

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciální pedagogiky

Možnosti intervence u dívky s fixovanou koktavostí – případová studie
Possibilities of intervention of a girl with fixed stuttering – a case study

Diplomová práce

Mgr. Bc. Irena Matějková

USSP – UVZ

PhDr. Renata Mlčáková, Ph. D.

Olomouc 2024

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní všechny použité zdroje a literaturu.

V Olomouci dne 18. 6. 2024

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí práce, paní PhDr. Renatě Mlčákové, Ph. D., za ochotu, pomoc, trpělivost s vedením mé diplomové práce, také své rodině, ale především dceři, která mi umožnila tuto práci napsat, pomáhala mi a vydržela se mnou všechny situace a okamžiky, které nám mé studium přineslo.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Mgr. et Bc. Irena Matějková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	PhDr. Rena Mlčáková, Ph. D.
Rok obhajoby:	2024

Název práce:	Možnosti intervence u dívky s fixovanou koktavostí – případová studie
Název v angličtině:	Possibilities of intervention of a girl with fixed stuttering – a case study
Anotace práce:	Diplomová práce nabízí možnost získání informací ohledně koktavosti, jejího popisu, diagnostiky, terapie, popis případové studie na konkrétní dítě, které se potýká s koktavostí od dětského věku.
Klíčová slova:	Koktavost, diagnosa, terapie, případová studie dívky s fixovanou koktavostí
Anotace v angličtině:	The diploma thesis offers the possibility of obtaining information about stuttering, its description, diagnosis, therapy, description of a case study on a specific child who has been struggling with stuttering since childhood.
Klíčová slova v angličtině:	Stuttering, diagnosis, therapy, case study of a girl with fixed stuttering

Přílohy vázané v práci:	Část zdravotní dokumentace dívky.
Rozsah práce:	8-63
Jazyk práce:	český

I. Obsah	
I. OBSAH.....	6
II. ÚVOD.....	7
1. BALBUTIES (KOKTAVOST)	8
1.1 Vymezení termínu napříč historií.....	8
1.2 Etiologie koktavosti.....	10
1.3 Klasifikace koktavosti	12
1.4 Symptomatologie koktavosti.....	12
1.5 Symptomy v řeči	13
1.6 Syndromologie	17
1.7 Psychická tenze	19
2. DIAGNOSTIKA NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI.....	32
2.1 Cíle diagnostiky	32
2.2 Metody a techniky diagnostiky narušené komunikační schopnosti.....	34
2.3 Jednotlivé diagnostické metody	34
2.4 Principy diagnostiky narušené komunikační schopnosti	36
2.5 Základní vyšetření	38
2.6 Průběh diagnostiky	39
3. TERAPIE KOKTAVOSTI	41
3.2 Podpora a poradenství.....	42
3.3 Farmakoterapie.....	42
3.4 Intenzivní terapie	42
3.5 Terapeutické příčiny jsou rozdělovány na přímé a nepřímé.....	44
3.6 Komplexní terapie na bázi klinického modelu koktavosti.....	45
4. PŘÍPADOVÁ STUDIE	50
III. ZÁVĚR.....	56
IV. LITERATURA A ZDROJE:.....	63

II. Úvod

O tématu své diplomové práce jsem moc nemusela přemýšlet, byla jsem téměř ihned rozhodnutá. Vedlo mě k tomu několik důvodů. Jedním z nich byl, že mě tato problematika velice zajímá a prostřednictvím své práce bych se o ní chtěla dozvědět víc, chtěla bych pochopit možné příčiny vzniku, ale také jak s těmito dětmi, potažmo dospělými pracovat. Potřebují individuální přístup a každý člověk s koktavostí zájem, pomoc druhého člověka vnímá jinak. V neposlední řadě, a asi největším důvodem pro zvolení tohoto tématu, je moje vlastní dcera, která koktavostí trpí, statečně s ní bojuje a které bude tato práce věnována.

Svou práci budu koncipovat do dvou částí. V první části se budu zabývat teorií, ve které se budu snažit vysvětlit, co je balbuties, jaké jsou příčiny, symptomy, terapie, kdy se nejčastěji vyskytuje. Dále bych se chtěla zaměřit na péči o dítě s balbuties, jak s dítětem s touto diagnózou pracovat, z pohledu rodiny, rodiče a následně z pohledu pedagoga.

Ve druhé části představím prostřednictvím případové studie příběh 11leté dívky, u které byla balbuties diagnostikována a potýká se s ní již několik let. Představím tuto problematiku z pohledu samotné slečny, která vstupuje již do věku puberty a již se začíná měnit, ale také z pohledu matky, prarodičů a nejbližší rodiny, ale také z pohledu pedagogů a spolužáků.

V případové studii představím jednotlivé kroky, které s matkou již prošla, její životní příběh, popíši, jak se projevovala jako dítě v předškolním věku, v mladším školním věku a nyní. Zaměřím se na jednotlivá lékařská vyšetření, kterými společně s matkou prošly a na jejich výsledky, ale také se zaměřím na vyšetření z pedagogicko-psychologické poradny a speciálněpedagogického centra.

V únoru letošního roku dívka navštívila s matkou opět lékařská zařízení a podstoupila několik vyšetření. Prvním z nich bylo vyšetření u pedopsychiatra, který je následně odeslal na dětskou neurologii a pedopsychologii, ke zvážení ještě je vyšetření na foniatrii.

Ve své práci postupně popíši veškerá vyšetření, jejich závěry, léčbu a následně ukáži, jak dívka prosperuje, funguje ve školním i zájmovém prostředí, jak se mění její zvyklosti a návyky a zhodnotím, k jakému postupu během její léčby došlo či nikoliv.

Také se zaměřím na přístup v základní škole, kterou navštěvuje, jaké budou změny v jejím studijním plánu s ohledem na výsledky proběhlých vyšetření.

1. Balbuties (koptavost)

Koptavost z logopedického hlediska řadíme do narušení plynulosti řeči společně s tumultus sermonis (breptavost).

Vytvořit jednu definici, ve které vyjádříme, co je to balbuties, je velice složité. Mnoho odborníků se již snažilo balbuties definovat, ovšem není jednotná. Z pohledu její etiologie, symptomatologie, diagnostiky a terapie je nesmírně těžké vytvořit jednu stálou definici, která by obsahovala všechno podstatné.

O koptavost se z medicínského hlediska nezajímá pouze logopedie, ale také jiné medicínské i nemedicínské obory, kterými jsou např. neurologie, psychiatrie, psychologie, lingvistika, foniatrie a další.

Kvůli rozsahu problematiky, kterou balbuties skýtá, byl vytvořen nový obor, zabývající se pouze touto vadou neplynulosti řeči a tím je balbutologie. (Klenková, 2006, str.153).

1.1 Vymezení termínu napříč historií

Koptavostí se nezajímají pouze současní odborníci, ale věnovali se jí již v historii. V roce 1955 se jí zabýval foniatr Seeman, v letech 1972, 1978 vyšly publikace od Sováka. Koptavostí se také zabývala logopedka Alžběta Peutelschmiedová, jenž byla ve funkci docentky Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. V jejích pracích i z překladů se můžeme dozvědět informace právě z oboru balbutologie.

Mezi zahraniční autory řadíme odborníky, kteří jsou v České republice hojně překládáni a s jejich informacemi se často pracuje. Jedním z nich je slovenský logoped Viktor Lechta, profesor na Pedagogické fakultě Univerzity Komenského v Bratislavě. (Klenková, 2006, str. 154).

O osobách s obtížným narušením plynulosti řeči často mluvíme jako o „koptavých“. Vhodnější označení je ovšem „balbutik“.

Uvádím pár definic, které se snaží tuto problematiku vysvětlit. Jedním z nejstarších definic, kterou použil již v roce 1877 Kussmaul říká, že „*koptavost je spastická koordinační neuróza na podkladě dráždivé slabosti v mluvním aparátu.*“ (Kussmaul, 1877 in Klenková, 2006 str. 154).

Seeman v roce 1955 definuje balbuties jako „*neurózu řeči vznikající většinou v dětském věku.*“ Více autorů popisuje koptavost jako neurózu, ale dále ji rozdělují na úzkostnou, z pocitu

méněcennosti, neurózu nutkavou nebo jako úzkostnou hysterii. (Seeman, 1955 in Klenková, 2006, str. 154).

Chvatcev v roce 1959 definuje babuties jako „*reaktivní poruchu mluvní koordinace*.“ (Chvatcev, 1959 in Klenková, 2006, str. 254).

Z českých autorů je nejznámějším Sovák, který v roce 1978 kóktavost představuje jako „*neurózu řeči především dětského věku, která vzniká na podkladě funkcionálních, nebo také orgánových poruch, popřípadě obojích zároveň*.“ (Sovák, 1978 in Klenková, 2006, str. 154).

Wirth popisuje kóktavost v roce 1983 jako „*občas se vyskytující, mimovolná, na situaci závislá porucha plynulosti řeči, která má často neznámou příčinu a projevuje se napjatým bezhlasyým setrváním v artikulačním postavení (tonická kóktavost), opakování (klonická kóktavost), prodlužováním nebo vyhýbáním se určitým slovíím či přizpůsobováním vět*.“ (Wirth, 1983 in Klenková, 2006, str. 154).

V dnešní logopedii je využívána definice Viktora Lechty z roku 1990. Ta říká: „*Kóktavost pokládáme za syndrom komplexního narušení koordinace orgánu participujících na mluvení, který se nejnapadněji projevuje charakteristickým nedobrovolným (tonickým, klonickým) přerušováním plynulosti procesu mluvení*.“ (Lechta, 1990 in Klenková, 2006, str. 154).

Zájem odborníků o tuto problematiku lze předpokládat a posuzujeme na základě statických údajů. Ve starších pramenech je možné najít informace, které nám ukazují výskyt 0,5-1,5% dětské populace. V roce 2006 byl výskyt vyšší, konkrétně 4-5% v dětské populaci. Během vývoje dítěte lze vysledovat vyšší výskyt kóktavosti v určitých fázích dětského vývoje. Podle Lechty z roku 1995 je asi v 70% případů začíná kóktavost v rozmezí 3-5 let, ve 20% se vykytuje ve věku začátku školní docházky, ale pouze 10% u dětí starších, tedy v průběhu školní docházky. Z pohledu pohlaví je diagnostikována kóktavost více u chlapců než u dívek, a to nejčastěji v poměru 3:1 nebo 4:1 a vyšším.

Statistické údaje o kóktavosti u dospělých jsou těžko dohledatelné, a to z důvodu, že se v České republice nesbírají podklady pro statistické šetření.

Podle odborníků je kóktavost asi z 50% ovlivněna geneticky. Až 80% dětí mluví do 7 let věku dobře, až poté se začne objevovat zadržávání, což je ten správný čas, kdy je více než nutné navštívit logopeda. Tyto problémy se objevují až u poloviny z nich, tedy u 40% dětí. (*Kóktavost u dětí. Co ji způsobuje a jak ji vyřešit?* [online]. 23.3.2019 [cit. 2023-03-12].)

1.2 Etiologie koktavosti

Již Lechta ve své publikaci z roku 1990 si uvědomoval, že tak, jak koktavost není lehké definovat, je stejně obtížné vysvětlit správně její etiologii, mechanismus jejího vzniku a také fixaci tohoto druhu narušené komunikační schopnosti. (Lechta, 1990 in Klenková, 2006, str. 155).

Stejně tak Peutelschmiedová ve své publikaci z roku 1994 rozděluje názory na vznik balbuties podle aktuálnosti názorů do okruhů. Ve svém díle uvádí názory již překonané, za které považuje např. koktavost vzniklou v důsledku anomálie jazyka a jeho uložení. Stejně tak zastává názor, že další příčinou může být narušený vztah matky k dítěti. Rozchází se ovšem v tvrzení společnosti „on z toho vyrosté“, protože již víme, že z balbuties dítě nevyrosté, jen je důležité, aby se s tím naučilo žít. Další názor, který zmiňuje je, koktavost vzniká v důsledku nějakého psychotraumatu, které dítě zažilo. Nejčastěji to bývá šok, úlek nebo negativní zážitek. Koktavost taktéž může vzniknout imitací (napodobením), na základě přeučení leváků. K aktuálním názorům se ovšem řadí vznik balbuties v důsledku genetiky, tedy založené na dědičných základech. Dědičnost je již v současné době potvrzeno, ale bohužel ještě není zcela jasné, zda se dítě dědí dispozice orgánové odchylky nebo zda je ovlivňujícím faktorem genetická výbava. Další potvrzená příčina dle odborníků je poškození centrální nervové soustavy, kde můžeme zahrnout neurologické faktory, poškození mozku, převážně v průběhu těhotenství a porodu, ale také biochemické faktory, jako jsou např. látky, které v mozku zastávají funkci neuropřenašeče a jejich hodnoty jsou následně patrné v krvi a moči. (Peutelschmiedová, 1994 in Klenková, 2006, str.155-156).

Lechta ve své publikaci z roku 2003 zastává názor, že při řešení koktavosti je potřeba kromě etiologie zvážit také přítomnost několika různorodých typů koktavosti. (Lechta, 2003 in Klenková, 2006, str. 156).

Uvádí 3 druhy:

1. orgánově podmíněné poruchy plynulosti řeči
2. sekundární neurotické nadstavby vznikající na primárně predispozičním základě, na bázi orgánového poškození
3. dysfluenci vznikající už primárně jako neuróza

Do těchto 3 příčin lze zařadit konkrétní příčiny, o kterých se nejčastěji předpokládá, že mohou být nebo jsou v pozadí balbuties.

Dle Klenkové je nejčastější příčinou dědičnost. Její vliv se odhaduje okolo 40-60%. Nesmírně důležitou roli, samozřejmě, sehrávají ve vývoji balbuties negativní vlivy sociálního prostředí, především ve smyslu dlouhodobě trvající neurotizace, a to buď přímo v domácím prostředí nebo ve školním, v dospělém věku v zaměstnání. Další příčinou mohou být již zmíněná psychotraumata. Imitaci Klenková připouští, ale více ji uznává klasická či tradiční balbutologie než ta moderní. Častěji jsou uváděny ovšem orgánové příčiny.

V začátcích balbutologie se více dávalo přednost lokalizované v artikulačním systému. Postupně ovšem začaly přibývat teorie, které lokalizovaly příčinu do korových, případně podkorových oblastí. Např. u dětí, které trpěly těžkou encefalopatií, se za příčinu koktavosti považuje především poškození na extrapyramidové a mezimozkové úrovni. (Klenková, 2006, str. 156).

K příčinám vzniku balbuties dle Klenkové se mohou někdy řadit také „*poruchy metabolismu, vegetativní labilita a vrozená řečová slabost*“. Kromě těchto příčin bývají uváděny také různé koncepce, které vysvětlují patogenezi koktavosti „*narušenou sluchovou zpětnou vazbou*“, ale také jiné. (Klenková, 2006, str. 156).

Je mnoho autorů, kteří se balbuties zabývají, díky nimž je popsáno velké množství etiologických faktorů. Například Böhme (Klenková 2006, str. 156 In: Lechta 1990) vznik koktavosti popisuje jako ovlivnění dědičných dispozic, ale také orgánového poškození, které má vznik v perinatálním období dítěte. U mnoho balbutiků sehrávají významnou roli při vzniku jejich obtíží psychické a neurotické prostředí, jiným důležitým faktorem je také vliv prostředí, které každého jedince bezpochybně ovlivňuje.

Dle Lechty na etiopatogenezi se podílí 3 vzájemně se prolínající skupiny faktorů. Konkrétně to jsou: „*dispoziční činitelé, orgánové odchylky a patosociální jevy*“, současně je obvykle přítomná i psychogenní složka. Tyto faktory se podílejí na vzniku v různé míře, v různé kauzální i chronologické návaznosti. I přesto, že máme dnes k dispozici moderní přístupy i velké množství odborníků, které se balbuties zabývají, se bohužel nepodařilo dostatečně uspokojivě, a především komplexně vysvětlit mechanismus vzniku, ale také fixování tohoto konkrétního druhu narušení komunikační schopnosti. Důležité je, aby byla co nejpřesněji jasná etiologie a patogeneze jakéhokoliv onemocnění či poruchy. To nám potom snižuje pravděpodobnost cílené terapie, která bude úspěšně navazována. (Klenková, 2006, str. 157 In: Lechta 2003).

1.3 Klasifikace koktavosti

Koktavost se rozlišuje podle různých hledisek. Nejvýznamnější dělení je podle Lechty. Ten uvádí koktavost zahraničních autorů podle následujících hledisek.

- *Podle doby vzniku koktavosti* – předčasná koktavost, většinou se objevuje u dětí mladších 3 let. Obvyklá je u dětí mezi 3. a 4. rokem a následně pozdní – kolem 7. roku.
- *Podle verbálních symptomů* na tonickou, klonickou, tonoklonickou a klonotonicou koktavost.
- *Podle původu* na koktavost fyziologickou, koktavost hysterickou a traumatickou koktavost.
- *Podle uvědomění si poruchy* na inscientní formu koktavosti bez křečí mluvidel a na uvědomělou neboli frustrační formu.
- *Podle stupně* od minimálních po výrazné příznaky, které jsou často znemožňující komunikaci. (Klenková, 2006, str. 157 In: Lechta 1990).

1.4 Symptomatologie koktavosti

Nejvíce typickým a nápadným symptomem balbuties je převážně nedobrovolné přerušování toku mluvy. Ovšem tohle není jediný příznak, kterým se koktavost projevuje. Balbuties není pouze o jednotlivých příznacích, ale o řadě příznacích, proto již hovoříme o syndromu. Může ovšem nastat situace, kdy neplynulost v řeči projevující se koktavostí, můžeme přemýšlet a hovořit např. o dysfluenci při dysartrii, která je diagnostikována v rámci klinického obrazu DMO. V tomto případě se nejedná o balbuties jako takovou. (Klenková, 2006, str. 157 In: Lechta, 2003).

Jak jsem již zmínila, koktavost představuje komplexní syndrom. Symptomy lze porovnat ve 4 jazykových rovinách:

foneticko-fonologické (problémy s artikulací)

lexikálně-sémantické (interferenční vliv parafrází při koncepci mluveného projevu)

morfologicko-syntaktického (lze zde pozorovat úsilí o co nejkratší věty)

pragmatické (narušení koverbálního chování v těžších případech, je zde viditelná snaha vyhnout se verbální komunikaci, jsou zde patrné potíže s navázáním a udržováním rozhovoru, dokonce i s jeho realizací)

Příznaky se mohou různě lišit dle aktuální situace nebo volně kombinovat. Často se mezi projevy koktavosti objevují jen v určitých situacích nebo v kontaktu s některými osobami (např. neznámými). Svou důležitou roli také hraje denní doba a aktuální zdravotní stav nebo míra únavy. Symptomy či projevy se mohou vázat na jednu nebo více určitých hláse, na určité hláskové seskupení. Typickými příznaky můžeme sledovat především v řeči, v chování, ale také jako tělesné příznaky. (Klenková, 2006, str. 157-158).

1.5 Symptomy v řeči

Jak jsem již zmínila, koktavost je komplexním narušením koordinace orgánů, které se podílejí na procesu mluvení. Ten se projevuje také na jednotlivých složkách daného procesu. (Klenková, 2006, str. 158).

Respirace

Dýchání je obecně pro všechny lidi životně důležité. U balbutiků je ale, bohužel, často narušeno. Dýchání u lidí trpících koktavostí, je přerývané, nepravidelné, povrchní, jsou zde citelné poruchy dýchacích pohybů. Při těžké koktavosti jsou obvykle přítomny respirační obtíže, které se zvyšují a doprovází je dýchací spazmy. Tím nám vzniká až inspirační tvoření hlasu.

Fonace

Hlasivky jsou obecně důležitým orgánem, který nám tvoří hlas. Jedná se o sval, který při správném nádechu inspiruje vzduch, při správném výdechu jej vypouštíme. Smyslem tvorby hlasu je správné dýchání a následná správná artikulace jednotlivých hlásek i samohlásek, které nám při spojení tvoří následná slova a věty. U lidí s koktavostí dochází ke spazmům, což má za následek potíže s fonací. Dochází k tzv. „*tvrdým hlasovým začátkům*“. Ty nám představují nefyziologický způsob tvorby hlasu. Mohou následně vést až k poškození hlasivek. Balbutik v některých případech není vůbec schopen hlas vytvořit. (Klenková, 2006, str. 158).

Artikulace

U balbutiků nepozorujeme vadnou výslovnost, ale průběh artikulace. Ten bývá narušený křečemi, obvykle se vyskytující na začátku slov či vět. Dle křečí, které vznikají v průběhu artikulace, balbuties rozdělujeme na formu tonickou a klonickou, případně kombinovanou. Již zmíněná klonická forma je považována za méně závažnou. Projevuje se trhaným opakováním hlásek či slabik. Naopak tonická forma se projevuje tlačáním či napínáním a je považována za závažnější.

V případě, že je pozvolný vývoj u balbutika, se z velké většiny objevuje klonické kóktání, které ale následně přechází do tonického. Pokud je vznik kóktavosti náhlý, projevuje se nejčastěji tonická forma. Není zcela výjimkou, že můžeme pozorovat také kombinovanou tonoklonickou nebo klonotonickou kóktavost. Ta bývá projevem smíšené formy, respektive přechodného stadia. Nejčastějším problémem, který balbutici prožívají, je výslovnost okluzivních hlásek, při kterých musí překonat a prorazit závěr. (Klenková, 2006, str. 159.)

Dysprozódie

Z balbutiků se většinou projevuje narušením prozodických faktorů řeči, mezi které patří nejčastěji melodie, tempo a přízvuk, ale mnohé další. Řeč tedy může být monotónní, tempo řeči je na základě spazmat přítomných na mluvidlech zrychlené nebo naopak kolísavé. Toto nevyrovnané tempo řeči se může také občasné vyskytovat při vystupňovaných neurotických příznacích. (Klenková, 2006, st. 159).

Embolofrázie

V tomto případě se jedná o tzv. slovní vmetky či vsuvky, které jsou v podobě hlásek, slabik nebo dokonce slov. Jako příklad uvádím jo, no, žeáno, hmmm). Těmito embolofráziemi si balbutici pomáhají při překonávání spazmusu mluvidel. Tím ale naopak získají tolik potřebný čas, který potřebují pro překonání spazmu. Embolofrázie se dle autorky vyskytuje častěji u dospívajících než u dětí. (Klenková, 2006, str. 159).

Parafrázie

Parafrázie jsou tvořeny proto, že se balbutik snaží vyhnout slovům s tzv. nebezpečnou hláskou. Ta jedinci činí větší či velké problémy s vyslovováním. Balbutik proto volí ve snaze uniknout těmto hláskám různé druhy opisů nebo synonym, které mu naopak vyslovit jdou, a které se negativně odrážejí na struktuře a celkovém obsahu jeho sdělení. Co se týče hlediska koncipování myšlenek, je to poměrně vážný příznak koktavosti, který se projevuje v průběhu řeči, tedy konkrétně ve formulování myšlenek i syntaxi. (Klenková, 2006, str. 159).

Postoj k verbální komunikace

Postoj, který zastává balbutik k verbální komunikaci bývá při rozvinuté koktavosti velice často negativní. Mezi jeho projevy patří nepříjemné pocity a obavy z těžkostí, které mu mluva přináší. Balbutik se nesnaží verbální komunikaci jako takové, ale právě pro své obtíže dává si velký pozor na určité situace nebo slova, o kterých ví, že mu činí problémy. Pokud dojde k opakovanému problému ve verbální komunikaci a s ní spojeném negativním zážitkem, může docházet až do spontánního odmítání s verbální komunikace, které se začíná bránit. Tento výše popsaný projev se nazývá logofobie. Ta má výrazný vliv hlavně na samotného balbutika. *„Logofobii nelze chápat pouze jako „strach nad řečí“, ale také jako „situační strach“, tedy strach vyjádřit osobní názor, nedůvěru v sebe.“* (Klenková 2006, str. 159 In: Lechta, 1990, str. 236). Tento strach z verbální komunikace, tedy logofobie může postupně vyústit až do úplného odmítání společenského života, což vede následně k izolaci balbutika. (Klenková 2006, str. 159).

Narušené koverbální chování

Narušení koverbálního chování zahrnuje velké množství symptomů. Mezi ně patří:

- projev během mluvení, které na okolí balbutika působí rušivě
- objevují se různé grimasy, jako můžou být např. mrkání, kývání hlavy ze strany na stranu, přešlapování, manipulace s prsty nebo oblečením, celkový motorický neklid
- pohyby dolní čelisti, dotýkání se vlasů nebo krku

Balbutik se snaží vyhýbat očnímu kontaktu. Můžeme u něj pozorovat pohyby, nafukování nosních křídel, což je odborně nazýváno jako Fröschlesův symptom. (Klenková, 2006, str. 160). Může se objevit také tzv. souhyby anebo součiny. (Klenková, 2006, str. 160 In: Sovák, 1974).

Vliv situace

Porucha plynulosti řeči, konkrétně koktavosti, není konstantní. Může ale docházet ke kolísání. To se projevuje v pozitivním i negativním smyslu. Důležité ale je aktuální komunikační situace. Na balbutikovi můžeme pozorovat, že při pozitivních situacích se plynulost jeho řeči zlepší, např. když mluví „sám k sobě“ nebo např. k hračkám. Děje se tak proto, že změní hlasovou polohu, může se objevit šeptání, mluví např. za někoho (maňásek, plyšáček, panenka, divadlení role). Používá také prozódii hlasu, což je např. jiný rytmus, taktování, zpomalení tempa apod.).

K negativní situaci může docházet, pokud si danou situaci uvědomí, a zároveň si uvědomí svůj problém s mluvením. Komunikační situace poté většinou působí na balbutika jako velmi zátěžový faktor.

Mezi tyto zátěžové faktory můžeme zařadit nemožnost připravit se na danou situaci, téma rozhovoru, strach, nevyhnutelnost veřejně vystoupit, silné citové napětí, rozhovory se svými nadřízenými, rozčilení, vztek, únava, výkyvy počasí a teploty vzduchu, nevolnost, nebo nějaké nachlazení či nemoc apod.

Osobnostní a další příznaky

Jak je již známo, koktavost zasahuje celou osobnost člověka, který má problém s narušenou komunikací. Hlavní problém se u něj nachází ve složce sebevědomí, interpersonálního chování a emotivity. Mezi ty nejtěžší řadíme neurotické příznaky. Tím nejvýraznějším je neurotický příznak logofobie. Ta postiženého jedince znevýhodňuje, především ve smyslu přístupu ke komunikaci. Výzkumy (např. Dosužkov, In: Lechta, 1990; In: Klenková, 2006, str. 160) prokazují spojení balbuties s nějakou z neuróz, což může být např. úzkostná psychoneuróza, enuróza, různé tiky, hysterie, depresivní neuróza, neurastenie apod. (Klenková, 2006, str. 160).

Další symptomy balbuties se mohou vyskytovat i v písemném projevu:

- ztížený začátek psaní
- narušení plynulosti vedení čáry
- opakování, přepisování
- škrtní
- vynechání písmen

Následkem organicity se může u balbutiků projevovat velký přítlak na pero. Projevy se mohou prokázat i v podobě jemné motoriky a určité specifické rysy kresby. Co se týče tělesných projevů, jedná se především o změněnou frekvenci pulsu, zvýšený krevní tlak, poruchy metabolismu a nespavost, ale také zvýšená unavitelnost. (Klenková, 2006, str. 160-161).

1.6 Syndromologie

Koktavost není jen nějakým prostým onemocněním, či symptomem, ale jedná se o složitý, dynamický a velmi variabilní syndrom. Ten nelze redukovat jen na dysfluenci řeči, ale musíme jej chápat jako určitý průsečík velmi různorodých, ale i vzájemně různým způsobem integrujících příznaků.

Koktavost charakterizuje velmi složitá symptomatika, je to i proto, že koktavost není většinou důsledkem jediného etiologického faktoru, ale:

- více parciálních
- vzájemně se prolínajících
- navazujících
- recipročně i sumárně interagujících příčin (Lechta, str. 91, 2010 in: Lechta, 2005)

V situaci, kdy evidujeme dysfluenci jako symptom, zpravidla se jedná o některý z projevů ze symptomatických poruch řeči, jako je např. dysfluence při dysartrii, která je v rámci klinického obrazu DMO, je poté nutné pokládat ji za neurogení dysfluenci, ale nejedná se o pravou koktavost. Je jisté, že se jedná o syndrom, který je způsobený rozličnými příčinami, které jsou podobné, ale nejsou indentickou symptomatologií. Jedná se tedy o fenomén, který se může projevovat u jednotlivých balbutiků rozdílně, a to např. z hlediska příčin, průběhu, fixace,

projevů, indikace terapie, vhodné terapie nebo prognózy. U balbutiků je poruchy plynulosti řeči nejčastějším projevem a nápadností. Přitom právě tyto projevy jsou velmi, až mimořádně variabilní. Jejich frekvence, stupeň nebo forma závisí na mnoho faktorech endogenních a exogenních. Pravděpodobně právě tato již zmíněná složitost či variabilita nebo dynamika projevů balbuties je příčinou toho, že do dnešního dne není k dispozici všeobecně přijatý, akceptovaný a prakticky aplikovaný jednotný systém, který by klasifikovat koktavost.

Jedná se o komplexní systém, ve kterém lze pozorovat symptomy koktavosti ve čtyřech jazykových rovinách:

- ve foneticko-fonologické – např. se jedná o obtíže s artikulací, velmi často je zde přítomen problém u okluziv, tedy závěrových hláskách – „p“, „b“, „m“, „t“, „k“
- lexikálně-sémantické – např. jedná se o interferenční vliv parafrází, který je přítomen při koncipování mluvního projevu
- morfologicko-syntaktické – je zde úsilí o co možná nejkratší věty
- pragmatické – jedná se o narušení koverbálního chování, v těžších případech je zde snaha o vyhnutí se verbální komunikaci, jelikož jsou zde přítomny potíže s navázáním a udržováním rozhovoru, většinou se jedná o realizaci samotného komunikačního záměru

Je odborníky, ale i veřejností známo, že jedinci, kteří mají diagnostikovanou koktavost, se potýkají s vážnou a nepříznivou zpětnou vazbou a jeho osobnost, kde nastává určitý problém v oblasti školní, pracovní, ale i sociální. Tyto projevy jen zdůrazňují složitost této diagnózy.

Dříve byly projevy koktavost tradičně popisovány jako pouhá neplynulost řeči. V historii se dokonce považovala za poruchy motoriky jazyka. V pozdějších dobách, kdy světlo světa spatřily modernější koncepce a postupy směřovaly k nadhledu, pokud hovořily o základní, tzv. jádrové symptomatice, ze které později vycházela sekundární symptomatika. Projevem těchto nedostatků modernějších koncepcí bylo zjednodušení celého syndromu na prostý, možná až příliš zjednodušený kauzalitou. Proces fixace těchto příznaků, které koktavost přináší, obvykle nemá jednoduchý lineární průběh. Naopak fungují komplikovaně, mají vícevrstevné zpětnovazební mechanismy. Modely klinického obrazu koktavosti, ale i její patogenenze, by měli být protikladem ke zjednodušením. Např. programově se odborníci snaží akcentovat vícenásobnou vazbu, která je obtížná či složitá mezi jednotlivými příznaky.

Nezapomíná také na jejich průnik, který je vzájemný s celou jeho dynamikou, která je poměrně složitá. Z jistých modelů je patrné, že pouhá lineární kauzalita (jádrové příznaky, které postupují v sekundární. Jsou simplifikací již zmíněného složitějšího procesu jak fenomologicky, tak je zde přítomno časové hledisko. Proto v rámci syndromologie je dobré, abychom vycházeli z těchto modelů logicky. (Lechta 2010, str. 90-92)

1.7 Psychická tenze

Jedná se o jeden z přítomných příznaků koktavosti. Bohužel se jedná o symptom, kterému se nevěnuje úplná pozornost. Psychickou tenzi můžeme vysvětlit jako jev, který je velmi obtížně charakterizovaný, jelikož se jedná o stav konkrétního člověka, jenž se projevuje nepříjemným pocitem vnitřního neklidu či vyvedením z míry. Lze jej popsat jako určitý psychický dyskomfort. Na tuto psychickou tenzi dále může navazovat pocit strachu, který je spojen s nepříjemným zážitkem se specifickým neurovegetativním doprovodem. Může být také spojován s již prožitými zkušenostmi, ale také s představivostí. V případě nepříznivé prognózy může vyústit až do tzv. logofobie.

1.8 Logofobie

Jedná se o chorobný strach, který vyplývá z vlastního mluvení. Tento stav je již součástí Mezinárodní klasifikace nemocí WHO (MKN – 10. revize). Je zde označena jako „fobie specifická“. Dle Sováka (1988 in Lechta 2010) se jedná o závažný stav. Někteří autoři logofobii nepovažují za důsledek, ale naopak za jednu z příčin balbuties. Vzhledem k tomu, že většina koktavosti již vzniká v předškolním věku dítěte, nelze zde hovořit o klasické logofobii. O logofobii lze hovořit až ve stádiu vývoje jedince, jenž má plně rozvinutý klinický obraz koktavosti. Logofobii nemůžeme „přeložit“ jako prostý strach z mluveného projevu. Jedná se o vcelku komplikovaný fenomén, jenž nelze popsat jako homogenní či statický, ale jeho specifika jsou spojena s nozologickým základem, na jehož podkladě je fixován.

Z typických projevů logofobie můžeme uvést např. chorobný ostych, afektivní poruchy, subdepressivní náladu a další příznaky na neurotickém základě.

Dle Pravdinové (1973 in Lechta 2010) je významné zjištění, že stupeň logofobie nemusí mít přímou úměru s úrovní koktavosti. Sovák (1981 in Lechta 2010) opět uvádí, že logofobie může nadále přetrvávat u klienta i přes odstranění koktavosti. (Lechta 2010, str. 92-93)

Lechta ve svém výzkumu z roku 1980 získal potřebná data od svých žáků, kteří trpěli koktavostí. Výsledky tohoto výzkumu jsou následující:

1. Prvky logofobie, se kterými se u svých žáků setkal, se postupně vrstvily s narůstajícím věkem. Jednalo se o přetrvávající koktavost, konkrétně v pozdějších fázích fixované koktavosti, především tedy ve stadiu již chronické koktavosti. Po dosažení dospělého věku byly již relativně trvalé.
2. Společně s přibývajícím věkem sledované skupiny prvky logofobie více působily na kvalitu života těchto jedinců. Až téměř polovina těchto respondentů více upřednostňovala písemný způsob komunikace před ústním.
3. Stupeň přítomné balbuties u respondentů nijak zvláště neovlivňoval frekvenci výskytů příznaků logofobie.
4. Důležitým poznatkem tohoto výzkumu byl fakt, že respondenti měli velké obavy s navazování nových kontaktů, vztahů, a to převážně v osobním životě, ale také jej ovlivňoval při výběru jejich budoucího povolání. (Lechta 2010, str. 93)

Psychická tenze souvisí také s bazální charakteristikou koktavosti. Ta odlišuje koktavost do od jiných druhů NKS. Jedná se především o variabilnost projevů dysfluence. Velká část balbutiků většinou hovoří plynule, ale jejich stupeň koktavosti, případně i její trvání, samostatných symptomů velmi často balancují. Jak v pozitivním, tak v negativním smyslu. Záleží zde na větším množství proměnných, kde většina z nich právě souvisí s psychickou tenzí. Problém může nastat v situaci, kdy jedinec trpící koktavostí je v situaci, kdy je nutná komunikace např. s autoritou nebo osobou s vyšším sociálním statutem.

V 50. letech 20. století byl realizován výzkum Pollaczeka a Homefielda, ve kterém zjistili, že nošení masky u jedinců s koktavostí ulehčovalo komunikaci na fluentní úrovni až do takové míry, že se při jejich projevu koktavost ztrácela. V okamžiku, kdy své masky odložili, se koktavost opět vrátila. Což vysvětluje i fakt, proč některé známé osobnosti dokáží na jevišti či ve filmech hovořit plynule, ale v soukromí již nastává s komunikací problém. (Lindzey a Aronson, 1968 in Lechta 2010)

V okamžiku, kdy dochází k psychické tenzi v souvislosti s těmito situacemi, velmi často dochází k vyhybavému chování jedince. Jde zde o snahu se vyhnout komunikačním procesům. Naopak, v situacích, kdy se zredukovala psychická tenze u jedinců, nap. Mluvení ve

tmě, pod vlivem lehčích narkotik nebo k sobě samému, docházelo ke zlepšení fluence v jejich projevech.

V tomto výzkumu respondenti popisovali situace, ve kterých v mluveném projevu byla přítomnost negativních jevů. Jednalo se převážně o rozčilení, potřeba odpovídat na nějakou nečekanou otázku (zde neměli dostatečný čas na svou přípravu), rozhovor s neznámými lidmi, rozhovor s nadřízeným. Zajímavé na tomto výzkumu je, že ani jedna z žen neuvedla komunikaci na veřejnosti či se svým nadřízeným jako negativní faktor. (Lechta a Vaňhara, 1980 in Lechta 2010).

Škrábková (2008, 2009 in Lechta 2010) uvádí, že balbutik vyhledává vyhýbavé chování jako prostředek k „oddálení“ mluveného projevu. V okamžiku, kdy se blíží ke slovu nebo hlásce, která je z jeho pohledu těžce vyslovitelná či obávaná, často se začne projevovat např. moment zaváhání, zívání, přestávky, případně se snaží vzbudit dojem, že přemýšlí nebo že zapomněl, co chtěl vlastně říct. Ve skutečnosti ovšem se snaží vyhledávat alternativu ke svému projevu, např. alternativní slovo, které dokáže vyslovit nebo myslí na odlišnou strukturu větného spojení a to vše za jedním účelem, kterým je vyhnout se použití právě konkrétního obávaného slova či zvuku.

Před okamžikem dysfluence lze pozorovat chování, jeho druhy, které nazýváme jako anticipační. Právě před touto dysfluencí může být jedincem používáno již zmíněné vyhýbavé chování, které je aplikováno na začátku či přímo v okamžiku tohoto problému. Opět lze toto chování nazývat jako únikové.

V publikaci je zmíněn další zajímavý autor, Wirth. Ten hovoří v této souvislosti o specifických tzv. „cue“. Z angličtiny přeloženo jako narážky či signály. Vysvětluje je jako okamžiky, které vyvolávají koktavost. Velká řada z nich je spojená právě s již zmíněnou psychickou tenzí. Jako toto „cue“ Wirth označuje konkrétní znak, který je součástí komplexního vjemového pole nebo nějakého určitého podnětného vzorce. Ten bývá právě signálem pro určité chování, v tomto konkrétním případě se jedná o koktavost. Podnět, který ve svém základu byl neutrální, se mění a postupně se stává signálem pro selhání řeči. Vyvolává tedy psychickou tenzi, případně strach ze špatně vysloveného slova či hlásky nebo z nevyslovené těchto aspektů vůbec. Tyto specifické hlásky, slova nebo případně situace, ve kterých se jedinec nachází, působí jako právě již zmíněné signály strachu. Což je mění jako podněty, které vyvolávají koktavost. Wirth proto rozděluje tři druhy těchto „cue“:

1. Řečové cue – příkladem je právě již zmíněná koktavost. Vyskytuje se daleko častěji na začátku slov, u okluziv, většinou v prvních třech slovech věty. Proto je u balbutiků pozorovatelná zvýšená psychická tenze na začátku jejich mluveného projevu nebo ve slovech, které začínají hláskou p, t, k, m, b, atd.
2. Situační cue – zde se jedná o efekt, který se stává vyvolávajícím faktorem při počtu komunikačních partnerů. Je velice těžké odhadnout posluchače nebo malý stupeň obeznámenosti d tou danou konkrétní situací.
3. Reakce balbutika na svou vlastní symptomatiku – zde se jedná o vyvolávající moment. Jsou zde přítomny symptomy koktavosti společně s jejich faktory, které jsou příčinou další dysfluence. Pravděpodobnost následného či dalšího zakoktání je tedy vysoká, narůstá společně s počtem symptomů. (Wirt, 1990 in Lechta 2010). Tedy první zakoktání v mluveném projevu zde funguje jako „cue“. (Lechta 2010, str. 94-95)

Tyto „cue“, které jsem představila, následuje ještě jedno. A tím je personální cue. Jak již v minulosti potvrdily provedené výzkumy, klinické praxe, došlo se k závěru, že právě tato cue mohou zakoktání vyvolávat i určití lidé. Např. pokud je zapotřebí rozhovor s autoritou, nadřízeným člověkem nebo neznámým.

V této oblasti se většinou velmi markantně objevuje tzv. „percepční návyk“. Velmi výstižně jej specifikoval Sabol, který společně s dalšími autory zastává názor, že se jedná o jeden z nejtypičtějších charakteristik tzv. interindividuální komunikace. Při té běžné komunikaci většinou očekáváme, přijmeme od komunikačního partnera určité množství informací. Ovšem tato skutečnost „tlačí“ mluvčího, aby svůj konkrétní projev zrealizoval v adekvátním tempu. (Sabol, 1976 in Lechta 2010, str. 95-96). Tento proces samozřejmě vyvíjí určitý tlak i na posluchače, který se může cítit tzv. „nesvůj“, protože nedostává svou odpověď v určitý čas.

Tento specifický časový tlak můžeme vyjádřit jako společenský komunikační úzus, který bývá charakterizován jako percepční úzus komunikace (PÚK). Ten lze také vyjádřit vzorcem: $PÚK = \text{suma inf}/t$. Přičemž suma inf. chápeme jako množství informací za určitý čas. Očekává se tedy, že v běžné komunikaci získáme určité množství informací (suma inf.) za určitý čas (t). Následně proti úzu působí, jestliže se komunikační partnersnaží zprostředkovat velké množství informací (např. rychlá řeč, příliš složité informace, apod.), ale v opačném

případě i menší až malé množství informací, což se stává většinou právě balbutikům, protože během jejich koktavost se mnohdy nedostanou k vyslovení celé myšlenky či věty nebo není schopen ze sebe v rámci odpovědi vydat vůbec žádnou hlásku ani slovo. Přisun těchto informací je zapříčiněn bloky artikulačního aparátu. V realitě se tedy stává, že balbutik není schopen v běžném čase předat očekávané množství informací. Tím vyvíjí tlak na komunikačního partnera, aby byl trpělivý v čekání na informaci. Bohužel se stává, že komunikační partner není dostatečně trpělivý a balbutici se stávají subjektem pozornosti v negativním smyslu, např. posměšky, vysmívání se jim apod.

Již zmíněný PÚK může u balbutiků fungovat dvěma směry:

1. Již samotného povědomí balbutika zvyšuje jeho psychickou tenzi, která následně souvisí s komunikací a má tedy negativní vliv na jeho dysfluenci. Balbutici si sami uvědomují, že nedokáží v mluveném projevu vycházet vstříc a plnit požadavky nastavené společností.
2. Druhým nejméně příznivým faktorem je skutečnost, že balbutici, většinou jsou s fixující a vzrůstající chronicitou, pociťují tento PÚK zkresleně oproti realitě. Dochází zde k promítnutí klamu, ve kterém balbutici vnímají tento tlak právě spojený s PÚK mnohem silněji než jaký v realitě je. Právě toto povědomí vede k velkým problémům např. na terapiích, jenž jsou založené na zpomalování řeči tempa. Proto se balbutikům i běžná řeč jeví jako pomalá, někdy až v extrémním měřítku. Toto povědomí následně funguje jako další stresový faktor. Dospělí, kteří si sebou nesou během života koktavost, většinou hovoří o tom, že v běžné komunikaci se jim zdá, jako by jejich komunikační partner jen stěží dokázal vyčkat, než balbutik dokončí svůj mluvený projev. Již zmíněnou psychickou tenzi tímto faktorem balbutikům ještě více zvyšují. Většinou se ovšem může jednat o mylný či zavádějící pocit. Komunikační partner vytrvá až do konce projevu balbutika a dokáže počkat na jeho sdělení a přenos informací i v případě, jestliže se tyto informace předávají plynule a objektivně v adekvátním tempu pro interpretujícího. Tento okamžik mívá za příčinu zhoršenou plynulost a nastupující recidivy.

Proto je nesmírně důležité, aby v rámci terapie, na kterou balbutik dochází, mu byly sděleny a vysvětleny všechny mechanismy působící na PÚK a následně způsoby, které při koktavosti fungují. (Lechta 2010, str. 96-97).

Je zde důležité do této oblasti zařadit tzv. coping. Jedná se o individuální způsob vyrovnání se jedince se svou diagnózou, tedy koktavostí jako komunikačním handicapem. Již zmíněný coping může být jednou z příčin vážných činitelů, které se podílejí na fixující koktavosti. Blood z roku 2003 zdůrazňuje až mimořádný význam právě copingu, a to nejen v etiopatogenezi, ale také v symptomatice koktavosti, ale následně i v její terapii. Pro balbutiky je důležité a velice přínosné, abychom jim pomohli vyvinout a především aplikovat tzv. copingové situace, díky kterým budou schopni mluveného projevu. Tyto situace souvisejí např. s nejistotou, jestli zakoktají v určité mluvené situaci nebo nikoliv. Pokud je nacvičen nesprávný coping, zvyšuje se tím u balbutika psychická tenze, což následně ovlivňuje jeho výkon v mluveném projevu a fluentnost řeči. (Blood 2003 in Lechta 2010, str. 97).

Z již zmíněného je tedy více než jasné, že psychická tenze se projevuje především „dovnitř“ klienta. Oproti tomu ovšem existují i příznaky vnější. Ty manifestují tuto existenci. Jedná se o již zmíněné vyhýbavé chování v komunikačních situacích. V narušeném konverbálních chování bývá absence zrakového kontaktu. Projevuje se především v aktuálních momentech koktání, patří mezi ně např. tiky, nervózní odkašlávání, manipulace s oblečením, s vlasy, s prsty na ruce, mohou být přítomny projevy vegetativní, jako je např. zčervenání, povrchní dýchání, pocení, následně vlhké ruce nebo třesení rukou. (Wirth, 1990 in Lechta 2010, str. 97-98).

V současné době se interpretují výsledky longitunálního výzkumu, který uvádí ve své práci Conture- Představuje zde postupný nárůst symptomů psychické tenze u dětí s koktavostí. To považuje za faktor, který se zřejmě stává nositelem nejvýznamnějších prediktivních informací, které vedou k následující patogenezi koktavosti. Důležitost tohoto narušeného konverbálního chování následně potvrzují i Richels a Conture (2010) (In Lechta 2010, str. 98). Toto zjištění zařazují do diagnostického standardu.

1.9 Nadměrná námaha

Určitou námahu vynakládáme při každém mluveném projevu. Míra této námahy zpravidla kolísá a je závislá na řadě činitelů. Jako příklad uvádím téma rozhovoru. Téma ke komunikaci mezi jednotlivými jedinci je celá řada, záleží, do jaké míry je citově zainteresované. Dalšími aspekty je počet posluchačů, proxemika, potažmo v jak velkém prostoru se nacházíme, s jakým odstupem od posluchačů, zda máme k dispozici např. mikrofon či nikoliv, na reakcích daného auditoria, jako příklad uvádím projevy nezájmu, hluk v místnosti, apod., případně únava ze strany posluchačů nebo i přednášejícího. V běžné komunikaci nepocítuje téměř žádnou fyzickou námahu. Situace balbutika je odlišná, ten pro svůj projev vynakládá určitou námahu, která se odvíjí od aktuálního okamžiku. Tato námaha je většinou viditelná navenek, kdy se jedinci prozrazují zjevným fyzickým úsilím, které vynakládají při překonávání bloků jejich artikulačního ústrojí. Může být doprovázeno různými grimasami, nápadnou gestikulací, apod. Mohou se projevit i nápadné neverbální projevy, jako je zčervenání, zpocení, apod. Tyto projevy můžeme nazvat jako narušené koverbální chování. Chápeme jej jako soubor projevů komunikátora během konkrétního komunikačního aktu. V okamžiku, kdy toto chování není nijak narušeno, má určité komunikační poslání, není nápadné a je v souladu s přijatými normami, jedná se o neverbální komunikaci. U balbutiků toto chování se projevuje jiným způsobem. Existuje mnoho způsobů či projevů tohoto chování.

U balbutiků se projevují nejčastěji jako nápadné grimasy či gesta, mohou mít charakter zlozvyku, např. nepřiměřené kývání se během mluvení. Nejčastějšími projevy byly dle výzkumu Lechty z roku 1989 zjištěny následující projevy: kývání se ze strany na stranu, kolébání se dopředu dozadu, chytání se za krk, přešlapování z nohy na nohu, ale také i ztrátu očního kontaktu, a to právě v okamžiku, kdy balbutik překonává překážku dysfluence. (Lechta 2010, str. 98-99). Tyto zlozvyky mohou přetrvávat i poté, co se jedinec koktavosti „zbaví“. Bosshardt v rámci popisování narušené řečové motoriky popisuje, přerušování nádechu a výdechu při jejich projevu. Popisuje také velké kolísání vzduchu pod hlasivkami. Dle něj je toto kolísání způsobeno extrémním napětím a následnou diskoordinací dýchacího svalstva, ale také svalů hrtanu. (Bosshardt in Lechta 2010, str. 99).

Fiedler a Standop (1986 in Lechta 2010, str. 100) připisují této koktavosti zvláštní význam. Podle nich je natolik důležitý, že požadují standardizaci zjišťování v rámci diagnostiky koktavosti. Hlavním významem jejich požadavku je, že představování určitých symptomů mohou vést k identifikaci ohrožení koktavosti již v brzkém stádiu. Sandrieserová a Schneider (2008) popisují a rozdělují fyzickou námahu od té psychické.

Koverbální chování může být manifestní, většinou hovoříme o psychické tenzi, ale především o projevu jejich nadměrné námahy při mluvení. Koverbální chování rozdělujeme na psychické pozadí, které je prezentováno např. tiky, manipulací s oblečením, psychickým dyskomfortem při mluvení. V dalším případě hovoříme o fyziologickém pozadí, které je prezentováno např. mrknutím či grimasy. Nadměrná námaha se většinou zhoršuje paralelně s fixací a s přítomným stupněm koktavosti. Nápadná je většinou námaha, která souvisí s překonáváním bloku, který je přítomen v artikulačním aparátu. Dalším aspektem nadměrné námahy je tzv. únikové chování, které jsem již zmiňovala. Může se projevovat např. snahou překonat překážku fyzickým úsilím, akcelerací tempa řeči nebo zvýšením hlasitosti. Tímto se ovšem dané příznaky koktavosti je zhoršují. Existuje ovšem možnost, kdy se přiklání odborníci k teorii, že nadměrná námaha balbutiků při artikulaci částečně souvisí s dyskoordinací mozkových hemisfér. Gillam z roku 2000 uvádí své výsledky výzkumů, ze kterých je zřejmé, že potvrzují horší reakční čas balbutiků oproti fluentně mluvícím jedincům.

Průnikem této problematiky narušeného koverbálního chování a psychické tenze u balbuties je zjištění několika faktorů, kterými jsou: únikové chování, v rámci nadměrné námahy a vyhýbavé chování. (Lechta 2010, str. 100-101).

1.10 Dysfluence

Neplýnulosti řeči jsou různého typu. Při popisech koktavosti je jejich přítomnost častější. Základní dělení koktavosti lze definovat jako tradiční členění symptomů na klony a tony. Klony jsou specifické opakování hlásek, slabik či slov. Kdežto tony je „tlačení“ hlásek. Z tohoto popisu vyplývá jednoduché dělení koktavosti na klonickou a tonickou.

Dysfluence je tedy termín, který se používá k popisu nesprávného nebo neobvyklého průběhu řeči, který může být spojen s koktavostí. Dysfluence může zahrnovat opakování slov, slabik, fenoménů nebo celých frází, jakožto i bloky, při kterých je obtížné nebo nemožné pokračovat v řeči. Tyto projevy mohou být doprovázeny také napětím, úzkostí nebo frustrací a mohou ovlivnit plynulost a srozumitelnost řeči.

Důvody pro dysfluenci a koktavost mohou být různé a zahrnují genetické faktory, neurologické rozdíly v mozku, psychologické a environmentální faktory, stejně jako stres nebo tlak při mluvení. (Dostupné z: Yairi, E. & Ambrose, N. G. (2005). *Early Childhood Stuttering*. Austin, TX: Pro-Ed.)

Dle Yairiho z roku 2007 se jedná o dvojtypové schéma. Při klonické koktavosti nebo-li iterativní, se jedná o iniciální, lingvisticky podmíněné dysfluence, které souvisejí s obtížemi při hledání vhodných slov, především u dětí v raném věku ve chvíli osvojování si mateřského jazyka.

Naopak tonická koktavost je oproti té klonické fyziologicky podmíněná, formovaná „tlakem“ ve svalstvu mluvidel. (Lechta 2010, str. 101).

Lechta ve své publikaci z roku 2010 představuje inventář dysfluencí.

Repetice	
Části slov/slabik	Ba-ba-ba-basketbal
Celých slov	Kolik je je je je ti let?
Slovních zvrátů	<i>Já jsem já jsem já jsem byl doma</i>
Prolongace	
Hlásek/slabik	Pppppojďme domů
Tiché prolongace	Namáhavý pokus říci slovo, přičemž není slyšet zvuk
Interjekce	
Hlásek/slabik	Já hm Hm mám problém.
Celých slov	Já mám, ano, takový problém.
Slovních zvrátů	Já mám, já to prostě, problém.
Tiché pauzy	
Já jsem byl (nápadná a nesprávně lokalizovaná pauza) v obchodě	
Přerušovaná slova	
Bylo to nádher – (pauza) – né.	
Nekompletní slovní zvraty	

Nevím, jestli si mohu ... pojd'me domů.	
Opravy	
Myslím, že půjdeme domů, na procházku.	

Tabulka č. 1 Lechta 2010, str. 102

Lechta se ve své publikaci odkazuje na autora Kehoe, který zdůrazňuje, že výskyt výše zmíněných dysfluencí se vyskytují také u nekoktavých lidí. Jedná se o interjekce, opravy a nekompletní slovní zvraty. Ostatní projevy jsou typickými pro koktající. (Kehoe, 2000 in Lechta, 2010, str. 102).

V běžné komunikaci se ovšem i u nekoktajících lidí objevují ostatní typy dysfluencí, jako je např. lehká repetice, která se objevuje jako sémantická nepllynulost. V okamžiku, kdy se jedná o tiché prolongace, je zřetelné, že „*namáhavý pokus říci slovo, přičemž není slyšet zvuk*“, se obvykle daří více či méně realizovat s úspěšností nadměrné námahy. Tento postup je často spojován s prolongací. Balbutik se nejdříve tzv. „zablokuje“ a se zapojením nadměrné námahy se snaží prolomit blok, který prostřednictvím navazující prolongace vysloví dané slovo. Je také jasně dané při analýze konkrétního projevu obtížnost rozpoznat tichou prolongaci od tiché pauzy. Pokud budeme hovořit o interjekcích, v minulosti byly u nás zařité spíše termíny jako embolofonie či embolofrazie. Což můžeme vysvětlit jako zvukové či hláskové nebo slovní vmetky, které balbutici často používají, ať již vědomě či nevědomě. Většinou je používají při náročných slovních projevech. Taktéž balbutici používají tzv. startér jako vyslovitelný zvrát řeči, který se obvykle nasazuje na začátek věty. Ten by měl pomoci balbutikovi zvládnout anticipovanou nepllynulost.

Mezi další relativně časté příznaky může řadit problémy s fonací, které bývají často způsobené tzv. prefonačními křečemi. Již zmíněný Wirth (1990 in Lechta 2010, str. 103) popisoval ve své publikaci u některých balbutiků poruchy hlasu. Ty souvisely s problémy, které vznikaly na začátku fonace. Pokud byla přítomna těžká balbutie, mohli jsme se setkat s přerývaným, často nepravidleným či povrchním dýcháním, někdy až s inspiračním tvořením hlasu. Balbutici mohou považovat za problémy s jejich mluvou právě ve spojitosti s dýcháním, které přisuzují jakožto příčině, nikoliv jako symptomu. Tato myšlenka ale

brána jako mylná. Rychlost řeči u balbutiků může být ovlivněn různou řadou faktorů. Gillam (2002 in Lechta 2010, str. 103) uvádí ve svém díle, že mohou až velice nápadně zrychlovat svou řeč v okamžiku, kdy si myslí, že budou naprosto fluentní a naopak velkmi výrazně zpomalit v okamžiku, kdy si nejsou zcela jistí a nabývají dojmu, že budou mít problém s dysfluencí.

Při konkrétní lokalizaci dysfluencí, Conture a kol. (in Lechta 2010, st. 103) prezentují svou tezi, ve které popisují velmi výstižně o tzv. „epicentru dysfluencí“. To se dle nich obvykle nachází v motorickém náběhu k první hlásce daného či konkrétního slova nebo když se balbutik nachází v přechodu z mlčení k mluvenému projevu. Případně se mohou nacházet v situaci, kdy přechází od jedné mluvní jednotky ke druhé. Stále častějšími symptomy se snaží vysvětlit nedostatečné rozvinutí přechodů, tzv. „konsonant -> vokál“ nebo „vokál -> konsonant“. Následně i jejich odchylku od normy nebo delším trváním než u lidí, kteří problémy s koktavostí nemají. (Conture a spol, 2001 in Lechta 2010, str. 103).

Pokud se jedná o samotný motorický akt dysfluence, dle uvedeného se autor ztotožňuje s názorem Wingata (1988), který pojednává o tom, že balbutici mívají často obtíže především v oblasti motorického plánování mluvního aktu a při realizaci pohybových aktů, které jsou potřebné zejména při přechodu mezi jednotlivými hláskami. Jedná se jak o hlásky, které jsou přítomny na začátku jeho promluvy, tak při přechodu od mlčení ke konkrétní hlásce jeho projevu. V této situaci se předpokládá, že tyto potíže při hláskových přechodech jsou jako projevem důsledků opožděného či narušeného nebo neefektivního řízení patřičných procesů, které jsou součástí. Spornost nastává v okamžiku, kdy se jedná o vrozené vlastnosti nebo zda se jedná o určité aspekty konkrétního fenoménu, tedy zakoktavání, stejně jako je fakt, že nejčastěji se dysfluence projevuje v prvních třech slovech, který balbutik se snaží vyslovit i přes tu skutečnost, že by se měla projevat v celém jeho projevu. (Conture, 2001 in Lechta 2010, str. 103).

Guitar (1998) analyzoval své zrealizované výzkumy a došel k závěru, že dospělí balbutici se nejčastěji zakoktavali v:

- a. konsonantech
- b. počátečních hláskách
- c. kontextuální řeči

- d. podstatných jménech, slovesech, přídavných jménech, příslovcích (v porovnání s číslovkami, předložkami, zájmeny a spojkami)
- e. delších slovech
- f. ve slovech obvykle na začátku vět
- g. v přízvučných slabikách
- h.

Toto zjištění dle výzkumu platí pro dospělé balbutiky, ale i balbutiky, kteří se nacházejí ve školním věku. V předškolním věku se koktavost nevyskytuje tak často ve vyslovování podstatných jmen, slovesech, přídavných jmen a příslovcích, jako naopak při vyslovování v zájmenech a spojkách.

U dětí raného věku je velmi častá přítomnost repetice celých slov na začátku vět. Neobjevuje se příliš často jako repetice, prolongace a bloky. Tato skutečnost vedla k hypotéze, že v incipientní části či fázi jsou dysfluence často lokalizovány především na začátku vět, což značí o projevu lingvistického plánování výpovědi.

Další autor, kterého Lechta ve své publikaci představuje, se jmenuje Rommel. Ten v roce 2001 ve svém longitudinálním výzkumu sledoval příznaky dysfluence, které spojoval k věku respondentů. Jeho zjištěním prostřednictvím jeho výzkumu, byly data, ve kterých zjistil, že neplýnulosti se bez ohledu na věk jedince projevují převážně v delších větách a slovech. V raném stádiu patogeneze koktavosti, tzn. že je kratší než 3 roky, se projevují převážně v přechodech mezi vokálem a konsonantou. Častější výskyt je ve funkčních slovech a projevech, které se vztahují k objektivnímu světu. V následujícím vývoji balbuties se tyto rozdíly již ztrácí.

Frekvence výskytu příznaků, které se objevují při dysfluenci, je celá řada. Mezi ty nejznámější můžeme zahrnout psychickou zátěž a komunikační situaci. Daleko méně známě jsou v našem prostředí lingvistické komponenty, jenž jsou rovněž ovlivňujícími parametry jak v pozitivním, tak negativním směru. Mohou ovlivnit fluenci řeči balbutiků. Conture a kol. (2001) publikují výsledky svého výzkumu, ve kterém získaly potřebné informace, a vyhodnotili výsledky, které dokazují, že délka a komplexnost mluvního projevu koreluje přímo s výskytem dysfluencí. Dle jejich výzkumu existuje i souvislost mezi sémantickými a lexikálními schopnostmi a následně jejich dysfluencemi. U dospělých balbutiků je zpomalené kódování především v sémantické oblasti, nikoliv ve fonologické. Conture a kol. shrnují, že syntaktické,

sémantické či fonologické procesy současně podléhají kortikálním aktivitám. V okamžiku, kdy se vyvíjí jedna z těchto oblastí v porovnání s ostatními pomaleji, dochází díky tomuto vlivu k zarážkám či zadržování. Tato teze by potvrzovala řešení vzniku vývojových dysfluencí.

Rozhodně zajímavými se stávají názory ohledně projevů balbutiků při psaní. Mistrík (1988) uvádí, že koktavost se v písemném projevu nedoráží. Méreiiová a Vinczénéiová naopak tvrdí, že v písemném projevu u balbutiků jsou následující zvláštnosti:

- a. narušené vedení čáry
- b. opakování
- c. přepisování
- d. škrtání
- e. velký přítlak

(Mérei a Vinczéné, 1979 in Lechta 2010, str. 104).

Je zde velmi zřejmé, že je jistá pravděpodobnost, že písemný projev balbutiků je projevem organicity, respektive specifických poruch učení než skutečnost, že jsou projevem koktavosti.

V oblasti čtení Kehoe uvádí, že někteří balbutici dokáží číst velmi plynule, zatímco jiní tuto aktivitu nedokáží. (Kehoe, 2000, in Lechta 2010, str. 104).

Je však možné, že i tato skutečnost souvisí s organicitou, která může být v pozadí, jenž zapřičiňuje koktavost.

V okamžiku, kdy tito lidé, kteří trpí koktavostí, začnou zpívat, jejich problém se ztrácí. Jak uvádí Zuckrigl (1966 in Lechta 2010, str. 105), až 92% balbutiků dokáže zpívat bez obtíží. Frekvence tohoto výskytu je podle Wirtha (1990) přibližně okolo 2-8%. Zpěv na profesionální úrovni člověka s koktavostí je sice reálný, ale mohou zde nastat problémy v oblasti těžké chronické koktavosti, která je vystupňovaná psychickou tenzí a nadměrnou námahou.

2. Diagnostika narušené komunikační schopnosti

Nejdříve se v této kapitole budu věnovat narušené komunikační schopnosti. „Komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů (příp. několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru.“ (Lechta, 1995, str. 17)

Při narušené komunikační schopnosti je potřeba brát v ohled tyto konkrétní jazykové roviny: foneticko-fonologickou, morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou nebo pragmatickou. Pokud jde o interindividuální komunikaci, může zde jít tak o verbální, tak neverbální složku. Další hledisko je, že může být narušená jeho expresivní složka, tedy produkce, ale také receptivní složka, tedy porozumění mluveného projevu. Toto narušení komunikační schopnosti může být trvalého charakteru, obvykle nastává při organickém poškození, ale může se jednat i o přechodné, mj. je přítomné při většině forem dyslálie. Tohle je důvod, proč zde hovoříme o narušení, nikoliv poškození.

Již zmíněná narušená komunikační schopnost se může projevat dvěma způsoby. Tím prvním způsobem je vrozená vada řeči, tím druhým potom získaná porucha řeči. Při celkovém klinickém obraze může být v popředí nebo může vystupovat pouze jako symptom jiného, avšak dominantního postižení, onemocnění nebo narušení. Jako příklad uvádím symptomatické poruchy řeči. Mezi úplné narušení komunikační schopnosti můžeme řadit např. totální afázii, dyslalii multiplex. Také se můžeme setkat s částečným narušením, tedy parciálním.

Člověk s touto diagnózou, tedy narušenou komunikační schopností si klient může plně uvědomovat, v jiných případech nikoliv. Jako příklad uvádím lehký sigmatismus nebo dysfonie. Narušená komunikační schopnosti mohou a zasahují i do jiných sfér, např. symbolických procesů ve zvukové (př. dysgramatismus), ale i do nezvukové dimenze (př. dysgrafie). Také může zasahovat do sféry nesymbolických procesů, které jsou opět zvukového charakteru (př. dysartrie), ale i nezvukového charakteru (př. narušení koverbálního chování). (Lechta, 1995, str. 18-19 In: Lechta, 1990).

2.1 Cíle diagnostiky

Pokud budeme mít co nejvíce přesnou diagnostiku narušené komunikační schopnosti, je to dobré východisko pro vhodný výběr a následnou aplikaci metod intervence, ale také koncipování její následné strategie a poté určení prognózy. Všechny tyto postupy mají pro

kvalitu péče v této oblasti má nesmírně důležitý význam. Mezi hlavní cíle diagnostiky při narušené komunikační schopnosti patří:

- Určení, zda jde skutečně o narušení a nejedná se o fyziologický jev (např. fyziologická dyslalie se nemůže považovat za patlavost, fyziologické těžkosti ve vývoji řeči u dětí kolem 3. roku věku se nepovažují již za koktavost, fyziologická nemluvnost se nemůže pokládat za narušený vývoj řeči); může se ale jednat o přijatelnou odchylku, a proto je důležité správně identifikovat druh, tedy typ či formu tohoto narušení.
- Pokud je to možné, je důležité zjistit příčinu vzniku narušené komunikační schopnosti, což není vždy jednoduchá disciplína. Pokud se jedná o orgánovou, např. genetická mutace, chromozomové aberace, jakékoliv vývojové odchylky, poškození různých analyzátorů, neuroefektů apod. Další příčina může být funkčního typu, např. napodobování chybného řečového vzoru, který dítě má, ale nemůžeme také vyloučit etiopatogenezi narušené komunikační schopnosti, která se vyskytuje v prenatálním, perinatálním nebo postnatálním období.
- S určitou pravděpodobností určit, zda se jedná o trvalé nebo přechodné narušení. Je tedy velmi důležité, abychom dokázali správně posoudit tento stav s ohledem na jeho potenciální odstranění, případně jaké jsou či mohou být následky. V tomto případě se tedy jedná o prognózu.
- Stejně tak důležité je určit, zda jde o narušení komunikační schopnosti vrozené nebo získané. V případě, že se jedná o vrozená, hovoříme o vadě řeči, naopak v případě, že se jedná o získané, hovoříme o poruše řeči.
- Dalším důležitým faktorem je zjištění, zda přítomné narušení komunikační schopnosti v celkovém diagnostickém profilu dominuje, nebo zda se jedná pouze o jeden ze přítomných symptomů. Tyto symptomy může řadit k jinému dominujícímu poškození, případně onemocnění či narušení. Tím může být např. symptomatická porucha řeči.
- Neméně důležitým krokem je stanovení si faktu, že si tento problém pacient uvědomuje, což bývá ve většině případů. Také se může jednat o neuvědomění si z pohledu pacienta, což se následně může jednat o např. breptavost, nebo o některé druhy patlavosti. Tohle má zcela mimořádný význam, co se týče prognostického hlediska. Stejně tak je velice důležité stanovit vhodné a správné terapeutické postupy.
- Posledním a zcela nepochybně velmi důležitým faktorem je určení stupně narušení. Zde přichází v úvahu totální, úplné narušení, doprovázené s nemožností komunikovat, nebo o parciální (částečné) narušení, ale s možnými stupni. (Lechta, 1995, str. 21-22).

2.2 Metody a techniky diagnostiky narušené komunikační schopnosti

Než budeme aplikovat metody diagnostiky u osob s narušenou komunikační schopností, je důležité vycházet z prvotního, jednoduchého úkolu. Tím je nechat vyšetřovanou osobu stimulovat, případně vyprovokovat k souvislému mluvnímú projevu. Snažíme se, aby vyšetřovaná osoba projevila svou skutečnou komunikační schopnost, bez jakéhokoliv zkreslení aktuální situace. (Lechta, 1995, str. 23 In. Lechta, 1990). Je více než potřebné, aby každá metoda využitá k diagnostice a každá technika, kterou odborník použije při vyšetřování, vycházela právě z již zmíněného aspektu. Podobný názor jako Lechta má u Bundschuh (1991, In. Lechta 1995, str. 23). Ten upozorňuje na velké nebezpečí, které může vzniknout tím, že odborník bude chybovat ve svém hodnocení narušené komunikační schopnosti u svého klienta. Tím ovlivňuje i další následky, které jsou důležité pro jeho budoucí vývoj. To je jeden z důvodů, proč odmítá rozdílné vykonstruované diagnózy či diagnostické situace, jenž neobsahují žádné podněty k mluvnímú projevu vyšetřovaného. Naopak spíše rezultují komunikační bariéry pře přirozenými impulzy. Při diagnostice dítěte považuje za vhodné pouze pozorování mluvnímú projevu, jeho řečové chování v rozmanitých situacích, pro něj přirozených, případně řečově podnětné situace. Těmi mohou být např. hry, obrázkové knihy, obrázky, říkanky apod. (Lechta, 1995, str. 23)

2.3 Jednotlivé diagnostické metody

U diagnostických metod Lechta ve své publikaci vychází např. z Vaškova (1991, In Lechta 1995, str.23) třídění. Konstatuje zde, že v diagnostice narušené komunikační schopnosti se mohou využívat a využívají následující metody.

1. Pozorování – zejména se jedná o archy, které jsou určeny pro sledování vyšetřovaného (mj. Lechta, Striežová a kol., 1985 In: Lechta 1995, str. 23). Dalším nástrojem jsou hodnotící stupnice, např. při diagnostice stupně koktavosti.
2. Explorační metody – při užití této metody se používají dotazníky, anamnestické či řízené rozhovory.
3. Diagnostické zkoušení – tato metoda využívá vyšetření výslovnosti, vyšetřování zvuku řeči, případně písemného zkoušení, např. při dysgrafii a dysortografii.
4. Testové metody – při užití této metody se používá např. test Dvončové a Nádvořníkové, 1983, Token test nebo test laterality.

5. Kazuistické metody – jsou neoddělitelnou součástí kvalitní diagnostiky a komplexního vyšetření. Jsou zde důležité i názory jiných lékařů, odborníků, především jejich závěrečných zpráv, výsledků, doplněné případně o psychologický nebo psychiatrický posudek.
6. Rozbor výsledků činnosti – důležitý je např. ve školské logopedii, kde se výsledky sledují, především ty, kterých žák dosáhl v rámci jeho výchovně-vzdělávacího procesu.
7. Přístrojové a mechanické metody – zde se jedná především o artikulografii a chromografii.

(Lechta, 1995, str. 23-24).

Dalšími metodami, prostřednictvím kterých můžeme diagnostikovat koktavost, jsou následující.

1. Anamnéza a klinický rozhovor

Vyšetřuje se pacientova historie, včetně doby, kdy koktavost začala. Sleduje také situace, ve kterých se projevuje a další související faktory.

2. Fyzikální vyšetření

V této oblasti se provádí obecné fyzikální vyšetření, které může zahrnovat kontrolu funkce hlasivek, dýchacích cest a dalších oblastí, které mohou s tímto problémem souviset. Jedná se především o vyšetření lékařem, konkrétně se realizuje v ambulancích otorinolaryngologie. K tomuto vyšetření je nutné doporučení od ošetřujícího lékaře.

3. Psychologické hodnocení

Koktavost může být ovlivněna psychickými faktory, jako jsou např. stres, úzkost nebo proběhlé trauma. Zde je na místě psychologické vyšetření, které může pomoci identifikovat případné psychologické faktory, které přispívají ke koktavosti. Opět je spojené s doporučením ošetřujícího lékaře.

4. Ocenění jazykových a komunikačních dovedností

Do této oblasti jsou zahrnuty hodnocení jazykových schopností a komunikačních dovedností, aby se vyloučily možnosti jiných řečových poruch.

5. Vyhodnocení neurologických funkcí

Tento postup je opět v rukou lékařů, který doporučí neurologické vyšetření. Bývá realizováno k posouzení možných neurologických příčin koktavosti.

6. Vyšetření sluchu

Opět spadá k lékařským vyšetřením, kde se zjišťují případné poruchy sluchu, které mohou taktéž vést ke vzniku koktavosti. Proto je důležité provést i auditivní vyšetření.

7. Vyloučení jiných zdravotních problémů

Opět je v kompetenci lékařů. Ten může provést další testy nebo vyšetření, které vedou k vyloučení jiných zdravotních problémů, které mohou nebo by mohly vést ke koktavosti.

Online. Dostupné z: [American Speech-Language-Hearing Association \(ASHA\): Stuttering: Assessment and Treatment](#). [cit. 2024-04-17].

2.4 Principy diagnostiky narušené komunikační schopnosti

Obecně v diagnostice platí, že při přímé diagnostice pacienta hrají roli i jiné faktory, jako jsou např. přímo vyšetřovaný klient, jeho příbuzní, aktuální situace, použitá diagnostický materiál, ale také samotná osobnost vyšetřujícího. Lechta s tímto názorem plně souhlasí s Nation a Aramovou (1989 In: Lechta, 1995, str.25). Jiný autor, Grohnfeldt (1992, In: Lechta 1995, str. 25) uvádí, že je důležité klást důraz na potřebu vícedimenzionální analýzy, tedy odchylek verbálního projevu od normy. Tato norma je v našich odborných kruzích známá jako „*zásada skutečné komplexnosti vyšetření*.“ (Lechta 1990 In: Lechta 1995, str. 25). Lechta zde tvrdí, že vícedimenzionální analýza je zárukou skutečné identifikace druhu a stupně narušené komunikační schopnosti. Tato zmíněná zásada bere ohledy a v úvahu všechny možné druhy a

typy narušené komunikační schopnosti. Zároveň pomocí této zásady můžeme zredukovat riziko diagnostického omylu. Ten by hrozil v případě subjektivistického posuzování již zmíněných odchylek.

Jestliže budeme při vyšetřování dodržovat stanovená pravidla a budeme je respektovat, tento postup nám zaručí snížení rizika a následně nám směřuje k dodržování následujícího principu. Tímto principem je co nejobektivnější posouzení komunikační schopnosti. Tento způsob je náročný (časově i odborně), ale i přesto je natolik efektivní, že zde není místo na žádné námitky, které by bylo proti jeho respektování či realizaci. Každý diagnostik, který bude vyšetřovat svého klienta, musí dbát o to, aby otázky kladené jeho osobou, byly vždy co nejobektivnější, dále aby se vyvaroval sugestivních otázek, neměl by působit nadřazeným dojmem, naopak by měl pokud možno v maximální míře využívat standardizované, nebo alespoň standardně užívané metody a techniky, které pomohou k vytvoření správné diagnózy.

Nesmíme zapomínat, že je velmi důležité, abychom vyšetřovanou osobu vždy brali z komplexního hlediska. Každý diagnostik musí mít na paměti základní pravidlo, že nevyšetřuje narušenou komunikační schopnost, ale člověka s narušenou komunikační schopností. Z toho důvodu je potřeba brát velký zřetel a klást důraz na při vyhodnocení diagnózy, že musíme brát v úvahu a pracovat s celou osobností jedince. (Lechta, 1995, str. 25-26).

Kollárik (1992, In: Lechta, 1995, str.26) uvádí následující 3 chyby, který je dopouštěno u diagnostiků.

1. První dojem – zde nastává tendence hodnotit klienta podle prvního dojmu, který na nás udělá.
2. Haló-efekt – opět tendence hodnotit člověka na základě jeho nápadnějších znaků.
3. Jednostrannost a neúplnost informací – diagnostická situace, ve které se klient a diagnostik nacházejí, zpravidla neumožňuje práce již zmíněnému diagnostikovi, vyvodit správné a patřičné závěry.

Dalším důležitým aspektem pro správné vytvoření diagnózy, je pátrání po příčině narušené komunikační schopnosti. Tento úkol není vůbec jednoduchý, ne vždy sám klient nebo jeho příbuzní, si dokáží vybavit a klasifikovat konkrétní moment, kdy došlo k narušení komunikace.

V případech, ve kterých se nepodaří odhalit příčinu, většinou je to okamžité promítnutí i do šancí, které povedou ke korekci. Johnson a kol. (1963, In: Lechta 1995, str.26) doporučuje pátrat po všech příčinách a brát v potaz časové, místní a osobností souvislosti.

Dalším důležitým ukazatelem je princip časově ekonomické diagnostiky. Tento princip hovoří o požadavku, který má za cíl určit co nejpřesněji diagnózu, za co možná nejkratší čas. Pokud dáme dostatečně přiměřený čas k určení závěrečné diagnózy, lze předejít omylům, které vyplývají z unáhlené, také povrchní diagnostiky. Ta se může projevovat jako rychlá, což má za následek prodloužení času, který je tolik důležitý a potřebný k vyšetření, ale především pro korekci narušené komunikační schopnosti u klienta. (Lechta, 1995, str. 26).

V případě, že nastanou složitější situace, které obvykle vyžadují dlouhodobější péči, se častěji objevuje prolínání procesu diagnostiky s terapeutickým procesem. Toto prolínání je označeno jako **průběžnost diagnostiky**. Můžeme se s ním setkat např. u dětí s narušenou komunikační schopností, při rozvíjení řeči vývojem v raném věku. Zde ještě nelze s jistotou stanovit definitivní diagnózu. Zde hovoříme o diagnostické stimulaci a stimulační diagnostice. Tento přístup již zdůrazňovali v roce 1963 Johnson a kol. (Johnson a kol. 1963, In: Lechta, 1995, str. 26). Tito autoři ve své publikaci tvrdili, že mezi diagnostikováním a následnou terapií musí být stanoveny hranice, které jsou velice striktní. Činili tak z toho důvodu, že byli přesvědčeni o tom, že diagnostické postupy mohou mít funkci terapeutických postupů anebo právě naopak. (Lechta, 1995, str. 26).

Posledním přístupem, který Lechta ve své knize uvádí, je zásada týmového přístupu. Je přesvědčen, že zásada je naprosto nepochybná. Je důležitá při určování konečného výsledky, tedy finální diagnózy. Tento závěr často vychází ze zjištění, na kterém se podílí větší počet odborníků. Např. logopedů, foniatrů, otorinolaryngologů, psychologů, psychiatrů, fonetiků, speciálních pedagogů apod. (Lechta, 1995, str. 27).

2.5 Základní vyšetření

Koktavost je mimořádně složitý, komplexní syndrom. Proto je důležité, aby stejně tak komplexně proběhla i diagnostika klienta. Snadrieserová a Schneider (2008) popisují ve své publikaci komplexnost a standartní diagnostické postupy. Především zmiňují realizaci celého komplexu jednotlivých vyšetření a jejich následné vyhodnocení. Dohromady celý tento postup obvykle trvá cca 3,5 hodiny. V situaci, kdy diagnostika není takto realizována, se doporučuje

provést tzv. diagnostickou terapii, která trvá obvykle 2-4 týdnů. Kromě velké časové náročnosti při vyšetření se vyskytuje další problém u diagnostiky koktavosti, čím je chybění norem, např. normy pro „normální“ či běžný počet dysfluencí v běžné řeči.

Diagnostika koktavost, kterou uvádí Lechta ve své publikaci, patří do kategorie speciálních vyšetření NKS. Rozdíl mezi orientačním a základním vyšetření od NKS spočívá v tom, že tohle vyšetření je zaměřené na co nejvíce přesnou identifikaci již dříve zjištěné NKS. V průběhu tohoto vyšetření se hledá v každém vyšetřovaném případě odpověď na následující otázky:

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

Obvykle je součástí vyšetřování klienta celá řada konziliárních vyšetření odborníků, což je součástí transdisciplinární diagnostiky. Součástí je logoped, foniatr, psycholog, neurolog, psychiatr, apod. Nejdůležitější místo zde ale mají rodiče nebo nejbližší příbuzní, pedagogové, v případě již dospělých balbutiků to jsou partneři či manželé. (Lechta, str. 106-107, 2010)

2.6 Průběh diagnostiky

První a důležitý krok k diagnostice je kontakt s balbutikem, respektive s jeho rodiči či příbuznými. Bohužel se dnes čím dál více častěji stává, že první kontakt s klientem je telefonický nebo přes e-mailovou korespondenci. I v této situaci je možné zahájení diagnostiky a dalšího postupu, kdy si odborník, většinou logoped, může vyžádat od rodiny podrobné informace o dítěti společně s nahrávkou jeho řeči. Na vstupní vyšetření navazují kontrolní, které jsou realizovány v průběhu terapie a poté výstupní vyšetření, většinou konané v 3 měsíčních intervalech, případně dle potřeby. Lechta ve své publikaci uvádí názor Richels a Conture (2010), kde doporučují realizovat kontrolní vyšetření, které se má konat na začátku každého terapeutického setkání. Tzn. ne na konci, a to proto, aby se zjistil skutečně reálný stav a následně se eliminoval pouze ten dočasný, tedy vliv aplikovaných terapeutických technik. Výsledky těchto kontrolních vyšetření, kdy je porovnáváme s počátečním stavem, se doporučují prezentovat zejména rodičům dítěte, kteří mají často až perfekcionistické nároky. Případně jsou názoru, že aplikovaná terapie není dostatečně účinná. Bloodstein uvádí, že postterapeutické vyšetření je vhodné realizovat nejdříve v limitu 18 měsíců od ukončené terapie. Je to z toho

důvodu, že v této době hrozí recidiva. V této situaci se snaží zachytit první příznaky, případně lze předejít blížící se či hrozící recidivě. (Lechta, str.107-108, 2010)

3. Terapie koktavosti

V úvodu této kapitoly nejdříve vysvětlím pojem terapie, jaké je její dělení, co nám přináší. Následně se zaměřím na terapii spojenou v logopedické péči, tedy zaměřenou na koktavost.

3.1 Terapie

Terapii nazýváme léčbu. Ten, kdo lečí se nazývá terapeut, Terapii nebo-li léčbou můžeme rozlišovat podle několika kritérií, podle toho se také různé typy léčby označují. Rozlišujeme ji podle záměru.

- kauzální léčba – je namířena proti příčině nemoci a snažíme se ji odstranit
- symptomatická léčba – je zaměřena na projevy onemocnění, nikoliv na jeho příčiny

Terapii rozlišujeme podle způsobu léčby:

- medikamentózní léčba neboli farmakoterapie – léčba pomocí léků
- chirurgická léčba – léčba prostřednictvím operačního zákroku
- radioterapie – léčba ozařováním

Terapie chováním a řečová terapie

Tento druh terapie zahrnuje pracovní metody, které pomáhají zmírňovat koktavost a zlepšovat plynulost řeči. Patří sem techniky jako např. kontrola dýchání, zpomalení řeči, změna rytmu a intonace, cvičení zaměřená na plynulost mluveného projevu.

Kognitivně-behaviorální terapie (CBT) může pomoci pacientům zvládat emocionální aspekty koktavosti, jako je např. úzkost a stres spojený s mluvením. Tato terapie může zahrnovat techniky relaxace, kognitivní restrukturalizaci a expozici.

3.2 Podpora a poradenství

Poskytování podpory a poradenství pacientovi a jeho rodině může být klíčový moment pro zvládnání koktavosti. Tato podpora může pomoci pacientovi přijmout svou koktavost a naučit se strategie, jak nejlépe komunikovat.

3.3 Farmakoterapie

V některých případech může být použita farmakoterapie k léčbě koktavosti, zejména pokud jsou přítomny doprovodné psychické poruchy, jako je např. již zmíněna úzkost nebo deprese. Léky jako jsou benzodiazepiny nebo antidepresiva mohou být předepsány, ale vždy by měly být pod dohledem odborného lékaře.

3.4 Intenzivní terapie

V některých případech může být doporučena intenzivní terapie, která zahrnuje pravidelné a časté relace s logopedem nebo se specialistou na koktavost.

Online. Dostupné z: [American Speech-Language-Hearing Association \(ASHA\): Stuttering: Assessment and Treatment](#). [cit. 2024-04-17].

Je zřejmé, že na koktavosti se nepodílí pouze jedna příčina. Proto je velice důležité zvolit vhodný terapeutický postup. Jestliže neznáme příčinu, která stojí na neplynulosti řeči, nemůžeme ji bezpečně odstranit, ale pouze potlačujeme její příznaky. Nastávající problém, který si sebou nese volba a aplikace náležitého terapeutického postupu dokumentuje také jejich množství, ale také kvalitativní stránka problému. V současné době je známo přes 250 postupů k odstraňování koktavosti.

Práci s balbutiky můžeme realizovat pomocí individuální, ale také skupinové formy. V poslední době se ve světě spíše přiklání ke skupinové terapii. Dle Peutelschmiedové je dělení dle počtu členů terapie na metody individuální a skupinové to nejjednodušší.

Peutelschmiedová (1994b) uvádí ve své publikaci následující dělení:

- medicínské
- mechanické
- cvičné
- psychologické
- komplexní specifické

Autorka ve své publikaci uvádí metody, které jsou považovány za aktuálně používané. Jedná se např. o behaviorální terapii. Jedná se o soubor technik změn chování, které se opírají o učební principy. Představitelem této terapie je Webster, jenž vychází při této terapii z klasického podmiňování. Jsou pořádány kurzy pro balbutiky, ve kterých se zaměřují na jeho dýchání, změnu respirace, fonaci a artikulaci. Terapie je uskutečňována v malých zvukových kabinách, kde jim napomáhá přístroj Voice Monitor. Cílem této terapie je naučit balbutiky měkkému začátku při vyslovování samohlásek, souhlásek, slabik i krátkých sov. Jednotlivá cvičení se opakují do té doby, dokud balbutik nevysloví 50 000 správných slov – tedy s měkkými začátky.

Van Riper, který byl sám balbutikem, rozlišuje ve své terapii 4 fáze:

1. identifikaci – poznání vlastní koktavosti
2. desenzibilaci – odstranění pocitu strachu a úzkosti
3. modifikaci – cílem je učit se „plynulejšímu koktání“
4. generalizaci – využívání měkkých technik v praxi

(Klenková 2006, str. 162-163)

Kondáš (1983) zastává názor, že jádrem nápravy reedukaci řeči, která obsahuje logopedickou a psychologickou složku, v širším měřítku potom koncipovanou psychoterapii.

(Klenková 2006, str. 162-163)

Böhme (1977, In: Lechta, 1990, In: (Klenková 2006, str. 162-163) dělí metody terapie na jednodimenzionální a kombinované. Mezi metody jednodimenzionální (tj. postupy, které využívají specifické přístupy) lze zařadit např. medikamentózní metody, gymnastické, psychoterapeutické, přístrojové, auditivní, operační, žvýkáci, spánkové, muzikoterapii, akupunkturu, hypnózu, atd.

Metody vícedimenzionální jsou takové, u kterých jde o různé formy kombinování jednotlivých metod, a jsou založené na spolupráci jednotlivých odborníků. Vycházejí z předpokladu, že právě i příčiny i projevy koktavosti jsou vícedimenzionální. Tyto metody zastupují např. didaktická metoda Gtzmannova, komplexní metoda dle Vlasovové nebo metoda Van Ripena. Na naší domácí scéně terapie jsou více používány metody komplexní léčby podle Seemana, Pavlové-Zahálkové, Kondáše, Sováka, nebo Bubeníčkové.

Modifikace Seemanovy komplexní léčby je postaveno na cvičení, ale tvořila ji také medikamentózní léčba, tělesná cvičení, dodržování denního režimu, určitá dieta, psychoterapie, nácvik správné respirace, fonace, artikulace, řečická cvičení či čtení. Tyto metody se aplikují v logopedii dodnes.

3.5 Terapeutické příčiny jsou rozdělovány na přímé a nepřímé.

Nepřímé přístupy

Představují je terapie, které mají za cíl dosáhnout lepšího průběhu plynulosti řeči, jenž se dají ovlivnit prostředím, osobností balbutika nebo jeho celkové jazykové přípravy. Zahrnujeme zde i pohybové schopnosti, ale bez přímého tréninku fluence. Tyto terapie můžeme dále rozdělit na terapie s bezprostředním ošetřením balbutika – ty jsou zaměřené na komunikační schopnosti, ale také na změnu postojů, citů, ale také na zlepšení koncentrace, rozšíření kapacity auditivního zpracování, ale také na zlepšení koordinace oromotoriky. Další metodou je terapie bez bezprostředního ošetření balbutika. To je zaměřené na kognitivní zpracování koktavosti. To znamená, na seznámení se s celou situací, problematikou balbuties, emocionálně-afektivní zpracování koktavosti. To obnáší připravit rodiče či příbuzné na akceptování diagnózy dítěte a behaviorální zpracování. Je důležité se zaměřit na chování rodiny k balbutikovi, analyzovat komunikační situace.

(Klenková 2006, str. 162-163)

Přímé přístupy

Ty představují otevřené a přímé pokusy, které by mohly změnit řečový projev balbutika a s ním spojené chování. (Conture, 1990, In: Lechta, 2002, In: Klenková, 2006, str. 164). Terapie jsou zaměřené na tvarování plynulosti. To znamená, že se snaží o systematické rozšiřování již existujícího vzorce plynulé řeči. Ta se realizuje ve 3 fázích a na modifikování koktavosti. Zde jsou terapie zaměřené na vzorce mluvení a na jeho symptomatiku.

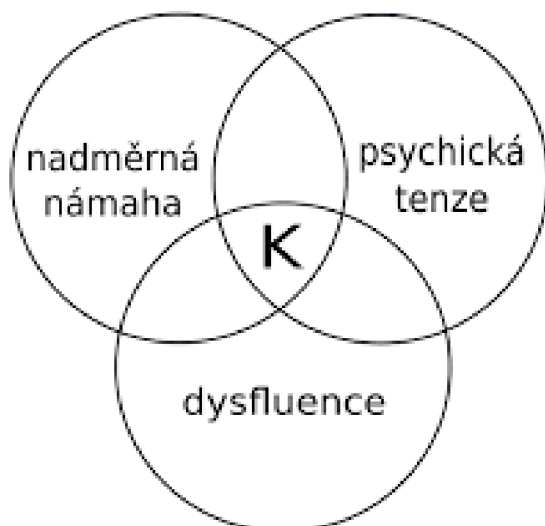
Tyto nepřímé postupy či metody jsou aplikovány především v dětském věku. Čím více je balbutik starší, tím více se aplikují metody přímé. Problematikou terapeutických přístupů a jejich epicenter se podrobněji zabývá právě Viktor Lechta ve své publikaci Koktavost, komplexní přístupy z roku 2004. V této publikaci terapeutické přístupy rozděluje do dvou skupin:

- a. terapie tvarováním plynulosti
- b. terapie modifikace koktání

Také zdůrazňuje, že pod těmito názvy je potřeba hledat trochu více, konkrétně určitou filozofii, která je typická pro určitý terapeutický přístup než hledat pouze konkrétní terapeutickou techniku.

3.6 Komplexní terapie na bázi klinického modelu koktavosti

Lechta ve své publikaci vychází při terapii především z klinické patogeneze koktavosti, ale také z jejího modelu. Jedná se o komplexní přístup, a to z toho důvodu, že je komplexní, protože se zaměřuje na neplynulost, ale také na psychickou tenzi i nadměrnou námahu, který je kvalifikován jako syndrom koktavosti.



Obr. č. 1

Online. Dostupné z: <https://theses.cz/id/5kyevd/37168269>. [cit. 2024-04-17].

Komplexní klinický obraz koktavosti je dle Lechty (2004) propojen ve vzájemném prolínání 3 skupin symptomů.

- a. dysfluence, neboli neplynulosti (repetice, prolongace, apod.)
- b. nadměrné námahy při projevu (při překonávání bloků svalstva artikulačního aparátu)
- c. psychické tenze (během mluveného projevu, ale postupně i před ním, před potřebou komunikace, kde je riziko vyústění do logofobie)

Kompletní obraz koktavosti lze charakterizovat do 3 skupin symptomů. Ty se zpravidla během etiopatogeneze koktavosti u jednotlivých balbutiků projevují individuálně, v různé míře, ve velmi rozmanité časové návaznosti, ale také v rozličném stupni závažnosti a v různých vzájemných závažnostech. Jsou zde přítomny také zpětnovazební mechanismy.

V následující tabulce č. 2, kterou jsem převzala z publikace Klenkové z roku 2006 je znázorněna právě geneze koktavosti. Jedná se zde o schematické zjednodušení, kde důraz byl kladen na zjednodušení a přehlednost. Je zde prezentována geneze „od zdola nahoru“. Dochází zde k souhrnu a následné vrstvení jednotlivých samostatných příznaků. Ty se ovšem mohou i prolínat.

Neplýnulost	Nadměrná námaha	Psychická tenze
Chronická kóktavost (cca 14 let a více)	Prodlužování bloků spolu s tremorem rtů, čelistí.	Logofobie, únikové, vyhýbavé chování, silné pocity frustrace, ale především obav z komunikace, změny ve složitosti mluvy.
Fixovaná kóktavost (asi 7-13 let); převaha prolongací, repetice hlásek	Bloky, napětí, zápolení se slovy, narušené kóverbální chování.	Rozpaky, pocity blamáže, vyhýbavé chování, situační strach, anticipování bloků, ale také obtížných komunikačních situací.
Incipientní kóktavost (5-7 let) prolongace, opakování částí slov, redukované samohlásky, sporadický výskyt období fluentnosti	Přítomna nepřirozená artikulace, vegetativní příznaky, jsou zde znaky svalového napětí, občasné narušení kóverbálního chování, zvýšení tonusu, akcelerace při dysfluenci.	Přítomny projevy netrpělivosti, hektika, občasné uvědomění si obtíží, nejasné pocity frustrace, ustupující zrakový kontakt .
Vývojová dysfluence (cca 3-4 roky) vsuvky, slovní repetice, opravy nekompletních slov	Nejsou přítomny žádné patrné projevy.	Nejsou přítomny žádné patrné projevy.

Tab. č. 2 Lechta, 2004 In Klenková, 2006, str. 166

U patogeneze kóktavosti mohou být přítomny 3 fáze:

- a. vývojová dysfluence
- b. incipientní kóktavost
- c. vlastní kóktavost

Dle rozvinutí se následně rozdělují 3 stádia kocktavosti na:

- a. incipientní
- b. fixovanou – dochází zde k upevňování jednotlivých symptomů
- c. chronickou – zde je přítomen kompletní a rozvinutý klinický obraz

Při terapii balbuties rozlišujeme 2 pohledy:

- a. horizontální
- b. vertikální

Horizontální pohled je zaměřen na podstatu jednotlivých metod. Vertikální pohled se zaměřuje na výběr a aplikaci vhodných metod, které jsou následně ovlivněny věkovými kritériem klienta.

Ve svém samostatném terapeutickém přístupu Lechta uplatňuje především vertikální členění. Je to dáno skutečností, že práce se liší dle věku klienta, zda se jedná o dítě předškolního věku, s kocktavým žákem, adolescentem či dospělým jedincem. Pro tyto různé věkové skupiny existují také i různé typy dysfluencí. Podle nich rozdělujeme terapie do 3 druhů:

- a. terapie incipientní kocktavosti – obvykle se vyskytuje u dětí v předškolním věku
- b. terapie fixované kocktavosti – vyskytuje se u dětí školního věku
- c. terapie chronické kocktavosti – vyskytuje se u adolescentů, ale především u dospělých

(Klenková, 2006, str. 165)

Pokud se zaměřujeme na přehled známých terapií, nesmím zapomenout zmínit fonograforymickou metodu. Ta vychází z holisticky přebíraného klinického obrazu u balbuties, který je chápán jako syndrom. V něm dochází k průniku základních symptomů – nadměrné námahy, psychické tenze a dysfluence. Úspěšnost terapie u kocktavosti závisí na několika faktorech. Je také důležité správně terapii zacílit. Obvykle bývá zaměřena na

terapeutický program k vyloučení symptomů, konkrétně tenze, což chápeme jako prevenci. Může být realizována např. psychoterapií nebo muzikoterapií. Dále se zaměřuje na vyloučení námahy, např. behaviorálními přístupy nebo pantomimou. Další zaměřením terapie je vyloučení samotných dysfluencí, např. fonogragomotorika.

Tato Lechtova koncepce se osvědčila jako vhodná metoda terapie při koktavosti, zaměřené na dysfluenci. Je založena na řadě komponentů, které vycházejí z teorie, praxe či četných výzkumných výsledků.

Lechta dle svých zjištění došel k výsledku a teorii, že koktavost je výsledkem asynchronnosti pravohemisférového, tedy paralingvistického a levohemisférového, tedy lingvistického systému. Ty vznikají na základě postupně z normálních vývojových neplynulostí, které mají svůj základ položený exogenně nebo endogenně. Projevuje se zde zážitek časového tlaku a zážitek ztráty kontroly nad vlastní realizací mluveného projevu. To zapříčiňuje zmaření komunikačního záměru. Omezení této dysfluence jde poté tzv. ruku v ruce s redukcí potřeby monitorování své řečové motoriky, ale i jazykové koncepce svého záměru v komunikaci. (Klenková, 2006, str. 166-167).

Lechta ve své publikaci z roku 2000 vysvětluje svůj postup, kdy aplikuje pomalé, rytmické hovory, při kterých dochází k redukcí potřeby sledování. Následně se integrují paralingvistické procesy – grafomotorika společně s lingvistickými procesy, jako jsou např. fonologie či koncipování výpovědi do jednoho celku. Nazývá je fonograforitmika. Tím se společně eliminuje začátek časového tlaku na výslovnost. Fonograforitmika se realizuje v 7 fázích, které jsou považovány za základní.

Tato technika se stává účinnou pouze tehdy, pokud je skloubena s metodami, které jsou zaměřené na psychickou tenzi a nadměrnou námahu. Tutu tezi autor popisuje ve svých pracích z let 2000, 2003, 2004 a 2005.

Peutelschmiedová ve své práci z roku 2001, s. 167 vyjadřuje svou potřebu o rozšíření problematiky koktavosti následovně slovy: „*Nikdo dosud spolehlivě nestanovil příčinu koktavosti. V čem panuje shoda je přesvědčení, že koktavost není důsledkem příčiny jediné. Naštěstí už v Čechách, na Moravě a ve Slezsku jsme se vzdali názoru, že koktavost je neuróza řeči. Ještě bychom měli vymýtit obviňování rodičů jako původců a příčiny koktavosti jejich dětí. Rodiče a jejich výchovný styl skutečně nejsou příčinou koktavosti dítěte. Mohou ji svým přístupem zhoršovat nebo mírnit, ale ne vyvolávat.*“ (Klenková, 2006, str. 167).

4. Případová studie

V této části své práce představím jeden příběh dívky a její matky. Představím zde jejich společnou cestu od těhotenství až po současnost, kde se pokusím zachytit začátek jejich problémů. Neudávám zde pravá jména, pouze reálné skutečnosti, postupy, kroky, kterými si společně prošly, a pokusím se nastínit krátkou budoucnost toho, co je ještě čeká.

Dívka, které se ve své práci budu věnovat, je dnes 12letá slečna, žákyně 7. třídy základní školy. Říkejme jí Anička.

Narodila se do neúplné rodiny, zdravým rodičům. Těhotenství matky však, paradoxně k jejímu věku, nebylo bez komplikací. Během těhotenství trpěla častými nevolnostmi a záchvaty latentní tetanie, kvůli kterým musela být opakovaně volána rychlá záchranná služba, většinou doprovázená několikadenní hospitalizací. V době těhotenství matka studovala vysokou školu, kdy byla v 1. ročníku. I přes těhotenství studium nepřerušila a ve studiu pokračovala.

Otec dítěte je mladší než matka, v té době byl také studentem vysoké školy, ale během těhotenství studia zanechal a nastoupil do zaměstnání. Poté, co se dozvěděl o těhotenství své přítelkyně, nastaly ve vztahu problémy, protože nevěřil tomu, že dítě čeká opravdu s ním a snažil od „problému“ utéct. Matka se i přes to rozhodla, že si dítě nechá a bude se o něj starat.

Po opakovaných hospitalizacích, kdy v 7. měsíci došlo opět ke kolapsu matky a byla převezena do nemocnice, jí byl až do porodu nařízen klid na lůžku a těhotenství označeno za rizikové. Matka všechna doporučení lékařů dodržela, s otcem dítěte vztah se snažila pořádkem, i přes problémy a jeho nezáměr, udržet.

Po porodu dcery, který s ohledem na polohu dítěte musel být proveden císařským řezem, a po propuštění z porodnice, se s otcem dcery rozešla. Důvodem byl nepřekonatelný nezáměr z jeho strany jak o dceru, tak o ni, jako partnerku a ženu, která se mu dle jeho slov „zhnusila“.

Matce Aničky se změnil celý život, všechny její životní plány a vize se rozpadly. Ale při pohledu na dceru viděla, že něco nového a krásného, co má smysl, začíná. Kromě toho krásného, ale také začalo i to negativní, v podobě soudního státní a jednání na sociálním odboru.

Vývoj Aničky byl fyziologický, pravidelně navštěvovaly pediatra. Příbytek na váze byl také fyziologický. Porodní váha Aničky byla 3 260 g a 51 cm. Na hračky, pohyby, hlasy

reagovala téměř ihned po narození. Hned po porodu se usmívala. V necelém půl roce se poprvé postavila na nohy a chodila s oporou kolem nábytku. Poté začala ložit a v 7 měsících vylezla schody do poschodí v rodinném domě.

Od mala byla velice všímavá, o vše se zajímala, byla velice učenlivá. Okolo 7 měsíců již seděla v jídelní židličce a jedla sama příborem. Ke všemu se stavěla velice ambiciózně, zvědavě, se snahou se vše rychle naučit, pochopit, co nejvíce si zapamatovat.

Sama chodit začala ve 14 měsících. Mluvit začala fyziologicky.

Do mateřské školy nastoupila do posledního ročníku, jako předškolák. V 5 letech zvládala si zavazovat tkaničky na botách, jiné odmítala. PPP při vyšetření školní zralosti doporučilo odklad z důvodu emoční nezralosti a silné citové vazby na matku. Po konzultaci s pediatrem a při zápisu do školy, byla Anička přijata řádně do 1. třídy základní školy.

Ve škole se učila a učí dobře, na vysvědčení mívá vyznamenání. Problémy ve škole jí dělají naučné předměty. Na I. stupni to byly předmět ČJS – Člověk a jeho svět, který se skládal z vlastivědy a přírodovědy. Bavila ji matematika, tělesná výchova, výtvarná výchova, hudební výchova a pracovní činnosti.

Od 5ti let navštěvovala zájmové kroužky. Na ZUŠ chodila do houslí a klavíru, sportovně zaměřené měla tenis, krasobruslení a všeobecnou taneční průpravu. Po nástupu do školy, kroužky chtěla ponechat, ale místo klavíru hrála 1 rok na zobcovou flétnu, která jí měla pomoci při dýchání a vybrala si výtvarný kroužek.

Po nástupu do školy začaly být viditelné prodlevy v řeči. V té době matka pracovala v nemocnici jako zdravotní sestra, tedy ve směnném provozu. Žily s matčiny rodiči v rodinném domě. Současně kromě prodlev v řeči Anička měla špatnou výslovnost některých hlásek, konkrétně K, G, R a Ř. Z tohoto důvodu začala navštěvovat ambulantně logopedickou péči. První zmíněné souhlásky, tedy K a G se naučila, ale bohužel, R a Ř neumí vyslovit dodnes.

Matka v té době měla přítele, se kterým Anička docela dobře vycházela. Jedno odpoledne, když byly u něj, se zabouchla na toaletě, která jí nešla otevřít. Zůstala zde uvězněná asi půl hodiny, a následně dveře na toaletu museli rozbít. Anička po tomto zážitku byla velmi v šoku. Dnes si tuto situaci nepamatuje ani nevybavuje.

Matka i rodina si myslela, že je to běžná logopedická vada, která při cvičení a odborném vedení za nějaký čas vymizí. Opak se ale stal pravdou. Když byla Anička ve 2. druhé, matka změnila povolání. Z nemocnice přešla do školství. Zároveň v té době babičky Aničky odjela do

lázní a Anička v té době onemocněla chřipkou, při které měla velmi vysoké horečky. Po této chřipce se její řeč zhoršila.

Matka s Aničkou přešly k jinému logopedovi. Ve škole se jí zhoršila komunikace, začala se více uzavírat do sebe, méně mluvit, více psát nebo ukazovat. Někdy bylo velmi obtížné ji přimět hovořit nahlas.

Během školní docházky se Aniččina řeč ještě zhoršovala a obtíže se prohlubovaly. Proto ze strany třídní učitelky bylo navrženo vyšetření v SPC za účelem pomoci Aničce ve vyučování. Po vyšetření v SPC Aničce byl z logopedického hlediska navržen 3. stupeň podpůrných opatření a nastavená pravidla práce ve škole.

Aničce tento postup pomohl a vyhovoval. Paní třídní učitelku si velice oblíbila a měly k sobě velmi pěkný a blízký vztah. Na této základní škole Anička dochodila do 5. třídy.

Na základně výsledků vyšetření v SPC jim bylo doporučeno vyšetření na neurologii, foniatrii, doplnit o psychologické vyšetření. Z neurologického hlediska byla Anička v pořádku, žádné anomálie se nevyskytly. Z pohledu foniatra také ne. Z pohledu psychologa už závěr nebyl tak jednoznačný. Byla jim doporučena ke zvážení hospitalizace na logopedické klinice v Brně. Tu však pak obvodní lékař nevyhodnotil jako adekvátní v dané situaci. Dál navštěvovaly logopedickou ambulanci a dbaly a plnily rady pana logopeda.

Ke konci 5. třídy se zásadně v našich životech změnila situace, kdy matka ztratila nečekaně práci a rozhodla se, že je na čase se úplně osamostatnit. Během letních prázdnin se se i s Aničkou přestěhovala a nastoupila do nového zaměstnání, základní školy, kterou navštěvuje i Anička. Pro ni a její psychiku to byl velký zásah, který si matka uvědomovala. S Aničkou o všem mluvila, domluvily se na novém začátku. Anička nastoupila do nové školy do 6. třídy. Přibyly jí nové předměty. Baví ji matematika, fyzika, zeměpis, výtvarná výchova, pracovní činnosti, tělesná výchova a hudební výchova. Naučné předměty jí dělají problémy, ty techničtější jsou pro ni lepší. Znamky jsou adekvátní k její nové situaci.

Vzhledem ke konci platnosti doporučení jsme navštívili SPC v novém místě působení a bylo nám doporučeno setrvat na 3. stupni podpůrných opatření. 8. 12. 2022 do školy přišla speciální pedagožka z SPC, aby si promluvila s vyučujícími Aničky, aby mohla co nejlépe nastavit pro ni opatření. Vzhledem k jejímu velmi pomalému tempu, jí byl od ledna 2023 přiřazena asistentka pedagoga. Kromě ambulantní logopedické péče bude přes školu

navštěvovat logopedický kroužek. Podle posledních krevních testů, bylo zjištěno, že má Aničky zvýšené hodnoty štítné žlázy, které se budou muset pečlivěji sledovat.

Anička se do školy těší, novou paní třídní učitelku si oblíbila, se spolužáky se již skamarádila. S vyučujícími již také dokáže komunikovat, ale s obtížemi. Stále se upíná na matku, protože ví, že je ve škole také. Ze začátku to bylo akceptovatelné, ale později musely začít „pouto“ usměrňovat.

Ve škole se již orientuje, přestává se bát, spolupracuje. Učitelé si ji chválí, jediné, s čím „bojují“, je její pracovní tempo, které neodpovídá tempu žákyně 6. ročníku.

Bohužel na jaře roku 2023 došlo opět k velkým změnám. Anička mamince zkolabovala jednoho večera v koupelně a byla nucena ji převést rychlým záchranným službami do nemocnice. Anička byla i s matkou hospitalizována na oddělení dětské jednotce intenzivní péče z důvodu observace. Po propuštění z nemocnice se opět zařadily do běžného života.

Matka poté měla rozhovor s ředitelem školy o jejím budoucím působení na škole. Bylo jí oznámeno, že se s ní nepočítá, že byla pouze jako „záskok“ za mateřskou dovolenou jiné kolegyně, která se vrací. Bohužel při přijímacím pohovoru jí tato skutečnost nebyla řečena. Proto začala hledat nové zaměstnání, které by Aničku co nejméně zasáhlo. Ale její stesk po rodině a domově, ve kterém vyrostl, byl tak velký, že se nakonec rozhodly vrátit se zpátky. V této situaci bylo matce oznámeno, že jejímu otci byla diagnostikována vážná a nevyléčitelná neurologická choroba. Což byl pro ni další podnět k tomu, aby se vrátily.

Během léta v roce 2003 se Anička s matkou opět stěhovaly. Matka si velmi dobře uvědomovala, že její krok není pro Aničku zcela bez následků. Ale věděla, že se stěhují do místa, kde mají obě dvě velmi dobré zázemí a oporu v rodině. Proto vyřídila Aničce přestup do nové školy, kde nastoupila v září do 7. třídy. Ona současně musela změnit profesi a zahájila své působení znovu v Nemocnici Šumperk a.s. Tentokrát na dvou pozicích, které má rozdělené v jednom úvazku. Pracuje jako zdravotní sestra na interním oddělení, ale zároveň se věnuje studentům a mladým budoucím zdravotníkům při osvětě a prezentaci nemocnice na různých lékařských akcích, na pozici náborového specialisty, který spadá pod personální oddělení místní nemocnice. Tato práce je spojená se směnným nepřetržitým provozem, ale také občasnými výjezdy po celé České republice, občasně také zavítá na Slovensko.

Anička nastoupila do nové školy, kterou zároveň navštěvují také její dva starší synovci a mladší neteř. Zároveň zde pracuje i její teta. Proto Anička chtěla nastoupit právě do této školy, i přesto, že je náročná na výuku.

Anička proto musela znovu navštívit Speciálněpedagogické centrum v Šumperku, kde nastavili společně se školou pro ni přijatelná pravidla pro výuku. Ve třídě, kterou Anička navštěvuje, je sdílená asistentka pedagoga. Aničce se velmi líbí a dokáže spolupracovat. Díky ní zvládá výuku snadněji. Jsou použity různé metody pro její výuku.

V současné době má Anička během výuky povolené různé pomůcky pro komunikaci, tabulky, s každým vyučujícím mají domluvená gesta pro komunikaci mezi sebou. Pokud nastane situace, kdy Aničce nejde něco vyslovit, domluví se s paní asistentkou, která jí vždy ochotně pomůže.

Paní asistentka i paní učitelka třídní jsou s mamkou v pravidelném kontaktu, matka se školou spolupracuje, zajímá se o Aniččin prospěch. Za dobré známky Aničku vždy pochválí, pokud se něco nepodaří, nenadává, ale ví, v této oblasti či předmětu mají rezervy, které musí vyplnit. Matka se s Aničkou učí i přesto, že se již snaží, aby si Anička plnila své studijní povinnosti sama. Ale vztah mezi nimi je velmi dobrý, proto když si Anička neví s čímkoliv rady, jde ihned za matkou a ta jí pomůže.

Doma mají různé pomůcky, jako např. tabuli s fixy, která se Aničce velmi na učení líbí. Dále např. matka vyrábí různé formy pexes, tabulky, doplňovačky, mapy, aby Aničce usnadnila pochopení učiva.

Anička v současné době navštěvuje také zájmové kroužky, které si sama vybrala a prosadila. Chodí 2x týdně hrát tenis, na který se vždy velmi těší. K tenisu se rozvíjí také umělecky, navštěvuje hodiny hry na zobcovou flétnu, což jí pomáhá uvolňovat dýchací svaly a upravuje dýchání. Navštěvuje také hodiny klavír, kde musí zaměstnávat obě dvě hemisféry a jemnou motoriku.

Matka zastává názor, že nemůže mít velké množství kroužků, ale pohybový a hudební ano. Sama byla takto vychovávána. Aničce nechává ve volných chvílích naprostou volnost, aby si odpočinula od svých povinností. Ve svém volném čase ji nejvíce baví ruční práce, vyšívání, šití, různé vyrábění. Samozřejmě tím, že mají k dispozici zahradu, bývá často venku. Na starosti má 4 andulky, se kterými si chodívá hrát a povídat si s nimi.

Ráda jezdí na kole, hraje badminton, ráda plave.

V současné době již s matkou rozebíraly budoucí povolání. Ze svého dřívějšího snu stát se policistkou postupně upouští, ale chtěla by se zaměřit na umělecký či průmyslový design. Uvidíme tedy, kterou cestu si zvolí.

V současné době Anička s maminkou navštěvují logopeda v Brně ve spolupráci s paní logopedkou v Šumperku. Začínají pracovat na nových technikách, zainteressovávají do terapie poslechy relaxační hudby, masáže, uvolnění, ale i zábavu, procházky, hry, apod.

III. Závěr

V závěru své práce bych se chtěla zmínit, že tato situace se mě osobně dotýká. Celý příběh, který jsem zde uvedla, se zakládá na pravdivých a ověřených informacích, jelikož se jedná o mě a mou dceru.

Již od začátku její problému jsem si neustále vyčítala, že já stojím za jejími problémy. I díky této práci jsem se uklidnila a přesvědčila, že tomu tak není.

Život s dítětem, který trpí tímto problémem, není jednoduchý. Ale za nic bych neměnila. Je to moje dcera, kterou nade vše miluji.

Za její život jsme již prošli velkým množstvím vyšetření, pohovorů, rozhovorů, lékařů a jiní odborníci se neustále snažili přijít na příčinu její koktavosti. Avšak marně. Jasná příčina nám není známa. Nicméně vzhledem k mé povaze a k osobnostním rysům, jsem se díky své dceři velmi zklidnila a uvědomila si, že potřebuje zcela jiný přístup, než na který jsem byla zvyklá u ostatních dětí v naší rodině. Musí se na ni opatrně, pomalu, případně s humorem. Nikoliv však se zlobou, křikem či výčitkami. Je velice citlivá, vše si velmi zabírá. Proto je velice důležitý přístup v rodině.

Myslím si, že jsme se již naučili s tímto žít, i když to nebylo vždy jednoduché.

Má práce by měla být prostředkem a možná i trochu návodem či dodání naděje pro ostatní rodiče, kteří se potýkají s touto diagnózou u svých dětí, že vše jde zvládnout. Musí se jen chtít.

Snažila jsem se ve své práci představit problematiku koktavosti, poukázat na ni jako společenský problém, představit možnosti diagnostiky i terapie.

Doufám, že má práce bude přínosem.

Přikládám část dokumentace dcery, kde je možné vidět postupný vývoj, ale také techniky práce s ní.

V současné době pracujeme na technice měkkých hlásek, zpomalování řeči, dechových cvičení, společně s relaxacemi a masážemi, ale také podpůrnými technikami, jako je např. při vyslovování slov současný zápis na papír, protahování samohlásek.

Doufám, že tento vývoj se vývojem změní a vše bude opět v pořádku.

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

Datum 25.3.2024

Pacient: [redacted] Eva
Bydliště: [redacted]
Telefon: [redacted]
Zařízení: MUDr. František Hejl
Adresa: nám. Svobody 690, 78814 Rapotín
Telefon: 583 283 213

Rodné číslo: [redacted]
Pojišťovna: 211
Věk: 12 let, 7 měsíců
Odbornost: 002
IČP: 93-152-001
Lékař: MUDr. František HEJL

Evička se narodila ve 39. gestačním týdnu císařským řezem z důvodu konce pánevního, bez komplikací. Pravidelné návštěvy poradny pro kojence, očkována dle očkovacího kalendáře. Psychomotorický vývoj rovnoměrný- samostatná chůze od 1 roku. Kojena do 1,5 roku. Vyvíjí se silná citová vazba na matku- otec dítěte s rodinou nežije. Matka ještě studuje, s výchovou dcerky pomáhají prarodiče ze strany matky. Evička je šikovná, zvědavá, zapojuje se do různorodých aktivit. Záhy navštěvuje zájmové kroužky-hudební, hraje tenis, bruslí. V pěti letech pro expresivní vadu řeči vyšetřena foniatrem a následuje logopedická edukace. Předškolní zařízení nenavštěvuje, v 5 letech zařazena do přípravné třídy při ZŠ, kde adaptace probíhá bezproblémově. Na podkladě vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně: nevyzrálost v pracovní oblasti, nevyhraněná lateralita, dyslalia, byl doporučen odklad povinné školní docházky o jeden rok, který nebyl realizován. Se stupňujícími se nároky se u děvčete začíná objevovat balbuties - spolu s dyslalií je edukována v logopedické ambulanci. Je zjevná nižší psychická odolnost dítěte, zvýšená senzitivita, vazba na matku. Vedleš balbutické poruchy je i oční tik- mrkání. Neurologické vyšetření v r. 2021 neprokazuje ložiskové změny CNS. Recentně se zdravotní stav Evy výrazněji nemění- patrný fonační tony a klony s motorickým doprovodem mimického svalstva. I nadále je nutná intenzivní logopedická a i psychologická podpora, v popředí je však denodenní domácí rehabilitace.

93/152/001 MUDr. Hejl František
praktický lékař pro děti
a dospělé
788 14 Rapotín
☎ 583 283 213

Na Honech III/4924 , Zlín 76005

První pedopsychiatrické vyšetření na žádost matky pro balbuties , školní problematiku, v předchozích záznamy psychologie, psychiatrie, neurologie (EEG) PPP v místě předchozího bydliště se ukazuje porucha pracovní paměti, dysgrafie, těžko zvládá psací písmo sklon k tiskacímu, balbuties obtížně kompenzovatelná, úzkostné potíže, drobné tiky, pomalé pracovní tempo a unavitelnost - souhrnem symptomatologie ADD s úzkostnou nadstavbou. Dle matky o tom též uvažuje, končí studium speciální pedagogiky, tedy má přístup k informacím. Sama dodává, že má od dětství i nyní v dospělosti výrazné potíže se soustředěním, paměti s výraznou nadstavbou úzkostnou, psychiatricky medikována antidepresivy, též epizoda poruchy příjmu potravy.

Děvče při pohovoru nejisté, úzkostné, orientuje se na matku, drobné tiky mimické, v řeči výrazně tenzní dýchání, vokalizace. Obdobně i v záznamu logopedie zde 25.11.22.

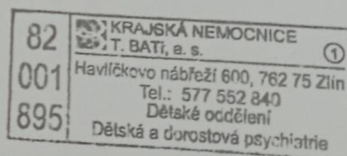
RES: dle dostupných materiálů a prvního vyšetření porucha pozornosti bez hyperaktivity na bázi dědičné dispozice (ADD) s úzkostnou nadstavbou, tiky, horší motorikou , zde 3.10.22 a 9.1.23 ošetřena na traumatologii pro drobný úraz při pohybu, komorbiditami SVPU - dysgrafie, problémy s pracovním tempem. Rodinné zázemí - jen v péči matky a její rodiny.

DOP: u dítěte pokračovat v logopedické péči, nácvik klidného dýchání, jednoduché relaxace, tenzi psychickou i motorickou se pokusit ovlivnit zvýšeným přísunem magnezia (Dologran granule, nebo Magnezium tbt dvakrát půl tablety + Guajacuran - anxiolytikum, myorelaxans, ověřit si dvakrát půl dříve ráno a po návratu ze školy a po týdnu přejít na celá draže dvakrát jedna ve stejnou dobu. Kontrola 21.3. v 15 hodin zde. Potřeba vyšetření klinickou psychologič k dg. ADD, úzkosti... vyšetření dětskou neurologič směrem k ADD, vývojové poruše motorické funkce, aktuálního EEG - předchozí orientačně odpovídá ADD. S výsledky SPC, eventuálně v kombinaci s KPPP Zlín. U matky pak ambulantní péče psychiatrická nejen k depresivním potížím, ale i ADHD v dospělosti, klinická psychologie těmito směry též.

Dávám žádanku na klinickou psychologii Mgr. G. Mikulková (již mají termín na 9.3.2023, dětskou neurologič - zde v KNTB (matku prosím o poskytnutí kopie předchozího vyšetření neurologického, hlavně EEG, stačí poslat sken či jinou elektronickou formu) aby vyšetření bylo cílené, termín zašlu matce.

1.2.2023

MUDr. Vítězslav Kouřil



Mgr. Jiří Kríž
Kosmonautů 2, 789 01 Zábřeh

Logopedická ambulance, IČP: 93-477-001, Odb.: 903

Logopedická zpráva

Pacient: **Eva [redacted]**

Číslo pojistěnce: [redacted]

Adresa: [redacted]

Pojišťovna: **211**

Děvče dochází pravidelně na logopedii pro Balbuties tarda a pro Dyslálii. Terapie je relativně úspěšná, při snaze se daří udržet řeč fluentní. Přetrvávají prefonační spasmy. Spolupracuje dobře, pozitivně naladěná, sama zapojuje prvky terapie do řeči.
Při terapii projevuje velký mluvní apetit, doma má při potížích tendenci se řeči vyhýbat.

V Zábřeze 10.11. 2021

Mgr. Jiří Kríž



Ordinace klinické psychologie
PhDr. Svatopluk Morávek
Radniční 4, 787 01 Šumperk
tel.: 583 217 410

11.7.11/1

Zpráva o psychologickém kontrolním vyšetření ze dne 21.9.2021

Jméno: [redacted] Eva [redacted]
Bytem: [redacted]

Důvod vyšetření: Přešetření a psychoterapie.

U nás vyšetřena 19.4.2021 (viz podrobná zpráva), pak přešetření v květnu t.r.

Dnes zde v doprovodu babičky.

Znovu uvádí – problémy s řečí stejné, nelepší se, někdy až zhoršeno. Lépe se jí někdy mluví hned po ránu, jinak ale problémy s kóktavostí stejné, doma i ve škole. Ve škole přitom dobrý přístup učitelky i přijetí ostatními dětmi, tam údajně bez většího stresu.

Doma – nyní převážně v péči babičky, matka hodně vyčerpána, dokončovala si školu, státnice, nyní bude ještě na studiu pokračovat, zároveň pracuje a dojíždí. Základní péče tedy hodně spočívá na doprovázející babičce. Ta rovněž mj. uvádí možné stresy se sousedy na vesnici, zvažuje, jak se Evička vyrovnává s absentujícím otcem.

Celkově ale Evička bez dalších neurotických potíží, klidná, adaptovaná, někdy projev citlivosti.

Byli rovněž na neurologickém vyšetření – viz., tam původně lehce abnormní záznam, při kontrole bez větších problémů.

Při dnešním přešetření – kontakt opět dobrý, usměvavá, snaží se i o komunikaci. Ta ale velmi svízelná, v řeči se zasekává, pak jen velmi obtížně a s mnoha opakováními sděluje některá slova. Opět nápadné až velké úsilí při práci s jazykem, špulí rty, zatlačuje jazyk. Částečně pomáhá si doprovázející manuální rytmiizací na doporučení logopedem. Celkově se jeví, že řeč spíše zhoršená.

Závěr:

Přetrvávající těžká balbuties s doprovázejícími tiky obličejových svalů.

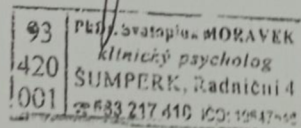
Balbuties z našeho pohledu až netypická, bez projevů zlepšování.

Děvčátko osobnostně senzitivní, jednoznačnou psychogenní vazbu však neprokazujeme, nelze zcela prokázat, ač organická příčina při neurologickém vyšetření rovněž nezjištěna.

Z našeho pohledu vhodné komplexní vyšetření (neurolog, foniatr., psychiatr., psychol.) vhodné uvažovat i o hospitalizaci s komplexním vyšetřením?

(Doprovázející babičce sděleno).

PhDr. Svatopluk Morávek
Klinická psychologie
Radniční 4, Šumperk



Kosmonautů 2, 789 01 Zábřeh

Logopedická ambulance, IČP: 93-477-001, Odb.: 903

Logopedická zpráva

Pacient: **Eva [redacted]**
Adresa: **[redacted] 789 01 Zábřeh**

Číslo pojištění: **[redacted]**
Pojišťovna: **[redacted]**

Děvče dochází na logopedii pro Babuties tarda od září 2019.

Vada se projevuje především klony, které mohou být časté a značně komplikují komunikaci.

Dobře spolupracuje a zapojuje prvky terapie s úspěchem i ve volném projevu.

Terapie u ní funguje a při vědomém používání je řeč téměř plynulá.

Terapie je založena na udržování rytmizovaného tempa řeči a vědomém vázání slabik protahováním samohlásek.

V případě nejistoty přirozeně používá úlevné manévry, dlouhé pauzy, čekání na odpověď odjinud, ukazování, psaní.

Míra zátěže, které by měla být vystavována je v kompetenci pedagoga. S vědomím, že existuje reálná překážka verbální komunikace a zároveň, není v zájmu klientky vyhýbání se mluvenému projevu.

Děkuji za zájem a spolupráci

Mgr. Jiří Kříž

V Zábřeze 14.9. 2020



Logopedické vyšetření

Eva Matějková, je v naší odborné péči pro poruchu plynulosti řeči. Dochází na pravidelné logopedické návštěvy, které jsou pro nápravu řeči nezbytné. Komplexní péče je zajištěna na našem pracovišti – ORL A LOGOPEDIE s.r.o.

Logopedické vyšetření

Řeč: mluvní projev je charakterizován především bloky, repeticí první slabiky a prolongací. 3.-4. stupně. NAKOCH - fyzická tenze v oblasti krku, hlavy, obličeje, ruce – 4. stupně. V emocionálnější situaci je mluvní projev charakteristický zhoršením ve sledovaných oblastech. Naopak v situaci uvolněnější problémy částečně ustupují.

V kratších mluvních celcích (jednotlivých slovech, automatických řadách, asociačních cvičeních a popisech) a při nácvikových situacích dochází ke zlepšení mluveného projevu. Naše práce je zaměřena na tyto oblasti: úprava řečového tempa, modifikace neplynulostí, posílení řečového sebevědomí a sebedůvěry při zvládnání obtížnějších situací, nebát se zadržnutí ukázat a celý proces nemaskovat, nadále pokračujeme ve fázi desenzibilizace. Jedná se o kombinovanou terapii Modifikace koktavosti (SM) a Tvarování plynulosti (FS). Primárně vycházíme z terapie Camperdown model, ze které klientka nejvíce profituje

Dg.: Porucha plynulosti řeči - Balbuties

Doporučení: Ve škole by bylo vhodné poskytnout dostatek prostoru k seberealizaci a vyjádření. Klientka postupně sama dobře ovládá a zná naučené postupy a je vhodné nechat jejich realizaci na ní, nicméně k jejich automatizaci je potřeba čas a důsledný nácvik.

Eva na sezeních spolupracuje velice dobře, je komunikativní, vstřícná, nad úkoly přemýšlí.

Za dobu naší terapie došlo ve všech sledovaných aspektech ke zlepšení a nyní nadále pokračujeme fází desenzibilizace.

PhDr. Jan Dezort Ph.D.
klinicky logoped

V Brně 15.4.2024

IV. Literatura a zdroje:

1. BUNDSCHUH, Konrad a Christoph WINKLER. *Einführung in die sonderpädagogische Diagnostik*. 8. Ernst Reinhardt Verlag, 2014. ISBN 9783825242572.
2. FRASER, Jane. *Účinné poradenství při terapii koktavosti*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-689-6.
3. GROHNFELDT, Manfred. *Störungen der Redefähigkeit. Handbuch der Sprachtherapie*. 5. Berlin: Berlin: Ed. Marhold im Wissenschaftsverlag Spiess, 1992. ISBN 9783891664445.
4. KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1110-9.
5. KOLLÁRIK, Teodor. *Sociálna psychológia*. Bratislava: SPN, 1992. ISBN 80-08-01828-3.
6. LECHTA, Viktor a kol. *Logopedické repetitorium*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990. ISBN 80-08-00447-9.
7. LECHTA, Viktor a V. STRIEŽOVÁ A KOL. *Logopedická dokumentácia. Zlepšovaci návrh*. Bratislava: FN, 1985.
8. LECHTA, Viktor. *Koktavost*. 2. vydání. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-643-8.
9. LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 3. vydání. Praha: Portál, 2002. ISBN 978-80-7367-977-4.
10. PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Čtení o koktavosti*. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-7178-003-0.
11. PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Etiologie a terapie koktavosti*. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta, 1994. ISBN 80-7067-346-X.
12. PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Koktavý žák ve škole*. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta, 2000. ISBN 80-7067-594-2.
13. PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Navazování měkké řeči u balbutika*. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta, 1988.
14. SOVÁK, Miloš. *Výchova koktavého dítěte doma i ve škole*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1988.
15. VAŠEK, Š. *Špeciálnopedagogická diagnostika*. 1. vyd. Bratislava: SPN, 1991. 167s. ISBN 80-08-00396-0.
16. VYŠTEJN, Jan. *Dítě a jeho řeč*. Beroun: Baroko a FOX - Knižní a hudební vydavatelství, 1995. ISBN 80-85642-25-5.

Internetové zdroje

1. <https://www.predskolnivek.cz/koktavost-u-deti-co-ji-zpusobuje-a-jak-ji-vyresit/>
2. <https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/fluency-disorders/>
3. <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/948>.
4. <https://theses.cz/id/5kyevd/37168269>.