit plynule, a také programy pro motorickou řeč, kvůli kterým mluvíme neplynule. Náš mozek vždy vybere z jedné této sady programů v závislosti na tom, kde jsme nebo na koho mluvíme. V relaxované a nestresové situaci dokážou všichni balbutici mluvit plynule a ve stresových situacích je jejich koktavost mnohem častější.

Kehoe (2013) předkládá informaci, že koktání snižuje stres. Toto zjištění potvrzuje na příkladu, kdy se měřil systolický tlak, který je indikátorem přítomnosti stresu. Plynulá řeč, žvýkání žvýkaček apod. snižuje krevní tlak kolem 2 %, naproti tomu koktání snižuje krevní tlak až o 10 %. Stres se zvyšuje tím, jak očekáváme, že budeme mluvit. Tím, že se balbutik zakoktá, sníží stres a řekne několik slabik nebo slov plynule. Pak se znovu zakoktá a znovu řekne několik slabik plynule. Tento cyklus se opakuje a obvykle se mluvní projev balbutika v průběhu konverzace zlepšuje a posledních pár vět je plynulých.

Stres můžeme rozdělit na distress, který vede k úzkosti a depresi, a eustress, který zlepšuje, zvyšuje funkce těla, např. u sportovního tréninku nebo u náročné práce. Reakce na

stres je také rozdělena do dvou typů. Je to emocionální reakce, která se zdá být automatická a nekontrolovatelná, a pak kognitivní reakce, která je vědomá a pod volní kontrolou. Jedinec by se měl naučit změnu emocionální reakce na reakci kognitivní a kontrolovat tak svou reakci na stres. Keohe (2013) uvádí definici, že stres je absence volby možností a je důležité jedince naučit to, že v každé situaci mají možnost volby.

V souvislosti s psychickou tenzí jsme se dočetli také o studii, která potvrdila, že časová tíseň zvyšuje frekvence zakoktání. U osob, které nekoktají, se vyskytly dysfluence ve 4 % a u osob s koktavostí byly dysfluence až 9 %.

Dále autor článku radí, jak se připravit na situaci pro balbutika důležitou, jako např. žádost o zvýšení platu. Dobré je připravit si argumenty pro nadřízeného v předstihu, předvídat jeho námitky a připravit si na ně odpovědi. Při mluvním projevu by měl dbát na psychickou relaxaci, kontrolovat relaxaci dýchání a hlasivek, aby se nedostal svým zakoktáním do viditelně slabší pozice.

Lidé mají obecně tendenci odrážet řečové vzory ostatních. Např. Osoba na nás mluví rychle, my na ni začneme také mluvit rychle apod. Keohe (2013) zmiňuje důležitost tzv. „anti-zrcadlení“, kdy budeme dělat opak – čím rychleji jiní mluví, tím pomaleji budeme reagovat. Dále zmiňuje pocity nejistoty a rozpaků, kdy se lidé bojí, že řeknou něco trapného. Tento strach se násobí, když máme mluvit k více než jednomu člověku. Jako užitečné uvádí, že pokud řekneme něco trapného, máme z toho udělat vtip a zbavíme se tak stresu, který v souvislosti s tím máme. Také dodává, že všichni lidé jsou nervózní z určitých mluvních situací. Veřejné mluvení je největším strachem lidstva, dokonce větší než strach ze smrti.

Podobně jako u systematické desenzibilizace považuje Kehoe (2013) za užitečné napsat si hierarchický seznam situací, které balbutika stresují, a doplnit ho také o situace, kterých se bojí i lidé, kteří nekoktají. Důležité je podle něj i snížení stresu posluchačů. Balbutik jim může pomoci tím, že jim hned na začátku řekne, že koktá. Může také na odlehčení situace říct nějaký vtip o koktavosti. Jako užitečné vidí autor článku ukázat posluchačům technologie, které mu pomáhají, a případně je nechat, aby si je sami vyzkoušeli a mohli tak zakusit, jaké to je, když člověk koktá.

Terapie koktavosti obvykle začíná s učením *closed-loop speech motor programs* v méně stresovém prostředí. Postupně se balbutik přesouvá *na open-loop speech motor programs*. Jakmile dosáhne plynulého projevu v *open-loop speech motor programs*, začne se komunikace zkoušet v reálných situacích. Většinou to dopadne tak, že v nestresových situacích balbutik plynule mluví v *open-loop speech motor programs*, ale ve stresových situacích koktavost recidivuje. V tomto případě Kehoe (2013) doporučuje balbutikům

trénovat rozpoznání stresující situace a vědomě v nich přepnout na *closed-loop speech motor programs*. Uvádí i příklad, kdy má balbutik začít mluvit s neznámým člověkem. Na začátku této konverzace by měl použít pomalé tempo mluvy a *closed-loop speech motor programs*. Po navození přátelské konverzace, kdy se zmenší úzkost a obavy, by měl použít normální rychlost mluvy, která mísí *open-loop i closed-loop speech motor programs*. Během normální terapie koktavý přepíná mezi koktáním a plynulým projevem tak, jak se mění situace mezi vysoce stresovou a málo stresovou. Kehoe (2013) namísto toho přepíná podle míry stresu v situaci mezi *closed-loop speech motor programs* a *open-loop speech motor programs*. Výsledkem toho je, že se v jeho mozku neustále upevňuje plynulý řečový projev.

Kehoe (2006) se zabýval popisem *open-loop speech motor control* a *closed-loop speech motor control*. Uvádí, že normální řeč používá *open-loop speech motor control*, tedy je rychlá, komplexní (vyžaduje koordinaci stovek svalů), automatická a mentálně jednoduchá (mluvčí přemýšlí, co řekne, ne jaké svaly zapojí). Terapie tvarování plynulosti řeči využívá *closed-loop speech motor control*. Balbutik vědomě relaxuje dech, při výdechu pomalu zvyšuje napětí hlasivek, až dojde k jejich vibracím. Potom lehce pohne rty, čelistí a jazykem a formuje zvuk každého slova. Koktavost je nemožná, když balbutik použije *closed-loop speech motor control*. Dysfluence se objevují při použití *open-loop speech motor control*. Zdá se působivé učinit koktavost nemožnou, ale užití *closed-loop speech motor control* má i své nevýhody. Mezi ně patří pomalost promluvy, kdy je pro pohyb svalu potřeba až 200 milisekund (oproti tomu u *open-loop speech motor control* je rychlost 20 – 40 milisekund). Užití *closed-loop speech motor control* vyžaduje balbutikovu plnou pozornost, což u čtení z listu není problém, ale je při konverzaci je to těžké. Jako poslední nevýhodu Kehoe (2006) uvádí, že řeč ztratí prozodii a bude znít jako robotická.

3.1 Psychoterapie

Peutelschiedová (2000) uvádí, že psychoterapie se stává v terapii koktavosti nepostradatelnou komponentou a mnohdy je důležitá týmová spolupráce s psychologem, příp. s psychiatrem. Psychoterapie je podle Kratochvíla (2006, s. 13) „*léčebná činnost, záměrné ovlivňování, proces sociální interakce.*“ Jde o léčebné působení na nemoc, jejímž cílem je odstranění nebo alespoň zmírnění obtíží a pokud možno i jejich příčin.

V rámci psychoterapie může být logopedům blízká **psychagogika**, která je založená na vědomé spoluúčasti klienta, kdy spolu s terapeutem řeší nesprávné životní postoje. Jde

o racionální psychoterapii, tudíž ji můžeme použít až v souvislosti s mentální vyspělostí Peutelschmiedová (2000).

Logoterapie Viktora Frankla se v rámci terapie zabývá tzv. **paradoxní intencí**. Podle Frankla (1994 in Peutelschmiedová, 2005b, s. 50) je paradoxní intence založena: „*Na dvojím faktu, že strach navodí to, čeho se obáváme, a hyperintence znemožňuje to, co si přejeme, zakládá logoterapie svou techniku paradoxní intence. V tomto přístupu je fobický pacient vyzván, aby třeba jen na chvíli chtěl právě to, čeho se bojí.*“

V terapii balbuties se mluví také o využití **hypnózy**. Matoušek (1999) definuje hypnózu jako starou techniku, která se týká změněného stavu vědomí, kdy v tomto stavu ovlivňujeme člověka sugescemi. Důležitá je schopnost upadat do hypnotického stavu zvaná hypnabilita. Matoušek však (1999, s. 63) uvádí: „*Hypnóza je metoda vhodná zejména pro krátkodobé zvládnutí nepříjemných stavů či obtěžujících příznaků. Nelze si od ní slibovat zásadní změny v postojích či v trvalých osobnostních vlastnostech.*“ Jak ale dodává Peutelschmiedová (2005b), byl význam hypnózy v terapii koktavosti již vícekrát zpochybněn.

Kejklíčková (2007 in Klenková, 2007) předkládá v náhledu na terapii koktavosti také skupinovou psychoterapii. Jedná se o pravidelné setkávání několika klientů pod vedením zkušeného psychoterapeuta, které navazuje na skupinové terapie pod vedením logopedů. Můžeme pozorovat dva významy skupinové terapie, a to osobní a skupinový. Osobním významem je změna klienta ve vztahu k sobě i ostatním. Ve skupině lidí se stejnou diagnózou se balbutik cítí dobře a mohou se odstranit i sekundární projevy. Skupinový význam se projevuje především v posilování soudržnosti skupiny a v podporování jedince mezi ostatními členy.

V časopise „Journal of speech and language pathology“ jsme našli článek s názvem *Stuttering and Relaxation: Applications for Somatic Education in Stuttering Treatment*, který se zabývá aplikací somatického vzdělávání v terapii koktavosti. Autory tohoto článku z roku 2000 jsou Marina Gilman a J. Scott Yaruss. V úvodu článku jsme se dočetli obecné informace o relaxačních technikách, které jsou nedílnou součástí mnoha léčebných postupů koktavosti již od počátku 19. století. Článek přináší přehled historie relaxačních technik v terapii koktavosti a navrhuje prostředky pro nahlížení na relaxaci ne jako pasivní proces (např. pocit klidu), ale spíše na aktivní, dynamický proces, který zahrnuje koordinovaný pohyb celého nervosvalového systému (Gilman, Yaruss, 2000).

Autoři článku se zaměřují na aplikaci somatického vzdělávání v terapii koktavosti. Namísto eliminace špatných vzorců mluvení nebo pohybu se teorie a techniky somatického vzdělávání zaměřují na výuku optimální koordinace svalů, která může vést ke snadnějšímu

pohybu, zvýšení pocitu pohody a relaxace. Dohromady s tradiční terapií koktavosti, může takovéto učení dobře zlepšit plynulost mluvy. Přebytek fyzického napětí je jedním z nejvýznamnějších aspektů koktavosti a relaxace v jakékoli formě vede ke snížení tohoto napětí. Jak se ukázalo, relaxace není tzv. „uvolnění napětí“, ale spíše pocit svobody nebo snadnosti pohybu vyplývající z optimální koordinace celého systému ve vztahu k působení vnějších sil (Gilman, Yaruss, 2000).

3.2 Systematická desenzibilizace

U balbutiků se psychická tenze často váže na konkrétní komunikační situaci nebo na komunikaci s konkrétními osobami. V takovýchto případech je vhodné použít systematickou desenzibilizaci jako prvek behaviorální terapie (Lechta, 2010). Tuto behaviorální techniku vyhasínání iracionálních obav z identifikovatelných věcí zkonstruoval Wolpe, poprvé ji v terapii koktavosti aplikoval počátkem šedesátých let minulého století a od té doby je používána stále (Bloodstein, 1995 in Lechta 2010). Systematická desenzibilizace se v terapii chronické koktavosti stává jednou z nejdůležitějších technik a realizuje se v několika krocích. Jak popisuje Singer (1978 in Lechta, 2010), je prvním krokem analýza úzkostných a fobických stavů balbutika a vytvoření hierarchického seznamu komunikačních situací, které u něj způsobují nepříjemné, tísnivé, stresující či fobické pocity, seřazené od těch nejtěživějších nebo od nejméně tíživých. Balbutik tento seznam vypracuje za pomoci terapeuta. Druhým krokem je cvičení svalové relaxace, a to především využití Jacobsonovy progresivní svalové relaxace. Dalším krokem je, že si má balbutik představit situaci, která je v hierarchickém seznamu na nejnižším místě, tedy vyvolává nejmenší úzkost, a končí se představou situace, která pro balbutika představuje největší úzkost. Prochaska a Norcross (1999 in Lechta, 2010) doplňují, že k další situaci se přejde až v momentě, kdy opakovaná představa aktuální situace nevyvolává úzkost. Je také dobré vytvořit si nějakou uklidňující scénu (např. pobyt na pláži). Postupně tak balbutik zvládne všechny položky na svém seznamu. Posledním krokem je „desenzibilizace in vivo“, kdy dochází k tomu, že balbutik čelí obávaným situacím v reálném životě (Prochaska a Norcross 1999 in Lechta, 2010).

Systematickou desenzibilizací se u nás zabývá Kršňáková (2004), která uvádí, že základem desenzibilizačního procesu je konfrontace se situacemi vzbuzujícími úzkost a emoční vypětí balbutika a popis jeho chování při komunikačním projevu. Součástí postupů desenzibilizace je podle zmíněné autorky monitorování vlastního chování, kdy si balbutik poznamenává pokroky i neúspěchy během nácviku. Stres zapříčiněný reakcemi posluchačů je

těžištěm desenzibilizace. Také je desenzibilizace dobře využitelná v situacích se zvýšenou komunikační zátěží, jako např. hluk, shon, výzva k opakování apod. Jak píše Van Ripper (1973 in Kršňáková, 2004) většinou dochází k celkové generalizaci reakcí a není třeba desenzibilizovat balbutika vůči jedné speciální reakci.

O systematické desenzibilizaci a možnostech jejího využití v terapii koktavosti jsme se dočetli v článku: *Behavior change in stuttering through systematic desensitization*, který jsme našli v časopise „Journal Of Speech And Hearing Disorders.“ Jedná se o předložení kazuistiky, která ilustruje léčbu koktavosti pomocí systematické desenzibilizace. Autorem je psycholog Richard I. Lanyon.

Klientem je muž ve věku 25 let, který si přál po dokončení vysoké školy učit na univerzitě. Jeho pocity ohledně koktavosti a koktavost sama mu bránila vystoupit před třídou a mluvit. Tyto pocity byly stabilní již po dobu několika posledních let. Vyhledal odbornou pomoc, protože dosáhl kritického bodu ve svém životě. Buď se jeho projev musí zlepšit, nebo musí zvážit možnosti jiného profesního uplatnění. Při prvním setkání zhodnotil terapeut jeho koktavost jako „mírnější než průměr“. Hlavními rysy jeho koktavosti byly časté periody ticha, ve kterých předstíral, že hledá vhodné slovo a zaplňoval pauzy interjekcemi např. „ano, dobře“, „to jest“ a „uvidíme.“ Tyto pauzy trvaly 8 až 10 sekund a během nich se ukázalo i napětí ve svalectech čelisti a krku. Klient také uvedl, že tyto pauzy někdy trvají až 30 sekund, když nemůže najít slovo, u kterého by se nezakoktal. Když byl dotázán, jestli pociťuje úzkost při svém projevu, řekl: „Bojím se 24 hodin denně.“ Lanyon (1969)

Na úvod proběhly tři měření koktavosti, které se pak zopakovaly dva měsíce po ukončení terapie, a jedno měření i po devíti měsících od ukončení. Použity byly následující měření: 1. *Scale for severity of stuttering* – 64 otázek týkajících se koktání a souvisejících pocitů, odpovědi jsou dichotomické – pravda/nepravda, 2. *Job task* – po dvou minutách přípravy je klient požádán, aby asi pět minut mluvil do magnetofonu o své práci, 3. *Reading task* – klient má přečíst do magnetofonu pasáž o délce 300 slov. Rychlost řeči a čtení a počty neplynulostí jsou poté určeny ze záznamu. Dále byl klient informován o metodě systematické desenzibilizace, o kterou projevil zájem. Dohromady proběhlo 16 padesátiminutových sezení, jednou týdně, v průběhu asi čtyř měsíců Lanyon (1969).

Systematickou desenzibilizaci jsme definovali výše. Lanyon (1969) uvádí, že 1. až 3. sezení bylo věnováno tomu, aby se klient naučil hluboké svalové relaxaci. Tu měl klient praktikovat i doma po dobu 15 – 20 minut každý den první dva týdny. Na 4. a 5. sezení klient s terapeutem vytvořili hierarchický seznam situací, kterých se klient nejvíce bojí, odstupňované od nejmírnějších po nejsilnější. Klientova hierarchie byla tvořena 29

položkami, pro představu uvádíme jen některé. Nejméně se klient bojí mluvit nahlas, když ho nikdo jiný nemůže slyšet. Zhruba v polovině hierarchie nacházíme např. účast v třídní diskusi, kladení otázek cizímu člověku, který je netrpělivý nebo přijímací pohovor. Nejvýše je v hierarchii uvedeno – začít mluvit před velkým publikem a krátký projev v televizi. Na sezeních 6 až 16 pak probíhala samotná desenzibilizace.

Klient byl celou dobu velmi motivovaný a výsledky byly viditelné již v průběhu terapie. Jak bylo uvedeno v úvodu, dva měsíce po skončení terapie se provedlo kontrolní měření stejnými testy jako na začátku. Lanyon (1969) shrnuje zlepšení výsledků u klienta a celkově pozitivní výsledky systematické desenzibilizace, jejímž cílem je usnadnit určité chování snížením úzkosti, což se mu u daného klienta povedlo.

3.3 Muzikoterapie

V terapii koktavosti můžeme také použít muzikoterapii, a to hlavně k odbourání psychické tenze, odreagování balbutika a navození relaxace. Mátejová (1980) uvádí mezi metodickými postupy muzikoterapie např. pohybové uvolnění, psychickou a somatickou relaxaci prostřednictvím hudby, pantomimu, pohybovou dramaturgii při hudbě, receptivní vnímání hudby, dechové cvičení s doprovodem hudby apod. Plynulost melodie a vnitřní prožívání pohybu bez zábran a překážek vytváří optimální podmínky pro celkové uvolnění balbutika. Důležité je vybrat vhodnou skladbu pro relaxaci, která by měla mít celkově harmonizující účinek. Za nejvhodnější díla považuje Mátejová (1980) díla z období baroka a klasicismu. Samotnému poslechu předchází krátký úvodní projev muzikoterapeuta, který klientům vysvětlí, na co se mají zaměřovat. Není to obsah hudby, ale především uvědomění si pocitů vnitřního klidu a pohody. Muzikoterapeut po spuštění hudby umocňuje pocity vnitřní pohody klientů jednoduchými formulkami, jako např. cítíme se velmi příjemně apod.

Pozitivní účinky vokálního projevu (zpěvu) na psychiku známe již z minulosti. Podle Kohlerové (1968 in Mátejová, 1980) je významná hlavně skupinová vokální aktivita. Ta poskytuje určitou anonymitu projevu a tím se stává důležitým prostředkem k odreagování a k celkové harmonizaci osobnosti.

3.4 Cíle, metody a formy terapie

Koktavost ve třech dimenzích zahrnuje řečové chování, emocionální reakci odrážející se ve stresových situacích fyziologicky a negativní postoje, které mají vliv na životní styl

handicapovaného. Cílem terapie by měla být změna řečového chování a zvýšení šance pro lepší osobní kompetence a zadostiučinění (Peutelschmiedová, 2000).

Guitar (1998, in Lechta, 2010) rozlišuje z hlediska cílů terapie:

- **Spontánní fluenci**, za kterou považuje přirozenou plynulost mluvy, bez příznaků psychické tenze nebo nadměrné námahy, mohou se objevit občasné dysfluence.
- **Kontrolovanou fluenci**, která je podle něj relativně plynulá řeč, menší odchylky od normy mohou upozorovat odborníci, vyskytuje se zde ovšem nadměrná námaha.
- **Akceptovatelnou koktavost**, která se čas od času projevuje zřejmým koktáním, ale nepozorujeme nadměrné úsilí, negativné emoce ani vyhýbavé chování.

Volba cíle terapie koktavosti je velmi složitá. Na jedné straně jde o dosažení plynulosti, ale za cenu neustálé sebekontroly a s tím i související psychické tenze, na straně druhé stojí „pohodová“ dysfluence, kdy balbutik neprožívá pocity spojené s psychickou tenzí, ale za cenu nesrozumitelnosti vlastního verbálního projevu (Lechta, 2007). Lechta (2010) jako maximální cíl terapie uvádí odstranění koktavosti ve všech třech rovinách syndromu. Požadovaným výsledkem je spontánní, přirozená fluence bez přítomnosti psychické tenze a nadměrné námahy.

Metody terapie koktavosti dělí Lechta (2005 in Lechta, 2010) na stimulující, korigující a reedukující, z nichž nejčastěji používané jsou metody korigující. Ty můžeme realizovat rozličnými technikami jako např. fonograforitmikou, měkkým hlasovým začátkem, rytmizací, opožděnou zpětnou sluchovou vazbou apod.

Terapie koktavosti může probíhat formou individuální terapie (30, 45, 60 minut), skupinové terapie (3 – 6 klientů), intenzivní terapie (několikrát denně), intervalové terapie (v různém časovém odstupu) nebo jejich vzájemnou kombinací dle aktuálních potřeb balbutika (Borbonus a Maihack, 2000 in Lechta, 2010). Guitar, Reville (2010 in Fraser, 2010) píše o skupinové terapii s dětmi školního věku. Jedná se o bezpečné prostředí, kde se děti nebojí být samy sebou, jsou uvolněné a nebojí se mluvit o své koktavosti, neboť ostatní vědí, čím si procházejí. O skupinové terapii pro dospělé balbutiky se zmiňuje Ramig (2010 in Fraser, 2010), který sám takovouto skupinu vedl a vidí v nich obrovský přínos pro balbutiky. Nejvýhodnější jsou podle tohoto autora strukturovaná cvičení, která mohou být uskutečněna v reálném prostředí. Jeho skupiny nejčastěji tvořili dospělí ve věku dvacet až sedmdesát let, byli to tedy chroničtí balbutici. Setkání probíhají v intervalu jednou týdně, po dobu jedné a půl hodiny, ve skupině je maximálně šest balbutiků. Skupinové terapii vždy předchází alespoň jeden semestr individuální terapie. Cílem terapeutické skupiny je usnadnit přenos již

navozených mluvních aktivit a udržet je v prostředí vzájemné akceptace, povzbuzování a podpory. Důležité je být aktivním a pozorným posluchačem, umět mlčet, nebo naopak povzbudit k reakci, když je třeba. Terapeut musí také umět shrnout a vysvětlit problém klientů, ukončit konverzaci, která neplyne stanoveným směrem. Nezbytné je také umět přimět klienty k aktivitám ve skupině, a to hlavně na počátku terapie. Ramig (2010 in ibid.) také považuje za dobré tzv. sebeodhalení, které pomáhá jak balbutikovi, tak příjemci zprávy cítit se příjemněji. Balbutik se tím může zbavit pocitů stresu, frustrace a rozpaků ohledně svojí mluvy, otevře se tak i možnost pro příjemcovy otázky. Jako užitečné uvádí nacvičit si nějaké konkrétní formulace, které může balbutik použít, jako např.: „*Jak vidíte, koftám. Dnes mám zrovna svůj horší den, huř svou řeč kontroluji.*“ Ramig (2010 in Fraser, 2010, s. 109).

II PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

4.1 Cíl práce

Hlavním cílem praktické části této diplomové práce byla realizace intervence u klientů s balbuties se zaměřením na možnosti modifikace psychické tenze. Pro tuto intervenci jsme zvolili systematickou desenzibilizaci. Dílčím cílem bylo vytvořit kazuistiky klientů s koktavostí a zaměřit se na popis jejich problémů a projevů jejich koktavosti.

Dále byly stanoveny dílčí cíle výzkumu, které byly realizovány prostřednictvím dotazníkového šetření:

- Zjistit přítomnost psychické tenze u balbutiků.
- Zjistit, jaké jsou pocity balbutiků v různých situacích s různými lidmi.
- Evidovat, zda balbutici vědomě používají řeč těla, nebo rituály při mluvě.
- Evidovat negativní reakce okolí.

Na základě našich cílů byly stanoveny následující výzkumné otázky:

- 1. Jak klienti hodnotí úspěšnost logopedické intervence?**
- 2. Jak se u klientů projevuje výskyt psychické tenze?**
- 3. Jak klienti hodnotí úspěšnost systematické desenzibilizace?**
- 4. Jak klienti hodnotí svou současnou situaci v souvislosti s koktavostí?**

4.2 Metody výzkumného šetření

Pro realizaci výzkumného šetření jsme zvolili smíšený design. Jako výzkumnou metodu jsme použili dotazník a dále bylo dotazníkové šetření rozšířeno o tři případové studie (kazuistiky) a provedení intervence se dvěma klienty.

Gavora (2010) definuje dotazník jako nejčastější metodu zjišťování údajů, ve které jde o získávání písemných odpovědí na písemně kladené otázky. Je stanoven hlavně pro hromadné získávání údajů o velkém počtu respondentů a to v relativně krátkém časovém úseku. Dobrá je v dotazníku variabilita otázek, kdy se střídá více typů. Jak Gavora (2010, s. 128) uvádí: „*zvyšuje to pozornost, vyvádí to respondenta ze stereotypu.*“

Dotazník (viz příloha č. 1) sestavila autorka diplomové práce ve spolupráci s vedoucí práce PhDr. Renatou Mlčákovou, Ph.D. V sestaveném dotazníkovém šetření jsme použili uzavřené (strukturované) i otevřené (nestrukturované) položky. Jak uvádí Chráska (2007), otevřené položky umožňují hlubší proniknutí ke sledovaným jevům a respondenti mohou vyjádřit své skutečné mínění o daném jevu. Uzavřené položky, které předkládají respondentům připravené odpovědi lze jednodušeji vyhodnotit a respondenti je většinou vyplňují ochotněji. Nevýhodou je, že se odpovědi musí zaznačit ve schématu připravených odpovědí. Uzavřené (strukturované) položky jsme použili výběrové a to konkrétně polytomické, u kterých předkládáme více než dvě odpovědi a potom také tzv. škálové položky, kdy klienti vybírají určitý bod na škále. Gavora (2010) popisuje intervalové škály, které mívají 3, 5, 7, případně 9 stupňů. V praxi dáváme přednost škálám s lichými počty stupňů, díky čemuž se od středu vytvoří symetrická škála. Takováto škála je tzv. sebezposuzovací.

Dotazník byl určen pro osoby s chronickou koktavostí, tedy 14 let a více. V úvodu dotazníku jsme zjišťovali o respondentech základní údaje – pohlaví, věk, a zda jsou praváci či leváci. Dále jsme přešli ke konkrétním otázkám, které jsme převážně zaměřili na zjišťování projevů psychické tenze.

Případové studie uvedené v této diplomové práci popisují tři případy osob s chronickou koktavostí. Hendl (2012, s. 102) definuje případovou studii jako „*detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů.*“ Plevová (2004, s. 16) definuje kazuistiku podobně jako „*rozbor a popis jednotlivého případu.*“ Kazuistika (případová studie), se zaměřuje na popis určitého případu, vztahů a vývoje problému. Pozornost zaměřuje na minulost i přítomnost a popisuje události, které by mohly mít vztah se současným stavem (Plevová, 2004).

Pro naše výzkumné šetření jsme použili typ osobní případové studie, kdy jsme se snažili zachytit celý dosavadní život jedinců se zaměřením na jejich koktavost a projevy koktavosti. Případové studie byly sepsány na základě údajů získaných z anamnestického dotazníku a následného rozhovoru na ujasnění a doplnění informací. Kazuistiky obsahují popis zkoumané osoby, rodinnou a osobní anamnézu a popis sociálního prostředí.

V anamnestickém dotazníku jsou otázky zaměřené na zjišťování údajů z minulosti jedince a na otázky zjišťující vztah k současnosti (Plevová, 2004). Anamnestický dotazník slouží k získání údajů od respondenta, rodičů či zákonných zástupců o celkovém vývoji dítěte, a také k zaznamenání všech důležitých údajů o jeho dosavadním životě (Hendl, 2012).

4.3 Organizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo v období od října 2015 do ledna 2016 v ČR. Vytipovaným osobám s koktavostí jsme v průběhu zmíněného období zaslali dotazník (viz příloha č. 1) elektronickou formou, prostřednictvím e-mailu a sociální sítě www.facebook.com. Některé z dotazníků byly vyplněny na osobním setkání s autorkou práce.

Autorka diplomové práce kontaktovala a požádala o vyplnění dotazníku své přátele, o kterých věděla, že se s koktavostí potýkají, další kontakty jsme získali od přátel autorky, kteří znali někoho s koktavostí a část respondentů jsme získali z řad klientů vedoucí diplomové práce PhDr. Renaty Mlčákové, Ph.D.

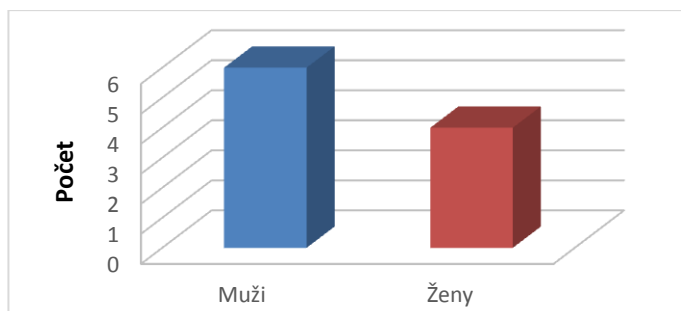
Z celkového počtu 12 žádostí o vyplnění dotazníku, které byly rozeslány, jsme dostali 10 vyplněných dotazníků zpět. Návratnost tedy činila 83,3 %. Gavora (2010) považuje jako minimální návratnost 75% z odeslaných dotazníků. Vzhledem k počtu navracených dotazníků můžeme říct, že návratnost našeho dotazníkového šetření je úspěšná.

Po zkontaktování respondentů se autorka práce domluvila se třemi z nich na další spolupráci v podobě vyplnění anamnestického dotazníku a následného rozhovoru. Díky získaným materiálům pak bylo možno sepsat jednotlivé případové studie.

4.4 Popis výzkumného souboru respondentů

Výzkumný vzorek tvoří muži a ženy s koktavostí, celkový počet respondentů byl 10, z toho 6 mužů (tj. 60 %) a 4 ženy (tj. 40 %) ve věku 17 – 38 let. Z celkového počtu 10 respondentů, je pouze jeden levák, ostatní respondenti jsou praváci. Z analýzy odpovědí jsme došli k závěru, že z hlediska pohlaví odpovídali muži i ženy na položky v dotazníku stejně frekventovaně.

Na sepsání případové studie se nám z tohoto vzorku podařilo získat tři klienty. Dvě ženy ve věku 20 a 25 let a jednoho muže ve věku 19 let a na následnou intervenci pomocí aplikace systematické desenzibilizace jsme je dále domluvili s klientkou 20 let a klientem 19 let.



Graf č. 1 Pohlaví

4.5 Výsledky výzkumného šetření

V této části se budeme věnovat rozboru jednotlivých položek dotazníku. Kromě otázek č. 2 a č. 31 odpověděli na ostatní otázky všichni respondenti (100 %).

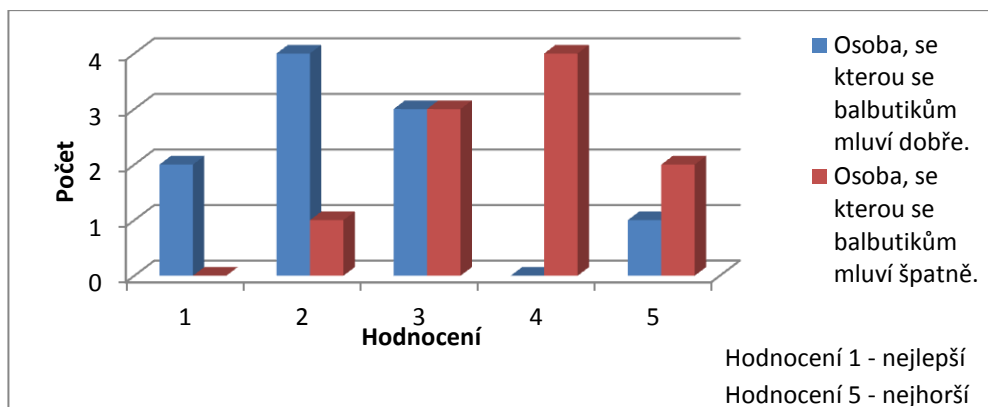
Otázky č. 1 – 9 jsou položkami škálovými, kdy měli respondenti odpovídat pomocí dvou barev – modré a červené. Zadání pro tyto položky (1 – 9) znělo:

„Na číselné stupnici zaznačte číslo 1 – 5. Číslo 1 znamená nejlepší hodnocení, číslo 5 nejhorší. Představte si situaci, kdy mluvíte s osobou, se kterou se Vám mluví dobře, použijte modrou barvu. Představte si situaci, kdy mluvíte s osobou, se kterou se Vám nemluví dobře, použijte červenou barvu.“ Někteří z respondentů měli s pochopením zadání těchto otázek problém a potřebovali ho více vysvětlit. Po bližším vysvětlení všichni dotazovaní vyplnili dotazník správně.

S dalšími otázkami při vyplňování již problém nebyl. Otázky 10 – 14 jsou položkami uzavřenými s možnostmi pěti odpovědí a otázky 15 – 31 jsou položkami otevřenými.

Otázka č. 1: „Jak při rozhovoru udržujete zrakový kontakt?“

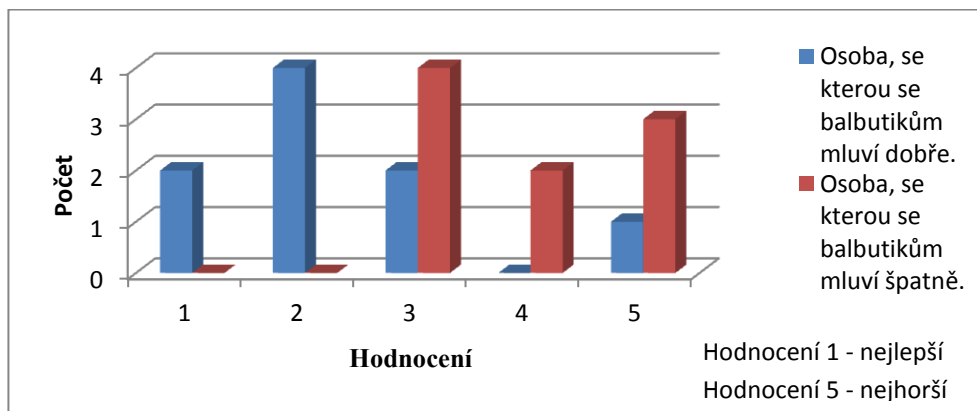
Otázka č. 1 je položkou škálovou. Modrou barvu použili dva respondenti (20 %) v hodnocení 1, čtyři respondenti (40 %) v hodnocení 2, tři respondenti (30 %) označili hodnocení 3, a jeden respondent (10 %) označil hodnocení 5. Červenou barvou označil jeden respondent (10 %) hodnocení 2, tři respondenti (30 %) hodnocení 3, čtyři respondenti (40 %) hodnocení 4 a zbývajících dva respondenti (20 %) uvedli hodnocení 5. Zjištěné údaje jsou znázorněny v grafu č. 2.



Graf č. 2 Jak při rozhovoru udržujete zrakový kontakt?

Otázka č. 2: „Jak dokážete o své koktavosti mluvit?“

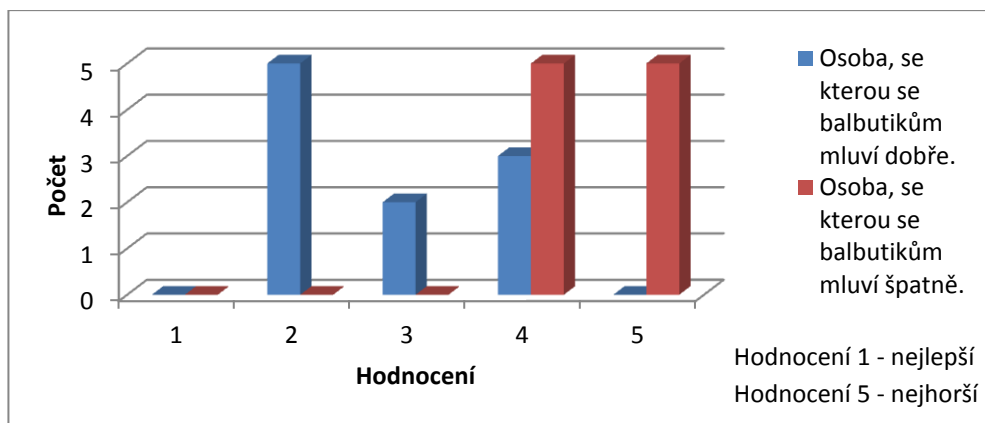
Otázka č. 2 je položkou škálovou. Na tuto otázku neodpověděl jeden respondent (10 %), zbylých 9 respondentů ano, tj. 90 %. Modrou barvou zaznačili dva respondenti (20 %) hodnocení 1, čtyři respondenti (40 %) hodnocení 2, dva respondenti (20 %) označili hodnocení 3, a jeden respondent (10 %) hodnocení 5. Červenou barvu použili čtyři respondenti (40 %) v hodnocení 3, dva respondenti (20 %) v hodnocení 4, a tři respondenti (30 %) v hodnocení 5. Zjištěné údaje jsou znázorněny v grafu č. 3.



Graf č. 3 Jak dokážete o své koktavosti mluvit?

Otázka č. 3: „Jak se cítíte, když se při řeči zakoktáte?“

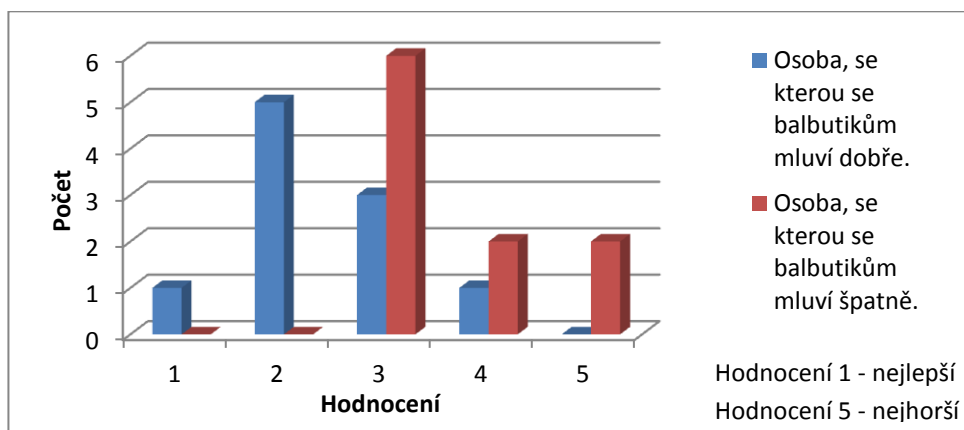
Otázka č. 3 je položkou škálovou. Modrou barvou zaznačilo 5 respondentů (50 %) hodnocení 2, dva respondenti (20 %) uvedli hodnocení 3 a zbývajících tři respondenti (30 %) označili hodnocení 4. Červenou barvu použila polovina dotazovaných (50 %) v hodnocení 4 a druhá polovina (50 %) v hodnocení 5. Zjištěné údaje jsou znázorněny v grafu č. 4



Graf č. 4 Jak se cítíte, když se při řeči zakoktáte?

Otázka č. 4: „Jak myslíte, že působíte na okolí při mluvení?“

Otázka č. 4 je položkou škálovou. Modrá barva se objevuje jednou (10 %) v hodnocení 1, pět respondentů (50 %) označilo touto barvou hodnocení 2, tři dotazovaní (30 %) zaznačili hodnocení 3 a poslední dotazovaný (10 %) označil hodnocení 4. Červenou barvou zakroužkovalo hodnocení 3 šest respondentů (60 %). Dva respondenti (20 %) zaznačili hodnocení 4 a zbylí dva respondenti (20 %) uvedli hodnocení 5. Zjištěné údaje jsou znázorněny v grafu č. 5.

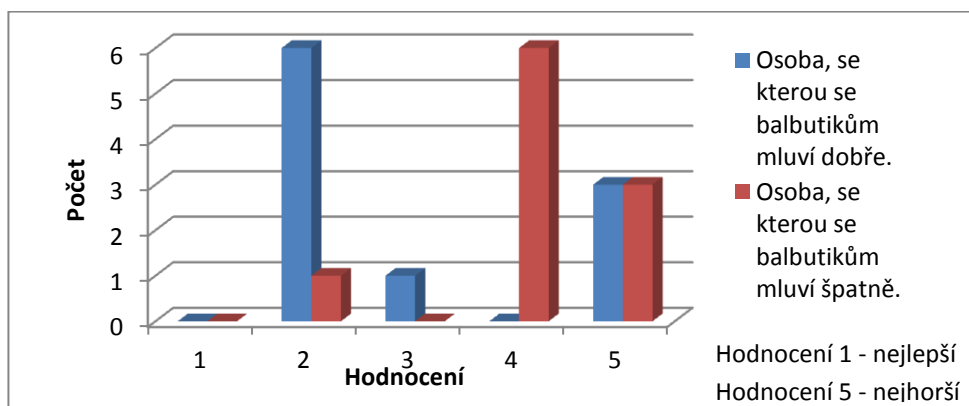


Graf č. 5 Jak myslíte, že působíte na okolí při mluvení?

Otázka č. 5: „Jak vám vyhovuje komunikace prostřednictvím videohovoru?“

Otázka č. 5 je položkou škálovou. Modrá barva byla nejčastěji použita v hodnocení 2, které označilo šest respondentů (60 %). Jeden dotazovaný (10 %) označil hodnocení 3 a tři dotazovaní (30 %) označili hodnocení 5. Červenou barvou označil jeden respondent (10 %) hodnocení 2, nejčastěji označované bylo hodnocení 4 a to šesti respondenty (60 %)

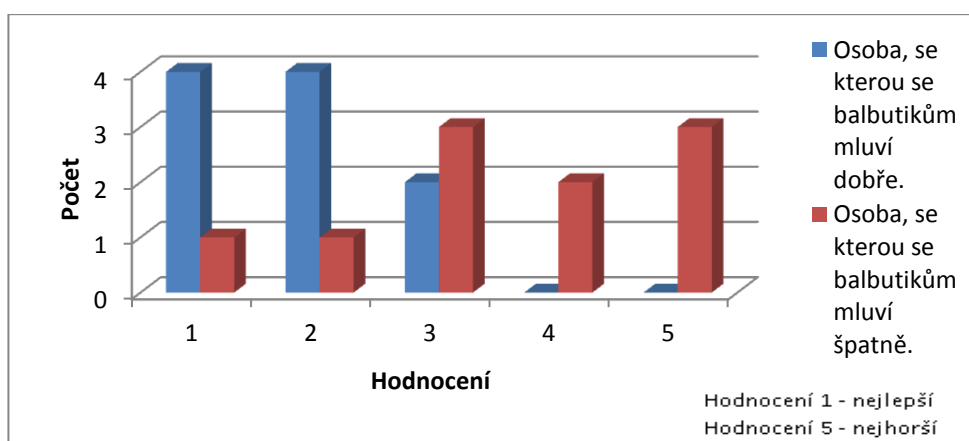
a zbývající tři dotazovaní (30 %) uvedli hodnotu 5. Zjištěné údaje jsou znázorněny v grafu č. 6.



Graf č. 6 Jak vám vyhovuje komunikace prostřednictvím videohovoru?

Otázka č. 6: „Jak moc se aktivně zapojíte do hovoru a řeknete svůj názor?“

Otázka č. 6 je položkou škálovou. Modrou barvou označili čtyři respondenti (40 %) hodnocení 1, další čtyři dotazovaní (40 %) hodnocení 2 a zbývající dva respondenti (20 %) uvedli hodnocení 3. Červená barva se vyskytla na všech stupních hodnocení a to následovně: Jeden respondent (10 %) ji uvedl v hodnocení 1, jeden dotazovaný (10 %) v hodnocení 2, tři respondenti (30 %) zakroužkovali hodnocení 3, dva respondenti (20 %) zaznačili hodnocení 4 a zbývající tři respondenti (30 %) označili hodnocení 5. Zjištěné údaje jsou znázorněny v grafu č. 7.

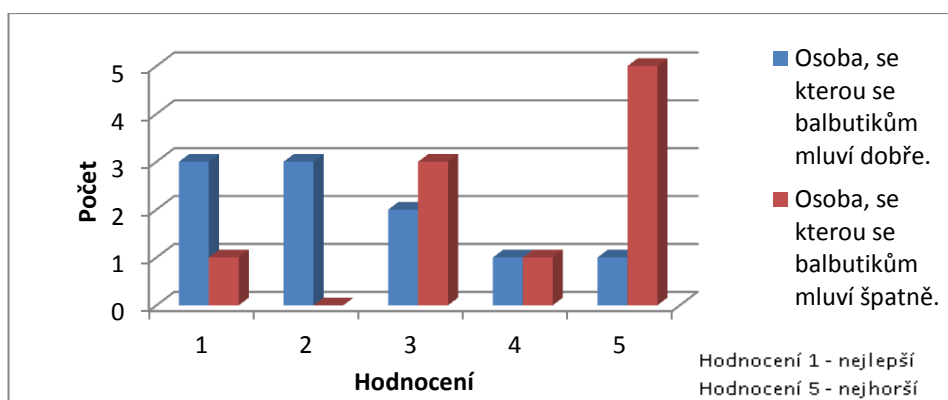


Graf č. 7 Jak moc se aktivně zapojíte do hovoru a řeknete svůj názor?

Otázka č. 7: „Jak se cítíte, když máte telefonovat?“

Otázka č. 7 je položkou škálovou. Modrá barva byla užitá na všech stupních hodnocení. Tři dotazovaní (30 %) ji použili v hodnocení 1, další tři (30 %) v hodnocení 2, dva

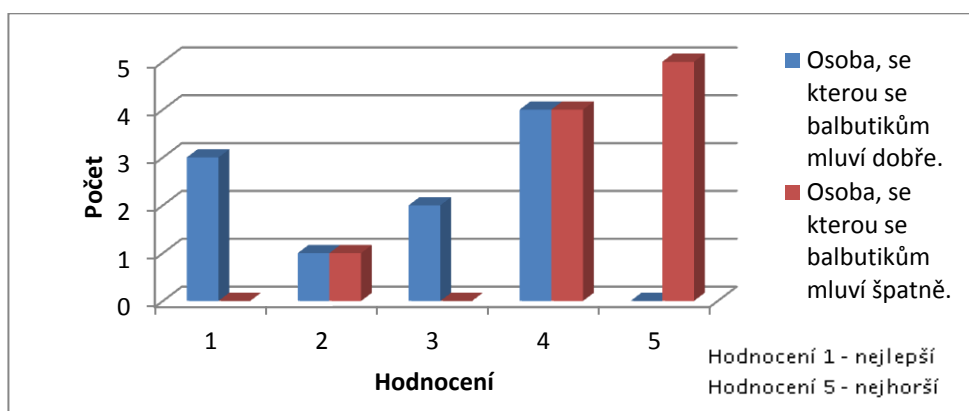
respondenti (20 %) modrou barvou označili hodnocení 3, jeden respondent (10 %) zakroužkoval hodnocení 4 a poslední respondent (10 %) označil hodnocení 5. Červená barva se jednou objevuje (10 %) v hodnocení 1, tři dotazovaní (30 %) jí zaznačili hodnocení 3, jednou (10 %) vidíme červenou barvu v hodnocení 4 a nejčastěji, zbylými pěti respondenty (50 %) je červenou barvou označeno hodnocení 5. Zjištěné údaje jsou znázorněny v grafu č. 8.



Graf č. 8 Jak se cítíte, když máte telefonovat?

Otázka č. 8: „Jak dokážete vtipkovat o vlastní kocktavosti?“

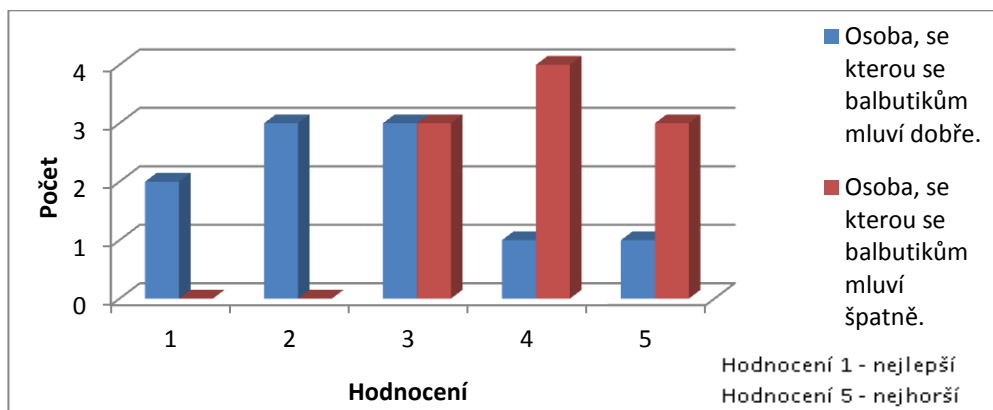
Otázka č. 8 je položkou škálovou. Modrá barva je zaznačená v hodnocení 1 třemi respondenty (30 %), jedním dotazovaným (10 %) v hodnocení 2, dva respondenti (20 %) ji použili v hodnocení 3, a zbývající čtyři dotazovaní (40 %) v hodnocení 4. Červenou barvou použil jeden respondent (10 %) v hodnocení 2, čtyři dotazovaní (40 %) v hodnocení 4, a pět respondentů označilo touto barvou (50 %) hodnocení 5. Zjištěné údaje jsou znázorněny v grafu č. 9.



Graf č. 9 Jak dokážete vtipkovat o vlastní kocktavosti?

Otázka č. 9: „Jak se cítíte, když během rozhovoru nastane delší ticho?“

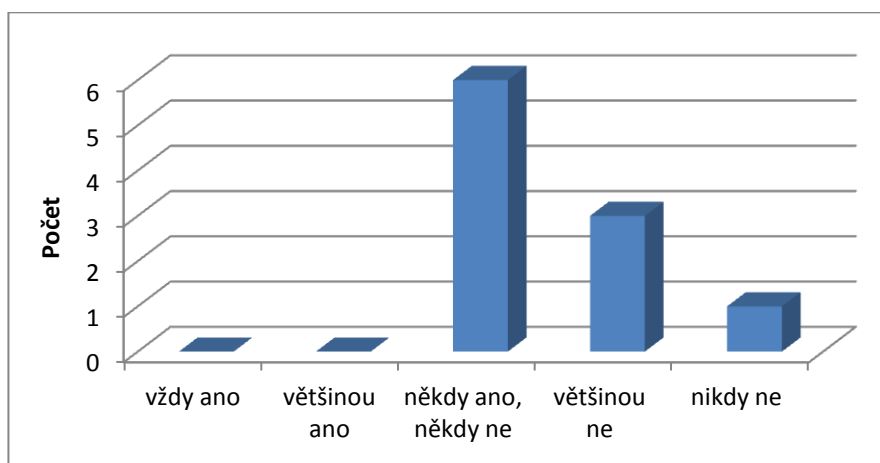
Otázka č. 9 je položkou škálovou. Modrá barva se vyskytuje dvakrát (20 %) v hodnocení 1, tři respondenti (30 %) ji užívali v hodnocení 2, další tři respondenti (30 %) zakroužkovali hodnocení 3, jeden dotazovaný (10 %) označil modrou barvou hodnocení 4 a zbylý respondent (10 %) zaznačil hodnocení 5. Červenou barvu nacházíme třikrát (30 %) v hodnocení 3, čtyřmi respondenty (40 %) je označené hodnocení 4, a tři respondenti (30 %) označili červenou barvou hodnocení 5. Zjištěné údaje jsou znázorněny v grafu č. 10.



Graf č. 10 Jak se cítíte, když během rozhovoru nastane delší ticho?

Otázka č. 10: „Dělá Vám problém prezentovat své myšlenky v malé skupině (2-5 osob)?“

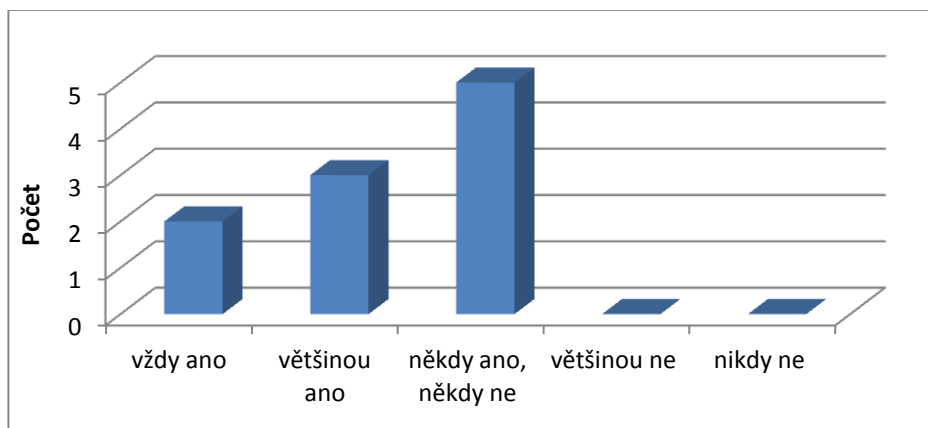
V otázce č. 10, která je položkou uzavřenou uvedlo šest respondentů (60 %) odpověď – někdy ano, někdy ne, tři respondenti (30 %) odpověděli na tuto otázku – většinou ne a jeden respondent (10 %) uvedl jako odpověď – nikdy ne. Zjištěné údaje jsou znázorněny v grafu č. 11.



Graf č. 11 Dělá Vám problém prezentovat své myšlenky v malé skupině (2-5 osob)?

Otázka č. 11: „Dělá Vám problém prezentovat své myšlenky na veřejnosti?“

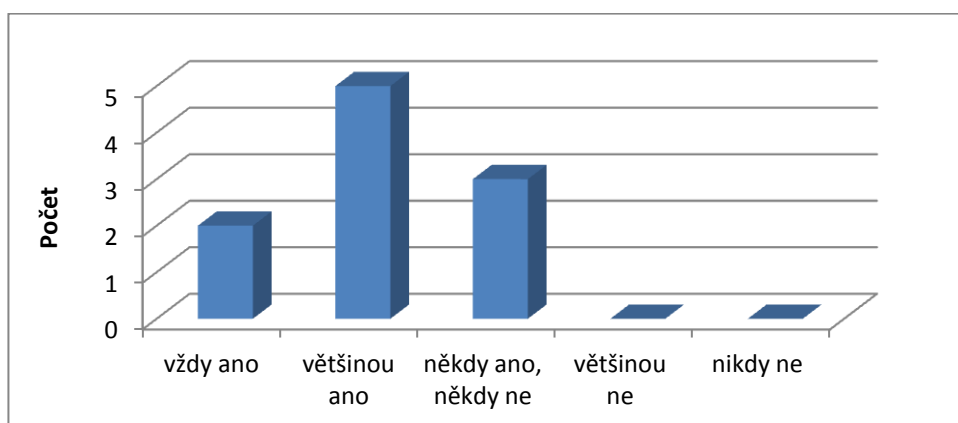
Otázka č. 11 je položkou uzavřenou. Dva respondenti (20 %) uvedli odpověď – vždy ano, tři respondenti (30 %) zaznačili odpověď – většinou ano, a zbývajících pět respondentů (50 %) uvedlo jako odpověď někdy ano, někdy ne. Zjištěné údaje jsou znázorněny v grafu č. 12.



Graf č. 12 Dělá Vám problém prezentovat své myšlenky na veřejnosti?

Otázka č. 12: „Dělá Vám problém, když máte před ostatními nahlas číst?“

Otázka č. 12 je položkou uzavřenou. Mezi odpověďmi na tuto otázku bylo od dvou respondentů (20 %) – vždy ano, pět respondentů (50 %) uvedlo – většinou ano a zbývajících tři (30 %) odpověděli – někdy ano, někdy ne. Zjištěné údaje jsou znázorněny v grafu č. 13.

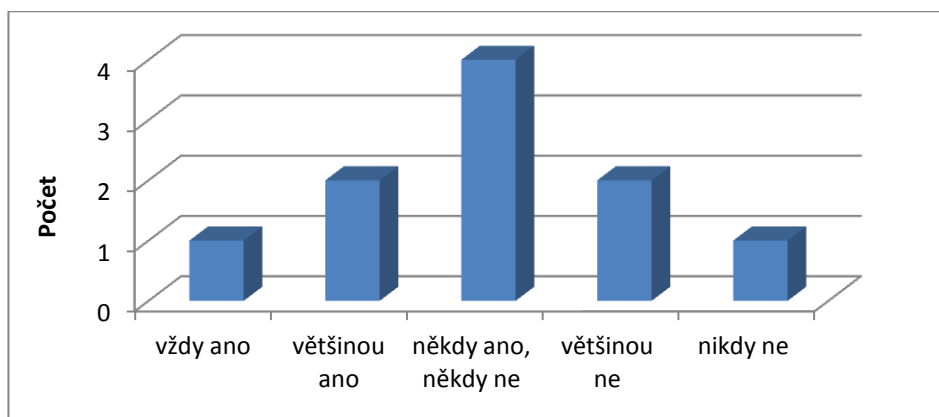


Graf č. 13 Dělá Vám problém, když máte před ostatními nahlas číst?

Otázka č. 13: „Myslíte při rozhovoru na to, že se zakoktáte?“

Otázka č. 13 je položkou uzavřenou. V odpovědích na tuto otázku jsme našli všechny možnosti. Jeden respondent (10 %) odpověděl vždy ano, dva respondenti (20 %) zaznačili odpověď většinou ano, nejčteněji byla uvedena odpověď někdy ano, někdy ne, a to od čtyř

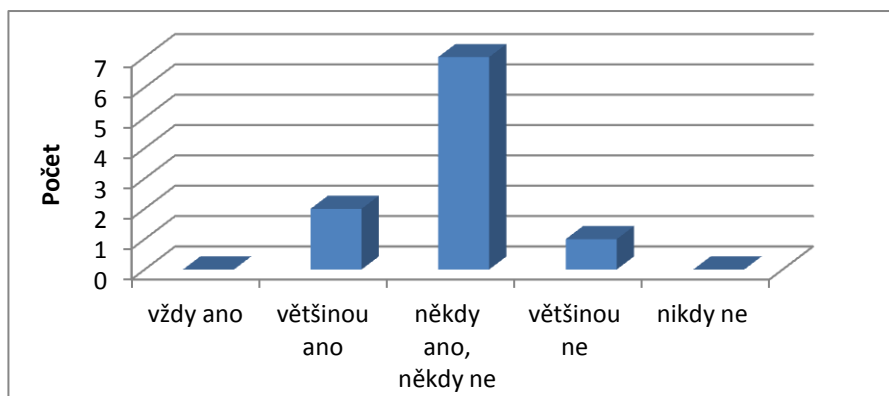
respondentů (40 %), odpověď většinou ne uvedli dva respondenti (20 %) a jeden respondent odpověděl nikdy ne (10 %). Zjištěné údaje jsou znázorněny v grafu č. 14.



Graf č. 14 Myslíte při rozhovoru na to, že se zakoktáte?

Otázka č. 14: „Jak často se při rozhovoru zakoktáte?“

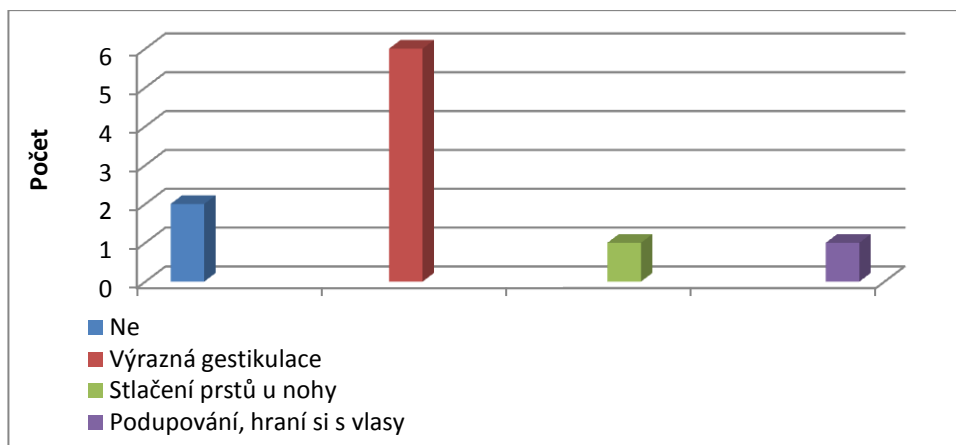
Otázka č. 14 je položkou uzavřenou. Nejčastější odpovědi na tuto otázku bylo někdy ano, někdy ne, tuto odpověď zvolilo 7 respondentů (70 %). Dále 2 respondenti (20 %) uvedli odpověď většinou ano a 1 respondent (10 %) odpověděl většinou ne. Zjištěné údaje jsou znázorněny v grafu č. 15.



Graf č. 15 Jak často se při rozhovoru zakoktáte?

Otázka č. 15: „Pracujete s řečí těla, když s někým mluvíte? Jak?“

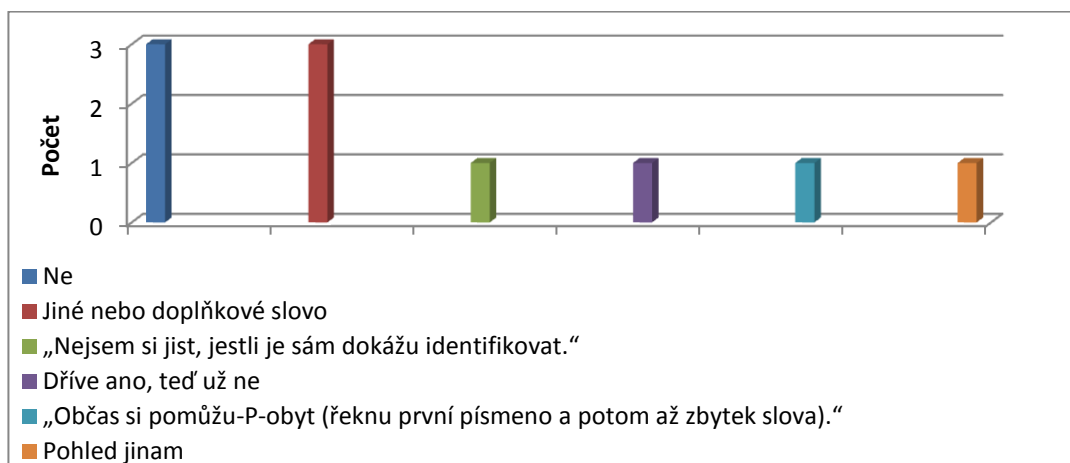
Otázka č. 15 je položkou otevřenou. Dva respondenti (20 %) uvedli, že s řečí těla nijak nepracují, šest respondentů (60 %) se shodlo v užívání výrazné gestikulace, případně mávání rukama, jeden respondent (10 %) si stlačuje prsty u nohy, popřípadě u ruky, a poslední respondent (10 %) uvedl podupávání, hraní si s vlasy. Zjištěné údaje jsou znázorněny v grafu č. 16.



Graf č. 16 Pracujete s řečí těla, když s někým mluvíte? Jak?

Otázka č. 16: „Používáte nějaké vyhýbavé nebo únikové chování?“

Otázka č. 16 je položkou otevřenou. Na tuto otázku odpověděli 3 respondenti (30 %), že zmiňované chování nepoužívají, 3 z respondentů (30 %) používají jiné nebo doplňkové slovo, 1 respondent (10 %) uvedl „*Nejsem si jist, jestli je sám dokážu identifikovat.*“, další respondent (10 %) tvrdí, že dříve toto chování využíval, ale v současné době již ne, 1 respondent (10 %) řekl: „*Občas si pomůžu-P-obyt (řeknu první písmeno a potom až zbytek slova).*“ a poslední respondent (10 %) používá jako zmiňované chování pohled jinam. Zjištěné údaje jsou znázorněny v grafu č. 17.

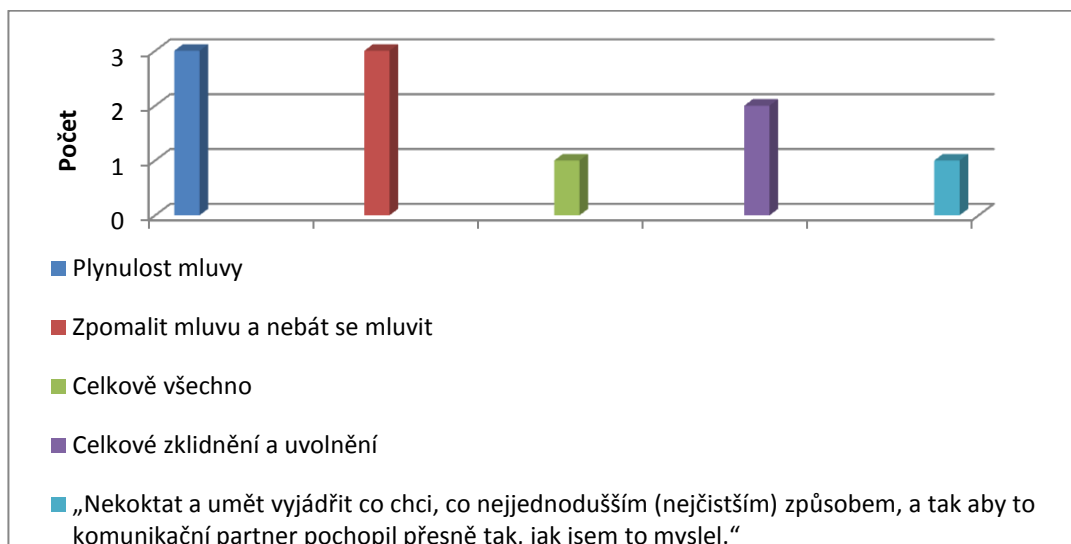


Graf č. 17 Používáte nějaké vyhýbavé nebo únikové chování?

Otázka č. 17: „Co sám chcete změnit, zlepšit na svém mluvním projevu?“

Otázka č. 17 je položkou otevřenou. Tři dotazovaní (30 %) se shodli na tom, že chtějí zlepšit svou plynulost mluvy, aniž by se na ni museli moc soustředit. Zpomalit svou mluvu a nebát se mluvit, i když jsou nervózní, by chtěli 3 respondenti (30 %). Jeden klient uvedl

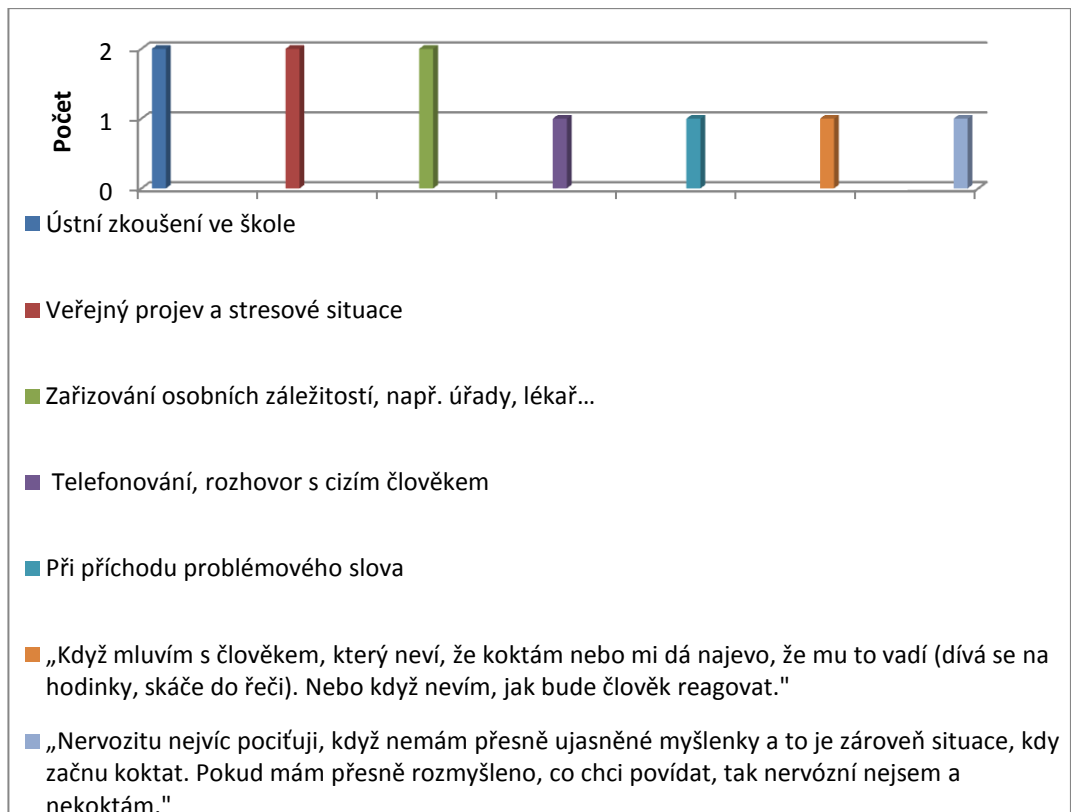
(10 %), že by rád zlepšil celkově všechno. Celkového zklidnění a uvolnění by rádi dosáhli 2 dotazovaní (20 %). Uvádíme citaci jednoho z respondentů (10 %): „*Nekoktat a umět vyjádřit co chci, co nejjednodušším (nejčistším) způsobem, a tak aby to komunikační partner pochopil přesně tak, jak jsem to myslel.*“ Zjištěné údaje jsou znázorněny v grafu č. 18.



Graf č. 18 Co sám chcete změnit, zlepšit na svém mluvním projevu?

Otázka č. 18: „Při jakých situacích se cítíte nejvíce nervózní?“

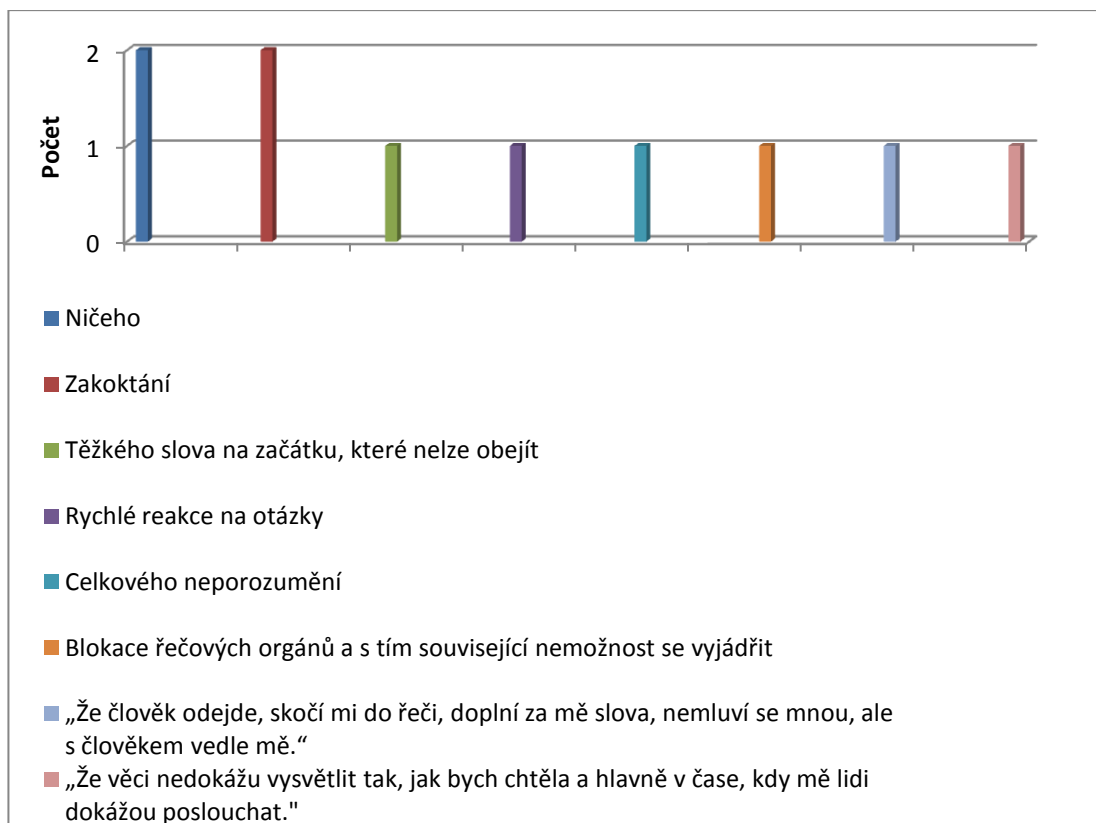
Otázka č. 18 je položkou otevřenou. Dva z dotazovaných (20 %) uvedli, že jsou nejvíce nervózní při ústním zkoušení ve škole, dva respondenti (20 %) uvádějí veřejný projev a stresové situace, dva (20%) respondenti uvedli zařizování osobních záležitostí, např. úřady, lékař..., jeden respondent (10 %) se cítí nejvíce nervózní při telefonování a při rozhovoru s cizím člověkem. Další respondent (10 %) se cítí nervózní, když přichází problémové slovo. Respondentka (10 %) uvádí: „*Když mluvím s člověkem, který neví, že koktám nebo mi dá najevo, že mu to vadí (dívá se na hodinky, skáče do řeči). Nebo když nevím, jak bude člověk reagovat.*“ Poslední respondent (10 %) píše: „*Nervozitu nejvíce pociťuji, když nemám přesně ujasněné myšlenky a to je zároveň situace, kdy začnu koktat. Pokud mám přesně rozmyšleno, co chci povídat, tak nervózní nejsem a nekotám. Tím „přesně ujasněné myšlenky“ mám na mysli stav, kdy vím, o čem chci mluvit. Pokud tzv. vařím z vody, tak přichází možnost, že se někde ve svém projevu sám zamotám nebo mi dojde řeč. S vědomím tohoto a strachem z toho na mě přijde nervozita a já začnu koktat.*“ Zjištěné údaje jsou znázorněny v grafu č. 19.



Graf č. 19 Při jakých situacích se cítíte nejvíce nervózní?

Otázka č. 19: „Čeho se obáváte při rozhovoru nejvíce?“

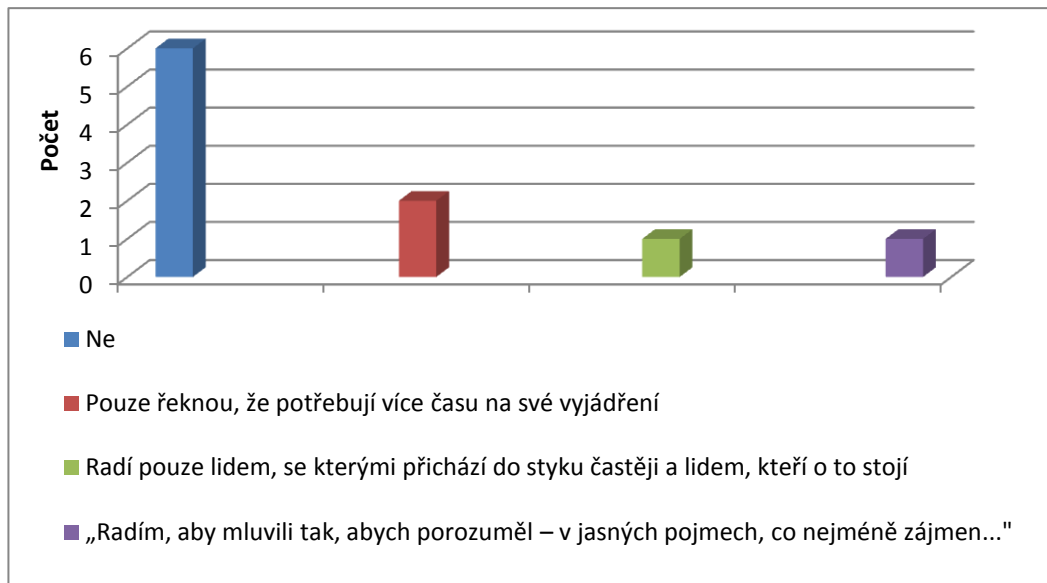
Otázka č. 19 je položkou otevřenou. Dva respondenti (20 %) se dle svých slov neobávají ničeho. Zakotání se bojí 2 z dotazovaných (20 %), jeden respondent uvedl (10 %), že se často bojí těžkého slova na začátku, které nelze obejít. Toho, že bude muset rychle reagovat na otázky, se bojí jeden dotazovaný (10 %). Jeden respondent (10 %) se bojí celkového nepochopení, další dotazovaný (10 %) uvedl jako důvod k obavám blokaci řečových orgánů a s tím související nemožnost se vyjádřit. Dále uvádíme konkrétní výpovědi respondentů: „Že člověk odejde, skočí mi do řeči, doplní za mě slova, nemluví se mnou, ale s člověkem vedle mě.“ (10 %), a poslední dotazovaná (10 %) uvedla: „že věci nedokážu vysvětlit tak, jak bych chtěla a hlavně v čase, kdy mě lidi dokážou poslouchat (když mluvím moc dlouho, zapomenou prý, co bylo na začátku)“. Zjištěné údaje jsou znázorněny v grafu č. 20.



Graf č. 20 Čeho se obáváte při rozhovoru nejvíce?

Otázka č. 20: „Radíte lidem, jak s Vámi mají mluvit? Jak?“

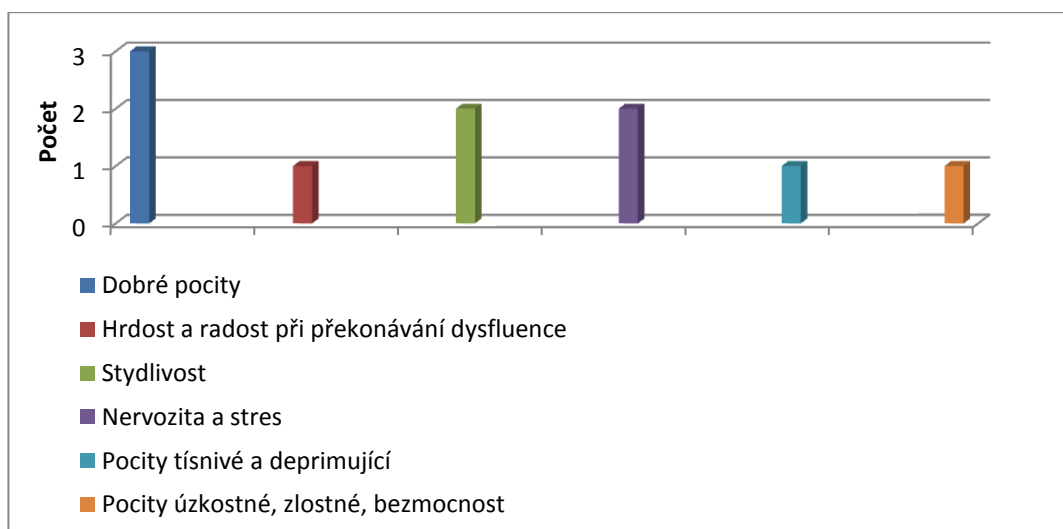
Otázka č. 20 je položkou otevřenou. Shodnou odpověď – ne uvádí šest dotazovaných (60 %). Dva respondenti (20 %) uvádějí, že pouze řeknou, že potřebují více času na své vyjádření. Jeden dotazovaný (10 %) radí pouze lidem, se kterými přichází do styku častěji a lidem, kteří o to stojí. Dále uvádíme odpověď posledního respondenta (10 %): „*Radím, aby mluvili tak, abych porozuměl – v jasných pojmech, co nejméně zájmen (v angličtině existuje pojem PRONOUN GAME, který údajně označuje situaci, kdy se 2 komunikující baví o něčem jiném, ale tím, že používají zájmena jako on, ona, to, tam, takhle apod., mohou nabýt dojmu, že se baví o stejné věci). Tohle nicméně nesouvisí s koktáním, ale komunikací obecně.*“ Zjištěné údaje jsou znázorněny v grafu č. 21.



Graf č. 21 Radíte lidem, jak s Vámi mají mluvit? Jak?

Otázka č. 21: „Jaké máte pocity při mluvení?“

Otázka č. 21 je položkou otevřenou. Tři respondenti (30 %) uvádějí dobré pocity, jeden dotazovaný (10 %) cítí hrdost a radost, při překonání dysfluency, dva respondenti (20 %) uvádějí stydlivost, další dva dotazovaní (20 %) se cítí nervózně a ve stresu, dále se u jednoho respondenta (10 %) objevují pocity tísnivé a deprimující. Poslední dotazovaný (10 %) uvádí pocity úzkostné, zlostné, někdy bezmocnost. Zjištěné údaje jsou znázorněny v grafu č. 22.



Graf č. 22 Jaké máte pocity při mluvení?

Otázka č. 22: „Setkáváte se s negativními reakcemi okolí? Pokud ano, prosím konkretizujte.“

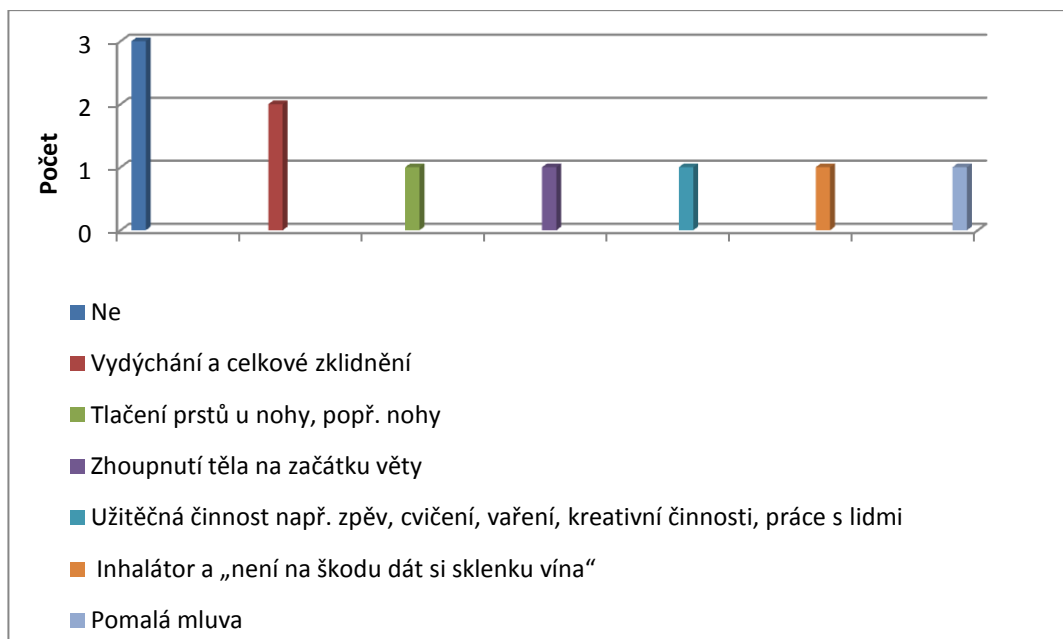
Otázka č. 22 je položkou otevřenou. Tři (30 %) z dotazovaných se s negativními reakcemi neseťkávají, další čtyři respondenti (40 %) uvádějí posměch ze strany okolí a napodobování kocktání, dále se z negativních reakcí objevuje v odpovědi dvou respondentů (20 %) skákání do řeči a doplňování slov a poslední respondent (10 %) zmiňuje ignoraci, „divné“ pohledy na kocktavého, nervozita ze strany člověka, se kterým kocktavý mluví – člověk neví, jak se má chovat. Zjištěné údaje jsou znázorněny v grafu č. 23.



Graf č. 23 Setkáváte se s negativními reakcemi okolí?

Otázka č. 23: „Máte nějaké rituály, které Vám pomáhají?“

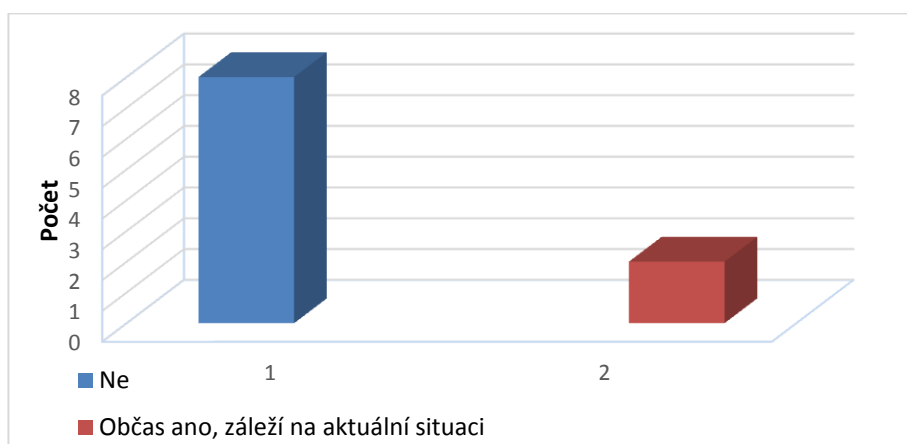
Otázka č. 23 je položkou otevřenou. Vyhodnocením této otázky jsme dospěli k těmto závěrům: Tři z dotazovaných (30 %) žádné rituály nepoužívají, dva respondenti (20 %) uvádějí vydýchání a celkové zklidnění, jeden dotazovaný (10 %) uvádí tlačení prstů u nohy, popř. nohy, jednomu respondentovi (10 %) pomáhá zhoupnutí těla na začátku věty, pro jednoho dotazovaného (10 %) je rituálem nějaká činnost, která je užitečná, uvádí např. zpěv, cvičení, vaření, kreativní činnosti, práce s lidmi. Jeden dotazovaný (10 %) používá inhalátor a také podle jeho slov: „není na škodu dát si sklenku vína“. Poslednímu respondentovi (10%) pomáhá mluvit pomalu. Zjištěné údaje jsou znázorněny v grafu č. 24.



Graf č. 24 Máte nějaké rituály, které Vám pomáhají?

Otázka č. 24: „Přiznáte otevřeně, že koktáte? Př. Když někam přijdu, jako první řeknu, že koktám.“

Otázka č. 24 je položkou otevřenou. Na záporné odpovědi se shodlo osm respondentů (80 %) a jeden z nich k záporné odpovědi dodal: „*na druhou stranu to asi nemá cenu nějak tajit, když to ostatní stejně poznají sami*“ a 2 dotazovaní (20 %) uvedli, že to občas přiznají, záleží na aktuální situaci. Zjištěné údaje jsou znázorněny v grafu č. 25.

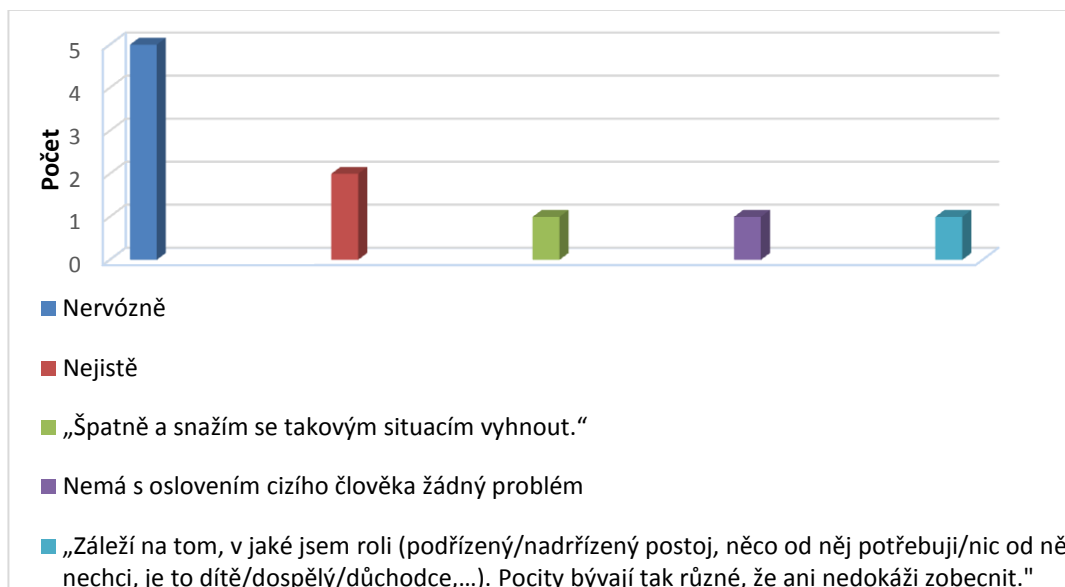


Graf č. 25 Přiznáte otevřeně, že koktáte?

Otázka č. 25: „Jak se cítíte, když máte oslovit cizího člověka?“

Otázka č. 25 je položkou otevřenou. Nejčastější odpovědí bylo „nervózně“ a tato odpověď se vyskytla u pěti respondentů (50 %). Dva dotazovaní (20 %) se cítí nejistě, jeden

respondent (10 %) se cítí: „Špatně a snažím se takovým situacím vyhnout.“ Další dotazovaný (10 %) nemá s oslovením cizího člověka žádný problém a dále uvádíme odpověď posledního dotazovaného (10 %): „Záleží na tom, v jaké jsem roli (podřízený/nadřízený postoj, něco od něj potřebuji/nic od něj nechci, je to dítě/dospělý/důchodce,...). Pocity bývají tak různé a rozličné, že ani nedokážu zobecnit.“ Zjištěné údaje jsou znázorněny v grafu č. 26.

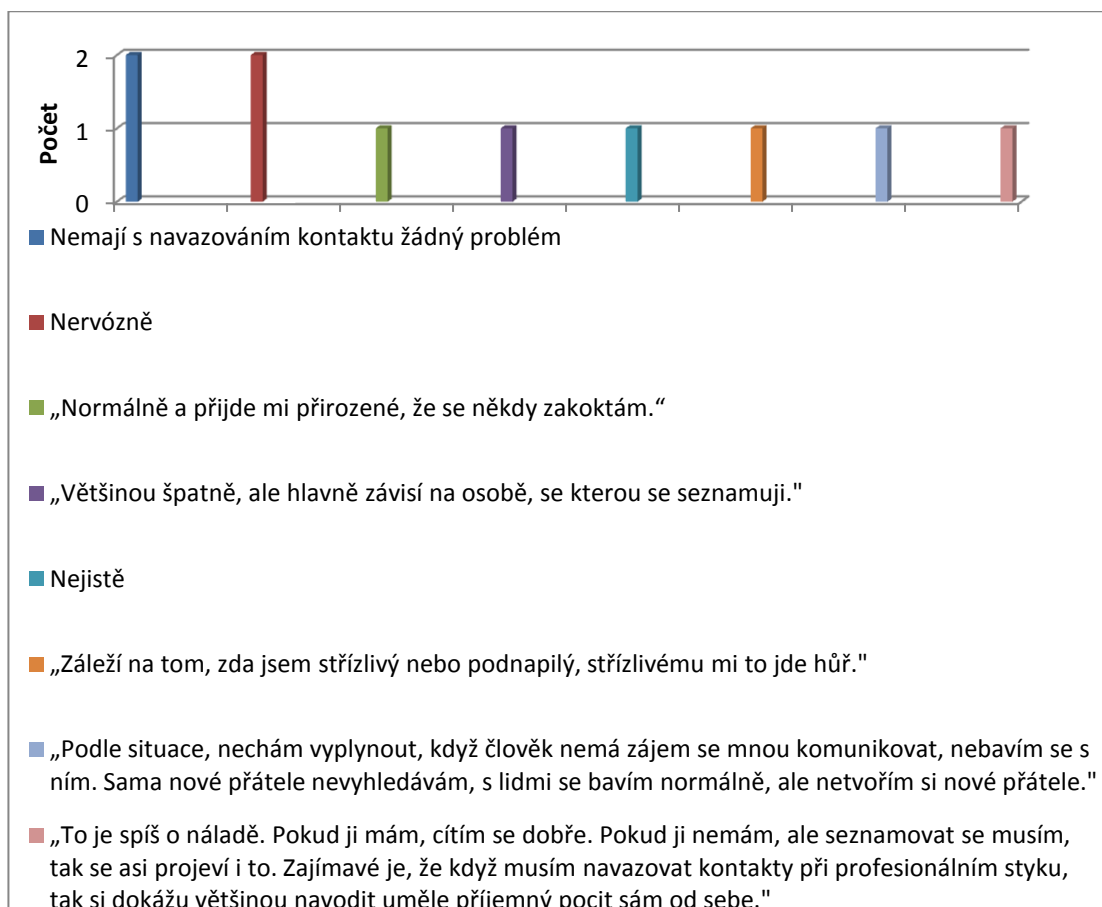


Graf č. 26 Jak se cítíte, když máte oslovit cizího člověka?

Otázka č. 26: „Jak se cítíte, když máte navazovat kontakty s novými lidmi?“

Otázka č. 26 je položkou otevřenou. U vyhodnocení této otázky jsme dospěli k závěrům, že dva respondenti (20 %) nemají s navazováním kontaktu žádný problém. Dva respondenti se cítí nervózně (20 %), jeden z nich dodal, že někdy až trapně. Jeden dotazovaný (10 %) se cítí: „Normálně a přijde mi přirozené, že se někdy zakotám.“ Další respondent (10 %) se cítí „Většinou špatně, ale hlavně závisí na osobě, se kterou se seznamuji.“ Jeden dotazovaný (10 %) se cítí nejistě při navazování kontaktu s novými lidmi. Jeden respondent (10 %) napsal: „Záleží na tom, zda jsem strážlivý nebo podnapilý, strážlivému mi to jde hůř.“ Dále uvádíme doslovnou citaci respondentky (10 %): „Podle situace, nechám vyplynout, když člověk nemá zájem se mnou komunikovat, nebavím se s ním. Sama nové přátele nevyhledávám, s lidmi se bavím normálně, ale netvořím si nové přátele.“ A na závěr zajímavé sdělení respondenta (10 %): „Tady je to asi spíš o náladě. Pokud mám náladu, tak se cítím dobře. Pokud ji nemám, ale seznamovat se stejně musím, tak se asi projeví i to. Zajímavé je, že když musím navazovat kontakty při profesionálním styku, tak si dokážu většinou navodit

uměle příjemný pocit při navazování nového kontaktu, pokud jej nemám sám od sebe.“ Zjištěné údaje jsou znázorněny v grafu č. 27.

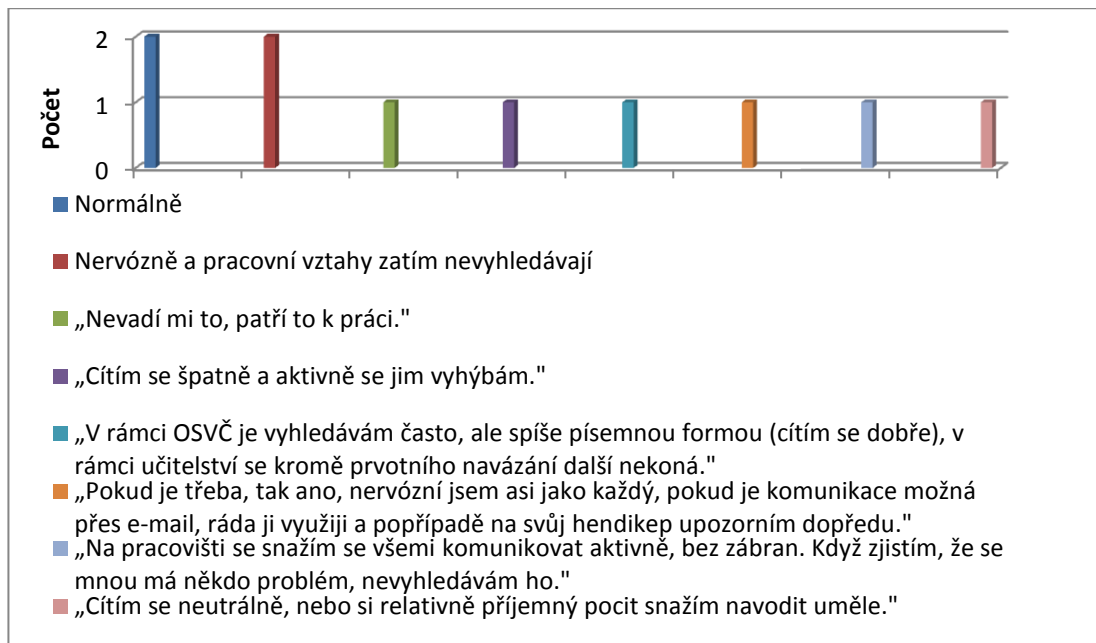


Graf č. 27 Jak se cítíte, když máte navazovat kontakty s novými lidmi?

Otázka č. 27: „Jak se cítíte, když máte navazovat pracovní vztahy, vyhledáváte je aktivně?“

Otázka č. 27 je položkou otevřenou. Dva z dotazovaných (20 %) se při navazování pracovních vztahů cítí normálně. Další dva dotazovaní (20 %) se cítí nervózně a pracovní vztahy zatím nevyhledávají. Jeden respondent (10 %) uvedl: „Nevadí mi to, patří to k práci.“ Naproti tomu druhý respondent (10 %) píše: „Cítím se špatně a aktivně se jim vyhýbám.“ Jiný respondent (10 %) odpověděl: „V rámci OSVČ je vyhledávám často, ale spíše písemnou formou (cítím se dobře), v rámci učitelství se kromě prvotního navázání další nekoná.“ Další odpověď respondentky (10 %) bylo: „Pokud je třeba, tak ano, nervózní jsem asi jako každý, pokud je komunikace možná přes e-mail, ráda ji využiji a popřípadě na svůj hendikep upozorním dopředu.“ Doslovná citace respondenta (10 %) zní: „Na pracovišti se snažím se všemi komunikovat aktivně, bez zábrán. Když zjistím, že se mnou má někdo problém, nevyhledávám ho.“ Poslední odpověď (10 %) na tuto otázku je: „Cítím se neutrálně, nebo si

relativně příjemný pocit snažím navodit uměle (viz předchozí odpověď).“ Zjištěné údaje jsou znázorněny v grafu č. 28.

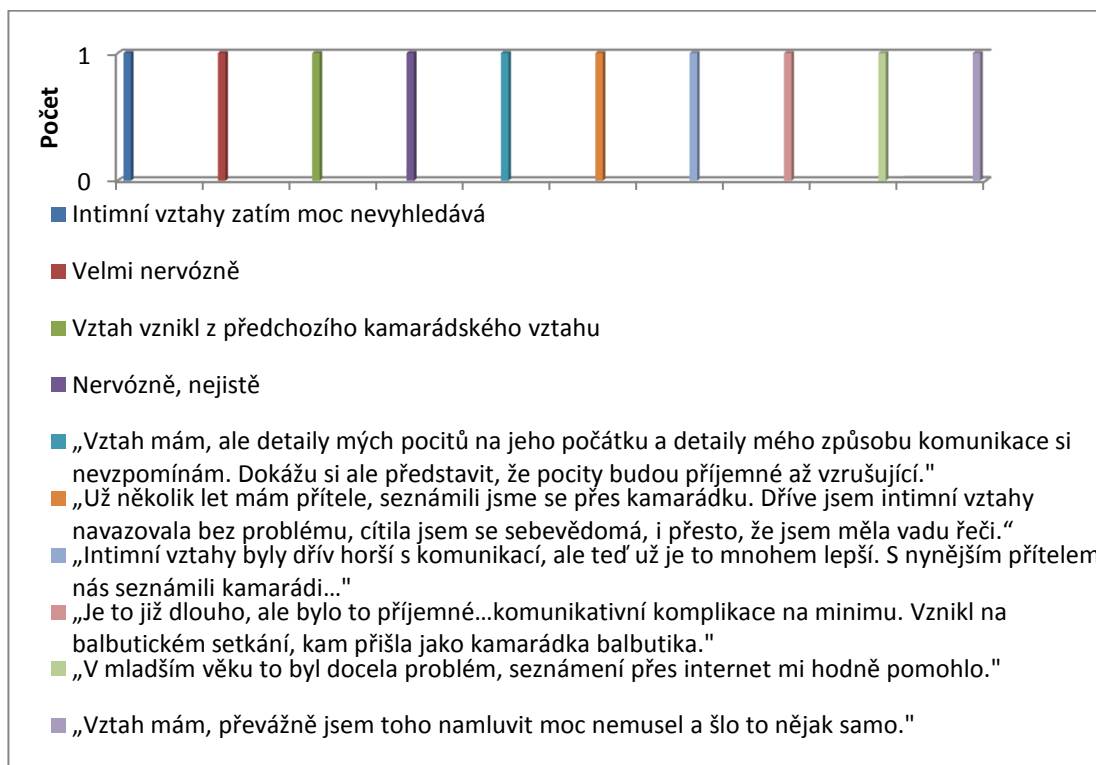


Graf č. 28 Jak se cítíte, když máte navazovat pracovní vztahy, vyhledáváte je aktivně?

Otázka č. 28: „Jak se cítíte, když máte navazovat intimní vztahy? Pokud máte vztah, jak vznikl?“

Otázka č. 28 je položkou otevřenou. Jeden respondent (10 %) uvedl, že intimní vztahy zatím moc nevyhledává. Další dotazovaný (10 %) se cítí velmi nervózně a možná právě kvůli tomu zatím žádný vztah nemá. Vztah dalšího respondenta (10 %) vznikl z předchozího kamarádského vztahu. Jeden dotazovaný (10 %) se cítí nervózně, nejistě, ale jeho vztah i přes tyto pocity vznikl bez sebemenších problémů. Níže uvádíme doslovné citace ostatních respondentů. Obecně shrnuje pocity jeden dotazovaný (10 %): „Vztah mám, ale detaily mých pocitů na jeho počátku a detaily mého způsobu komunikace si nevzpomínám. Dokážu si ale představit, že pocity budou příjemné až vzrušující.“ Vztah, který vznikl díky společným přátelům, uvádí další dotazovaná (10 %): „Už několik let mám přítele, seznámili jsme se přes kamarádku. Dříve jsem intimní vztahy navazovala bez problému, cítila jsem se sebevědomá, i přesto, že jsem měla vadu řeči.“ Seznámení přes společné přátele uvádí i další dotazovaná (10 %): „Intimní vztahy byly dřív horší s komunikací, ale teď už je to mnohem lepší. S nynějším přítelem nás seznámili kamarádi...“ A podobnou situaci zažil i další dotazovaný (10 %): „Je to již dlouho, ale bylo to příjemné...komunikativní komplikace na minimum. Vznikl na balbutickém setkání, kam přišla jako kamarádka balbutika.“ Moderní technologie jako

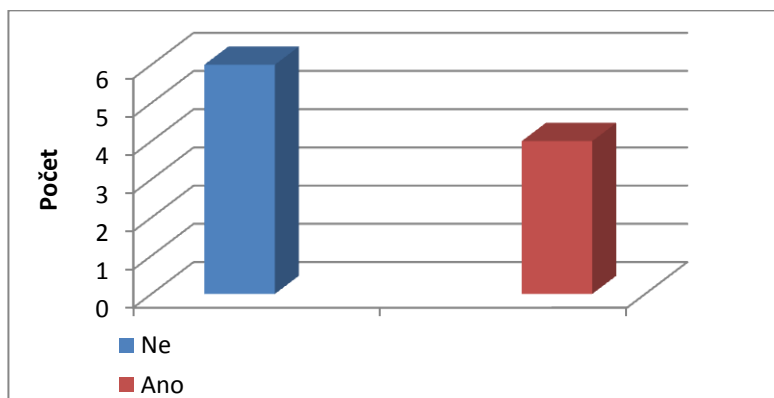
přínos vidí další dotazovaný (10 %) „V mladším věku to byl docela problém, seznámení přes internet mi hodně pomohlo.“ Poslední respondent (10 %) shrnuje: „Vztah mám, převážně jsem toho namluvit moc nemusel a šlo to nějak samo.“ Zjištěné údaje jsou znázorněny v grafu č. 29.



Graf č. 29 Jak se cítíte, když máte navazovat intimní vztahy?

Otázka č. 29: „Navštěvujete v současné době logopeda?“

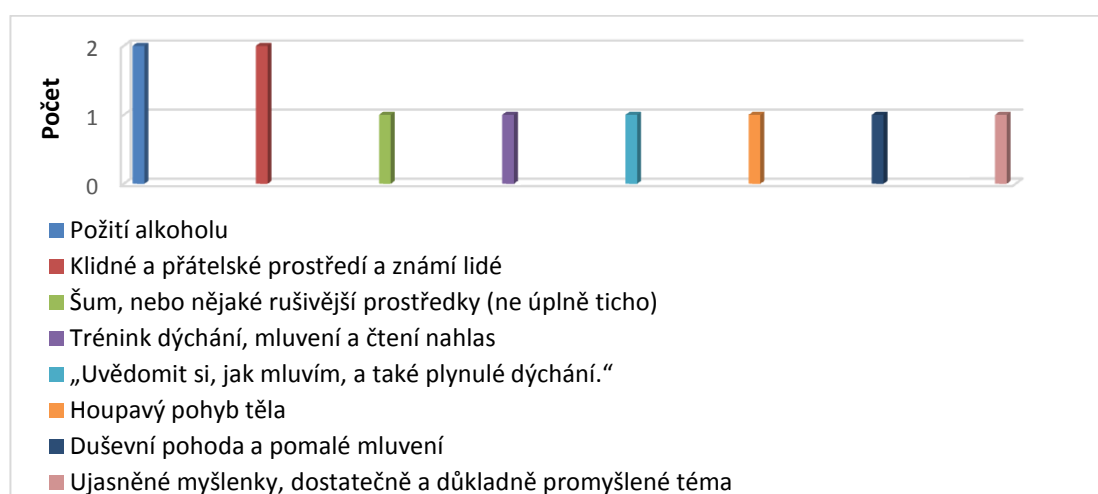
Otázka č. 29 je položkou otevřenou a odpověděli na ni všichni respondenti. V současné době navštěvují logopeda čtyři z dotazovaných tj. 40 % a zbylých šest dotazovaných tj. 60 % k logopedovi nechodí. Zjištěné údaje jsou znázorněny v grafu č. 30.



Graf č. 30 Navštěvujete v současné době logopeda?

Otázka č. 30: „Co Vám pomáhá mluvit plynuleji a lépe se cítit při mluvení?“

Otázka č. 30 je položkou otevřenou. Dva respondenti (20 %) uvedli požití alkoholu, jako uvolňující při mluvení, dvěma respondentům (20 %) pomáhá klidné a přátelské prostředí a známí lidé, další respondent (10 %) uvádí šum, nebo nějaké rušivější prostředky (ne úplně ticho), jeden dotazovaný (10 %) zmiňuje trénink dýchání, mluvení a čtení nahlas. Pro dalšího respondenta (10 %) je důležité: „*Uvědomit si, jak mluvím a také plynulé dýchání.*“, jednomu dotazovanému (10 %) pomáhá houpavý pohyb těla, další (10 %) uvádí duševní pohodu a pomalé mluvení a pro posledního respondenta (10%) je důležité mít ujasněné myšlenky a také dostatečně a důkladně promyšlené téma. Zjištěné údaje jsou znázorněny v grafu č. 31.

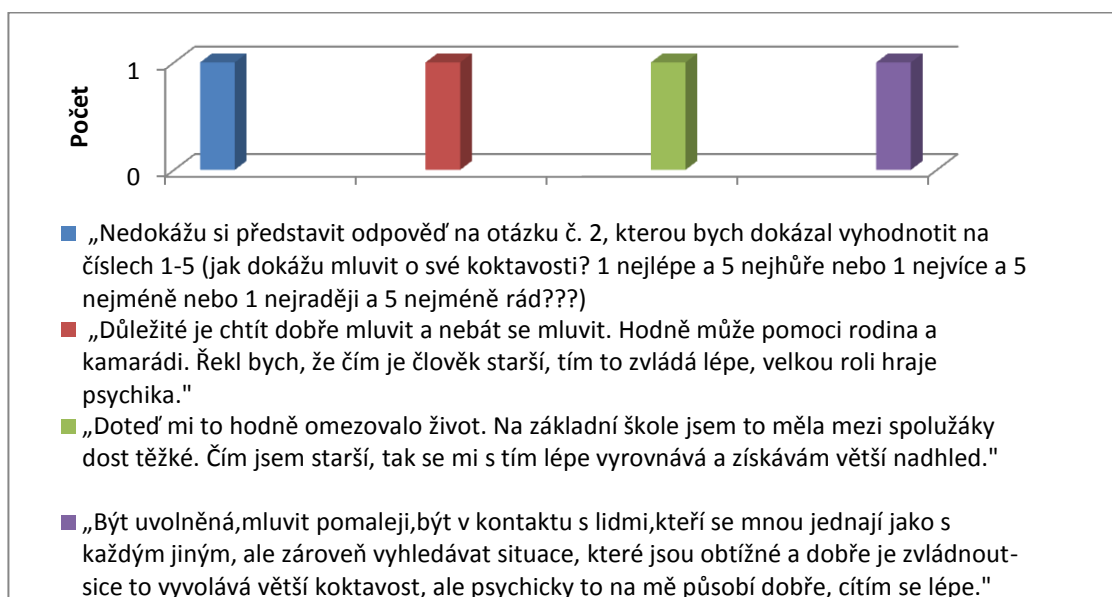


Graf č. 31 Co Vám pomáhá mluvit plynuleji a lépe se cítit při mluvení?

Otázka č. 31: „Prostor pro vaše náměty, myšlenky...“

Otázka č. 31 je položkou otevřenou. Tato otázka je spíše doplňující a odpověděli na ni pouze 4 respondenti, tj. 40 %. Co se týče struktury a obsahu dotazníku měl jeden respondent (10 %) problém s vyplněním otázky č. 2.: „*Nedokážu si představit odpověď na tuto otázku, kterou bych dokázal vyhodnotit na číslech 1 – 5 (jak dokážu mluvit o své koktavosti? 1 nejlépe a 5 nejhůře nebo 1 nejvíce a 5 nejméně nebo 1 nejraději a 5 nejméně rád?).*“ Další dotazovaní se zaměřili na své myšlenky a pocity v souvislosti s vlastní koktavostí. Jeden respondent (10 %) uvádí: „*Důležité je chtít dobře mluvit a nebát se mluvit. Hodně může pomoci rodina a kamarádi. Řekl bych, že čím je člověk starší, tím to zvládá lépe, velkou roli hraje psychika.*“ Podobné pocity v souvislosti s přibývajícím věkem sděluje i další respondentka (10 %): „*Doted' mi to hodně omezovalo život. Na základní škole jsem to měla mezi spolužáky dost těžké. Čím jsem starší, tak se mi s tím lépe vyrovnává a získávám větší nadhled.*“ Poslední dotazovaná (10 %) píše: „*Být uvolněná, mluvit pomaleji, být v kontaktu*

s lidmi, kteří se mnou jednají jako s každým jiným, ale zároveň vyhledávat situace, které jsou obtížné a dobře je zvládnout – sice to vyvolává větší koktavost, ale psychicky to na mě působí dobře, cítím se lépe.“ Zjištěné údaje jsou znázorněny v grafu č. 32.



Graf č. 32 Prostor pro vaše náměty, myšlenky...

4.6 Kazuistiky

Dotazníkové šetření jsme dále doplnili o tři případové studie klientů s balbuties. Níže uvedené kazuistiky byly vypracovány na základě klienty vyplněného anamnestického dotazníku a následného rozhovoru na ujasnění a doplnění informací. Jména klientů jsou smyšlená.

4.6.1 Kazuistika klientky Jany

První zkoumanou osobou je žena ve věku 25 let, která právě končí vysokou školu – obor sociální práce. Brigádně pracuje jako pracovní asistent osoby se zdravotním postižením a moc ji to baví. Po dokončení studia by si chtěla najít práci v oboru.

Její narušenou komunikační schopností je koktavost, která se objevila asi ve čtyřech letech. Přestože se s koktavostí potýká již řadu let, stále se setkává s nevhodnými reakcemi okolí, jako např. opravováním či doplňováním slov, výsměchem nebo ignorací. Často proto klientka trpí při mluvním projevu pocitu nervozity, strachu, stydlivosti nebo dokonce zlosti. V předchozích letech se v řeči Jany často vyskytovaly pauzy, které byly doprovázeny viditelným napětím (zčervenáním, napětím svalů, zástavou dechu), ale dnes se tyto příznaky

vyskytují už jen výjimečně, převážně ve stresových situacích. Dříve byla v řeči klientky patrná revize slov, čili opravy a nahrazování slov jinými – tento příznak se v její řeči již nevyskytuje.

V současné době se neplynulost v řeči projevuje především repetitivními počátečními slabikami a občasnými tichými prolongacemi. Jana také stále bojuje s nepravidelným dýcháním a se zrychleným tempem řeči. V řeči se občas objevují nepřirozené interjekce (např. prostě, jako, hm).

Co se týče příznaků v chování, dříve se často u Jany vyskytovalo třesoucí se svalstvo kolem úst. Tohoto příznaku si nebyla vědoma, dokud v rámci logopedické intervence nehovořila před zrcadlem a nevěšila si toho. V minulosti se klientka velmi často dostávala do situací, ve kterých měla obavy z mluvení. Bylo u ní velmi zřejmé a časté vyhýbavé chování a tzv. oddálení (např. předstírala, že zapomněla, co chce říci, dělala přestávky mezi slovy). Časem se tyto symptomy „odnaučila“ a dnes k nim dochází jen velmi zřídka. Zrakovému kontaktu s osobou, se kterou komunikuje, se klientka při zakotání téměř vždy vyhýbá a tento příznak ještě doplňuje občasným zakašláváním. Často se u Jany také objevuje manipulace s vlasy nebo podupávání. Občas je ještě zřejmá i nadměrná námaha, která se projevuje převážně napjatým svalstvem, zrychleným tempem řeči nebo viditelným fyzickým úsilím.

Logopedii začala klientka navštěvovat asi v pěti letech, celkově během života zatím průběžně docházela ke čtyřem logopedům. Již čtvrtým rokem je klientka v logopedické péči, kterou hodnotí jako nejpřínosnější. Z metod, které jí pomáhají nejvíce, uvedla práci s metronomem, fonograforytmikou a tvrdé terapie. Na ty se zaměřuje při logopedické intervenci asi dva roky. Zatím klientka absolvovala to, že šla před skupinu studentů a před nimi mluvila o svých problémech s řečí. Začala se dvěma studentkami, potom následovala menší skupina (asi 6 studentů) a nejvíce jich bylo asi 15 – 20. Spolu s logopedkou mají aktuálně v plánu v rámci tvrdých terapií vyrazit do ulic a ptát se cizích lidí na cestu.

V průběhu let navštěvovala také psychology, které vystřídala asi tři, ale přínos z psychoterapie nevidí. Jednou zkusila dokonce i hypnózu, ale podle jejích slov to psychologka vůbec neuměla, takže je spíše ráda, že jí to nijak neuškodilo.

S Janou se autorka práce seznámila a navázala kontakt pro další spolupráci v rámci jedné její logopedické intervence.

Rodinná anamnéza

Matka klientky je ve věku 53 let, nejvyšší dosažené vzdělání je magisterský titul na vysoké škole v oboru speciální pedagogika pro první stupeň ZŠ. V současné době je

nezaměstnaná. Při psaní i ostatních činnostech preferuje pravou ruku. Problémy s řečí se u ní ani v její rodině nikdy nevyskytly.

Otec má 54 let, je vyučen a pracuje v oboru jako dělník. Při psaní i při běžných činnostech preferuje pravou ruku. Problémy s řečí se u něj nevyskytly, v rodině pouze u jedné vzdálené příbuzné, která se také potýká s kóktavostí.

Sourozenci klientky jsou dvě starší sestry (29 a 33 let). Nejstarší sestra má epilepsii, jinak se žádné další onemocnění nebo komplikace neobjevily, s řečí neměly sestry problém a obě preferují pravou ruku při psaní i v běžných činnostech.

Osobní anamnéza

Co se týče **prenatálního období**, byla matka celkem čtyřikrát gravidní, všechna těhotenství byla plánovaná, ale třetí těhotenství skončilo spontánním potratem. Zkoumaná klientka je z posledního těhotenství, které bylo označeno za rizikové.

V **perinatálním období** byla klientka pár dní přenášena, porod byl spontánní hlavičkou napřed, bez komplikací, po porodu křičela. Váha i výška odpovídaly normě (3,5 kg, 50 cm). Vyskytla se Rh inkompabilita a pár hodin po porodu se klientka začala dusit, lékařům trvalo, než za ní přišli, takže byla přidušená. Kojená byla do 16 měsíců, i přes počáteční problémy matky s produkcí mateřského mléka, žádné jiné komplikace ani nemoci se v tomto období neobjevily.

Dále popisujeme **postnatální období** zkoumané klienty, rozdělené do čtyř jednotlivých období až do období do nástupu na vysokou školu.

Období do nástupu na základní školu. V šesti letech si klientka rozbila hlavu a musela jet na šití, kromě tohoto úrazu si není jiných úrazů nebo závažnějších nemocí vědoma. Motorický vývoj byl normě, chodit začala kolem jednoho roku. Navštěvovala MŠ v místě bydliště, zajímala se o kontakt s vrstevníky. Velmi ji bavila kresba, od začátku upřednostňovala levou ruku, na konci období již vyhraněná levorukost. Od malička byla Jana velmi komunikativní a asi ve čtyřech letech se objevily problémy s fluencí řeči, na kterou ji upozornila učitelka v mateřské škole. Podle slov klientky se do té doby zadržovala jen občas a ani si projevů neplynulosti nebyla vědoma. Po tomto sdělení si Jana začala své mluvy více všimnout a plynulost se jí výrazně zhoršila. Nepomohla ani reakce okolí, kdy byla klientka na tuto vadu až přespříliš upozorňována.

Období do konce základní školní docházky. Nástup do běžné základní školy byl bez odkladu v šesti letech. Obtíže při výuce trivie se nevyskytly, naopak Jana uvádí, že vše se naučila již v předškolním období. S čím byla potíží, byl přístup učitelů, který nebyl vhodný

a často byl také nepříjemný. Jako příklad Jana uvádí poznámky typu: „*Jéé, ona koktá, proč jste mi to neřekli? Ať to přečte někdo jiný!*“ Pedagogové se chovali nemístně, klientka byla zvýhodňována před ostatními žáky (nebyla zkoušená ústně, pouze písemně) a teď to zpětně hodnotí jako nevhodné řešení. Nemohla se také aktivně zapojovat do slovních her či mluvních úkolů. Je pravděpodobné, že toto chování přispělo k fixaci koktavosti. Do třídního kolektivu se začlenila bez obtíží, našla si kamarády a prospěch měla výborný. Někteří spolužáci se posmívali, ale Jana si s tím dovedla poradit. Mezi její záliby patřila četba knih, zvířata, škola a čas trávený s rodinou.

Období od nástupu na střední školu. Střední školu si Jana vybrala s ohledem na své přání, nikoliv komunikační schopnost a vystudovala jazykové gymnázium, konkrétně španělský jazyk, s velmi dobrým prospěchem. Klientka uvádí, že když se cizím jazykům (angličtina a španělština) učila, v začátcích byla neplynulost řeči podstatně nižší než v dalších stádiích učiva, kdy si jazyk již osvojila. Přístup učitelů byl podobný jako na základní škole, méně ústního zkoušení apod. Do třídního kolektivu se dle svých slov nezačlenila vůbec, rozuměla si pouze s dvěma novými spolužačkami a celkově měla pouze dvě opravdové kamarádky ze základní školy. Šikana ani posměch se neobjevily. Maturitu měla Jana písemnou formou, napsala vše, co věděla, učitelé si přípravu přečetli, a potom se jí doptávali ústně.

Období od nástupu na vysokou školu. Vysokou školu si klientka vybrala také dle svého přání. Do kolektivu třídy se začlenila bez problémů a našla si mezi spolužáky pár přátel. Již si dokázala prosadit, aby na ni nebyl brán ohled, např. ve formě pouze písemného zkoušení. Vysokoškolští učitelé měli podle jejích slov menší problémy s prosbou o ústní zkoušení, než učitelé na škole základní a střední. Co se týče práce, brigády nebo zájmových kroužků, měla Jana téměř vždy problém s tím, že nenašla odvahu jít na pohovor. Také se bála, že by ji kvůli koktavosti nepřijali. Klientka pociťuje určité omezení ve výběru práce kvůli své narušené komunikační schopnosti.

Popis sociálního prostředí

Jana vyrůstala v úplné rodině, jejíž kulturní i ekonomickou situaci hodnotí jako dobrou. Jako výchovný rodinný styl uvádí liberální, mírně autoritativní. Klientka se v dětství setkala s rivalitou mezi sourozenci a podle jejích slov je možné, že toto mělo vliv i na vznik koktavosti. V současné době žije Jana se svým dlouholetým přítelem ve společné domácnosti a po ukončení studia by ráda pracovala v oboru. Aktuální stav v souvislosti s koktavostí

hodnotí těmito slovy: „*Někdy mám lepší den, jindy horší, ale myslím, že celkově jsem na tom dobře.*“

4.6.2 Kazuistika klienta Marka

Zkoumanou osobou je muž ve věku 19 let, který v současné době navštěvuje třetí ročník obchodní akademie. Po skončení střední školy by chtěl studovat na FAMU obor režie. Natáčení krátkých videí je jeho velkým koníčkem již 4 roky. Na internetové adrese www.youtube.com má dokonce svůj kanál, kde videa prezentuje.

Jeho narušenou komunikační schopností je koktavost, která se objevila kolem pěti let věku. Poté začal Marek navštěvovat logopedii, kam v průběhu mladších školních let docházel celkem pravidelně, ale během druhého stupně základní školy chodit přestal, protože neviděl žádné výsledky. V současné době začíná uvažovat o tom, že by začal chodit znovu, ale aktivně se o to zatím nesnaží. Psychologa navštívil také několikrát a vždy to skončilo předepsáním antidepresiv. V souvislosti s koktavostí uvádíme jeho slova: „*Já mám svoji osobní definici na moji řeč. Moje máma totiž v průběhu těhotenství se mnou, prodělávala ty nejtěžší stresy. Podle mého názoru se to otisklo na mně a matka se s tímto názorem taky ztotožňuje.*“

Dysfluence se v jeho řeči projevují častými repeticemi prvních hlásek nebo slabik slov, často používá vyhybavé a únikové chování a také se objevují nepřírozené interjekce (vlastně, no tak nějak, ano, takhle). Často se při zakotání začne červenat a potit. Pro překonávání nepllynulostí si pomáhá dupnutím nebo zvýšením hlasu. Také mu pomáhá mluvit v hlučnějším prostředí nebo pod menším vlivem alkoholu. Jako nejproblémovější situace označil čtení nahlas, objednávání si v restauraci a nakupování, při kterém se stres zvětšuje, když má přijít ve frontě na řadu. Nejvíce stresové je pro něj telefonování, které mu dělá čím dál větší obtíže.

S Markem se autorka práce zná necelý rok. Kontaktoval ji jeho otec, rodinný známý, s dotazem o pomoc či doporučení, co dělat. Vzhledem k tomu, že od sebe autorka s klientem bydlí docela daleko, není četnost schůzek moc vysoká. Na prvním setkání klient na autorku práce působil dojmem, že chce získat nějaká doporučení k práci se svou koktavostí a že stojí o to, aby se jeho mluvní projev zlepšil. Od autorky získal nějaké rady, tipy na literaturu (např. Fraser - Svépomocný program při koktavosti) a doporučení k návštěvě logopeda v místě bydliště. Poté jsme se domluvili na další setkání, při kterých jsme začali pracovat na systematické desenzibilizaci, kterou blíže popisujeme v další kapitole. Při posledním setkání

se Marek projevoval depresivněji než na předchozích sezeních. V průběhu tohoto setkání vykouřil asi 3 cigarety, které jeho koktavost ještě zhoršují, ale psychicky mu prý pomáhají. Odbornou logopedickou péči v místě bydliště zatím nevyhledal.

Na další sezení jsme se s Markem domluvili na začátek března. Když se blížil stanovený termín, klient se nám neozval a na jeho reakci jsme čekali až do konce března. Poté nás kontaktoval a zjistili jsme, že klient asi před půl rokem začal experimentovat s narkotiky. Doma se stala situace nezvladatelnou a otec chtěl, aby se Marek přestěhoval k matce. Od psychologa měl Marek doma nějaká antidepresiva, kterými se předávkoval a musel být odvezen do nemocnice. Tam ho na 15 dní hospitalizovali na oddělení psychiatrie. Po propuštění z nemocnice se Marek vrátil zpět k otci. Autorce napsal: „*Ahoj Terko, upřímně už mě koktavost celkově netíží, našel jsem smír.*“ Další informace o současné situaci od klienta zatím nemáme.

Rodinná anamnéza

Matka klienta má 45 let, její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské a v současné době dělá pomocné práce v kuchyni. Pravou ruku preferuje při psaní i v běžných činnostech. Problémy s řečí se u ní ani v její rodině nikdy nevyskytly.

Otec má 48 let a jeho nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské. Pracuje jako osoba samostatně výdělečně činná. Při psaní i v ostatních činnostech preferuje levou ruku. Problémy s řečí se u něj ani v jeho rodině nikdy nevyskytly.

Sourozenci klienta jsou tři sestry ve věku 23, 10 a 6 let. Dvě mladší sestry jsou z matčina druhého manželství. Všechny sestry v psaní i běžných činnostech preferují pravou ruku. Menší obtíže v řeči se vyskytly pouze u nejmladší sestry, která má problém s měkčením hlásek, a navštěvuje proto již dva roky logopeda. Jinak se u nich žádné jiné problémy s řečí či závažnější nemoci neobjevily.

Osobní anamnéza

Prenatální období klienta. Celkově byla matka čtyřikrát gravidní. Všechna těhotenství byla plánovaná a bez větších problémů až na výše uvedené stresy matky v období druhého těhotenství, které bylo právě se zkoumaným klientem. Její poslední dvě těhotenství byla označena jako riziková.

Co se týče **perinatálního období**, porod proběhl asi týden před plánovaným termínem, byl spontánní, hlavičkou napřed a bez komplikací. Po porodu klient křičel, výška i váha odpovídaly normě (3,60 kg a 52 cm).

Dále popisujeme **postnatální období** klienta, rozdělené do dalších tří období.

Období do nástupu na základní školu. Motorický vývoj byl v normě, chodit začal samostatně asi ve čtrnácti měsících. Ve věku tří let Marek utrpěl větší úraz, vypadl po hlavě z okna, z výšky asi 1,5 m. To podle jeho slov, mělo vliv na vznik koktavosti. Po pádu z okna se začaly objevovat občasné dysfluence v řeči, které bychom vzhledem k věku mohli považovat za fyziologické. Nicméně typické dobře míněné rady rodičů a blízkých typu: „*Pořádně se nadechni, mluv pomalu a pěkně, rozmysli se...*“ měly za následek spíše fixaci koktavosti. Dalším negativním a fixujícím faktorem koktavosti byl rozvod Markových rodičů, který proběhl v jeho pěti letech a následné stěhování k matce, které pro něj bylo velmi stresové. Jak sám uvádí, od té doby si uvědomuje, že koktá. Začal proto navštěvovat logopedii, kam docházel pravidelně. Žádné jiné úrazy nebo onemocnění se podle jeho slov neobjevily. Pravou ruku upřednostňoval při natahování za předměty od začátku a na konci tohoto období byla již vyhraněná pravorukost. Marek navštěvoval MŠ v místě bydliště a měl zájem o sociální kontakt s vrstevníky. Také si rád kreslil. Objevovala se občasná denní i noční enuréza, do konce tohoto období vymizela.

Období do konce základní školní docházky. Marek nastoupil na základní školu ve věku sedmi let. Odklad si prý vydobyl sám, dle jeho slov: „*Chtěl jsem si dát ještě rok pokoj.*“ Do kolektivu třídy se začlenil bez problémů, našel si hodně kamarádů. Jeho prospěch byl nadprůměrný a škola ho bavila. Učitelé na jeho komunikační schopnost ohled moc nebrali. Co se týče šikany, klient uvádí: „*To je očekávané, že nějaké takové případy byly.*“ Mezi jeho koníčky patřila kresba, četba, hra na kytaru a v pozdějších letech školní docházky se začal zajímat o filmařinu. Ve výuce cizích jazyků mluví plynuleji, ale koktavost se také objevuje.

Období od nástupu na střední školu. Po ukončení základní školní docházky se Marek přestěhoval k otci, protože matka jeho výchovu nezvládala. Střední školu si vybral s ohledem na své přání, do kolektivu se začlenil dobře a našel si spoustu nových přátel. Svůj prospěch hodnotí Marek jako průměrný. Učitelé berou ohledy na jeho komunikační schopnost, je více zkoušen písemnou formou. U maturitní zkoušky bude mít 15 minut času navíc. Ohledně šikany se klient vyjadřuje následovně: „*Nevyskytla se, jinak bych si s tím poradil, spolužáci mají respekt.*“ Dále uvádíme i doslovnou Markovu citaci ohledně jeho zájmů: „*Mrhání časem, hra na kytaru, zpěv, filmařina, experimentování s narkotiky, sex, touha zemřít.*“

Popis sociálního prostředí

Rodina Marka je neúplná, rodiče se rozvedli v jeho pěti letech. Nyní žije klient se svou starší sestrou u otce. Dvě mladší sestry žijí ve společné domácnosti s matkou a jejím novým manželem. Kulturní i ekonomickou situaci rodiny hodnotí jako průměrnou. O výchovném stylu hovoří Marek jako o demokratickém u matky. U otce mluví o volné výchově, která ho podle něj dovedla až k takovým skutkům, které jsme uvedli výše. Klient je ve spokojeném partnerském vztahu, který trvá 3 roky. Žádné problémy s jeho vznikem nebyly a jak klient uvádí: „*Šlo to nějak samo, namluvit jsem toho moc nemusel.*“

4.6.3 Kazuistika klientky Venduly

Klientka je žena, která má 20 let a v současné době studuje poslední ročník střední odborné školy, obor podnikatelství. Ještě není úplně rozhodnutá, co bude dělat dál. Podle výsledku maturity zvažuje buď roční studium anglického jazyka na jazykové škole, nebo by chtěla studovat na fakultě tělesné kultury v místě bydliště tělesnou výchovu. Další možností do budoucna je udělat si kurz masáže, které jsou klientčiným velkým koníčkem a o které se již dlouho zajímá.

Narušená komunikační schopnost se u Venduly objevila asi ve 4 letech, kdy začala koktat. Logopedii začala klientka navštěvovat asi o rok později, ale chodila spíše nepravidelně a v průběhu života s různě dlouhou prodlevou, zatím vystřídala 3 logopedy. Práci s poslední logopedkou, kterou navštěvovala asi rok, hodnotí jako nejpřínosnější. V současné době návštěvy omezila, připravuje se na nadcházející maturitní zkoušku. Po ukončení studia se chce více věnovat zlepšení svého řečového projevu.

Ke zmírnění projevů koktavosti používá Vendula inhalaci účinné látky formoterol, jak ji propaguje profesor Josef Pešák. Po zhlédnutí televizního pořadu, který se zabýval problematikou koktavosti, a vystupoval v něm právě profesor Pešák, si klientka o inhalaci našla více informací a kontakt na zmíněného profesora. Domluvila si s ním schůzku a po vyšetření u alergologa, který jí provedl spirometrické vyšetření impulzní oscilometrií, jí byl inhalátor předepsán. Vendula tvrdí, že se jí po použití inhalátoru lépe dýchá a mluví. Také podle klientčiných slov: „*není na škodu dát si sklenku vína.*“ Dále jí pomáhá fonograforytmika, hlavně při stresových situacích jako je zkoušení ve škole, nebo když musí telefonovat. Začíná také uvažovat, že by zkusila hypnózu.

Nepllynulost v řeči se v současné době u Venduly projevuje repetitivními a prolongacemi prvních slabik nebo slov, také se objevují tiché pauzy a interjekce (hm, prostě, ano, jistě). Při

zakoktání se začne potit, neudrží zrakový kontakt, někdy si motá vlasy nebo se snaží pomáhat si výraznější gestikulací rukou. Nerada a s velkými obtížemi čte nahlas.

Zkoumaná klientka je velmi pozitivně naladěná, snaží se být v psychické pohodě a uvádí, že: „*s přibývajícím věkem je to lepší a lepší.*“ Jako důležité považuje hlavně se snažit stále bojovat a nevzdávat se.

Pro doplnění bychom chtěli uvést, že prvotní setkání s touto klientkou se odehrálo v závěrečných tanečních. Díky tomuto náhodnému setkání jsme získali další klientku po tuto diplomovou práci. Vendula byla ochotna s námi navázat bližší spolupráci a vyzkoušet systematickou desenzibilizaci, kterou popisujeme v další kapitole.

Rodinná anamnéza

Matka má 46 let, její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské, nyní je zaměstnaná jako výrobní ředitelka v tiskárně. Při psaní i ostatních činnostech preferuje pravou ruku. Problémy s řečí se u ní ani v její rodině nikdy nevyskytly.

Otec zkoumané klientky má 49 let, jeho nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské a v současné době pracuje v oboru, konkrétně v sociálních službách. Při psaní i při běžných činnostech preferuje pravou ruku. Problémy s řečí se u něj ani v jeho rodině nikdy nevyskytly.

Sourozenci klientky. Vendula má jednoho staršího bratra, kterému je 25 let. Při psaní i při běžných činnostech preferuje pravou ruku a problémy s řečí ani jiné problémy či závažné nemoci se u něj nevyskytly.

Osobní anamnéza

Co se týče **prenatálního období**, byla matka klientky dvakrát gravidní, obě těhotenství byla plánovaná a bezproblémová. Zkoumaná klientka je z druhého těhotenství.

Když se zaměříme na **perinatální období** klientky, tak porod proběhl v termínu, byl spontánní, hlavičkou napřed, bez komplikací, po porodu klientka křičela. Výška i váha klientky odpovídaly normě (3,15 kg a 53 cm).

Dále popisujeme **postnatální období** klientky, rozdělené do dalších tří období.

Období do nástupu na základní školu. Postnatální vývoj byl v normě, klientka neprodělala žádná závažná onemocnění, hospitalizaci ani úrazy, měla zájem o sociální kontakt s vrstevníky, navštěvovala běžnou mateřskou školu v místě bydliště. Motorický vývoj byl v pořádku, Vendula začala samostatně chodit kolem jednoho roku života. Od začátku upřednostňovala pravou ruku při natahování se za věcmi a v běžných činnostech, na konci tohoto období byla již vyhraněná pravorukost. O komunikaci také jevila zájem a do čtyř let se

neprojevovaly žádné zvláštnosti v řečovém projevu. Vendula popisovala situaci v mateřské škole, která je podle jejích slov klíčová v kontextu objevení se její koktavosti. „*Učitelka mě začala obviňovat z něčeho, co jsem neudělala, křičela na mě a já jsem se lekla. Od té doby koktám.*“

Období do konce základní školní docházky. Na běžnou základní školu nastoupila Vendula v šesti letech, bez odkladu. Svůj školní prospěch hodnotí jako průměrný, na začátku se objevily mírnější obtíže s výukou trivia. Někteří učitelé brali ohled na klientčinu komunikační schopnost, jiní ne. Kamarády si mezi spolužáky našla, pouze uvádí potíže se začleněním do kolektivu od 5. třídy. Tam se začaly objevovat náznaky šikany od některých spolužáků, které s přibývajícím věkem gradovaly. Uvádíme doslovnou citaci klientky: „*Smáli se mi, napodobovali mě, pomlouvali za zády, prostě se chovali škaredě, vyhroceno to bylo hlavně na druhém stupni základky a je jasné, že to má velký dopad na moje sebevědomí.*“ V této těžké době klientce pomohly návštěvy psychologa a také psaní deníku, kam měla napsat vše, co během dne dělala a z čeho měla radost. Doteď má deníky schované, ráda si v nich čte a občas do nich i něco pěkného napíše. Žádná jiná onemocnění či obtíže se v tomto věkovém období neobjevily. Mezi Venduliny záliby patřil aerobik a balet.

Období od nástupu na střední školu. Střední školu si Vendula vybírala s ohledem na svou komunikační schopnost. Školní prospěch klientky je dle jejích slov průměrný. Nyní je v posledním ročníku nástavbového studia v oboru podnikání a čeká ji maturitní zkouška. Začlenění do kolektivu bylo nejdříve obtížné, ale postupem času se začlenila a našla si mezi spolužáky kamarády. Bohužel se opět vyskytla šikana i posměch spolužáků, ale naštěstí se od druhého ročníku vše uklidnilo a šikana ustala. Učitelé berou větší ohledy na její komunikační schopnost a častěji ji zkoušejí písemně, za což je klientka ráda. V anglickém jazyce se jí mluví lépe, plynuleji, ale hodně záleží, o jaká slova se jedná. Při maturitní zkoušce bude mít klientka 15 minut času navíc a má možnost číst přípravu z papíru. Mezi její záliby stále patří aerobik a tanec všeobecně, dokonce v současné době jezdí i na taneční soutěže.

Popis sociálního prostředí

Vendula vyrůstala v úplné rodině. Kulturní i ekonomickou situaci rodiny hodnotí jako průměrnou. Při výchově byl, podle jejích slov, upřednostňován demokratický styl, klidná, trpělivá a kamarádská výchova. Zkoumaná klientka bydlí stále s rodiči a bratrem ve společné domácnosti. Co se týče brigád, tak Vendula zatím aktivně žádné nevyhledává. Občas pracuje jako hosteska, ale bojí se chvíli, kdy musí mluvit s cizími lidmi. Je jí to nepříjemné a cítí se velmi nervózní. Na závěr uvádíme shrnutí, jak klientka hodnotí svou komunikační schopnost.

„Čím jsem starší, tak se na můj problém dívám jinak než dříve. U mě jde hodně o psychiku. Snažím se s tím pracovat, i když ne vždy se mi to daří. V určitých věcech mě koktavost omezuje a cítím se dost nepříjemně. Stále si myslím, že když se s někým seznámím, tak že mě nebude brát takovou, jaká jsem. A bude se mi spíše smát.“

5 APLIKACE SYSTEMATICKÉ DESENZIBILIZACE

Po sepsání kazuistik jsme se s klienty domluvili, že v rámci zjišťování možností modifikace psychické tenze společně vyzkoušíme metodu systematické desenzibilizace.

Toto se nám nakonec podařilo uskutečnit se dvěma klienty. S klientkou Janou jsme se kvůli omezeným časovým možnostem nezvládli domluvit. Avšak jak uvádíme v její kazuistice, v rámci tvrdých terapií v logopedické intervenci systematickou desenzibilizaci provádí.

5.1 Systematická desenzibilizace u klienta Marka

Jako první se autorka práce sešla s Markem. K dispozici nám byla kancelář v klidné části města, kde jsme se vyhnuli rušivým zvukům z venkovního prostředí. Jak jsme již uvedli v kazuistice Marka, autorka se s klientem zná a toto bylo jejich druhé setkání.

Markovi jsme vysvětlili, o co se v systematické desenzibilizaci jedná, a upravili jsme si ji podle našich potřeb. Začali jsme vytvořením hierarchického seznamu, obsahujícího 10 komunikačních situací, které Markovi způsobují nepříjemné pocity, seřazených od nejmírnějších po nejsilnější:

1. Představování se cizímu člověku
2. Výběr věcí z výlohy
3. Představování se ve velkém davu
4. Školní zkoušení
5. Nahrávat svou řeč na audio/video
6. Čtení nahlas
7. Nakupování
8. Komunikace s autoritou
9. Objednávání si v restauraci
10. Telefonování

Druhým krokem bylo nacvičení svalové relaxace, kdy jsme chtěli využít Jacobsonovu progresivní svalovou relaxaci založenou na vědomém střídání napětí a uvolnění. Tento náš nácvik byl ale spíše zmíněnou metodou inspirován. Ještě jsme klienta instruovali pro vytvoření uvolňující představy. Marek zvolil obraz rozkvetlé louky v teplém létě. Po úspěšném zvládnutí nácviku relaxace jsme přistoupili k vyvolání představy, která je na hierarchickém seznamu Marka nejnižší, tedy – představování se cizímu člověku. Při představě

této situace se měl Marek dostat do relaxovaného stavu, který jsme před tím nacvičovali. Jakmile představa situace – představování se cizímu člověku přestala v Markovi vyvolávat úzkostné pocity, mohli jsme přejít k druhé položce na seznamu, a to je výběr věcí z výlohy. Postup byl stejný, představa komunikační situace a poté vyvolání relaxace. Markovi se dařilo a na prvním sezení jsme takto zvládli ještě i třetí situaci – představování se ve velkém davu. Vzhledem k našim časovým podmínkám jsme se domluvili, že ostatní položky na seznamu si stejným způsobem projde doma sám a domluvili jsme se na další setkání za 14 dní. Na něm jsme chtěli vyzkoušet situace „in vivo“.

Marek nám sdělil, že relaxaci doma zkoušel a zvládnul všechny situace na hierarchickém seznamu. Rozhodli jsme se tedy situace vyzkoušet a vyšli jsme společně do ulic. Autorka byla domluvená s kamarádkami, že Markovi připraví dvě situace, ve kterých se jim bude muset představit. Těm byly sděleny základní informace o klientovi, aby při setkání a případných mluvních obtížích reagovaly adekvátně. Při setkání s první kamarádkou byl Marek trochu nervózní, ale situaci zvládl dobře, i když se objevila prolongace prvního písmene. Pak se kamarádky zeptal, odkud se známe a v řeči se objevila repetice první slabiky. Na setkání s druhou kamarádkou už se Marek připravoval: „*Jo, úplně vidím tu rozkvetlou louku a je mi fajn.*“ Opravdu se zdál být více uvolněný a při seznamování působil více sebejistě než u první kamarádky. Představit se mu povedlo bez přítomnosti dysfluence. Přidal se i do našeho rozhovoru, někdy se objevily tiché pauzy a interjekce, ale celkově mluvní projev působil fluentně. Pak jsme náhodou potkali autorčina kamaráda, vznikla tak třetí situace, která proběhla bez jakýchkoliv dysfluencí. Možná se Marek ve společnosti dalšího muže cítil lépe a přirozeněji. Dokonce se začali bavit o autech, filmech a dalších zájmech a vše proběhlo v pozitivní přátelské atmosféře, pouze s občasnými interjekcemi.

Protože byl Marek po těchto zkušenostech pozitivně naladěný, rozhodli jsme se, že zkusíme další položku na jeho seznamu – výběr věcí z výlohy. Šli jsme kolem stříbrnictví a Markovi se zalíbil jeden přívěšek, který chtěl koupit přítelkyni k výročí. Venku před obchodem se zhluboka nadechl a vešel dovnitř. Vše probíhalo dobře, pozdravil a požádal prodavačku, zda by mu ukázala přívěšek čtyřlístku z výlohy. Problém nastal, když prodavačka chtěla vědět který, protože tam byly čtyřlístky dva. Marek zaskočen tímto dotazem při odpovědi začal koktat a pryč byla jeho vnitřní pohoda. Nevhodné bylo také doplňování jeho odpovědi prodavačkou, která byla v rozpacích a myslela si, že mu tím pomůže. Nicméně přívěšek nakonec úspěšně koupil. Pak už dál pokračovat nechtěl a navíc prohlásil: „*Všechno mají spíš vevnitř než za výlohou a do šperků už znovu nejdu!*“ Toto

setkání jsme tedy ukončili a Marek ho zhodnotil jako úspěšné, i přes zakoktání v obchodě. Za dalších 14 dní jsme si naplánovali další setkání.

Třetí setkání mělo být i posledním zaměřeným na desenzibilizaci v reálném prostředí. Na tomto setkání nám Marek sdělil, že desenzibilizaci zkouší provádět i sám a iniciativně vyhledává situace, kterých se v souvislosti se svou koktavostí bojí. Ve škole se prý teď častěji hlásí na zkoušení a jednou dokonce četl nahlas. Zkoušení zhodnotil dobře, ale jak dodává: *„To čtení bylo docela potupné, už to asi víckrát neudělám. Připadal jsem si jak v první třídě.“* Položky ze seznamu, které jsme pro toto sezení vybraly, byly nejvýše postavené – objednávání si v restauraci a telefonování. Začali jsme tedy obědem v restauraci. Marek se začel do jídelního lístku a pak s úsměvem řekl: *„Normálně bych řekl, že chci jedničku, ale dobrá, vyberu si něco složitějšího.“* Nakonec si objednal pečené kuře s rýží, kdy se objevila repetice hlásky P a po jejím překonání, se objevila interjekce: *„s tou rýží“*. Bylo vidět, že se svým výkonem Marek není moc spokojený, ale objednání limonády a prosba o zaplacení byla plynulá, takže se mu nálada zase zlepšila. Marek vzal telefon a chtěl zavolat otcí, že přijede vlakem v 17:30 a jestli ho bude čekat na nádraží. Před začátkem hovoru se Marek několikrát zhluboka nadechl a pronesl: *„louka, kytky, teplo, slunce...“*, pak vytočil číslo. Na začátku hovoru se objevily repetice prvních slabik slov, pak se ale znovu zhluboka nadechl a pokračoval trochu plynuleji, objevily se interjekce a přerušovaná slova. Po skončení hovoru řekl, že otec byl velmi překvapen, že mu volá, protože to se nestává. Marek telefonát zhodnotil slovy: *„Telefonování mi pořád dělá velký problém, musím na tom zapracovat. Louku s kytčkami při myšlení na obsah hovoru nějak vypouštím.“* Už se blížil konec tohoto setkání a celkově našeho společného nácviku desenzibilizace „in vivo“ a Marek to celé zhodnotil slovy: *„Dříve jsem se takovým situacím vyhýbal, teď je naopak začínám vyhledávat. Je to totiž dobrý pocit, když se člověk překoná a nebojí se to zkusit.“*

5.2 Systematická desenzibilizace u klientky Venduly

S klientkou Vendulou jsme se domluvili také na třech setkáních a postupovali jsme podobně jako s Markem. Na prvním setkání Vendulu autorka práce seznámila se systematickou desenzibilizací a domluvili jsme se na její konkrétní podobě pro naše potřeby. S Vendulou jsme vytvořili hierarchický seznam komunikačních situací, které u Venduly vyvolávají nepříjemné a tísnivé pocity, seřazených od nejmírnějších po nejsilnější. Je zajímavé, že na první místo v seznamu napsala *„někomu cizímu se představit“*, tedy stejná situace, jakou na první místo zvolil i Marek.

1. Někomu cizímu se představit
2. Mluvení s cizím člověkem
3. Telefonování s blízkou osobou
4. Mluvení s někým cizím po telefonu (např. objednat se k lékaři)
5. Mluvení ve škole v hodině
6. Kupování jízdenky v trafice
7. Mluvení s někým, kdo neví o mé neplynulosti řeči
8. Ústní maturita
9. Pohovor do zaměstnání
10. Oslovit cizího člověka na ulici a zeptat se na něco

Pak jsme stejně jako s Markem nacvičovali svalovou relaxaci inspirovanou Jacobsonovou progresivní svalovou relaxací. Jako příjemnou představu, která jí navodí pohodové pocity, si Vendula zvolila písečnou pláž u moře. Návik relaxace proběhl úspěšně a mohli jsme tedy přistoupit k vyvolání představy, která je na seznamu nejnižší, tedy – někomu cizímu se představit. Vendula se měla dostat při vyvolání této představy do dříve nacvičeného relaxovaného stavu. Po překonání úzkostných pocitů při představě této situace jsme přešli k následujícím položkám a opakovali stejný postup. S Vendulou jsme měli na práci vyhrazený celý den, takže jsme nakonec zvládli projít celý seznam situací. I když to bylo náročné, Vendula to chtěla zvládnout do konce. Situace v seznamu výše napsané jsme ještě při relaxaci podpořili relaxační hudbou.

Na druhém setkání jsme s Vendulou vyrazili do ulic, kde si měla vyzkoušet představit se někomu cizímu. Autorka znovu poprosila stejné kamarádky jako u Marka, aby se s Vendulou potkaly a vytvořily situaci. Při seznamování s první kamarádkou se u Venduly objevila prolongace první hlásky. Při dalším rozhovoru, týkajícího se aktuálního počasí, se u klientky objevovaly časté interjekce, hlavně slova prostě. Také jsme mohli v řeči sledovat tiché pauzy, ale Vendula byla psychicky v pohodě. Představení se další kamarádce o půl hodiny později probíhalo obdobně. Místo prolongace se objevila repetice první slabiky a znovu jsme pozorovali interjekce a tiché pauzy v řeči. Tématem dalšího rozhovoru byly nadcházející Vánoce. Vendula se rozčílila nad tím, že dárky ještě nemá, dostala se do bloku a stále opakovala první slabiku slova. Aby blok překonala, pomáhala si výraznou gestikulací rukou a pak vytáhla i inhalátor. Po této zkušenosti už Vendula nechtěla pokračovat dál, a tak jsme se rozloučili.

Na třetím setkání si Vendula chtěla vyzkoušet koupení lístku v trafice a oslovení cizího člověka na ulici. Nadšeně nám sdělila, že zkouší častěji telefonovat s blízkými a ve škole také více mluví. Koupě lístku se Vendule podařila fluentně. Byla spokojená a trochu i překvapená sama ze sebe: „*Asi to bylo tím, že paní prodavačka byla taková milá babička.*“ Abychom potvrdili, nebo vyvrátili pravdivost jejích slov, navštívili jsme ještě druhou trafiku. Tam jsme při koupi lístku mohli pozorovat repetice první hlásky slova, ale pak byla řeč už také plynulá. Posledním úkolem, který jsme si stanovili, bylo oslovit cizího člověka a zeptat se ho na cestu do centra města. Vendula si vybrala dívku zhruba stejného věku a zeptala se na požadovanou informaci. Při oslovení dívky působila nejistě, ale její příjemný úsměv dodal Vendule sebejistotu a v dotazu jsme objevili jen nenápadné interjekce. Dalším osloveným byl muž středního věku. Při dotazu se u Venduly vyskytly repetice první slabiky slova a také časté interjekce. Obě situace zhodnotila následovně: „*Ta holka mi připomínala jednu kamarádku, takže bylo snadné ji oslovit a šlo to dobře. Z toho pána jsem měla už od pohledu trochu strach a bylo to pak poznat i na mé řeči.*“ Naši celkovou spolupráci zhodnotila slovy: „*Už od toho prvního sezení se snažím takovéto nepříjemné situace vyhledávat. Když se mi podaří mluvit plynule, nebo aspoň méně neplynule, posiluje mi to sebevědomí. Situace, kdy se mi to moc nedaří, jsou pro mě další výzvou.*“

5.3 Analýza výzkumného šetření

První část výzkumu tvořilo dotazníkové šetření. Dotazník byl zaměřen na zjišťování pocitů balbutiků v různých situacích, na zjištění přítomnosti psychické tenze, na hodnocení komunikačních situací s různými lidmi. Dále jsme se zabývali vytvořením kazuistik tří dospělých balbutiků. U každého z nich byla vypracována rodinná a osobní anamnéza, popis sociálního prostředí a sledovali jsme jejich život v souvislosti s koktavostí a jejichmi projevy. Nakonec jsme se dvěma klienty realizovali intervencí pomocí systematické desenzibilizace. Pomocí ní jsme u klientů chtěli dosáhnout snížení psychické tenze v souvislosti s realizací mluvního projevu, větší plynulosti řeči a sledovali jsme i větší motivaci klientů dále zkoušet nové komunikační situace, kterých se obávají.

Byly stanoveny dílčí cíle výzkumu, které byly realizovány prostřednictvím dotazníkového šetření:

- Zjistit přítomnost psychické tenze u balbutiků.
- Zjistit pocity balbutiků v různých situacích s různými lidmi.
- Evidovat, zda balbutici vědomě používají řeč těla, nebo rituály při mluvě.

- Evidovat negativní reakce okolí.

Z dat, která jsme získali vyhodnocením dotazníkového šetření, jsme došli k následujícím závěrům:

- Hodnocení komunikační situace a z toho vyplývající pocity balbutiků závisí na tom, s kým komunikují, vidíme velké rozdíly při komunikaci s osobou, se kterou se balbutikům mluví dobře, a osobou, se kterou se jim mluví špatně.
- Balbutikům dělá menší problém prezentovat své myšlenky v malé skupině osob než na veřejnosti.
- Častěji se bojí, že se zakoktají, než že se opravdu zakoktají.
- Balbutikům v 60 % pomáhá při mluvení výrazná gestikulace, ve 20 % je to vydýchání a celkové zklidnění, 20 % uvádí klidné a přátelské prostředí.
- Pocity balbutiků při mluvení jsou ve 30 % dobré, ve 20 % se objevuje nervozita, stydlivost a stres.
- Mezi negativními reakcemi okolí se ve 40 % vyskytuje posměch a ve 20 % skákání do řeči a doplňování slov, také se objevuje ignorace, „divné“ pohledy nebo nervozita ze strany člověka, se kterým balbutici komunikují.
- 80 % balbutiků otevřeně nepřizná, že koktají.
- V rámci vyhýbavého chování používá 30 % z nich jiné nebo doplňkové slovo.
- 40 % respondentů navštěvuje logopeda.

Na začátku výzkumného šetření jsme si stanovili čtyři výzkumné otázky, na které si na základě výsledků výzkumu odpovíme:

1. Jak klienti hodnotí úspěšnost logopedické intervence?

Z výpovědí klientů vyplývá, že najít správného logopeda, se kterým by hodnotili logopedickou intervenci jako úspěšnou, je těžké. Všichni tři zkoumaní klienti prošli rukama několika logopedů, a to hlavně v mladším věku, kdy zde byl pravděpodobně i tlak ze strany rodičů. Po několika neúspěších s logopedickou intervencí klienti skončili, většinou v období puberty. Pak ale naše dvě zkoumané klientky znovu logopedii začaly navštěvovat a hodnotí práci s poslední logopedkou jako nejvíce přínosnou. Klient logopedii nenavštěvuje.

2. Jaké nejčastější projevy výskytu psychické tenze můžeme u klientů sledovat?

Po vyhodnocení získaných dat jsme došli k závěru, že nejčastěji se u klientů objevuje přerušování zrakového kontaktu, manipulace s vlasy či oblečením, vyhýbavé chování – často volí jiné nebo doplňkové slovo, odkašlávání a z vegetativních příznaků se objevuje červenání a pocení. Balbutici v souvislosti s komunikací často uvádějí pocity nervozity a nejistoty, stydlivost, rozpaky, stres, někdy i zlostné a úzkostné pocity.

3. Jak klienti hodnotí úspěšnost systematické desenzibilizace?

Dle výpovědí klientů, se kterými jsme systematickou desenzibilizaci prováděli, jsme došli k závěru, že ji hodnotí jako úspěšnou. Oba klienti byli v průběhu intervence velmi motivovaní, pozitivně naladěni a jejich úspěchy jim dodávaly sebevědomí. Z jejich zpětné vazby víme, že se dále snaží systematickou desenzibilizaci provádět a vyhledávají situace, kterých se v souvislosti s komunikací bojí a snaží se je překonávat. Klientka Vendula dokonce autorku práce požádala, zda by mohla společná práce pokračovat i nadále, což autorku velmi potěšilo a dokonce předčilo očekávání.

4. Jak klienti hodnotí svou současnou situaci v souvislosti s koktavostí?

Bylo zjištěno, že všichni tři zkoumaní klienti se shodli na tom, že s přibývajícím věkem se s koktavostí vyrovnávají lépe. V průběhu let, co se s koktavostí potýkají, se už naučili nějaké techniky a metody, které jim pomáhají. Uvědomují si, že se jejich problém přesouvá hlavně do oblasti psychiky, a tak jde především o redukci psychické tenze. Záleží také na tom, zda mají „lepší“ nebo „horší“ den, ale celkově se na svou koktavost dívají pozitivně a s nadějí na její zlepšení ve smyslu plynulosti. Klient Marek dokonce uvedl, že ho již koktavost netrápí, že našel smír.

Chtěli bychom se zmínit o nedostatcích výzkumného šetření. Jsme si zcela vědomi toho, že získané výsledky nelze zobecnit na celou populaci jedinců s diagnózou balbuties a jsou specifické pouze pro danou skupinu sledovaných respondentů. Závěrem kapitoly bychom chtěli uvést, že vytyčené výzkumné cíle byly splněny a výzkumné otázky zodpovězeny.

ZÁVĚR

V této diplomové práci jsme se zabývali problematikou koktavosti, přičemž jsme chtěli upozornit hlavně na oblast diagnostiky a intervence psychické tenze.

V teoretické části jsme shrnuli základní poznatky týkající se koktavosti. V první kapitole jsme se zabývali terminologickým vymezením koktavosti, její definicí, klasifikací, etiologií a syndromologií. Druhá kapitola popisuje diagnostiku koktavosti s akcentem na oblast psychické tenze a v poslední kapitole teoretické části jsme se věnovali intervenci koktavosti s akcentem na oblast psychické tenze.

Praktická část byla rozdělena do dvou kapitol. V první kapitole jsme si stanovili hlavní cíl této práce, kterým byla realizace intervence u klientů s chronickou koktavostí zaměřená na možnosti modifikace psychické tenze. Také jsme stanovili dílčí cíle a formulovali výzkumné otázky. Dále jsme popsali metody výzkumného šetření, kdy jsme použili dotazníkové šetření a vytvořili tři případové studie (kazuistiky) osob s koktavostí. Bylo zajímavé proniknout pomocí kazuistik do životů zkoumaných klientů, mohli jsme tak lépe pochopit jejich koktavost, projevy a pocity v souvislosti s ní. Popsali jsme organizaci výzkumného šetření a definovali výzkumný vzorek respondentů. Ve druhé kapitole jsme se věnovali intervenci u dvou klientů, a to pomocí systematické desenzibilizace. Klienti se shodli na úspěšnosti a pozitivním přínosu této intervence. Výsledkem bylo zpracování dat, analýza výzkumného šetření a grafické zpracování získaných údajů. Také jsme si odpověděli na výzkumné otázky.

Na základě výše uvedeného lze konstatovat, že stanovený cíl práce byl naplněn. Doufáme, že práce přinesla náhled na problematiku koktavosti především z hlediska psychické tenze, která je u osob s chronickou koktavostí největší problém, a je třeba se na ni při logopedické diagnostice i intervenci více zaměřit.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BALAKRISHNAN, Josephine M. *Yoga for stuttering: Unifying the voice, breath, mind, and body to achieve fluent speech*. Berkeley, CA: North Atlantic Books, 2009.

BEECH, H. Reg a Fay FRANSELLA. *Research and Experiment in Stuttering*. Oxford: Pergamon Press, 1971.

DSM-V: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch. První české vydání. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.

DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. 3., upr. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. Logopaedia clinica. ISBN 978-80-902536-6-7.

FRASER, Jane H (ed.). *Účinné poradenství při terapii koktavosti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-689-6.

FRASER, Malcolm. *Svépomocný program při koktavosti: informace, zásady, postupy*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika. ISBN 80-7367-183-2.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

GILMAN, Marina a J. Scott YARUSS. Stuttering and Relaxation: Applications for Somatic Education in Stuttering Treatment. *Journal of Speech and Language pathology* [online]. Spring 2000, roč. 25, č. 1, s. 59-76 [cit. 2016-03-18]. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0094730X99000248?>

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1369-4.

KEHOE, Thomas David. *No Miracle Cures: A Multifactorial Guide To Stuttering Therapy*. USA: University College Press, 2006. ISBN-10 0-9657181-6-6.

KEHOE, Thomas David. Stuttering and stress. *Casa Futura Technologies* [online]. July 2013, s. 27. [cit. 2016-03-07]. Dostupné z: <http://www.casafuturetech.com/free-stuttering-e-books/>

KEREKRÉTIOVÁ, Aurélia a kol. *Základy logopédie*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2009. ISBN 978-80-223-2574-5.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. Pedagogika. ISBN 80-247-1110-9.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Terapie v logopedii*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4463-0.

KONDÁŠ, Ondrej. *Zajakavosť: psychologický rozbor a terapia*. 1. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1983. Pedagogické a psychologické diela.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 5., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-122-0.

KRŠŇÁKOVÁ, Petra. *Cesta z hlubin koktavosti: náměty pro terapii balbuties korespondující s novými trendy desenzibilizace*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0911-9.

LANYON, Richard. Behavior change in stuttering through systematic desensitization. *Journal Of Speech And Hearing Disorders* [online]. Aug1969, roč. 34 (3), s. 253-60. [cit. 2016-03-05].

Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?sid=97e7d3ab-6409-4ad9-b1a337b072db61f0%40sessionmgr4005&vid=0&hid=4110&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=5821129&db=cmedm>

LECHTA, Viktor. *Koktavost: komplexní přístup*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-867-8.

LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005a. ISBN 80-7178-961-5.

LECHTA, Viktor a kol. *Logopaedica X.*, Bratislava: Liečreh Gúth 2007. ISBN 978-80-88932-25-3.

- LECHTA, Viktor. *Koktavost: integrativní přístup*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-643-8.
- LECHTA, Viktor. Základní vymezení oboru logopedie. In ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.
- LECHTA, Viktor. Zajakavosť. In KEREKRÉTIÓVÁ, Aurélie a kol. *Základy logopédie*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2009. ISBN 978-80-223-2574-5.
- LECHTA, Viktor a Eva BAXOVÁ-ŠARKÖZYOVÁ. *Koktavost--?!* Vyd.1. Praha: Septima, 2001. ISBN 80-7216-154-7.
- LECHTA, Viktor a Barbara KRÁLIKOVÁ. *Když naše dítě nemluví plynule: koktavost a jiné neplynulosti řeči*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-849-4.
- MÁTEJOVÁ, Zlatica a Silvester MAŠURA. *Muzikoterapia pri zajakavosti*. 1. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1980.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Potřebujete psychoterapii?: [o duševním zdraví, jeho poruchách a možnostech psychoterapeutické pomoci]*. 2., rozš. a upr. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-314-5.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Čtení o koktavosti*. 1.vyd. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-7178-003-0.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Aktuální problémy balbutiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000. ISBN 80-244-0050-2.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Logopedické minimum*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005a. ISBN 80-244-1233-0.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Techniky práce s balbutiky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005b. Skripta (Univerzita Palackého). ISBN 80-244-1234-9.
- PLEVOVÁ, Irena. *Kapitoly z obecné psychologie II*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0963-1.

Světová zdravotnická organizace, Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. 2013. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: Desátá revize: aktualizovaná k 1. 4. 2014: tabelární část* [online]. 2. aktualizované vydání. Praha: Bomton Agency. [cit. 2016-03-01] 874 s. ISBN 978-809-0425-903. Dostupný z: http://www.uzis.cz/system/files/mkn-tabelarni-cast_1-4-2014.pdf

ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

ŠKRABÁKOVÁ Anna. Význam a možnosti kvalitatívno-kvantitatívneho hodnotenia situačnej psychickej tenzie pri zajakavosti. In: LECHTA, Viktor a kol. *Logopaedica X.*, Bratislava: Liečreh Gúth 2007. ISBN 978-80-88932-25-3.

ŠKRABÁKOVÁ Anna, LECHTA Viktor. Možnosti logopedickej diagnostiky psychickej tenzie u chronických balbutikov. In: LECHTA, Viktor a kol. *Logopaedica VIII.*, Bratislava: Liečreh Gúth 2005b. ISBN 80-88932-18-1.

SEZNAM ZKRATEK

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder; Syndrom deficitu pozornosti s hyperaktivitou
A kol.	A kolektiv
Apod.	A podobně
ASHA	American Speech-Language-Hearing Association
Atd.	A tak dále
CNS	Centrální nervová soustava
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Diagnostický a statistický manuál duševních poruch
EMG	Elektromyografie
Mj.	Mimo jiné
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
NAKOCH	Narušené koverbální chování
Např.	Například
NKS	Narušená komunikační schopnost
PÚK	Percepční úzus komunikace
Příp.	Případně
Srov.	Srovnej
Tj.	To jest
Tzv.	Takzvaný
WHO	World Health Organization; Světová zdravotnická organizace

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Pohlaví

Graf č. 2 Jak při rozhovoru udržujete zrakový kontakt?

Graf č. 3 Jak dokážete o své koktavosti mluvit?

Graf č. 4 Jak se cítíte, když se při řeči zakoktáte?

Graf č. 5 Jak myslíte, že působíte na okolí při mluvení?

Graf č. 6 Jak vám vyhovuje komunikace prostřednictvím videohovoru?

Graf č. 7 Jak moc se aktivně zapojíte do hovoru a řeknete svůj názor?

Graf č. 8 Jak se cítíte, když máte telefonovat?

Graf č. 9 Jak dokážete vtípkovat o vlastní koktavosti?

Graf č. 10 Jak se cítíte, když během rozhovoru nastane delší ticho?

Graf č. 11 Dělá Vám problém prezentovat své myšlenky v malé skupině (2-5 osob)?

Graf č. 12 Dělá Vám problém prezentovat své myšlenky na veřejnosti?

Graf č. 13 Dělá Vám problém, když máte před ostatními nahlas číst?

Graf č. 14 Myslíte při rozhovoru na to, že se zakoktáte?

Graf č. 15 Jak často se při rozhovoru zakoktáte?

Graf č. 16 Pracujete s řečí těla, když s někým mluvíte? Jak?

Graf č. 17 Používáte nějaké vyhýbavé nebo únikové chování?

Graf č. 18 Co sám chcete změnit, zlepšit na svém mluvním projevu?

Graf č. 19 Při jakých situacích se cítíte nejvíce nervózní?

Graf č. 20 Čeho se obáváte při rozhovoru nejvíce?

Graf č. 21 Radíte lidem, jak s Vámi mají mluvit? Jak?

Graf č. 22 Jaké máte pocity při mluvení?

Graf č. 23 Setkáváte se s negativními reakcemi okolí?

Graf č. 24 Máte nějaké rituály, které Vám pomáhají?

Graf č. 25 Přiznáte otevřeně, že koktáte?

Graf č. 26 Jak se cítíte, když máte oslovit cizího člověka?

Graf č. 27 Jak se cítíte, když máte navazovat kontakty s novými lidmi?

Graf č. 28 Jak se cítíte, když máte navazovat pracovní vztahy, vyhledáváte je aktivně?

Graf č. 29 Jak se cítíte, když máte navazovat intimní vztahy?

Graf č. 30 Navštěvujete v současné době logopeda?

Graf č. 31 Co Vám pomáhá mluvit plynuleji a lépe se cítit při mluvení?

Graf č. 32 Prostor pro vaše náměty, myšlenky...

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. č. 1 Klinický obraz kockavosti

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Anamnestický dotazník

Dotazník

Pohlaví:

Datum:

Věk:

Pravák/Levák:

Na číselné stupnici zaznačte číslo 1-5. Číslo 1 znamená nejlepší hodnocení, číslo 5 nejhorší. Představte si situaci, kdy mluvíte s osobou, se kterou se Vám mluví dobře, použijte modrou barvu.

Představte si situaci, kdy mluvíte s osobou, se kterou se Vám nemluví dobře, použijte červenou barvu.

V každém řádku (1-9) použijte obě barvy.

-
- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Jak při rozhovoru udržujete zrakový kontakt? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Jak dokážete o své koktavosti mluvit? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Jak se cítíte, když se při řeči zakoktáte? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Jak myslíte, že působíte na okolí při mluvení? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Jak vám vyhovuje komunikace prostřednictvím videohovoru? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Jak moc se aktivně zapojíte do hovoru a řeknete svůj názor? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Jak se cítíte, když máte telefonovat? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Jak dokážete vtípkovat o vlastní koktavosti? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Jak se cítíte, když během rozhovoru nastane delší ticho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Dělá Vám problém prezentovat své myšlenky v malé skupině (2-5 osob)? | | | | | |
| a) vždy ano | | | | | |
| b) většinou ano | | | | | |
| c) někdy ano, někdy ne | | | | | |
| d) většinou ne | | | | | |
| e) nikdy ne | | | | | |
| 11. Dělá Vám problém prezentovat své myšlenky na veřejnosti? | | | | | |
| a) vždy ano | | | | | |
| b) většinou ano | | | | | |
| c) někdy ano, někdy ne | | | | | |
| d) většinou ne | | | | | |
| e) nikdy ne | | | | | |
| 12. Dělá Vám problém, když máte před ostatními nahlas číst? | | | | | |
| a) vždy ano | | | | | |
| b) většinou ano | | | | | |

- c) někdy ano, někdy ne
- d) většinou ne
- e) nikdy ne

13. Myslíte při rozhovoru na to, že se zakoktáte?

- a) vždy ano
- b) většinou ano
- c) někdy ano, někdy ne
- d) většinou ne
- e) nikdy ne

14. Jak často se při rozhovoru zakoktáte?

- a) vždy ano
- b) většinou ano
- c) někdy ano, někdy ne
- d) většinou ne
- e) nikdy ne

15. Pracujete s řečí těla, když s někým mluvíte? Jak?

16. Používáte nějaké vyhýbavé nebo únikové chování?

17. Co sám chcete změnit, zlepšit na svém mluvním projevu?

18. Při jakých situacích se cítíte nejvíce nervózní?

19. Čeho se obáváte při rozhovoru nejvíce?

20. Radíte lidem, jak s Vámi mají mluvit? Jak?

21. Jaké máte pocity při mluvení?

22. Setkáváte se s negativními reakcemi okolí? Pokud ano, prosím konkretizujte.

23. Máte nějaké rituály, které Vám pomáhají?

24. Přiznáte otevřeně, že koktáte? Př. Když někam přijdu, jako první řeknu, že koktám.

25. Jak se cítíte, když máte oslovit cizího člověka?

26. Jak se cítíte, když máte navazovat kontakty s novými lidmi?

27. Jak se cítíte, když máte navazovat pracovní vztahy, vyhledáváte je aktivně?

28. Jak se cítíte, když máte navazovat intimní vztahy? Pokud máte vztah, jak vznikl?

29. Navštěvujete v současné době logopeda?

30. Co Vám pomáhá mluvit plynuleji a lépe se cítit při mluvení?

31. Prostor pro vaše náměty, myšlenky...

Příloha č. 2

Anamnestický dotazník

Důvěrné!

Sepsáno dne:

Jméno klienta:

Datum a místo narození:

A. RODINNÁ ANAMNÉZA

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání a současné zaměstnání?
2. Kterou ruku preferujete při psaní?
3. Která ruka je Vaše „šikovnější“ při běžných činnostech jako je např. házení míče?
4. Měl(a) jste někdy nebo máte problémy s řečí? Pokud ano, jaké.
5. Navštěvoval(a) jste nebo navštěvujete logopeda?
6. Měl(a) jste odklad školní docházky?
7. Jaké je stáří a nejvyšší dosažené vzdělání a současné zaměstnání vašich rodičů?
Matka:
Otec:
8. Jakou ruku preferují při psaní?
Matka:
Otec:
9. Která ruka je podle Vás jejich „šikovnější“ při běžných činnostech jako je například házení míče, při vaření...?
Matka:
Otec:
10. Měli někdy nebo mají problémy s řečí? Pokud ano, jaké.
Matka:
Otec:
11. Navštěvovali nebo navštěvují logopeda?
Matka:
Otec:
12. Prodělali nebo mají Vaši rodiče nějaké závažnější onemocnění jako je například nádorové, neurologické, metabolické či psychiatrické onemocnění...?
Matka:
Otec:
13. Máte sourozence? Pokud ano, jak jsou staří?
14. Prodělal nebo má Váš sourozenec nějaké závažnější onemocnění jako je například epilepsie, nádorové onemocnění, neurologické či metabolické onemocnění...?

15. Měl někdy nebo má problémy s řečí? Pokud ano, jaké.
16. Navštěvoval nebo navštěvuje logopedii?
17. Měl problémy s čtením, psaním a nástupem do školy?
18. Je Vaše rodina úplná?
19. Jak hodnotíte ekonomickou a kulturní úroveň vaší rodiny?
20. Jaký výchovný styl upřednostňovali Vaši rodiče při výchově?

B. OSOBNÍ ANAMNÉZA

a. prenatalní období

21. Kolikrát byla Vaše matka gravidní (včetně potratů, narození mrtvého plodu)?
22. Z kolikátého těhotenství jste?
23. Bylo toto těhotenství plánované?
24. Měla Vaše matka komplikace během těhotenství jako je např. infekční onemocnění, diabetes mellitus, hypertenze, úrazy, pády...?
25. Vyžadovalo toto onemocnění hospitalizaci?
26. Měla Vaše matka rizikové těhotenství?

b. perinatální období

27. Byl(a) jste narozen(a) v termínu, předčasně, přenošen(á), bylo nutné porod vyvolávat?
28. Byl Váš porod spontánní, protražovaný, kleštěmi, jinak komplikovaný či byl indikován císařský řez?
29. V případě spontánního porodu, narodil(a) jste se hlavičkou nebo koncem pánevním?
30. Jakou hmotnost a délku jste měl(a)?
31. Křičel(a) jste po narození?
32. Byla nutná resuscitace nebo jiné opatření bezprostředně po narození, např. kříšení?
33. Musel(a) jste být po narození umístěn(a) v inkubátoru?
34. Měl(a) jste neonatální icterus (novorozeneckou žloutenku)?
35. Vyskytla se u Vás Rh inkompatibilita?
36. Vyskytly se u Vás jiné nemoci, úrazy nebo komplikace v době poporodní?

37. Byly problémy s kojením? Popřípadě měl(a) jste indikovaný jiný způsob výživy?

c. postnatální období

Období do nástupu na základní školu

38. Prodělal(a) jste nějaké závažné nemoci, úrazy či hospitalizaci v nemocnici? Kdy?

39. Vyjadřoval(a) jste zájem o komunikaci? Vyskytovali se nějaké obtíže a zvláštnosti v komunikaci?

40. Kterou ruku jste jako dítě upřednostňoval(a) při natahování se za hračkou a při uchopování věcí?

41. Vyskytovala se denní či noční enuréza (pomočování) nebo enkopréza (pokálení)?

42. Kdy jste začal(a) samostatně chodit?

43. Vyskytovaly se u Vás nějaké motorické obtíže?

44. Měl(a) jste zájem o sociální kontakt s vrstevníky?

45. Navštěvoval(a) jste mateřskou školu?

46. Měl(a) jste zájem o kresbu?

47. Měl(a) jste na konci období již vyhraněnou laterálníitu?

48. Zaznamenali jste v tomto věkovém období nějaká jiná specifika či obtíže?

Období do konce základní školní docházky

49. Prodělal(a) jste v tomto období závažné nemoci, úrazy či hospitalizaci?

50. Bylo doporučeno odložení školní docházky? Proč?

51. V kterém roce jste nastoupil(a) do základní školy?

52. Vyskytovaly se problémy s udržení pozornosti, s chováním?

53. Měl(a) jste obtíže při výuce trivia (čtení, psaní, počítání)?

54. Jak jste se začlenil(a) do kolektivu třídy?

55. Měl(a) jste kamarády?

56. Nevyskytla se šikana, posměch nebo jiné nepříjemné projevy od spolužáků?

57. Jaký jste měl(a) školní prospěch?

58. Jaké jste měl(a) záliby?

59. Zaznamenali jste v tomto věkovém období nějaká jiná specifika či obtíže?

60. Brali učitelé ohled na vaši komunikační schopnost? Např. méně ústního zkoušení...?

Období od nástupu na střední školu

61. Prodělal(a) jste v tomto období závažné nemoci, úrazy či hospitalizaci?

62. Vybíral(a) jste si střední školu s ohledem na Vaše přání, nebo s ohledem na komunikační schopnost?

63. Jak jste se začlenil(a) do kolektivu třídy?

64. Měl(a) jste kamarády?

65. Nevyskytla se šikana, posměch nebo jiné nepříjemné projevy od spolužáků?

66. Jaký jste měl(a) školní prospěch?

67. Jaké jste měl(a) záliby?

68. Brali učitelé ohled na vaši komunikační schopnost? Např. méně ústního zkoušení...?

Období od nástupu na vysokou školu

69. Prodělal(a) jste v tomto období závažné nemoci, úrazy či hospitalizaci?

70. Vybíral(a) jste si vysokou školu s ohledem na Vaše přání, nebo s ohledem na komunikační schopnost?

71. Jak jste se začlenil(a) do kolektivu třídy?

72. Měl(a) jste kamarády?

73. Nevyskytla se šikana, posměch nebo jiné nepříjemné projevy od spolužáků?

74. Jaký jste měl(a) školní prospěch?

75. Jaké jste měl(a) záliby?

76. Brali učitelé ohled na vaši komunikační schopnost? Např. méně ústního zkoušení...?

77. Měl(a) jste problém sehnat si práci, brigádu nebo zapojit se do nějakého zájmového kroužku kvůli Vaší komunikační schopnosti?

Prostor pro vaše myšlenky, náměty, připomínky...

Pokud je něco důležitého ve vaší anamnéze, nebo něco, co byste ještě chtěli sdělit.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Tereza Pospíšilová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	PhDr. Renata Mlčáková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2016

Název práce:	Logopedická diagnostika a možnosti modifikace psychické tenze u osob s chronickou koktavostí
Název v angličtině:	Speech and Language Diagnostics and the Possibilities of Psychic Tension Modification for Clients with Chronic Stuttering
Anotace práce:	Diplomová práce se věnuje problematice koktavosti. V teoretické části se zabývá terminologickým vymezením koktavosti, etiologií, patogenezí, klasifikací, syndromologií, logopedickou diagnostikou a intervencí s akcentem na oblast psychické tenze. Praktická část je zaměřena na výzkumné šetření pomocí dotazníků, obsahuje tři kazuistiky a intervenci s dvěma osobami s chronickou koktavostí, zaměřenou na možnostmi modifikace psychické tenze pomocí aplikace systematické desenzibilizace.
Klíčová slova:	koktavost, balbutik, psychická tenze, logopedická diagnostika, logopedická intervence, systematická desenzibilizace
Anotace v angličtině:	This thesis deals with the issue of stuttering. The theoretical part describes terminology of stuttering, etiology, pathogenesis, classification, syndromology, speech and language diagnostics and interventions with an emphasis on the area of psychic tension. The practical part is focused on research using questionnaires, it contains three case studies and intervention of two persons with chronic stuttering, focusing on the possibilities of modifying psychic tension through systematic desensitization.

Klíčová slova v angličtině:	stuttering, person who stutter, psychic tension, speech and language diagnostics, speech and language therapy intervention, systematic desensitization
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1: Dotazník Příloha č. 2: Anamnestický dotazník
Rozsah práce:	85 stran + přílohy
Jazyk práce:	Český jazyk