

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

INTERVENENCE KOKTAVOSTI A JEJÍ DOPAD NA PSYCHIKU JEDINCE

INTERVENTION OF STUTTERING AND ITS IMPACT ON
THE INDIVIDUAL'S PSYCHE



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. et. Bc. Johana Trnková**

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

Olomouc

2022

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu mé diplomové práce PhDr. Janu Šmahajovi, Ph.D. za vedení práce, za všechny odborné rady, za poskytnutí odborné literatury a za slova povzbuzení. Děkuji také PhDr. Renatě Mlčákové, Ph.D. za četné odborné konzultace. Též děkuji PhDr. Janu Dezortovi, Ph.D. za zapůjčení zahraniční literatury. Velké poděkování patří též všem zúčastněným respondentům, bez jejich ochoty a projevené důvěry by tato práce nikdy nevznikla. Také děkuji rodině a přátelům za podporu a motivaci.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „*Intervence koktavosti a její dopad na psychiku jedince*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 28. 3. 2023

Podpis

„Už jsme byli unavení. Dali jsme do toho čas, energii, peníze a už nás ani další možnost nenapadla, kterou bychom mohli zkusit“ (Marek).

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
OBSAH		4
ÚVOD		7
TEORETICKÁ ČÁST		9
1 Terminologické vymezení pojmů		10
1.1 Logopedie		10
1.2 Psychologie.....		10
1.3 Psychoterapie.....		11
1.4 Psychiatrie		12
1.5 Neurologie		12
1.6 Foniatrie.....		12
1.7 Alternativní metody.....		13
2 Koptavost		14
2.1 Terminologie koptavosti.....		14
2.2 Výskyt, incidence, prevalence a komorbidita koptavosti		15
2.3 Etiologie a etiopatogeneze koptavosti		16
2.4 Syndromologie koptavosti		18
2.4.1 Primární znaky		19
2.4.2 Druhotné znaky		20
2.4.3 Postoje a pocity		21
2.4.4 Psychická tenze		21
2.4.5 Nadměrná námaha		23
2.4.6 Dysfluence.....		23
2.5 Diagnostika a diferenciální diagnostika koptavosti.....		25
2.5.1 Diagnostika koptavosti obecně.....		25
2.5.2 Diagnostika chronické koptavosti		28
2.5.3 Diferenciální diagnostika		31
3 Logopedické intervence koptavosti		32
3.1 Terapie koptavosti obecně.....		32
3.2 Terapie tvarování plynulosti.....		33
3.3 Terapie modifikace koptavosti		34
3.4 Metoda Tarkowského		36
3.5 Bonnská terapie		37
3.6 Integrativní terapeutický přístup ke koptavosti		38
4 Psychologické a psychoterapeutické intervence koptavosti		40
4.1 Kognitivně behaviorální terapie (KBT).....		41
4.1.1 Sociální fobie a sociální úzkost u balbuties.....		42

4.1.2	Práce s myšlením v KBT	46
4.1.3	Význam a podoby expoziční terapie	52
4.1.4	Účinnost kognitivně behaviorální terapie.....	53
4.2	Terapie přijetí a odhodlání (ACT).....	55
4.2.1	Vymezení ACT a jeho zařazení.....	55
4.2.2	ACT a kóktavost.....	58
4.3	Dopad kóktavosti na život jedince	60
4.3.1	Dopad kóktavosti na sociální život jedince.....	60
4.3.2	Prognóza a recidiva	61
5	Další podpůrné způsoby a intervence kóktavosti.....	63
5.1	Farmakologická léčba kóktavosti (psychiatrická, formoterol).....	63
5.1.1	Doporučované léky u balbuties	63
5.1.2	Inhalační sprej profesora Josefa Pešáka	65
5.2	Alternativní metody léčby kóktavosti	65
5.3	Nová mluva	66
5.4	Svépomocné skupinky	67
5.5	Hypnóza.....	67
	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	69
6	Oblast výzkumu a Výzkumný problém.....	70
6.1	Cíle výzkumu.....	70
6.2	Výzkumné otázky	70
7	Metodologický rámec a použité metody.....	72
7.1	Metody získávání dat.....	72
7.2	Analýza, její metoda a zpracování dat.....	74
7.3	Etika výzkumu.....	75
7.4	Metody výběru vzorku a výzkumný soubor	75
7.5	Reflexe výzkumníka.....	78
8	Práce s daty a její výsledky	81
8.1	Otevřené kódování u respondentů odborníků.....	81
8.2	Axiální kódování u respondentů odborníků	100
8.3	Selektivní kódování u respondentů odborníků	101
8.4	Otevřené kódování u respondentů s kóktavostí	103
8.4.1	Logopedická intervence	103
8.4.2	Psychologická péče	107
8.4.3	Psychiatrická péče	109
8.4.4	Svépomocné skupinky.....	111
8.4.5	Nová mluva	113
8.4.6	Alternativní metody léčby	115
8.4.7	Inhalační sprej profesora Josefa Pešáka	116
8.4.8	Foniatrická léčba	117

8.4.9	Další metody (četba knih a vyhledávání na internetu).....	117
8.4.10	Dopad koktavosti na život jedince	120
8.5	Axiální kódování u respondentů s koktavostí	123
8.6	Selektivní kódování u respondentů s koktavostí	124
9	Interpretace výsledků	126
9.1	Odpovědi na výzkumné otázky	126
9.1.1	Jak odborníci nahlíží na možnosti intervence (léčby, terapie) koktavosti?	126
9.1.2	Jak se odborníci dívají na úspěšnost intervence (léčby, terapie) koktavosti?	128
9.1.3	Jaká je obeznámenost odborníků s tématem balbuties (a jeho intervencí?)	128
9.1.4	Jaké jsou pocity lidí s koktavostí v rámci absolvovaných intervencí (léčby, terapií) u jednotlivých odborníků?.....	129
10	Diskuze	132
10.1	Diskuze se zdroji	132
10.2	Limity práce.....	133
10.3	Přínos práce a témata pro další zkoumání	135
11	Závěr.....	136
12	Souhrn	138
	LITERATURA.....	144
	PŘÍLOHY	153

ÚVOD

V rámci své diplomové práce *Intervence koktavosti a její vliv na psychiku jedince* se věnuji nepříliš probádanému tématu balbuties. Obor psychologie toto téma v rámci svých vědeckých výzkumů opomíjí a práci na toto téma je opravdu poskrovnu. Téma koktavosti přitom skýtá bohatý psychologický aspekt a lidé s koktavostí se v rámci řešení svých obtíží na psychology i obracejí. Připomněla bych metaforu ledovce Sigmunda Freuda, kdy neplynulosti jsou pouze viditelnou částí a ta největší část komplexního fenoménu koktavosti se nachází pod hladinou. Tomuto tématu jsem se věnovala i v rámci bakalářské práce a v diplomové práci ve zkoumání koktavosti pokračuji, ale zkoumám z jiného úhlu pohledu. Respondenti se ve výzkumu bakalářské práce k tématu dostali okrajově v rámci průzkumu self-efficacy a copingových strategií. Často zmiňovali velké množství navštívených odborníků a vyzkoušených metod. V rozhovorech se opakovalo i téma bezmoci. Přišlo mi přínosné toto více rozvést v diplomové práci.

V této kvalifikační práci bych ráda popsala, jaké možnosti intervence mají v České republice lidé s koktavostí a toto samé prozkoumám i očima odborníků. V práci zazní názory odborníků, na které se lidé s koktavostí nejčastěji obrací. Konkrétně v rámci polostrukturovaných rozhovorů jsem se tázala logopedů, psychologů a psychiatra. Někteří odborníci byli zároveň i terapeuty/ psychoterapeuty. Ve vzorku je zahrnutý i klinický logoped a klinický psycholog. Sama jsem od ledna r. 2020 frekventantkou pětiletého výcviku v kognitivně behaviorální terapii a můj vedoucí práce poskytuje kognitivně behaviorální psychoterapie a z tohoto důvodu jsme do výzkumu zahrnuli i odborníky pracující kognitivně behaviorálními technikami.

Lidé s koktavostí zkouší v rámci eliminace koktavosti či jejích důsledků různé další metody léčby, se kterými se seznámíme v teoretické části a opět se na zkušenost s nimi ptám samotných lidí s koktavostí a na profesní názor se táži respondentů ze strany odborníků. Mezi další metody např. řadíme svépomocné skupinky či alternativní metody léčby. Pro inspiraci a případné srovnání uvádím i zahraniční metody.

V kapitole logopedické intervence jsme citovali dostupné monografie. Oblasti koktavosti se nejvíce věnovali prof. PhDr. Viktor Lechta, PhD., a Doc. Paeddr. Alžběta Peutelschmiedová, PH.D. Publikace těchto autorů nás tudíž provází skoro celou logopedickou kapitolou. Citovali jsme všechny možné knižní publikace z per těchto

autorů. Může se zdát, že se tito autoři často opakují a zdroje jsou zastaralejší, avšak výběr odborné literatury na téma koktavosti je omezený. Využili jsme dostupné zdroje a zařadili i ty nejaktuálnější, např. roku 2021 vyšla publikace PaedDr. Ilony Kejkličkové, Ph.D., MBA.

Je jich ale poskrovnu, proto je práce bohatě prokládaná i zdroji zahraničními. České zdroje z oboru psychologie, psychoterapie se nám i přes důkladnou rešerši nepodařilo dohledat. Další kapitoly jsou tudíž napsány hlavně s pomocí zdrojů zahraničních, které budou sloužit i jako inspirace pro rozvoj intervence (léčby, terapie) v České republice.

TEORETICKÁ ČÁST

1 TERMINOLOGICKÉ VYMEZENÍ POJMŮ

Práce je multidisciplinárního charakteru a snaží se nahlížet na intervenci koktavosti z komplexního pohledu. V práci budeme kooperovat s různými termíny, např. slovo léčba se má užívat výhradně pro snahu o zbavení se / zlepšení stavu balbuties u lékařských oborů, v práci to budeme brát širěji jako snahu o vylepšení či zbavení se symptomů balbuties. Ve stejném duchu budeme používat také termíny intervence či terapie. Nyní si uvedeme, jak je na jednotlivé vědy nahlíženo odborníky z různých odvětví.

(Lechta používá pojem terapie i v rámci logopedické diagnostiky).

1.1 Logopedie

Hartl & Hartlová (2015) definují logopedii jako odvětví defektologie, které zahrnujeme pod speciální pedagogiku. Logopedie se konkrétně zabývá výchovou osob s poruchami řeči a sluchu.

Dvořák (1998) píše o logopedii jako o oboru, který se zabývá fyziologií a patologií komunikace lidskou řečí. Konkrétně se zaměřuje na rozvoj řeči, výzkum, diagnostiku, terapii, prevenci a profylaxi poruch řeči. Ze školského pohledu je to odvětví speciální pedagogiky, který se specializuje na výchovu a vzdělávání osob s poruchami komunikace.

Vokurka & Hugo (2015) definují logopedii jako obor, který se soustřeďuje na studium a léčbu poruch řeči a výslovnosti. Slovo logopedie pochází z řeckého *logos* = řeč a výchova z řeckého *paidea*, což je odvozeno od *pais*, *paidos* = dítě.

1.2 Psychologie

Hartl & Hartlová (2015) popisují pojem psychologie ve svém slovníku na několik stran včetně bohatého informování o historii tohoto oboru. Také jsou představena jednotlivá odvětví psychologie jako např. hlubinná, komplexní, kriminální, behaviorální apod. Obecně se psychologie definuje jako věda o duši. V našem kontextu si blíže

popíšeme klinickou psychologií. **Klinická psychologie** (*clinical psychology*) se zabývá diagnostikou, prevencí a terapií duševních poruch. Neopomíjí ani poruchy chování. Zkoumá také postoj pacienta k nemoci a i samotné vztahy mezi pacientem a lékařem. Mezi klientelu řadíme duševně nemocní, delikventní mládež, drogově závislé a osoby s manželskými či rodinnými problémy.

Dvořák (1998, s. 134) popisuje psychologii jako vědu o „*zákonitostech, vzniku, vývoji, funkci a proměnách duševních jevů na všech úrovních rozvoje života (člověka i živočichů)*“. Zabývá se objektivními záležitostmi, které jsou patrné navenek, ale i těmi subjektivními, prožitkovými, jež zahrnují jednotlivé funkce duševního života jako např. vnímání, paměť atp. Zaměřují se i na celek těchto jevů, tedy osobnost a také začleňováním jedince do sociálních vztahů. Duševní jevy u živých bytostí zkoumá v rámci ontogeneze, ale i fylogeneze (Dvořák, 1998).

Hugo & Vokurka (2015) definují psychologii jako vědu, jež studuje chování lidí, jejich prožívání, myšlení a city. Konkrétně zkoumá osobnost člověka, jeho schopnosti včetně jejich testování, temperament, vůli emoční stránku osobnosti apod.

1.3 Psychoterapie

Hartl & Hartlová (2015) definují psychoterapii (*psychotherapy*) jako léčení duševních chorob a hraničních stavů psychologickými prostředky (případně z nich odvozených tělesných potíží), tzn. slovem, gestem, mimikou, mlčením, případně úpravou prostředí. Musí mít plánovaný postup, být promyšlená a poskytovaná odborníky. Vykonává ji **psychoterapeut**, který se snaží rozšířit subjektivní nazírání pacienta a více ho rozšířit směrem k reálnému vnímání zbavenému kognitivních omylů. Psychoterapeut by měl mít určitý talent k vykonávání psychoterapie a také schopnost improvizovat a dát prostor intuitivnímu uvažování. Na vykonávání této služby má výcvik a vzdělání.

Dvořák (1998) vymezuje psychoterapii jako vědu, která působí na duševní procesy, funkce a stavy, na osobnost a na různé činitele, poruchy, se kterými daná osoba přichází. Pomocí metodického postupu se pracuje na obnovení zdraví. Odstraňují se tělesné a duševní obtíže nemedikamentózní cestou. Může se využít rozhovor, sugesce, hypnóza a další techniky jako abreakce, korektivní zkušenost a klarifikaci patogenních vztahů. Cílem odstranění symptomů nemoci a restrukturační pacientovy osobnosti. Formy psychoterapie mohou být individuální, skupinové a rodinné.

Hugo & Vokurka (2015) vymezují psychoterapii jako léčbu psychologickými prostředky a konkrétně zmiňují hypnózu, autogenní trénink, muzikoterapii, arteterapii, skupinovou léčbu. Vede k náhledu klienta na vlastní omezení a snaží se ho naučit zvládat vše vlastními silami. Léčí neurotická onemocnění, psychosomatická i drogové závislosti.

1.4 Psychiatrie

Hartl & Hartlová (2015) vymezují psychiatrii jako lékařskou vědu o rozpoznávání, prevenci a léčení duševních chorob. Zabývá se i výzkumem příčin a patogenezí duševních chorob. Tento pojem byl poprvé použit německých lékařem Johannem Christianem Reilem v díle Rapsodie o duševních nemocech.

Dvořák (1998) definuje psychiatrii jako lékařský obor, jež se orientuje na příčiny, diagnostiku, léčení a prevenci duševních chorob.

Hugo & Vokurka (2015) definují psychiatrii jako lékařský obor, který se orientuje na studium, výzkum, diagnózu, prevenci a léčbu duševních chorob, mezi které řadíme neurózy, psychózy, poruchy osobnosti, alkoholismus, toxikomanií apod. Psychiatrie využívá **psychoterapii, psychofarmaka** a další metody.

1.5 Neurologie

Hartl & Hartlová (2015) označují neurologii jako lékařský obor, který se orientuje na studium nervových nemocí, které vznikly organickým poškozením nervového systému.

Dvořák (1998) definuje obor neurologie dost podobně jako Hartl & Hartlová (2015). Neurologie je lékařský obor, jež se soustředí na prevenci, diagnostiku a léčení nemocí nervové soustavy, v rámci kterých dochází k organickým (strukturálním) změnám. Může jít o onemocnění mozku, míchy, plen mozkových, cév nervové soustavy, periferního a autonomního nerstva.

Hugo & Vokurka (2015) označují pojmem neurologie medicínský obor, jež se zaměřuje na studium, diagnostiku a předoperační léčbu chorob nervového systému (mozku, míchy, nervů, svalů).

1.6 Foniatrie

V psychologickém slovníku se toto slovo vůbec neobjevuje.

Dvořák (1998) definuje foniatrii (*phoniatria*) jako medicínský obor, který se orientuje na fyziologii a patologii chorob hlasu (sluchu a řeči). Spadá pod ORL.

Hugo & Vokurka (2015) slovem foniatrie (ze slov *fon* = hlas a *iatros* = lékař) označují lékařský obor, který diagnostikuje a léčí vady a choroby hlasu. Také dodávají, že je součástí OtoRhinoLaryngologie.

1.7 Alternativní metody

V psychologickém slovníku toto označení nenajdeme.

V logopedickém slovníku také nemá toto označení své místo.

V lékařském slovníku nalezneme pojem alternativní medicína (ze slov *alterna* = střídat, *alter* = *jiný*). Spadá sem léčba využívající přírodních prostředků. Nejedná se o oficiální medicínu (Hugo & Vokurka, 2015).

Peutelschmiedová (2013) řadí k alternativním metodám biofeedback, oxygenoterapii, one brain a dokonce i hypnózu.

2 KOKTAVOST

Na začátku kapitoly se nejprve seznámíme se samotným pojmem koktavost a poté si popíšeme její výskyt, prevalenci, komorbiditu, vznik, syndromologii a budeme se věnovat i diagnostice.

2.1 Terminologie koktavosti

Koktavost patří mezi nejdůležitější, nejkomplicovanější a nejobtížněji korigovatelné narušení komunikační schopnosti. „*Jde o syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nejnápadněji projevuje charakteristickými nedobrovolnými a nekontrolovatelnými pauzami, narušujícími plynulost procesu mluvení, a tím působí rušivě na komunikační záměr člověka (balbutika). Tyto poruchy plynulosti mluvení (dysfluence) jsou při rozvinutém klinickém obrazu komunikační záměr formou mluvené řeči*“ (Lechta, 2010, s. 28). Obecně jakákoliv řečová vada je definována jako řečová produkce, u které se projevuje výrazná abnormalita od standardních řečových vzorů. Porucha ztlačně brání efektivní komunikaci a negativně ovlivňuje samotného mluvčího i komunikačního partnera. U koktavosti je tento komunikační šum výrazný (Koc, 2010).

V MKN-10 je koktavost pod kódem F98.5. a je řazena do kategorie F98: Jiné poruchy chování a emocí začínající obvykle v dětství a v adolescenci (MKN-10, 2006).¹

Lechta (2004) zmiňuje, že zařazení koktavosti mezi poruchy chování a emocí není příliš vhodně zvolené. Ona nešťastnost ve volbě názvu je myšlena tím směrem, že opomíjí zařazení koktavosti mezi vadu řeči a výše zmíněné je jejím základním aspektem.

¹ Od 1. 1 2023 vyšla v platnost MKN 11. V MKN 11 došlo ke zrušení kategorie F98. Celkově jsou kategorie F zrušeny. Text kvalifikační práce vzniknul dříve, ale pro případné zájemce uvádíme i odkaz pro bližší infomace.

https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/en/release

Společně s brebtavostí je řazena mezi poruchu narušení plynulosti řeči (Mlčáková & Vitásková, 2013).

Tomaszewski (2013) píše o koktavosti jako o „*tragédii nevyřčených myšlenek*“. Člověk s koktavostí nemá možnost hovořit v souladu se svým myšlením. Jeho řečový projev je zpomalený oproti myšlení a často je nucen situací i volit jiný výběr slov. Uvedeme si konkrétní příklad. „*Například jsem nedokázal říct slovo >lidé<, tak jsem hledal synonyma. Našel jsem náhradu >osoby<, ale ta bohužel začínala na samohlásku, což v mém případě přinášelo další nejistotu. Vymyslel jsem si proto náhradní slovo >člověkové<*“ (Tomaszewski, 2013, s. 24).

Někdy mu jdou říci lépe, ale někdy také ne. K této pocíťované frustraci se ještě přidává neuchopitelnost této situace. Absence kontroly nad situací je pro lidi s koktavostí velice těžká. Příznaky balbuties jsou tedy kolísavé. Balbutici uvádějí, že obvykle jejich projev zhoršují životní změny jako např. stěhování, hůře se mluví v přítomnosti nadřízených, cizích lidí, s opačným pohlavím a ve skupince více lidí (Reddy et al., 2010).

2.2 Výskyt, incidence, prevalence a komorbidita koktavosti

Koktavost se týká všech věkových skupin, všech národů a objevuje se v celé historii lidstva. Prevalence je různá napříč jednotlivými věkovými kategoriemi. U dětí je výrazně vyšší. Literatura uvádí, že asi 5 % dětí prochází během svého života fází, během níž se objevují symptomy koktavosti. Tyto symptomy se ale z valné části podaří podchytit a odstranit nebo také odejdou samy, když se jim nevěnuje pozornost. Chronická koktavost se vyvine pouze u 1 % dětí (Sandrieserová & Snyder, 2008). Americká studie uvádí, že výše zmíněné známky koktavosti se objevují v rámci **fyzilogické dysfluence**, která se týká 80 % dětí předškolního věku od 3 do 6 let. V tomto věku totiž prudce narůstá slovní zásoba a děti začínají tvořit i obtížnější větné konstrukce (Shenker & Santayana, 2018). Incidenci zhruba 5 % potvrzuje i studie z univerzity v Edinburku (Yari & Ambrose, 2013). Obecně se koktavost více objevuje u mužského pohlaví. Koktá mnohem více chlapců než dívek. Jako paradoxní Peutelschmiedová (1994) spatřuje, že přenos dispozic k balbuties je dvakrát častější u matky, nikoliv u otce.

Prevalence činí více než 45 milionů lidí, kteří aktuálně koktají ve světě, a 3 miliony ve Spojených státech amerických. Ze všech věkových kategorií koktá asi 7 lidí z 1000. Mezi dospělými osobami 3 osoby z 1000 koktají velmi silně a koktavost jim výrazně zasahuje do života (Peutelschmiedová, 1994).

2.3 Etiologie a etiopatogeneze koktavosti

Vznik koktavosti nejčastěji datuje do období před 4. rokem, před 5. rokem a před 6. rokem života. Může vzniknout i v době nástupu do školy. Po 12. roku života se objevuje velmi zřídka (Sandriesserová & Snyder, 2008, citováno v Lechta, 2010).

Koktavost dělíme na tři druhy dle vzniku a doby trvání a to konkrétně na koktavost *incipientní (beginning stuttering)*, *fixovanou (intermediate stuttering)* a *chronickou (advanced stuttering)*. Guitar (1998) přidává k tomuto dělení *ještě hraniční koktavost (borderline stuttering)*. Incipientní koktavost řadíme k období 5 – 7 let. Fixovanou koktavost poté řadíme do školního období, konkrétně do rozmezí od 7 do 13 let. Chronická koktavost nastává od 13 let (Lechta, 2010). Hraniční koktavost je těžké časově lokalizovat a odlišit od fyziologické dysfluence a incipientní koktavosti (Cséfalvay & Lechta, 2013).

Koktavost může vzniknout na základě tří příčin. Konkrétně jde o *orgánové příčiny, faktory prostředí a psychické procesy* (Lechta, 2010).

Z orgánových příčin koktavosti se nejvíce uvádí dědičnost. Gillam, 2000, citováno v Lechta, 2010) předkládá výsledky, které poukazují na 15 % vliv dědičnosti. Neznamena to automaticky, že potomci balbutiků se budou potýkat s koktavostí. Dědí se pouze dispozice k této poruše. Pakliže se koktavost na hereditární bázi skutečně objeví, nedědí se stupeň koktavosti. Ten je více závislý na sociálních vlivech, se kterými se dítě setkává. K *orgánovým příčinám* řadíme dyskordinaci mozkových hemisfér, která se projevuje pravohemisférovou dominancí. Ta vzniká na základě opožděného vývoje levé hemisféry v důsledku nadměrné sekrece testosteronu během nitroděložního vývoje (Mlčáková & Vitásková, 2013). Mezi neurologické faktory řadíme poškození mozku v těhotenství a v průběhu porodu. Na vzniku ke koktavosti se může podílet také nedonošenost novorozenců v souvislosti s nevyzrálostí a poškozením centrální nervové soustavy. Dispozice ke koktavosti mohou spustit také biochemické faktory. Konkrétně sem patří nerovnováha transmiterů či acidobazická rovnováha krve.

Negativní vlivy v sociálním okolí jedince kóktavost přímo nespustí. Mohou být ovšem fixujícím činitelem. Je důležité, aby okolí na dysfluenci nereagovalo. Toto by kóktavost fixovalo a pak by přešla z incipientní do fixované podoby. Je důležité, aby si dítě kóktavost neuvědomovalo a nepřemýšlelo nad ní jako nad něčím špatným. Výše uvedené dokládá tzv. Johnsonova diagnostogenická teorie pocházející ze 20. let dvacátého století. Problém nastává, když se fyziologická / vývojová dysfluenci špatně diagnostikuje jako kóktavost. Na řečový projev je poté zaměřena zvýšená pozornost, která je kontraproduktivní a skutečně může diagnózu kóktavosti nastartovat. Tuto teorii tedy shrneme jako „kóktavost výsledkem diagnózy“. Výrazný vliv na dítě a jeho další vývoj má bezesporu i škola. Fixujícím faktorem balbuties může být výsměch, ale také chybějící odborné znalosti pedagogů ohledně přístupu k této řečové vadě (Lechta, 2010).

Pakliže je dítě zvýšeně disponované k balbuties, mohou být fixujícím faktorem i *psychické činitele*. „*Vzájemný poměr dispozice a psychického traumatu při vzniku kóktavosti je nepřímě úměrný: čím vyšší je dispozice, tím menší trauma stačí poruchu řeči vyvolat a naopak*“ (Kejklíčková, 2021, s. 91). Tento zážitek u dítěte bývá obvykle dobře identifikovatelný, pokud se objeví symptomy kóktavosti bezprostředně či krátce v řádu dní od daného zážitku (Kejklíčková, 2021). Výše zmíněné potvrzuje Sovákova definice vyjadřující, že kóktavost je dispozice plus trauma. (Mlčáková & Vitásková, 2013). Jochmannová (2021) pojem trauma označuje závažnou situaci, která je náhlá neočekávaná a doslova zahltí organismus. Člověk se v rámci této situace potýká s bezmocí. Trauma s sebou také přináší závažnou fyzickou či psychickou újmu. Dle četnosti rozlišujeme *monotrauma* a *komplexní trauma*. Mezi typické situace traumatu řadíme např. autonehody, fyzická poranění, přepadení, znásilnění, mučení, živelné katastrofy, dlouhodobou šikanu, traumatizující ztrátu blízké osoby v raném věku, nepřítomnost blízké vztahové osoby, týrání, domácí násilí, sexuální zneužívání či zážitky z války (Jochmannová, 2021).

Dědičnost a vznik kóktavosti spojený s poškozením centrální nervové soustavy uvádí v rámci klasifikace etiologie Peutelschmiedová (1994).

Klinika Logo koncem 90. let minulého století organizovala dotazníkový průzkum zaměřený na zjištění faktorů, které zahájily u dítěte symptomy kóktavosti. Zúčastnilo se celkem 88 foniatrických a logopedických pracovišť. Nejčastější udávané příčiny vzniku kóktavosti byly uvedeny tyto v následujícím pořadí:

- nepříznivé poměry v rodině
- změna komunikačního prostředí
- narození mladšího sourozence
- změna bydliště
- přechodné odloučení dítěte

Ohledně rivality mezi sourozenci jakožto možné příčiny koktavosti doporučují psychologové rozestup mezi dětmi 3 roky. Zároveň ve třech letech se dítě potýká s fyziologickou dysfluencí, která je také velmi rizikovým obdobím pro přechod do incipientní koktavosti, jak už jsme si uvedli výše v textu (Lechta, 2010).

Náhlý vznik události po psychickém úrazu měl nejčastější příčiny tyto:

- napadení zvířetem
- hospitalizace dítěte
- úmrtí rodiče či blízkého příbuzného
- autonehoda
- pád z výšky
- rozbalení dárku pod stromečkem

(Kejklíčková, 2021, s. 93)

2.4 Syndromologie koktavosti

Řada lidí má koktavost spojenou pouze s dysfluencemi. Ty ovšem zahrnují jeden symptom balbuties z mnoha. Koktavost je složitý, dynamický a proměnlivý syndrom. Je také značně individuální. U člověka s koktavostí má různý projev z hlediska příčin, průběhu, fixace projevů, indikace terapie a vhodné terapie či prognózy (Lechta, 2010). Můžeme ovšem určit styčné rysy, které jsou společným ukazatelem balbuties, ale objevují se v různé míře a variabilitě.

Peutelschmiedová (2005) člení symptomy balbuties do čtyř kategorií, patří sem: ***vnější, vnitřní, psychické a somatické***.

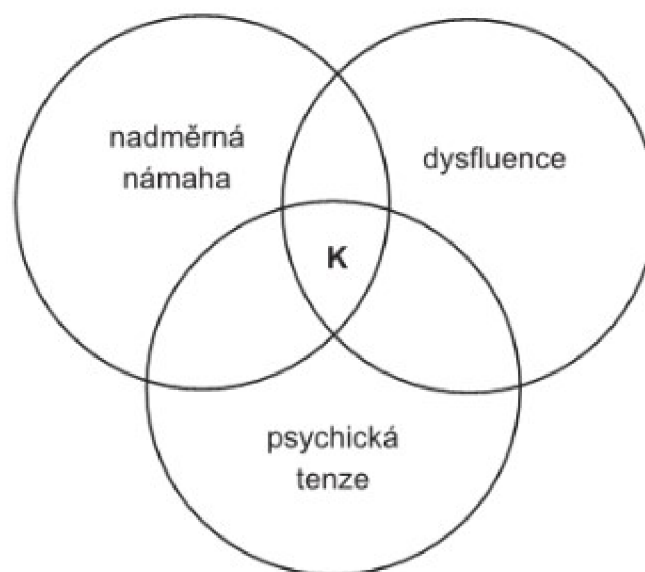
Kejklíčková (2021) člení symptomy koktavosti dle forem koktavosti.

Lechta (2004) příznaky koktavosti člení do třech kategorií, jsou to: dysfluence, nadměrná námaha a psychická tenze.

Symptomy balbuties se objevují nejprve v řeči. Poté mohou být patrné ve fyzické rovině a následně v té psychické v podobě psychické tenze (Guitar, 2013).

Níže v práci nalezneme obrázek znázorňující tři kategorie tvořící syndrom koktavosti dle Lechty (2010, s. 83)

Obrázek 1: Klinický obraz koktavosti (3 hlavní komponenty syndromu koktavosti)



Zdroj: Lechta, 2010

2.4.1 Primární znaky

Projevy v řeči nazýváme primárními znaky (*core behaviors*). V řeči se pozoruje délka, počet opakování, frekvence, lokalizace dysfluencí a specifické znaky (Dezort, 2019). Koktavost se projevuje nejčastěji repetitivními, prolongačními a bloky. **Repetice** znamená opakování. Tento projev koktavosti se nejčastěji objevuje u dětí, které právě začínají koktat. Slovo nebo slabika se pak opakuje více než dvakrát (např. „lililili“). **Prolongace** znamenají prodloužení u znělých či neznělých zvuků a ty se u dětí objevují později. Mohou trvat 0,5 sekund až několik minut. **Bloky** jsou nejtěžší formou dysfluencí a zahrnují značné fyzické napětí. Jsou pro lidi s koktavostí velice namáhavé. S přetrvávající

koktavostí se postupně prodlužují jsou výraznější. Je patrné napětí v oblasti rtů, čelisti a špatná dechová ekonomika. Dýchací cesty se uzavírají. (Guitar, 2013).

2.4.2 Druhotné znaky

Druhotné znaky (*secondary behaviors*) vznikají jako reakce na dysfluenci. Balbutik se za koktavost stydí. Snaží se ji skrýt či alespoň zmírnit. Mnohdy se obávané situaci vyhne úplně. Uplatňuje tzv. **vyhýbavé chování** (*avoid behavior*). Vyhýbavé chování je spojené se strachem a nervozitou. Jde o naučené chování. S postupujícím časem je o to více obtížné se tohoto zvyku zbavit. Anticipace koktavosti spojená s psychickou tenzí, spouští dysfluenci a dysfluenci vedou k anticipaci koktavosti. Poté dochází ke zmiňovanému vyhýbavému chování. To je charakterizované snaze vyhnout se komunikačním situacím způsobujících úzkost (Mlčáková et al., 2021). Dovyhýbavého chování řadíme i tzv. oddálení (*postponement*). V řeči balbutika můžeme zaregistrovat momenty zaváhání a přemýšlení. Také například může předstírat, že zapomněl, co chtěl říct. Ve skutečnosti balbutik ví přesně, co chce říct, avšak bojuje s očekáváním koktavosti. V tuto chvíli hledá alternativní slovo či vymyslí novou větnou strukturu, aby nedošlo k projevení koktavosti (Škrabáková, 2008). Tato snaha je však z dlouhodobého hlediska kontraproduktivní. Skrývání koktavosti koktavost naopak sytí. Člověk za chvilkovou plynulost platí neautentičností a návyk koktavosti se ještě upevňuje. Ovšem ne všem vyhýbavé chování pomáhá k plynulosti. Lechta (2010) jako příklad oddálení přidává ještě zívání či poukazování na zaneprázdněnost. Guitar (2013) odlišuje únikové chování (*escape behavior*). Únikové chování nastává až po chvíli zážitku s koktavostí. Patří sem třeba mrkání očí, kývání hlavou či citoslovce „uhs“. Fraser (2011) ještě přidává poklepávání nohou, dupnutí, různé obličejové grimasy spojené s fyzickou námahou, tůkání prsty či mávnutí paží v okamžiku bloku.

Wirth (2010) v této souvislosti zmiňuje tzv. „**cues**“. To můžeme přeložit jako narážky, signály. Jsou to momenty, jež spouští koktavost. Právě ony jsou spojeny s psychickou tenzí. Fungují na mechanismu podmiňování. Původně neutrálními podněty je nepodmiňován strach z mluvení (na základě předchozích špatných zkušeností) a v důsledku toho i řečové selhání. Cues dělíme na tři základní druhy a na základě výzkumů se pak přidává ještě čtvrté personální cue. Příkladem řečového „cue“ je například dysfluence na začátku promluvy či ve slovech začínajících na p, t, k, m, b atd. Situační „cue“ může spustit neznámá situace, počet komunikačních partnerů atp. Dalším „cue“ je reakce

balbutika na svou vlastní symptomatiku. To znamená, že symptom dysfluce obvykle vyvolává další dysfluce a poslední čtvrté personální „cue“ poukazuje na to, že koktavost může být vázaná na konkrétní osoby. Zakoktání se může například projevit např. při rozhovoru s autoritou (Lechta, 2004).

2.4.3 Postoje a pocity

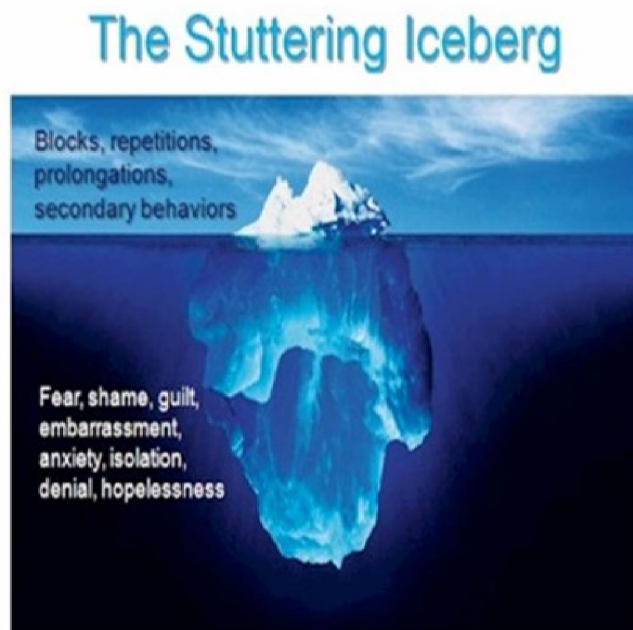
Poslední třetí komponentou tvořící komplexní obraz koktavosti je postoj člověka s koktavostí a jeho pocity.

Pocity mívají vliv na spuštění koktavosti a zároveň koktavost má za následek emocionální reakce. Na začátku si dítě koktavost neuvědomuje. Za delší čas s přibývajícím mírou koktavosti zažívá negativní pocity. Mezi časté pocity lidí s koktavostí řadíme frustraci, zahanbení, logofobii aneb chorobný strach z mluvení, sebetřýznění a pocity viny z nemožnosti dosáhnout plynulosti. Lidé s koktavostí zažívají pocity bezmoci. Někdy se tyto pocity promítnou do posluchačů v podobě nepřátelských reakcí vůči posluchačům. Dospělí, kteří koktají, za roky života s koktavostí přijali řadu negativních postojů. Tyto negativní postoje projikují do ostatních. Např. člověk s koktavostí očekává, že si o něm druzí myslí, že je hloupý či nervózní. Bylo také zjištěno, že i třídní učitelé či logopedi vnímají balbutiky jako nejisté, napjaté a ustrašené. Tyto stereotypní postoje člověk s koktavostí poté také přebírá za své (Guitar, 2013).

2.4.4 Psychická tenze

Psychická tenze má projev ve formě neustálého vnitřního neklidu a anxiózy. Toto jedinci s koktavostí často ubírá pozornost vůči okolí. Balbutik je často zaměstnaný myšlenkami z řečových obav. Tato úzkostnost se neprojevuje pouze v rámci konverzací a řečových nesnází, ale prakticky neustále. Balbutik se konkrétních situací obává dávno dopředu a anticipuje koktavost viz vyhýbavé chování. U chronické koktavosti se tato úzkost často dostává až do **logofobie**. Prvky logofobie se stupňují s věkem a mají s postupujícím věkem větší vliv na kvalitu života. Stupeň koktavosti ovšem nemusí korespondovat s mírou logofobie. I balbutik, který má lehkou formu koktavost, může mít závažný stupeň logofobie (Lechta, 2010).

Obrázek 2: Znázornění koktavosti jako ledovce



Zdroj: Singh et al., 2015

Pozn: Lidé se mnohdy neuvědomují, že koktavost zahrnuje více aspektů, než pouze ty slyšitelné a viditelné. Na metafoře ledovce Sigmunda Freuda je vše přehledně znázorněno.

Člověku s koktavostí se v určitých situacích a s určitými osobami mluví lépe. Jsou to osoby, které jsou v blízkém okolí jedince jako např. přátelé. Naopak hůře se balbutikům obvykle mluví s autoritami. Množství a podoba dysfluencí je tedy také závislá na psychické tenzi. Nahrazování slov v rámci náročnějších situací, často může vrhat na balbutika „špatné světlo“. To poté může způsobovat ještě větší psychickou tenzi. Uvedeme si konkrétní příklad ze studie provedené na Univerzitě Palackého. „*Pamatuji si na období, kdy jsem při každém svém bloku předstírala, že přemýšlím nad svým sdělením a zrovna si nemůžu vzpomenout na slovo nebo nějakou skutečnost. Moje známá zareagovala doporučením, abych si zašla k lékaři, protože na svůj věk opravdu hodně zapomínám*“ (Mlčáková et al., 2021). Toto je také příklad tzv. oddálení (*postponement*), které jsme si uváděli v rámci druhotných znaků koktavosti.

Balbutikům situaci také znepríjemňuje existence tzv. **percepčního úzu komunikace (PÚK)**. Percepční úzus komunikace nám vyjadřuje očekávání posluchačů,

že za určitý konkrétní čas získáme v rámci konverzace určité množství informací. Balbutici logicky tyto standardy vůbec nesplňují. Balbutik s těžší formou koktavosti za dobu, která je považována za adekvátní k řečení jedné věty, nestačí říct prakticky nic. Balbutici se neustále potýkají s vlastním vnitřním tlakem na plynulost řeči a s následnými pocity bezmoci navazující na to, že se jim to nedaří. Na rychlost v komunikaci jsou tedy citliví a s přibývajícím věkem s chronickou koktavostí vnímají tento „čas na promluvu“ i kratší, než ve skutečnosti je (Lechta, 2004).

2.4.5 Nadměrná námaha

Obdobně jako u psychické tenze, i nadměrnou námahu balbutici pociťují často a nejenom ve stresových situacích např. rozhovoru s autoritou. Posluchač tuto nadměrnou námahu může postřehnout. Balbutik vyvíjí fyzické úsilí při překonávání bloků artikulačního aparátu. Nadměrná námaha může být vyjádřena různými grimasy, nápadnou gestikulací, kýváním ze strany na stranu, manipulací s oblečením (např. se zipem či knoflíky), přešlapováním z nohy na nohu, chytáním za krk, manipulací s prsty nebo ztrátou zrakového kontaktu v okamžiku dysfluencí. Patří sem i vegetativní příznaky jako např. zčervenání či pocení (Lechta, 2010). Spadají sem také potíže s dýcháním, jejichž existenci jsme si již zmiňovali výše v textu (Bosshardt, 2006). Někteří balbutici zmiňují také návaly tepla související s nadměrnou námahou a zvýšenou intenzitou hlasu při blocích a prolongacích (Cséfalvay & Lechta, 2013).

2.4.6 Dysfluence

Kejklíčková (2021) formu koktavosti pro snadnější pochopení symptomů dělí na *lehkou*, *středně těžkou* a *těžkou*. U lehkých forem se objevuje repetice prvních hlásek či slabik (klony). Někdy také dochází k prolongacím neboli prodloužením. U středně těžké formy koktavosti jsou repetice i prolongace výraznější. Také už se i objevují křeče na počáteční slabice (tony). Projev už mohou doprovázet i průvodní souhyby svalstva, končetin, hlavy či trupu. Kejklíčková (2021) definuje **souhyby** jako mimovolní doprovodné pohyby. Řadí se tam pomrkávání, pomlaskávání či další doprovodné pohyby v oblasti tváře. Uvedeme si konkrétní příklad z autobiografie s názvem Příběh jednoho koktavého. „*Trhal jsem hlavou ze strany na stranu, zleva doprava. Zaslechl jsem z publika nějaké nervózní narážky. Zakroutil jsem ústy, vystrčil jazyk, protáhnul se a zakroutil očima. Opět ze mě nic nevyšlo kromě mého napjatého brblání*“ (Murray, 2006, s. 32). U

těžších forem dochází k silnému narušení plynulosti řeči a křeče na počátku slov bývají často až nepřekonatelné. U těžké koktavosti v rámci slovního projevu či hlasitého čtení tvoří počet narušených slov více než 50 %. U lehčí formy koktavosti poté tvoří méně než 5 % (Bloodstein, 1944, Bloodstein & Ratnter, 2008, citováno v Lechta, 2004). Jak již jsme si uvedli, někteří balbutici volí náhradní slova, která jim pomůžou v tu chvíli navodit plynulost za cenu neautentického projevu. Ne všem toto ale funguje. Někdo nedokáže říct plynule ani nahrazovaná slova. Jak bylo ovšem uvedeno výše v textu, toto chování z dlouhodobého hlediska udržuje koktavost. Kromě zmíněných projevů je s balbuties spojena i nepřirozená gestikulace a tiky. V rámci diagnózy balbuties se mohou objevit i součiny či Froschelův symptom. **Součiny** jsou mimovolní pohyby horních či dolních končetin a také hlavy a trupu. U těžkých forem koktavosti se může hýbat celé tělo. **Froschelův symptom** se projevuje tím, že se v určitém rytmu roztahuje a stahuje nosní chřípí (Kejklíčková, 2021).

Občas dochází ke kombinaci tonů i klonů, a to pak nazýváme tonoklony. Tonoklonická forma koktavosti se objevuje v ordinaci logopedů nejčastěji (Kejklíčková, 2021).

V současné době rozlišujeme 7 typů dysfluencí a to *repetice*, *prolongace*, *interjekce*, *tiché pauzy*, *přerušovaná slova* a *nekompletní slovní zvraty* (Shipley & McAfee, 1998). Lechta (2004) následně uvádí, že interjekce, opravy a nekompletní slovní zvraty se mohou vyskytovat i u lidí hovořících plynule. Nikdo nemluví zcela plynule. Ovšem plynule hovořící člověk tyto dysfluence často ani nevnímá. Výskyt dysfluence narůstá s délkou mluveného projevu u lidí s koktavostí.

Uvedeme si konkrétní znění oněch zmíněných sedmi druhů koktavosti:

Obrázek č. 3: Sedm základních druhů koktavosti

- **Repetice**

Části slov / slabik – např.; „*ba-ba-ba-basketbal.*“

Celých slov – např.; „*kolik jejeje ti let?*“

Slovních zvratů – např.; „*já jsem já jsem já jsem byl doma.*“

- **Prolongace**

Hlásek slabik. např.; „*pppppjdme domů.*“

- **Tiché prolongace**
namáhavý pokus říci slovo, přičemž není slyšet zvuk.
- **Interjekce**
hlásek/slabik – např.; „*já hm ... hm mám problém.*“
Celých slov – např.; „*já mám, ano, takový problém.*“
Slovních zvrátů – např.; „*já mám, je to prostě, problém.*“
- **Tiché pauzy**
např.: „*bylo to nádher-(pauza)-né.*“
- **Nekompletní slovní zvraty**
např.: „*nevím, jestli si mohu ...pojdme domů.*“
- **Opravy**
např.: „*myslím, že půjdeme domů, na procházku.*“

Zdroj: Lechta, 2004

2.5 Diagnostika a diferenciální diagnostika koktavosti

Nejprve si představíme obecné zásady diagnostiky koktavosti. Poté se budeme věnovat chronické koktavosti. Chronickou koktavost nastávající od 13 let mají totiž všichni účastníci našeho výzkumu. Na závěr si představíme diferenciální diagnostiku.

2.5.1 Diagnostika koktavosti obecně

Koktavost je velice složitý a komplexní syndrom. Komplexní tudíž musí být i jeho diagnostika. Realizace potřebných vyšetření včetně jejich vyhodnocení trvá přibližně 3, 5 hodiny (Sandrieserová & Schneider, 2008). Vyšetření koktavosti může také trvat od 2, 5 hodin do 4 hodin (Richels et al., 2010). Někdy se diagnostika prodlouží a probíhá během prvních fází terapie v rozsahu od 2 do 4 týdnů. K realizaci komplexní diagnostiky koktavosti jsou potřeba transdisciplinární vyšetření. Balbutik by měl navštívit logopeda, foniatra, psychologa, neurologa a psychiatra. Důležité je zapojit i rodiče (nejbližší příbuzné), pedagogy a u dospělých balbutiků i partnery či manžely. Kejkličková (2021) uvádí, že k přesné diagnostice je potřeba vyšetření foniatrické, logopedické, neurologické a

psychologické. Tyto vyšetření uvádí jako primární. V případě potřeby a někdy je to i nutné, zmiňuje návštěvu interního lékaře, fyzioterapeuta a psychiatra.

Diagnostika koktavosti je obtížná z důvodu absence norem. Nevíme například jaký počet dysfluencí je „v normě“. Obecně se symptomy koktavosti hůře kvantifikují. Diagnostiku obecně mohou o něco zrychlit počítačové programy. Diagnostiku koktavosti řadíme do speciálních vyšetření NKS (Lechta, 2010).

Toto speciální vyšetření koktavosti má najít odpovědi na následující otázky:

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

(Lechta, 2010)

V rámci diagnostiky si všímáme už prvního kontaktu s balbutikem či jeho příbuznými. Orientujeme se v tom, jak daný člověk komunikuje a jakou má sociokulturní úroveň. Zkoumáme, jestli působí nesměle a zjišťujeme vzdělání. Podle těchto zjištění se člověku přizpůsobíme s naším verbálním projevem, aby byl pro klienta co nejsrozumitelnější a nejkomfortnější. Balbutik následně absolvuje vstupní vyšetření, kontrolní vyšetření v průběhu terapie, výstupní vyšetření po ukončení spolupráce a postterapeutické vyšetření. Kontrolní vyšetření by mělo probíhat po 3 měsících nebo častěji (Richels et al., 2010). Kontrolní vyšetření se doporučuje absolvovat na začátku každého terapeutického sezení. Na konci by totiž úsudek účinnosti terapie mohl být ovlivněn užitím terapeutických technik. Postterapeutické vyšetření by se mělo realizovat nejméně v limitu od 10 měsíců do 2 let po skončení. Je zde větší riziko recidivy (Richels et al., 2010).

Pro efektivní terapii je potřeba kvalitní diagnostika. Prolíná se to. Z tohoto důvodu se používají termíny diagnostická terapie a terapeutická diagnostika. Už v rámci diagnostiky je nutné zařazovat prvky terapie z důvodu eliminace netrpělivosti klienta a jeho blízkých. Pro klienta je důležité začít poznávat účinné nástroje v práci s balbuties. U diagnostiky je obtížné postupovat objektivně. Objektivitu narušuje několik faktorů např. hraniční koktavost, určení normálních dysfluencí a patologických. Dysfluence jsou také odlišné u dětí i u dospělých. Z tohoto důvodu se používá rozdílný postup u diagnostikování incipientní, fixované a chronické koktavosti. Diagnostický proces také komplikuje

používání substitučních slov a vyhýbavé chování balbutiků. Je proto nutné zařadit úkoly, kde slova nemohou být zaměňována. Diagnostika je také těžší z důvodu variability symptomů u balbutiků. Problémová je také kvantifikace vnitřního prožívání koktavosti neboli diagnostika psychické tenze. Pro zajištění větší objektivity diagnostického procesu můžeme využít počítačové programy. Známy je počítačový software CS2.0 (*Computerized Scoring of Stuttering Severity*). Tento počítačový software je počítačovou verzí standardizovaného dotazníky SSI (*Stuttering Severity Instrument*) od G. D. Diley (Lechta, 2010). Kejkličková (2021) uvádí, že se u balbutiků objevují poruchy dýchacích pohybů, poruchy fonačních pohybů, poruchy artikulačních pohybů a embolofrazie. V rámci vyšetření je dobré se soustředit na rytmus mluvy. Balbutici konkrétně nepřiměřeně plýtvají výdechovým proudem. Někteří vydechnou část vzduchu ještě před vytvořením zvuku a také dochází ke spotřebě zvuku během překonávání bloků. Dochází i ke křečím. U poruchy artikulačních pohybů jde o to, že se balbutikům hůře vyslovují určitá slova. Souvisí to s již zmíněnou anticipací balbuties. Často to bývají hlásky *p, t, k*. **Embolofrazie** znamená nutkavé vkládání různých hlásek, slabik, slov v rámci konverzace bez ohledu na celkový smysl projevu. U koktavosti je známé, že se zlepšuje, když se změní rytmus např. při zpomalování, skandování, recitování apod. Naopak ale při použití metronomu se u balbutiků řeč zhoršuje. Za použití **Leeova efektu** se rytmus a plynulost řeči balbutiků naopaklepší. Jde o zpětnou akustickou vazbu, kdy balbutik poslouchá svůj projev se zpožděním. Zajímavostí je, že se nekotká ani při šepotu.

V rámci multidisciplinární diagnostiky by měli odborníci dodržovat zásady integrativní diagnostiky. Mělo by se přistupovat komplexně a v rámci diagnostiky se věnovat všem 3 složkám koktavosti (dysfluenci, psychické tenzi i nadměrné námaze). Také je stěžejní pro další terapeutickou práci získat materiál k hodnocení ve formě videozáznamu či alespoň audiozáznamu spontánní komunikace v přirozeném prostředí balbutika. V rámci ordinace dochází totiž často k uplatňování **hawthornského efektu**. Tento termín vyjadřuje, že pozornost, projevovaný zájem a sociální interakce mají vliv na pracovní výkon (Výrost et al., 2021). Konkrétně v tomto případě má klient tendenci chovat se během testování žádoucím způsobem. Čím více se klient a terapeut poznávají a zvykají si na sebe, tím více se zlepšuje řeč. Také je důležitá konsekventnost včetně zaměření se na narušení koverbálního chování a parafrází. Plynulost řeči má být hodnocena v rámci různých komunikačních kanálů (např. čtení, oslovení neznámého člověka apod.). Je důležité aplikovat netraumatizující styl vedení rozhovoru s balbutikem. Doporučují se

např. jako vhodné otázky na denní režim. Balbutik během vyšetření nesmí pociťovat časový tlak a jakoukoliv netrpělivost ze strany diagnostika v okamžiku dysfluencí. Výjimkou je záměrně zahrát stresovou situaci z důvodu přesnější diagnostiky. Logoped, by měl iniciovat ke spolupráci blízké okolí balbutika, tzn. rodiče, pedagogy, partnery či spolupracovníky. Hlavně u dětí je také důležité zkoumat způsob komunikace kontaktních osob. Jak jsme si již uváděli v kapitole kóktavost, má to vliv na vývoj fyziologických dysfluencí a možné nastartování balbuties či posunu do dalších fází (Lechta, 2010). Kejkličková (2021) doporučuje zařadit i čtení, kde je vhodné všimnout si počtu tonů, klonů a tonoklonů.

Zjišťování psychické tenze (např. faktorovou analýzou) je úkolem psychologa či psychiatra. Zjišťují se externí i interní faktory. Mezi externí faktory řadíme percepční úzus komunikace, komunikační situaci a kvalitu komunikační situace. Mezi interní faktory řadíme vztah k posluchačům a komunikační záměr. Pro diagnostický proces je stěžejní zjistit situace, které vyvolávají psychickou tenzi a hierarchicky je seřadit (Lechta, 2010).

2.5.2 Diagnostika chronické kóktavosti

Nejprve si charakterizujeme chronickou kóktavost. Dle Lechty (2010) tato kóktavost nastává od 13 let věku. Guiatar (2013) uvádí, že se chronická kóktavost týká období starší adolescence a dospělosti. Lechta (2004) dále uvádí, že u chronické kóktavosti přetrvávají symptomy 10 let a více.

Balbutici anticipují dysfluence a předjímají negativní reakce posluchačů. Na překonání bloků musí vyvinout nadměrnou námahu (Mlčáková & Vitásková, 2013). U chronické kóktavosti je hluboce zakořeněný vzorec primárního i sekundárního chování. Balbutik zažívá bezmoc ohledně řečového projevu a jeho koordinace. Uvádí se také, že jedinec sám sebe pojímá jako balbutika. Jedinec zná také nějaké způsoby modifikace kóktavosti, které mu někdy ulehčí mluvený projev. Dalším znakem chronické kóktavosti je také to, že balbutik po lepším fluentním období zažívá recidivy. Kóktavost řídí řadu oblastí života jedince. Určuje školu, pracovní i společenský život. Jedinec uplatňuje v rámci sociálních interakcí únikové i vyhýbavé chování. Projevuje se to např. tak, že může odmítat pracovní příležitosti, omezovat společenský život či se vyhýbat mluvenému projevu před třídou spolužáků. Uvedeme si konkrétní příklad klienta s balbuties. „*Ředitel vybral mě. Bránil jsem se, abych tam nemusel jít, ale nikdo jiný ze třídy nechtěl. Dotlačili mě tam. U mikrofonu jsem prožil tragédii. Vykóktal jsem číslo a odešel poníženy*“

(Tomaszewsky, 2013, s. 28). Balbuties je stereotypizovaný vzorec, jež spouští konkrétní emoce. Obvykle jde o emoce strachu, viny, frustrace a vůči okolí se mnohdy objevují i nepřátelství, jak již bylo uvedeno výše v textu. Tyto emoce mohou spustit neurotická onemocnění (Guitar, 2013). Kolektiv autorů (2018) uvádí v rámci kazuistiky příklad dívky, která při mluvení plakala. Intenzivní emoce přirovnávala k tomu, že měla „hlavu v jednom ohni“.

Dezort (2019) uvádí, že dospělí balbutici obvykle přicházejí s cílem mluvit plynule. Jako cíl si nevolí změnit vnitřní stránku koktavosti, která paradoxně diagnózu balbuties drží v chodu. Obvykle už nedochází k remisi koktavosti. Jedinci však stále zažívají situace, kdy se jim hovoří lépe. Na plynulost balbutiků může mít vliv únava, konzumace alkoholu a rychlost řeči (Lechta, 2004).

U diagnostiky poruch fluence je důležité si uvědomit, že ani řeč plynule hovořících lidí není zcela fluentní. Mohou to být např. hezitace, které narušují plynulost nacházením správného významu slov. Dále plynulosti brání pauzy mezi větami (syntaktická neplynulost), pauzy v řeči při vybavování slov (mnestická neplynulost), přerušování plynulé řeči při trémě či extrémní únavě. Dysfluence, jež jsou přítomny v „normální“ řeči nazýváme *nespecifické*. Oproti tomu *specifické dysfluence* jsou výraznou součástí klinického obrazu konkrétních specifických narušení, postižení nebo onemocnění. (Cséfalvay & Lechta, 2013).

Diagnostikování balbuties komplikuje také již zmíněný percepční úzus komunikace (PÚK). Posluchač očekává od emitenta za určitou časovou jednotku určité množství přijatých informací. Pakliže množství přijatých informací působí rušivě na posluchače, jde o dysfluenci. Problémem je, že různí recipienti mají práh tohoto rušení rozdílný. Těžko se to potom určuje. Balbutici jsou navíc citliví na tzv. *double-blind* u posluchače. Ten poukazuje na ambivalentní postoj posluchačů. Jde např. o to, když verbální reakce vůbec nekorespondují s těmi neverbálními. Vnímání těchto nejednotných signálů (např. podívání se na hodinky a vstřícná odpověď), mohou zhoršit plynulost řeči. Diagnostik toto stěží zaznamená. Diagnostiku koktavosti dělíme na *extrafenoménovou* a *intrafenoménovou*. V rámci extrafenoménové diagnostiky se diferencuje koktavost od neurogení dysfluence, psychogení dysfluence a breptavosti. Intrafenoménová diagnostika odlišuje jednotlivé druhy koktavosti. U chronické koktavosti ovšem intrafenoménovou diagnostiku nemusíme řešit. Chronickou koktavost určíme snadno podle věku klienta a to od 14 let (Lechta, 2010). Provádí se tzv. *integrativní diagnostika*, která zahrnuje věnování pozornosti všem

třem komponentám syndromu koktavosti a zahrnuje již zmíněný transdisciplinární přístup. U každé této komponenty zároveň diagnostik zjišťuje typ, formu a stupeň balbuties z kvantitativního i kvalitativního hlediska. Při diagnostikování dysfluence využíváme záznam spontánní produkce klienta, jenž obsahuje 100 a více slov. Někteří autoři doporučují i více. Také je důležité u chronického stupně balbuties, aby přetrvávala více, než 3 měsíce. V opačném případě by šlo spíše o psychogenní dysfluence. U dospělých balbutiků se o to více soustředujeme na diagnózu psychické tenze. „*Obyčejně je u dospělých balbutiků v popředí diagnostiky právě psychická tenze.: proces „chronizace“ koktavosti je často současně také procesem její „psychogenizace“*“ (Cséfalvay & Lechta, 2013, s. 33). U chronické koktavosti je také velice důležité v rámci diagnostického procesu se zaměřit na běžnou řízenou konverzaci. Oproti jiným formám koktavosti se u chronické koktavosti nedělá screening. Uvedeme si několik testů / škál / měřítek, kterými lze měřit psychickou tenzi. *Revised Communication Attitude inventory S 25 (RCAI)* – Revidovaný inventář postojů ke komunikaci, *Locus of Control of Behavior (LBP)* – Těžiště kontroly chování, *Subjective Screening of Stuttering Severity (SSS)* – Subjektivní screening stupňů koktavosti, *Self-Efficacy Scale for Adult Stutterers (SESAS)*. V rámci diagnostikování nadměrné námahy je problémem absence komplexního standardního měřítka pro její zjištění. Zřetelným projevem nadměrné námahy je koverbální chování. Koverbální chování u koktavosti může mít podobu různých grimas, nápadné gestikulace, kývání do stran, manipulace se zipy či knoflíky, přešlapování, uhýbání pohledem v okamžiku neplynulosti, chytání za krk či vegetativní příznaky (Lechta, 2010). Diagnostici se tudíž soustředí i na jeho identifikaci (Cséfalvay & Lechta, 2013). Navrhuje se určit, jaký počet narušeného koverbálního chování průměrně vyjde na jednu neplynulost (Yari, 2007, citováno v Cséfalvay & Lechta, 2013). Dle závažnosti koktavosti člení Cséfalvay & Lechta, (2013) koktavost na následující druhy: velmi lehká, lehká, středně těžká, těžká, nejtěžší. U velmi lehkého stupně koktavosti nemůžeme pozorovat žádnou tělesnou námahu. Lehký stupeň již zahrnuje určitou zjevnou námahu, ale balbutik si s tím dokáže poradit. Středně těžký stupeň koktavosti zahrnuje nadměrnou námahu trvající přibližně 2 sekundy a posluchač si nadměrné námahy může všimnout na obličeji. U těžkého stupně koktavosti se objevuje výrazná nadměrná námaha po dobu 2 – 4 sekund. U pátého nejtěžšího stupně se objevuje námaha trvající 5 a více sekund. U nejtěžšího stupně je již obličejové či jiné svalstvo zjevné svou intenzitou. Uvedeme si ještě komplexní měřítka balbuties, která nám pomáhají s diagnostikou všech tří komponent koktavosti. Patří mezi ně *Stuttering Severity Instrument (SSI-4)* – Nástroj pro zjišťování stupně koktavosti, balbutiogram, Wright and

Ayre Stuttering Self-Rating Profile (WaSSP) – Sebehodnotící profil koktavosti, *Adult behavior Assessment Battery* (BAB) – Baterie pro hodnocení chování pro dospělé balbutiky a v jiné kapitole jsme si již uváděli používaný *Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering* (OASES) – Komplexní hodnocení balbutikova prožívání koktavosti (Cséfalvay & Lechta, 2013).

Mezi další důležitou součástí diagnostiky balbuties u dospělých klientů by mělo být testování pravděpodobné účinnosti terapeutických technik (*trial management*). S klientem se testují různé techniky z terapie tvarování plynulosti a z terapie modifikace koktavosti. Zjišťuje se jejich působení na klienta (Shapiro, 2011, citování v Cséfalvay & Lechta, 2013).

V rámci diagnostiky by bylo také užitečné, aby zaznělo, že terapie nemusí být úspěšná. Lidé s koktavostí by měli být připraveni i na rizika, že jim tato konkrétní terapie může, ale také nemusí pomoci. „*Více dospělých balbutiků se totiž už v minulosti podrobilo neúspěšné terapii. Tito dospělí jsou vystaveni velkému riziku frustrace a zklamání, jestliže ani právě plánovaná terapie neskončí úspěšně*“ (McCauley, 1996, s. 20).

2.5.3 Diferenciální diagnostika

Koktavost je třeba odlišit od jiných poruch řeči. Je to obtížný úkol. Koktavost se musí odlišit od breptavosti a patlavosti. Dát přednost nápravě vad výslovnosti před koktavostí je velká chyba. Opět je na místě připomenout důležitost komplexní diagnostiky (Kejklíčková, 2021). Dále je v rámci extrafenoménové diagnostiky potřeba odlišit koktavost od vývojových dysfluencí, neurogenních dysfluencí, psychogenních dysfluencí, dysfluencí na bázi narušeného vývoje řeči a smíšených typů.

3 LOGOPEDICKÉ INTERVENCE KOKTAVOSTI

V rámci této kapitoly se podíváme na různé způsoby léčby koktavosti z logopedického pohledu a druhy terapií. V rámci logopedických knih je často logopedická intervence nazývána terapií. Také Dezort (2019) vnímá terapeuta jako logopeda. Při užití pojmu terapeut zároveň uvádí v závorce pojem logoped. Logoped ovšem neposkytuje terapii psychoterapeutického směru, o které je pojednáno v další kapitole. Nyní se podíváme na vzdělání logopedů v terapii koktavosti. Z 597 vystudovaných logopedů jich valná část u sebe vnímá menší kompetence pro práci s balbutiky než s klienty s jinou poruchou řeči. Méně prostoru je koktavosti věnováno i ve výuce na univerzitě. Balbutologie v USA má v průměru 20 hodin a jiné poruchy 104,2 hodiny (Maning 2001). Oficiální časová dotace pro studium koktavosti ve výuce logopedů není dána. V určité míře se budoucí logopedi setkávají s tématem balbuties na bakalářském i magisterském studiu. Předatestační příprava klinických logopedů zahrnuje kurzy Balbuties A a B v kurikulu (Dezort, 2019). Na pedagogické fakultě Masarykovy univerzity je zařazen předmět balbutologie vyučovaný doktorem Janem Dezortem a doktorkou Barborou Chleboradovou.

3.1 Terapie koktavosti obecně

Mlčáková et. al (2021) vnímá možnosti zbavení se koktavosti následovně. „*Jakmile koktavost přetrvává do dospělosti, je velmi nepravděpodobná úplná remise (vymizení všech příznaků) s terapií nebo bez ní*“ (Mlčáková, 2021, s. 42). Podle Shapira (1999) má terapeut klienta učit zvládat projevy koktavosti v chování včetně kognitivní i emocionální komponenty. Conture & Curlee (2007) vidí jako reálný cíl terapie koktavosti ve zmenšení nadměrné námahy a v tom dostat koktavost pod kontrolu.

Dle Mlčákové et al. (2021) mladí dospělí přicházejí často na terapii, jelikož si uvědomují negativní dopad koktavosti na svůj život. Chtějí např. získat lepší práci apod. Starší dospělí mohou mít podobné důvody. Někteří si také chtějí připomenout logopedické techniky, se kterými se již setkali, ale jejichž kýžený efekt se začal vytrácet. Balbutici mají

rozdílná očekávání od terapie. Někteří klienti chtějí úplnou plynulost a další se např. chtějí zbavit bloků a mít svou řeč více pod kontrolou. Někdo má více konkrétnější cíle, jako např. plynule se představit, zbavit se vyhybavého chování apod. V logopedické terapii balbuties rozlišujeme dva základní druhy terapií. Prvním je terapeutický přístup **modifikace koktavosti** (*stuttering modification therapy*) a druhým z nich je terapeutický přístup **tvárování plynulosti**. (*fluency shaping therapy*) Lechta (2004) uvádí, že je důležité tyto přístupy pojímat spíše jako jakousi filozofii konkrétního terapeutického přístupu, než jako terapeutickou techniku. Často se v praxi používá kombinace těchto dvou přístupů označovaná jako **integrativní terapie**.

3.2 Terapie tvarování plynulosti

Terapii tvarování plynulosti (FST z anglického *fluency shaping therapy*) řadíme mezi behaviorální terapii. Pocity balbutika a postoje ke koktavosti jsou spíše opomíjeny. Terapie učí plynulému způsobu řeči, který se postupně fixuje. Uplatňuje se zde i operantní podmiňování. Cílem je takto naučenou řeč přenést do běžného prostředí klienta. Začíná se uplatňováním technik se vztahovými osobami a později s cizími lidmi. Vše navazuje na fakt, že balbutik je schopný v určitých situacích hovořit plynule. Pakliže všechny projevy klienta jsou spíše neplynulé, terapeut tomu musí být nápomocen. Může hovořit velmi pomalou mluvou sloužící jako model řeči, nabídne rytmické taktování, lehký hlasový začátek, měkký šum či opožděnou sluchovou zpětnou vazbu. V rámci postterapeutických vyšetření je nutné, aby terapeut zjistil stabilizaci plynulosti řeči a jsou-li nutné další terapeutické zásahy. (Lechta, 2004). Mnozí balbutici mohou spatřovat jako nevýhodu, že řeč zní uměle a nepřirozeně (Lechta, 2010). Často bohužel může dojít k recidivám. Koktavost je prezentována jako zakázané chování. Tímto přístupem se ještě zvyšuje strach z neplynulostí. „*Nezakoktávej se. Kývej si rukama nebo mluv trochu neobvyklým a nepřirozeným způsobem – dělej cokoli, jen se nezakoktávej*“ (Lechta, 2010, s. 178).

Mlčáková (2021) s klienty v rámci Centra podpory studentů se specifickými potřebami (CPSSP) uplatňuje následující techniky v rámci této terapie: techniku zpomaleného tempa řeči, lehký hlasový začátek a hladké přechody mezi slovy. Procvičuje se měkké hlasové čtení nebo čtení ve dvojici na 5 – 10 minut denně. Řeč se také procvičuje na základě zpěvu písně vlastního výběru z youtube.cz s podporou melodie a zpěvákova zpěvu. Při úpravě podmínek během státních zkoušek se např. využívá grafických prvků druhé etapy fonograforytmiky na úrovni slabik a grafického znázornění obloučků při

zachování ústní promluvy. Studenti naopak méně využívají zpětnou sluchovou vazbu (DAF – *delayed auditory feedback*).

3.3 Terapie modifikace koktavosti

Terapie modifikace koktavosti (SMT z anglického *stuttering modification therapy*) popisuje, jak upravit moment zakoktání se, aby nebyl pro balbutika tak trýznivý. Klade důraz na přerámování negativního myšlení, které často koktavost spouští. Tento přístup vyvinul Charles Van Riper, jenž je uznávaným vědcem v rámci problematiky koktavosti a s koktavostí má i osobní zkušenost. Hlavní těžiště Van Riperova programu spočívá v redukci obav z balbuties a strachu eliminací vyhýbavého chování. Úzkostlivost a následné vyhýbavé chování koktavost zhoršují. Cílem je, aby balbutik s koktavostí tolik nebojoval. Charles Van Riper v knize *Treatment of stuttering* popsal postup terapie úpravy bloku. Ta má 4 etapy: 1) identifikaci, 2) desenzibilizaci, 3) modifikaci a 4) stabilizaci (Mlčáková et al., 2021).

Účelem *fáze identifikace* je, aby si klient uvědomil primární i druhotné znaky. Dochází ke konfrontaci s výše uvedeným a snižuje se vyhýbavé chování. Dochází konkrétně k identifikaci primárních znaků (bloků, prolongací, repetice, třesu), místa napětí (nejčastěji v oblasti krku, ramen a celého těla), reakcí na koktavost (rozpaky stud) a negativních emocí před promluvou, během promluvy a po promluvě. Proces identifikace koktavosti má být strukturován a hierarchizován. V kapitole diagnostika koktavosti jsme si uvedli různé hodnotící testy a možnost identifikovat balbuties je možné i z videí. Jestliže terapie probíhá ve skupinovém prostředí, je další variantou identifikace balbuties ze strany členů skupiny (Ward, 2018).

Cílem *fáze desenzibilizace* je snížení či odstranění strachu, úzkosti a negativních emocionálních reakcí spjatých s koktavostí. Když je dítě několik minut plynulé, logoped cíleně začne řečový proud přerušovat. Když vycítí, že začíná přicházet koktavost, přestává. Četnost přerušování se navyšuje a dítě by mělo zvyknout, aby nedocházelo v těchto momentech k neplynulostem. Měly by se změnit původní negativní reakce na koktavost na příjemnější (Ward, 2018). Lechta (2010) uvádí, že má vybudovat rezistenci balbutika na subjektivně prožívané těžké komunikační situace. Systematická desenzibilizace je v rámci terapie koktavosti náročným postupem, ale velice stěžejním. Mezi terapeutickou techniku

využívanou v desenzibilizační fázi řadíme **pseudokoktavost** (*voluntary stuttering*). Tato technika je poměrně nová a soustředí se na oblast dysfluencí a tenze. Úkolem je, aby se balbutik rozhodnul cíleně zdrhávat v řeči. Zdá se to paradoxní vzhledem k cíli dosáhnout fluentní řeči. Tato technika ovšem vede k desenzibilizaci vůči prožívané bezmoci ze ztráty kontroly nad řečí, zvýšení sebevědomí balbutika, odtabuizování koktavosti odbourání perfekcionismu vůči vlastní řeči atp., „*Počet zakoktání se sníží odbouráním negativních reakcí – strachu, psychické tenze – na dysfluence a s ním spojené vegetativní uvolnění především tehdy, když dítě začne spontánně produkovat pseudokoktavost*“ (Lechta, 2004, s. 193). Techniku pseudokoktavosti uplatňuje ve své řeči i terapeut (Lechta, 2004). Další technikou desenzibilizace je otevřeně o koktavosti hovořit. Guitar (2013) uvádí, že reakce posluchačů bývají zpravidla pozitivní oproti očekávání přívětivější. O tomto hovoří i Bringelson, který zavedl pojem **objektivní postoj**. Balbutikovi by měla již zmiňovaná otevřenost a ventilování problému pomoci včetně odmítání parafrází.

V rámci **fáze modifikace** se balbutik učí vlastní variaci způsobu mluvení. Van Riper přišel s inovativní **technikou plynulého koktání** (*fluent stuttering*). Technika vychází z poznatku, že je blok naučené chování, které je následně fixováno. „*Z toho vyplynula možnost naučit se zakoktavat s minimem abnormality, tj. nahradit habituálně balbutické reakce relativně plynulým, „vláčným“, jednoduchým vzorcem přerušení řeči bez námahy a psychické tenze a bez použití maskujících prostředků, jako je vyhýbání, přesunutí, startéry*“ (Lechta, 2010, s. 180). Cílem tedy není zbavení se koktavosti, ale naučit se „zakoktavat se plynule“. Konkrétně se nacvičuje zrušení (*cancellation*), vytažení (*pull out*) a přípravné nastavení (*preparatory set*). Technika zrušení (*cancellation*) spočívá v tom, že se balbutik při neplynulosti zastaví a dá si na několik sekund pauzu na uklidnění. Následně se dané slovo pokusí vyslovit znovu, ale s „lehkým zakoktáním“. Slovo nemusí být tedy proneseno plynule, ale mělo by dojít ke zlepšení. Van Riper touto technikou začínal a poté začínal s vytažením (*pull out*). Když v rámci řečového toku docházelo k bloku, balbutik měl slovo dokončit s hladkou, kontrolovanou a klouzavě znějící prologací. Pakliže to balbutikům nešlo, užila se technika zrušení (*cancellation*). Nejtěžší z technik je přípravné nastavení (*preparatory set*). Slovo se má začít vyslovovat s artikulátory v uvolněném postavení, první hláska by se měla realizovat jako pohyb provázaný s další hláskou a také je důležité fonaci zahájit s lehkým hlasovým začátkem. V rámci modifikace koktavosti si zmíníme také diagnostogickou teorii vzniku koktavosti

Wendela Johnsona. Cílem je odstranit u balbutiků pocity viny ze zakoktání a také jejich vlastní označování jako handicapovaných (Lechta, 2010).

3.4 Metoda Tarkowského

Tato terapie koktavosti se zaměřuje na balbutiky různého věku a reprezentuje systémový přístup v Systémové terapii koktavosti (STJ). Koktavost rozděluje do několika složek. **Lingvistická složka** zahrnuje neplynulosti, **biologická složka** poukazuje na zvýšené svalové napětí, **psychologická složka** zahrnuje přítomnost logofobie a **společenská složka** poukazuje na přítomnost společenského stresu. Na všechny tyto složky se metoda Tarkowského zaměřuje. Konkrétně se snaží zvýšit fluenci (v řízeném či spontánním projevu), snížit projevy svalového napětí a logofobie a zvyšovat schopnost zvládat náročné komunikační situace. Terapii vede logoped zaměřený na koktavost (Tarkowski, 2018).

Terapie koktavost pokládá za psychosomatickou poruchu a zdůrazňuje, že její chronická forma má rysy psychosomatické poruchy. Vychází dále z předpokladu, že balbutici jsou schopni plynulého projevu. Je proti přijetí neplynulostí a bojuje s koktavostí. Terapie je intenzivní a krátkodobá zahrnující kontrolní období. Prvky této terapie se objevují v oscarovém filmu Králova řeč. „*Kníže prošel mnoha neúčinnými, dokonce ponižujícími formami terapie, než konečně na podnět své ženy – navštívil nekonvenčního terapeuta*“ (Tarkowski, 2018, s. 75). V terapii se intenzivně soustředili na techniku řečového projevu, který zahrnoval **klasická dechová cvičení, fonační cvičení, artikulační a relaxační cvičení**. Společně trénovali i zvládání trémy a král byl vybízen **k veřejným vystoupením**. V situacích, kdy došlo v králově projevu k výraznému bloku, měl **problémová slova zazpívat**.

V rámci incipientní koktavosti se doporučuje období relativního ticha dítěte, aby se koktavost dále nefixovala. Dále se využívá **rodinné terapie** ke zjištění příčiny napětí, **fototerapie** a případně i **zapojení dospělých osob**. Ve školním věku by se v rámci cíle dosáhnout plynulosti v obtížných komunikačních situacích mělo postupovat v těchto krocích 1) identifikace stresující situace, 2) relaxace, 3) desenzibilizace, 4) zvládnutí techniky plynulého mluvení, 5) terapeutický pohovor, 6) socioterapie, 7) hodnocení efektivity terapie. V rámci prezentované kazuistiky se využívaly **dechově artikulační cvičení, relaxace Jacobsonovou metodou** či dokonce **vodní masáže a plavání**. Když došlo k efektivnímu využívání relaxace, začali cvičit **imaginační cvičení**. Klient si představoval obávané situace jako např. mluvení ve třídě či v kostele. Anticipované dysfluence se

snažili negativní myšlenky transformovat pomocí afirmace: *“Budu mluvit plynule.”* K navození plynulé řeči byly využívány dvě techniky, a to přirozená a nepřirozená. Přirozená technika spočívala v koordinaci dechu, artikulaci, ve frázování na jeden výdech a v dodržování pauz mezi frázemi. Nepřirozená technika je založená na prolongaci slabik a s tím souvisejícím klidnějším tempem řeči (Tarkowski, 2018). *„Prolongování měl používat pouze při blocích, aby je zvládl, a ve zbytku řečových projevu měl rytmicky dýchat a frázovat a takto fixovat svou potenciální plynulost řeči“* (Tarkowski, 2018, s. 76). Tarkowski (2018) uvádí, že používání technik není ovšem vždy snadné. Úspěšnost snižuje např. zbrkllost klienta. V dospělosti tato terapie vede k nácviku tréninku plynulosti, psychotherapeutické práci a socioterapii. Opět se využívá technika frázování a pauzy v řeči společně se zpomalením. Tuto dovednost je nutné každodenně fixovat. Před obávanou situací je také žádoucí, aby si našel klient čas na zklidnění.

3.5 Bonnská terapie

Baumgartner (2012) uvádí, že jde o stacionární intervalovou terapii. V Německu se ještě stále v rámci terapie objevuje nutnost volby mezi terapií tvarování plynulosti (*fluency shaping*) a modifikačními metodami. Jejich integrace ovšem může zvýšit úspěšnost léčby. Na této integraci si Bonnská terapie zakládá. Je určena pro 12 dospělých a dospívajících od 14 let. V rámci první konzultace je vysvětlen celý koncept a je soustředěna pozornost na indikaci konkrétních opatření. Terapie zahrnuje nejdříve pět a poté tři týdny hlavní terapie. Poté následují dva týdenní doléčení. Terapie je vedena pěti terapeuty. Probíhají skupinové terapie v malých či větších skupinách, ale také individuální. Klienti se vrací do domácího prostředí z důvodu transferu naučených dovedností. Terapie je hrazena pojišťovnou.

Klienti procházejí na počátku diagnostikou a pro zahájení terapie je důležité naladění se na ni a patřičná motivace uplatnit všechny prvky terapie. Pozornost je věnována psychosociálním aspektům koktavosti a je odstraněno vyhýbavé chování. Tato terapie používá v rámci výuky i identifikační DVD, kde jsou modelově vysvětleny všechny možné případy vyhýbavého chování, které se má v terapii eliminovat (vsuvky, opakování slov a částí vět, pauzy, nádechy a výdechy, odsouvání promluvy, polykání atp.) Člověk s koktavostí se učí registrovat všechny aspekty koktavosti, aby s nimi mohl později efektivně pracovat. I v rámci této terapie se uplatňuje technika pseudokoktavosti, kdy se zvýší počet zakoktání na daném obávaném slově, ale vše je vysloveno s lehkostí. Tímto způsobem se zvyšuje míra kontroly nad koktavostí. U těžké formy koktavosti je ale

náročné techniku důsledně uplatnit. Důležitou součástí terapie je i odtabuizování koktavosti a schopnost o problému otevřeně hovořit (Baumgartner, 2012).

Nyní si uvedeme pravidla kontrolovaného kóktání:

- Pauza před každým zakóktáním: ta slouží k přípravě na nový artikulační pohyb a k vědomé fonaci s tichým a měkkým hlasovým začátkem.
- Tichý a měkký hlasový začátek: hlasivky začínají kmitat s co možná nejmenší amplitudou.
- Protahování odpovídající samohlásky (zpočátku jednu sekundu): hlas na začátku ztišený je postupně zesilován do normální hlasitosti.
- Měkký a lehký artikulační kontakt s očekávanou souhláskou (souhláskovým shlukem).

(Baumgartner, 2012, s. 7)

V rámci Bonnské terapie se také učí techniky fluency shaping, ale až po zpracování psychosociálních aspektů koktavosti a po osvojení si modifikační techniky (tzn. schopnosti zpracovat jednotlivá problematická slova plynulým způsobem). Thum (2013, s. 96) tvrdí, že *„řečové techniky působí trvale pouze tehdy, když byla pacientovi poskytnuta ucelená fáze desenzibilizace k odbourání strachu z mluvení a pocitů studu“*. Fluency shaping má následující pravidla: pravidlo **strukturované mluvy, měkkého hlasového začátku, protahované mluvy, všeobecné fonace** („vázané řeči“) a **lehkého artikulačního kontaktu**. V terapii je věnována značná pozornost problematice recidiv, které jsou u koktavosti časté. Absolvent programu může po skončení terapie využívat modifikační techniku, *fluency shaping* či techniku sebevědomého kóktání. Po skončení je možnost telefonického kontaktu, opakovacích dnů terapie či návštěva svépomocných skupinek v místě bydliště (Baumgartner, 2012).

3.6 Integrativní terapeutický přístup ke koktavosti

Integrativní terapie spojuje jednotlivé terapeutické postupy, které cílí na všechny komponenty syndromu koktavosti (Lechta, 2010).

Opět je zdůrazňováno, že terapie psychické tenze je v kompetenci psychologa či psychiatra. Psychoterapie má mít dlouhodobější charakter a měla by být interdisciplinární. Zapojit by se měli i blízké osoby člověka s koktavostí. *„Při chronické koktavosti se zde*

úspěšně aplikuje například kognitivně-behaviorální terapie a v rámci ní kognitivní restrukturalizace – transformace destruktivních myšlenek, souvisejících s psychickou tenzí a koktavostí vůbec, na konstruktivní, „stop technika“ – „zastavení“ negativních myšlenek atd.“ (Lechta, 2010, s. 202).

Lechta (2010) doporučuje i *prvky jógy (hathajógy), nácvik správného dýchání, systematickou desenzibilizaci* jakožto prvek behaviorální terapie, muzikoterapii a ve vhodných případech i *metodu paradoxní intence* podle V. Frankla. Doporučuje se i desenzibilizace na zážitek koktání a v rámci kognitivně-behaviorální terapie desenzibilizace na zážitek koktání.

Nadměrnou námahu lze eliminovat relaxací a technikou **LAK – lehkého artikulačního kontaktu**. Pro porozumění tomuto pojmu přirovnáváme vyslovování „jako když se vyfukují bublinky z bublifuku“ nebo „vyslovím tak lehce, jako když se na podzim list padající ze stromu lehounce dotkne země“. Koverbální chování se odstraňuje behaviorálním tréninkem, kterému předchází nácvik před zrcadlem nebo identifikace z videozáznamu. Terapeut vede k uvědomování si koverbálního chování a může použít i pantomimu. V rámci terapie dysfluence se využívá fonograforytmická technika. V rámci této techniky se integruje grafický (obloučky, úsečky a přímky) a rytmický projev s fonologickým. Tato technika se má využít s výše zmíněnými terapiemi psychické tenze a nadměrné námahy (Lechta, 2010).

4 PSYCHOLOGICKÉ A PSYCHOTERAPEUTICKÉ INTERVENCE KOKTAVOSTI

Mohou vedle sebe být terapeutické i logopedické intervence. Spolupráce logopeda s psychologem, terapeutem je žádoucí. Psycholog je často zároveň i terapeutem. Součástí může být i lékařská léčba (psychiatr, neurolog, foniatr) či další možné způsoby korekce koktavosti.

Lidé s koktavostí psychologa často vyhledávají ve snaze zbavit se koktavosti. Na psychology se často obracejí klienti v případě neúspěchů v rámci logopedické intervence. Čekají odbornější zásah se soustředěním se na psychologické aspekty koktavosti. Kromě psychologického rozhovoru může psycholog nabídnout hypnózu (některý), jógu, relaxační techniky atp. Peutelschimedová (2005) se zmiňuje o absenci psychologů, kteří se věnují tématu koktavosti. Co se týče aplikace výše uvedených metod, význam hypnózy byl v rámci zlepšení koktavosti zpochybněn. Může být dosaženo nanejvýš krátkodobého efektu. Relaxační techniky a jóga mohou být použity jako podpůrné metody. Neměli bychom je primárně brát jako metody řešící koktavost. Matějček psychologickou léčbu komentuje takto: „*Psycholog sám ovšem poruchy řeči nenapravuje, ale předává do foniatrické a logopedické péče*“ (Peutelschimedová, 2005, s. 43).

V terapii koktavosti je shledaný jako účinný terapeutický směr kognitivně behaviorální terapie (KBT). Klade se důraz na dosažení kognitivních i behaviorálních změn.

Terapie přijetí a odhodlání (ACT) se považuje za novější odnož kognitivně behaviorální terapie. Liší se od klasické KBT tím, že klient je veden k tomu, aby přijmul nepříjemnou zkušenost s bolestí, a snaha ovládat daný diskomfort má být upozaděna (Faraji et al., 2021). Z důvodu shledané účinnosti terapie koktavosti za použití KBT a ACT si tyto směry představíme dále v textu. Na konci kapitoly se také shrneme dopad koktavosti na život jedince.

Pro zajímavost jsme v roce 2022 vyhledali, jak je téma balbuties zpracované v rámci kvalifikačních prací na katedrách psychologie v ČR na filozofických a pedagogických fakultách.

Tabulka 1: Zastoupení tématu koktavosti v kvalifikačních pracích na oboru psychologie

Univerzity	FF UP	FF UK	FF MUNI	FFS MUNI	FF OSU	PF UK	PF JČU
Bakalářské práce	1	0	0	0	0	0	1
Diplomové práce	2	0	1	0	0	0	0

4.1 Kognitivně behaviorální terapie (KBT)

Aaron Beck vytvořil v šedesátých letech dvacátého století kognitivní terapii. Považuje se za zakladatele kognitivně behaviorální terapie. Aaron Beck se inspiroval dílem Alberta Ellise. Behaviorální složka má kořeny v práci Josepha Wolpeho (Blackwell, 2012). S tímto jménem je spojená technika systematické desenzibilizace. Pod KBT řadíme několik přístupů jako je např. **racionálně emoční terapie** a **schéma terapie**.

Kognitivně behaviorální terapie je koncipována jako strukturovaná, krátkodobá, časově ohraničená a zaměřuje se na to, co se děje nyní. Původně byla zaměřena na léčbu depresí a postupem času se začala využívat k řešení širokého spektra různých problémů. Co se týče klientely, KBT je pro všechny věkové kategorie. Lze ji využít i pro děti i pro starší osoby. Je otevřená klientům s různým typem vzdělání (Becková, 2018). Blackwell (2012) shledává jako cílovou skupinu především dospělé a dospívající balbutiky. Pomáhá jim snížit úzkost spojenou s koktavostí a sociální vyhýbání se.

KBT je vhodná pro klienty, kteří řeší specifický problém. Klienti by měli být zodpovědní za svůj život, schopní spolupráce a být alespoň trochu optimističtí v rámci výsledků terapie. V rámci specifické diagnózy balbuties bude vyhovovat klientům, kteří vnímají psychologický aspekt koktavosti a chtějí řešit pociťovaný diskomfort v rámci života s koktavostí. Klient se k terapii nemusí odhodlat hned. Cheasman et al. (2013) uvádí příklad klienta, který řadu let sledoval nabídku terapie na internetových fórech před samotnou návštěvou. Balbutici se povětšinou za koktavost stydí. Mívají nízké sebevědomí (Kakamad, 2021).

Účinnost kognitivně behaviorální terapie na diagnózu balbuties potvrdila i turecká studie, která zjistila významné snížení projevů koktavosti na konci terapie (Koc, 2010). Další studie referuje o tom, že kognitivně behaviorální terapie může zlepšit psychosociální fungování (konkrétně snižuje vyhýbavé chování a projevy úzkosti), ale ne vyloženě plynulost řeči. Terapie má být pouze doplňkem v rámci celkové restrukturalizace řeči. Geus (2002) oproti tomu odkazuje pouze na logopedickou péči. Konkrétně na logopedy, kteří se specializují na koktavost. Dezort (2019) doporučuje kombinovat logopedickou péči s psychologickou a příp. psychiatrickou. Naz & Kausar (2020) zdůrazňují, že dopad koktavosti se zdaleka neomezuje pouze na samotnou produkci řeči. I proto vidí jako velice přínosné zařadit k logopedické intervenci psychologickou pomoc. Také Ratner (2005) shledává kognitivně behaviorální terapii účinnou při odbourávání psychické tenze u koktavosti. Blackwell (2012) vidí účinnost kognitivně behaviorální terapie, kromě již zmiňovaného snížení úzkosti spojené s koktavostí, také v eliminaci vyhýbavého chování v sociálních interakcích.

O účinnosti kognitivně behaviorální terapie pojednáme podrobněji v rámci dalších podkapitol. Probereme si také podrobněji její jednotlivé etapy a metody.

4.1.1 Sociální fobie a sociální úzkost u balbuties

Chronická koktavost je často provázána se sociální úzkostí, kterou se KBT zabývá. Sociální úzkost je jednou z psychických poruch, která je s koktavostí nejvíce spojována. **Sociální úzkost** je úzkost, která se objevuje v interakcích s druhými lidmi (Praško et al., 2008). Balbutici jsou více ohroženi splněním kritérií pro panickou poruchu, sociální fobii a generalizovanou úzkostnou poruchu (Iverach et al., 2009). Blackwell (2012) dokonce konstatuje, že sociální fobie je sekundárním projevem koktavosti. Může se rozvinout u minimálně 40 % balbutiků. Menzies et al., (2008) uvádějí, že 60 % jejich vzorku, který tvořilo 30 balbutiků, splňovala kritéria DSM V. pro diagnózu sociální fobie. Zároveň někteří zbývající mívali sociální úzkost také, jenom ty projevy nenaplňovaly diagnózu sociální fobie. „*Prevalence sociální fobie u dospělých balbutiků je 40 %, oproti tomu u dospělých bez poruch řeči pouze 4 %*“ (Baumgartner, 2012, s. 8). Nyní si popíšeme sociální fobii obecně.

Sociální fobie během života postihuje 8 – 13 % lidí. Nejvíce ve věku 14 – 16 let (Cheasman, 2013). Praško et al. (2008) také zahrnuje období dospívání do rizikového, co

se týče rozvoje sociální fobie. Nejčastěji ve věku mezi 14 a 20 lety. Může se ovšem objevit i později. Člověk se obává různých interakcí ve společnosti. Strach může zahrnovat mluvení, konzumaci jídla, psaní, telefonování či zpívání před druhými lidmi. Člověk se obává reakcí ze strany druhých lidí. Sociální fobie je spojena i se strachem z kritiky. Sociální fobie vede k vyhýbání se společenským interakcím a k izolování se např. v pracovním prostředí jedince, ale i kdekoliv jinde dle individuálních obav jedince. Obávané situace mohou být buď *specifické* nebo *difuzní*. Specifické obávané situace zahrnují nějaké konkrétní situace např. mluvení na veřejnosti. Pod difuzní obávané situace můžeme zařadit téměř všechny sociální situace mimo rodinný kruh. Někteří balbutici ovšem mají stres i z komunikace v rodinném prostředí. Koktavost (a s ní spojená psychická tenze) omezuje člověka ve všech možných oblastech v životě. Balbutika to může ovlivnit při hledání partnera, v rámci partnerských vztahů, hledání zaměstnání a i v založení rodiny. V rámci kazuistiky uvádějí i autoři příklad balbutika, který měl z důvodu omezení plynoucích z koktavosti sebevražedné myšlenky a dokonce to u něj došlo i k sebevražednému pokusu (Fraser & Perkins, 2007). Studie ze západní Austrálie, která byla výhradně zaměřena na ženy, jež mají problémy s koktavostí, také prokázala dopad koktavosti na řadu oblastí v životě žen. Studie se zúčastnilo 96 žen. Komunikace je totiž přítomna všude kolem nás. Z tohoto důvodu lze u balbuties hovořit spíše o difuzních obávaných situacích. Respondentky uváděly snížené pracovní uplatnění a sníženou možnost kariérního růstu. Uvědomovaly si v rámci společnosti stigmatizaci, která následně ovlivňovala vlastní vnímání sociálních interakcí. Respondentky ve výzkumu uváděly, že zažily i sociální izolaci. Zmiňovalo se i snížené množství neformálních interakcí z důvodu balbuties např. málo přátel ve škole (Nang et al., 2018). Problémy nastávají i při vyřizování různých záležitostí ve společnosti. Většině balbutiků činí obtíže telefonování, vyřizování formálních záležitostí v obchodech či jiných institucích (Murray, 2006). Fraser & Perkins (2007) také píší i o řečových nesnázích spojených s objednáním jídla a nápojů v restauraci.

Nyní si uvedeme konkrétní příznaky sociální fobie.

Obrázek 4: Základní rysy sociální fobie

- strach ze zkoumavých pohledů jiných osob v sociálních situacích
- výrazný a přetrvávající strach ze situací, ve kterých se mohou objevit rozpaky nebo ponížení
- vyhýbání se obávaným situacím
- strach, jenž je ochromující a vyvolává výrazný distres

Zdroj: Praško et al., 2008

„Kondáš zmiňuje výzkumná šetření o zvýšeném stupni anxiety u 50 – 75 % balbutiků, ostýchavost u 50 % a různé projevy nesmělosti v sociálních situacích u 25 % balbutiků“ (Lechta, 2010, s. 93). KBT je spatřována jako účinný nástroj při odbourávání sociální úzkosti, nikoliv plynulosti řeči. KBT nemá zlepšit řeč samotnou. K navození plynulosti řeči je třeba další spolupráce s psychologem a logopedem (*professional language therapist*) (Kakamad, 2021).

Velmi důležité je prozkoumat případné **sociální stigma** v okolí jedince. Balbutik má v sobě často internalizované stereotypy, se kterými se setkal ve společnosti. Na rozvoji sociální fobie se často podílí i stigmatizace. Obecně se ví, že balbutici jsou stigmatizovanou skupinou. „Četností výskytu je lze srovnat například s diabetiky. Jsou však mnohem víc izolováni. Tvoří menšinu, která dosud není ve své komplikované situaci nijak zvýhodněna, ba ani nejsou stanovena pravidla, jak by ostatní (většina) měli balbutikům vycházet vstříc. Veřejnost je o problémech balbutiků informována jen minimálně“ (Peutelschmiedová, 1998, s. 187).

Slovo **stigma** můžeme přiblížit slovy značka, případně *znamení hanby* či *poskvrnny*. Je odvozeno z řeckého slova, jež se vztahuje k tetování či vypálenému znamení (Hinterhuber, 2001, in Ocisková & Praško, 2015). Toto slovo má zcela nezpochybnitelně negativní konotaci. Pojem se používá ve spojitosti, když je něco považováno za špatné, slabé nebo nebezpečné. S tímto tématem souvisí předsudky i diskriminace (Hubner, 2022). „Stigma je silný, negativní, společenský cejch. Významně ovlivňuje způsob, jak lidé vidí sami sebe a jak na ně pohlížejí druzí“ (Hubner, 2022, s. 21). Co se týče druhu stigmatu, rozlišujeme tyto druhy: *sebestigmatizaci*, *veřejné*, *strukturální* a *přidružené stigma*.

Obzvláště nebezpečné pro zdárné fungování ve společnosti a psychický stav je *sebestigma*. Označuje se také jako internalizované stigma. Člověk pojme za své negativní charakteristiky, které se říkají o skupině, do které patří, a začne to pojímat jako součást své identity. Internalizuje si negativní předsudky. Stigma člověka znejišťuje a neví, co může nebo nemůže dle měřítek společnosti dělat. Neví, co si může dovolit.

Veřejné stigma je stigmatizace prezentovaná společností. Řadíme sem názory, které lidé ve společnosti mají. Svou roli sehrávají také média. Televize, filmy, noviny a online média mohou výrazně přispět k potvrzení či prohloubení negativního stigmatu.

Strukturální čili *institucionální stigma* představuje stigmatizaci prezentovanou prostřednictvím zákonů, pravidel a procedur. Typickým příkladem je příplatek za léčbu v případě duševního onemocnění u pojišťovny nebo omezování ohledně vlastnictví řidičského průkazu v případě duševní nemoci (Hubner, 2022). V případě koktavosti to může být nedostatek institucionální podpory při hledání zaměstnání.

Přidružené stigma se týká blízké osoby znevýhodněného člověka, v našem případě balbutika. I blízká osoba zažívá nepříjemný dopad stigmatu (Hubner, 2022).

Model sociální úzkosti Clarka a Wella (1995) předpokládá, že sociálně úzkostní jedinci si přejí, aby se v sociálních situacích cítili dobře, ale nejsou si jisti svou schopností toho dosáhnout. Obávají se různých problémových sociálních situací již dopředu. Negativní předvídavé myšlení je často založeno na minulých negativních zážitcích. Jedinec má strach, že se ztrapní, před ostatními se poníží a společnost ho odsoudí. Jedinec má obavy, že se opět stane onen katastrofický scénář, a tím se spouští úzkostná reakce. Tento strach z negativních reakcí posluchačů a vlastního chování často doprovází červenání, pocení a třes. Vše je doprovázeno zápolením s řečí. Jedinci, kteří koktají, se téměř vždy za koktání stydí. S tím souvisí jejich nízké sebevědomí (Kakamad, 2021). Předchozí negativní očekávání se pak opět posilují dalším negativním zážitkem potvrzujícím katastrofický scénář.

V rámci kazuistiky KBT terapie byly u klientky určena tři témata, která odpovídají Clarkově a Wellsově modelu sociální úzkosti z roku 1995.

- Obava o výkon vztahujícího se k roli mluvčího („*Jsem odpad, když takto mluvím.*“)
- Kognice ohledně negativní sebeúcty a kritiky („*Jsem slabá.*“)
- Kognice ohledně negativních ohlasů posluchačů projevu

(Cheasman et. al., 2013)

Obavy ohledně negativních hlasů ze strany posluchačů dokládá i australská studie (Carter et al., 2017). Uvedeme si citaci respondenta z výzkumu. „*Neustále trpím obavami ze své řeči. Neustále přemítám, co si o tom myslí ostatní a to narušuje mé sebevědomí*“ (Carter et al., 2017, s. 20).

Řada balbutiků také využívá vyhýbavé chování. Tím se obavy také posilují a udržují předchozí myšlenkové stereotypy. Je pak vyloučena možnost zjištění, že by k obávanému ztrapnění nedošlo. Po události se balbutici k události vrací a prozkoumávají ji s přehnaně negativním hodnocením. Tím se opět posiluje strach.

4.1.2 Práce s myšlením v KBT

V KBT se klienti učí, jak zachycovat své myšlenky. Dochází k identifikaci automatických negativních myšlenek. Tyto myšlenky mohou být ve formě předpovědi či hodnocení, různých představ a smýšlením o sobě samém. Bývají vysoce přesvědčivé a často jsou spojené s jádrovými schémata jedince.

Cheasman et. al. (2013) ve formě případové studie přibližuje příběh klientky Anyi, která při vyprávění o koktavosti vzpomíná na vysoce emotivní zážitky a znovu zažívá pocit smutku. Po celou dobu jejího dětství o koktavosti nemluvila. Cítila se nepochopená a nedokázala vyjádřit potíže, které prožívala. Prožívaná šikana také zvýšila citlivost k vlastnímu vnímání koktavosti. Porozumění prožívaným zkušenostem a negativním myšlenkám může významně pomoci.

Nejprve se tedy terapeut věnuje formulaci toho, co udržuje klientovy potíže. Pomáhá k uspořádání klientových obtíží a také ho vede ke zkušenosti, že může věci řešit jinak. (Cheasman et al. 2013). „*Čím méně jasný je náš pohled na svět – čím více je naše mysl zmatena nepravdami, iluzemi a nepochopením, tím menší bude naše schopnost určit správný postup a učinit správné rozhodnutí*“ (Kratochvíl, 2017, s. 16).

Výše v textu byly uvedeny tři témata, která často zahrnují automatické negativní myšlenky balbutiků. Model koresponduje s Wellsovým modelem kognitivní úzkosti. Valná část myšlenek se týká obav, které zahrnují úvahy o tom, čeho si ostatní všimnou jako první a co si asi budou myslet v případě pozorování projevů koktavosti. Těmto událostem, ze kterých má klient obavy, musí odborník věnovat patřičnou pozornost. Pocit přijetí vede k autentičnosti klienta. (Cheasman et., al. 2013).

Automatické myšlenky jsou považovány za hypotézy, které je třeba testovat. Je třeba vše začít vidět v širší perspektivě a zahájit proces řešení problémů. U konkrétních myšlenek zvažujeme důkazy, které je podporují a které ne.

K identifikaci těchto myšlenek slouží **myšlenkové záznamy** či **deník**. Záznam myšlenek (ZM) je pracovní list, kam si klient zaznamenává automatické myšlenky ve chvílích nepohody. Tento myšlenkový záznam obsahuje datum/ čas, popis situace, automatické myšlenky, emoce, prospěšnou alternativní odpověď a na závěr se klient zamyslí nad výsledkem současného stavu po vyplnění záznamu myšlenek (Becková, 2018).

Klienti jsou také motivováni, aby zpochybňovali své negativní automatické myšlenky, domněnky či přesvědčení a testovali je pomocí **behaviorálních experimentů**. Jsou také vybízeni k **rozvíjení dovedností řešení problémů**, aby se zvýšila odolnost jedince. Terapeut / psychoterapeut pomáhá objasňovat klientovi jeho myšlenkové vzorce. Jedinec je veden k vlastnímu porozumění zažívaným potížím (Cheasman et al., 2013). Je přirozené, že klient bude v počátcích léčby přeceňovat hrozbu a zjistí, že důkazy, které svědčí ve prospěch automatických negativních myšlenek, nejsou tak jednoznačné, jak se z počátku zdály. Kde jsou nalezeny důkazy, které podporují obávaná tvrzení, je klient veden k přemýšlení o alternativních vysvětleních. Uvedeme si konkrétní příklad z kazuistiky klientky Anyi a jejích obav ohledně přijetí v pracovním prostředí. Nejprve si klient zodpoví otázku, jaké jsou důkazy toho, že člověk není v práci respektován. Balbutik většinou zahrnuje do prezentovaných důkazů svědčících pro neoprávněnou kritiku a odmítavý postoj lidí, mluvení o člověku za zády apod. Důkaz, že je balbutik respektován v práci zahrnuje poděkování za práci, pracovní telefonáty se žádostí o pomoc, představování kolegům spolupracovníky a také, že jsou tázáni na jim poskytované pracovní podmínky. Tyto všechny příklady jsou důkazem toho, že je člověk v práci respektován. Pro Anyu byly pravdivé a v momentě, když jsi vzpomněla na jeden negativní komentář o jejím chování, který zazněl, vzala v úvahu výše uvedené širší schéma s důkazy svědčícími proti obávanému nepřijetí. Dospěla k tomu, že lidé si mohou všimnout jejího koktání, ale ve skutečnosti ji respektují a respektují i její řeč.

Následně je klient vedený k získání dovedností řešit dané problémy. Klienti mají být vedeni k tomu, že mohou být dny, kdy je plynulost horší a že budou lidé, kteří budou reagovat na koktavost nežádoucím způsobem. Cílem je klienta otužovat vůči negativním reakcím a zvyšovat jeho odolnost. Je důležité posilovat pocit, že je balbutik schopný se

vyrovnat s nepříznivými událostmi. Cílem je, aby klient vnímal naději a cítil se více povznesený nad řešeným problémem. Klientka Anya přirovnává koktavost a práci na ní k velké hoře. „*Je to velice důležité už jen proto, že je to obří hora v mé hlavě a já mám tu moc horu zmenšit na velikost krtince*“ (Cheasman et al., 2013, s. 319).

Změna klientova myšlení a systému přesvědčení následně přinese změnu i v emocionálním prožívání a v chování klienta (Becková, 2018). Menzies et al., (2009) také pojednává o provázanosti myšlení, chování i emocí v KBT. Pozitivně působí na klienta vědomí, že může udělat něco jinak, a zjistit, že je to v pořádku nebo více v pořádku, než se očekávalo. To je proti obavám vysoce účinné.

Na univerzitě v Michaganu zkoumali, jak opakované negativní myšlenky ovlivňují život balbutiků. Zabývali se vztahem mezi negativním myšlením, negativním dopadem na život jedince a vlivem na temperament. Studie se zúčastnilo 313 balbutiků. Negativní myšlenky jsou četnější u lidí, kteří koktají oproti lidem plynule hovořícím. To má následně negativní dopad na život balbutika. U balbutiků byla zároveň naměřena vyšší úroveň negativní efektivity a také snížená úroveň usilovného ovládnání. Automatické negativní myšlenky rychle předurčí skóre OASES (Tichenor & Varuss, 2020). OASES je nástroj pro hodnocení zkušeností s koktavostí očima samotných balbutiků. Je to zkratka, která v anglickém jazyce znamená *the Overerall assment of the speaker's experience*. Pomocí tohoto nástroje odborníci shromažďují informace o celkovém rozsahu koktavosti v celé její komplexnosti. Zkoumání zahrnuje obecné pohledy na koktavost, afektivní behaviorální a kognitivní reakce na koktavost, problémy s komunikací a dopad koktavosti na kvalitu života jedince. Vyhodnocení myšlení pomůže odborníkům odlišit individuální nuance u jednotlivých balbutiků a lépe přizpůsobit konkrétní terapeutický program. OASES se také používá k ověření účinnosti různých léčebných postupů u dospělých balbutiků. (Yaruss & Quesal, 2006). Tento dotazník byl vytvořen v intencích MKF – Mezinárodní kvalifikace funkčních schopností, disability a zdraví WHO (*International Classification of Functioning, Disability and Health*). Hodnotí se pomocí Likertovy škály (1-5 bodů). Konkrétně obsahuje 25 položek zkoumající negativní vliv nebo interferenci s osobním, sociálním a profesionálním životem balbutika (Cséfalvay, Z. & Lechta, V. (2013).

U koktavosti je zkoumána pozornost, regulace emocí a psychická pohoda. Všechny tyto aspekty jsou propojeny a jsou různé způsoby ovlivňování těchto aspektů.

Vědomé pozornosti se využívá i při práci s myšlenkami. Toto se učí v rámci meditace všímavosti (*mindfulness*) a jejích praktických cvičení. Nejpoužívanější překlad anglického ekvivalentu *mindfulness* je všímavost (Frýba, 2003). Někteří autoři používají anglický výraz *mindfulness*. Také se můžeme setkat s překladem *uvědomování* nebo *plné uvědomování* (Praško et al., 2008). S výše uvedeným souhlasí i Žitník (2010), který ve své práci uvádí, že *mindfulness* není pouze o pozornosti, ale je to více o uvědomování si. Benda (2019) nám blíže specifikuje ono uvědomování si. Zahnuje pod pojem *mindfulness* uvědomování si veškerých myšlenkových vzorů a uvědomování si svého těla. Frýba (2003) se zmiňuje o označení *bdělost*.

Uvedeme si americkou studii, která zkoumala roli pozornosti v terapii pro děti i dospívající, kteří koktají, měla za cíl zvážit roli pozornosti v terapii koktavosti z pohledu kognitivně-behaviorální terapie (KBT) a *mindfulness based intervention* (MBI). Studie zkoumala dva aspekty pozornosti. První zahrnoval informaci o tom, čemu respondenti (dětí a teenageři) věnovali pozornost a druhý se věnoval jejich vlastní péči o psychickou pohodu a duševní zdraví. Lidé s koktavostí věnují velkou pozornost mechanismům spojeným s balbuties jako jsou myšlenky o koktavosti, stavy, emoce a řečový mechanismus. Balbutik hůře naslouchá ostatním, jelikož je zatížený obavami z reakce posluchačů na neplynulost. Může tedy vnímat okamžik neplynulostí v řeči jako delší a závažnější, než z pohledu posluchačů (Harley, 2018). Komunikační dovednosti jsou sice velice důležité, ale je to pouze jedna část z mnoha dalších věcí, které používáme. Ostatní mohou pozorovat i výrazy tváře, řeč těla a například i vyprávění příběhů. Koktavost není silnou stránkou, ale člověka nedefinuje. Balbutik má také často velký problém vidět sám sebe, jak koktá. Uvedeme si příklad v podobě kazuistiky Anyi (Cheasman et al., 2013).

Opravdu mě to šokovalo a brečela jsem u toho. Moje největší obava, na kterou jsem byla extrémně citlivá, spočívala v tom, že jsem nikdy nechtěla vidět, jak vypadám. Začala jsem tomu čelit, jelikož jsem se tomu celý život úzkostlivě vyhýbala. K posouzení situace jsme využili mé negativní myšlenky. Následně jsme se zaměřili na to, jak špatné to opravdu je v realitě. Všimla jsem si, že vydávám divné zvuky, mám různě zkroucený obličej a je to i těžké ze strany posluchačů přehlédnout. Kromě tohoto se ale dějí i jiné věci. Pokud jde o to, jak komunikuji, nebylo to nikdy tak špatné, jak jsem předvíдалa. (Cheasman et al. 2013, s. 310)

Španělská univerzita v Madridu také zkoumala efekt *mindfulness* technik v rámci léčby koktavosti. Cílem bylo řešit emoční faktory spjaté s koktavostí. To následně má vést

k plynulosti. Případové studie se zúčastnili dva balbutici. Oběma účastníkům výzkumu se povedlo snížit koktavost na mírný stupeň. První účastník měl před zahájením terapie závažnou formu koktavosti a druhý středně těžkou. Hodnocení účinnosti meditace všímavosti bylo provedeno pomocí videí, STAI (*State and Trait Anxiety Inventory*), SSI (*Stuttering Severity Instrument*) a FFMQ (*Five Facets Mindfulness Questionnaire*), Mindfulness intervence má sloužit pouze jako doplněk terapie. Mindfulness intervence zlepšuje plynulost řeči, ale zároveň je zde vysoká pravděpodobnost, že klient utrpí recidivu. Studie zároveň vyzdvihuje váhu psychologické léčby. Pakliže klient neprochází psychologickou léčbou, kde se s odborníkem zaměřují na zvládnání negativních myšlenek a emocí, objevení se recidivy v budoucnosti vzrůstá. Účastníci výzkumu se učili žít v přítomném okamžiku a snažili se o plně rozvinuté vědomí bez posuzování. Cílem bylo, aby si uvědomovali myšlenkový tok, ale nedávali průchod automatickým negativním myšlenkám a následnému zacyklení se v nich. Jedinci pak lépe vnímali situace, kdy docházelo k řečovým nezdarům v souvislosti s balbuties. Když na něco zaměříme pozornost, úplně to celý zážitek změní. Jiménez et al. (2021) uvádí, že pro léčbu koktavosti by mohlo být užitečné zaměřit se na vnímání fyzických aspektů řečové produkce.

Odborník se věnoval s účastníky nácviku cvičení vedoucí k plnému vnímání denních aktivit. Balbutici se měli vymanit z „režimu autopilota“ a plně vnímat předem stanovené činnosti v běžném životě. Uvedeme si příklady prováděných cvičení. V prvním cvičení se klient **zaměřoval na svou chůzi a věnoval přitom pozornost svalům, chodidlům a končetinám**. V dalším cvičení měl za **úkol jíst ořech a věnovat přitom plnou pozornost pocitům při konzumaci této potraviny**. Klientům byl zadán i domácí úkol. Alespoň jednu hodinu denně se měli věnovat meditaci všímavosti. Respondent č. 1 se soustředil **na sportovní aktivitu** a další respondent na chůzi na fakultu. Následně byli tázáni, jak se jim to dařilo a odborník s nimi hovořil o obtížích při provádění cvičení. V další fázi meditace všímavosti se učili **zaměřit se na konkrétní část těla a následně přesunout pozornost na jinou část těla**. Nejdříve např. sledovali nohy a pak měli přesunout pozornost na prsa či na žaludek. Zkoumání těla se měli věnovat alespoň dvakrát za týden. Dále trénovali **expoziční v představách**. Expozice v představách neboli expoziční v imaginaci znamená, že si klienti představují události, jež je zúzkostňují nejdříve v představách. Tento typ imaginace byl poprvé použit jako součást systematické desenzitizace. Je dobré touto expoziční začít v případě silných obav až poté vyzkoušet expoziční naživo. Také se tento typ expoziční využívá, když je klasická expoziční najevo nepraktická nebo není příliš reálné pravidelně vytvářet obávané situace v běžném životě (Praško et al., 2019). Respondenti si

měli představovat obávané situace vyžadující mluvený projev, které vedly k vyhýbavému chování. Byli trénováni v tom, aby si ke koktavosti vytvořili nový vztah (Jiménez et al., 2021).

Zadané instrukce zněly takto:

- a) Pozorovat, jak myšlenky přicházejí a odcházejí, aniž by se člověk nechal pohroužit do jejich obsahu.
- b) Myšlenky jsou psychické obsahy, kterými se v tu chvíli nemusíme řídit.
- c) Napsat myšlenky méně emocionálním způsobem.
- d) Analyzovat, jak myšlenky vznikají a jak korespondují s danou situací.

Kromě výše popsaného způsobu provádění expozice v imaginaci, kdy si klient představuje obávanou situaci a následně ji písemně vylíčí, existují ještě dvě možná provedení. Klient může představu, které se bojí, říct nahlas. Obávaný scénář / popis obávané představy může také přečíst nahlas terapeut (Praško et al., 2019).

V poslední fázi výzkumu měli účastníci za úkol trénovat pozornost na tok pocitů a myšlenek. Vědomé pozorování má za cíl zmenšit frekvenci vyhýbavého chování. Toto cvičení měli provádět alespoň jednou denně. Také si měli zapisovat všechny situace, které je zúzkostňují a kde anticipují přítomnost koktavosti spojenou s bezmocí (Jiménez et al., 2021).

V literatuře najdeme čím dál tím více témata všímavosti, přijetí a soucitu k sobě samému. Výzkum se rychle rozvíjí a informace bude možné využít v budoucnosti v rámci terapie balbutiků (Harley, 2018). Důležité je naučit se vnímat konkrétně a používat spíše pozorování v dané situaci, než spoléhání se na pocit.

Uvedeme si opět konkrétní příklad účinnosti psaní myšlenkových záznamů.

Poznání toho, jak můj mozek funguje a zapisování věci mi pomohlo to přehodnotit. Nejsem tak důležitá, lidé o mně pravděpodobně nepřemýšlejí, a když ano, udělají pomíjivý komentář a je to. Možnost se k zápiskům vrátit o měsíc později mi pomohla. Čím víc jsem si to četla, tím víc absurdnější se mi to zdálo. Začalo to vypadat hloupě, protože lidé mají mnohem vážnější věci k přemýšlení než mě (Cheasman et al., 2013).

Klienti jsou obecně spíše zvyklí hodnotit důkazy potvrzující automatické negativní myšlenky než důkazy svědčící pro fakta. Např. klientka z kazuistiky poznamenává, že v momentě, kdy se někdo ušklíbl, si myslela, že je krutý a zlý. Nepřipouštěla si například,

že se z důvodu koktavosti mohl cítit trochu trapně. Také je důležité zvědomit si obviňování za určité věci, za které klient sám nemůže. Je dobré také odstranit přemýšlení ve stylu „všechno nebo nic“. Je dobré, aby si klienti uvědomili, že jsou užitečnější způsoby, které se mohou naučit a podporovat je v tom, že myšlení mají ve své moci. Klienti se tedy obecně zaměřují na negativní informace, vytvářejí předpoklady o tom, co si myslí druzí lidé a předčasně tvoří závěry. Důležité je si položit otázky: „*Posuzuji spravedlivě situaci? Neignoruji ani neminimalizuji pozitiva?*“ (Cheasman et. al., 2013, s. 321).

4.1.3 Význam a podoby expoziční terapie

V rámci sociální fobie je řešením pomocí KBT postupů pomoci jedinci identifikovat a čelit dané hrozbě. Je nutné **vyloučit vyhýbavé chování** a opakovaně jedince vystavovat tomu, čeho se bojí (Kakamad 2021). KBT snižuje strach, který lidé mají z negativního hodnocení druhými ve společnosti (Packman, 2012).

Lidé s koktavostí používají mnoho strategií **bezpečnostního chování**. Jde o vyhýbání se řečové promluvě (či celé sociální situaci) a minimalizaci rizik před vnímanou hrozbou. Snížení rizik může mít podobu rozhodnutí nemluvit, nezapojit se do činnosti, mluvit co nejrychleji, aby to skončilo. Dalším využívaným chováním je dání si ruky na ústa, aby nebyly vidět symptomy koktavosti, které jsou nápadné a přitahují pozornost. Vyhýbavé chování může být také v podobě neposlouchání ostatních a držení se stranou, vyhýbání se očnímu kontaktu či vyhýbání se slovům. Bezpečnostní chování vychází z pocitu zranitelnosti a očekávání útoku. Prvním úkolem je uvědomit si, z jakého důvodu je bezpečnostní chování využito. Každý den je třeba, aby si klient všiml, kdy používá bezpečnostní chování a přemýšlel o jeho dopadu. Cestou je také výše zmíněné naslouchání a více se dívat na lidi během promluvy (Cheasman et al., 2013). Přítomnost vyhýbavého chování je potvrzena např. i v kazuistice provedené v Indii, kdy se balbutik vyhýbal konverzaci z důvodu strachu z odmítnutí a negativního hodnocení. Pociťoval během koktavosti úzkostné projevy (Reddy et al., 2010).

Expozice musí být odstupňovaná. V rámci nich se odhlíží od sebe a vnitřních obav (Cheasman et al., 2013).

S expozičními souvisí **behaviorální experimenty**. Behaviorální experiment ověřuje negativní myšlenky klienta v reálných situacích (Praško et al., 2007). Pacient si předem naplánuje, jak by mohl jednat jinak než obvykle (Praško et al., 2011). Klient je například vyzván, aby sledoval reakce posluchačů. Může následně zjistit, že se katastrofický scénář

nepotvrdí. Reakce mohou být přívětivější a to potvrzuje i zkušenost klientky Anyi z prezentované kazuistiky. Také má zkusit hledat pozitivnější alternativy k negativním myšlenkám vztahujícím se k obávaným situacím (Cheasman et al., 2013).

Psycholog s klientem zkouší také **trénink sociálních dovedností**. Cílem je, aby balbutik přesunul pozornost od vnitřního světa směrem ven. Součástí je také používání očního kontaktu, naslouchání, čtení neverbálních signálů, dívání se do publika během řečové promluvy atd. V terapii se dbá také na přijetí koktavosti (Harley, 2018).

Velice důležitá je také kvalita terapeutického vztahu (Cheasman et al., 2013).

Terapie Anyi byla rozdělena do dvou bloků. V prvním bloku bylo samotné KBT a druhý blok se zaměřoval na dovednosti řízení plynulé řeči. Psychologické otázky v rámci koktavosti mají zásadní roli (Cheasman et al., 2013), „*Potřebovala jsem spoustu bolestivých a negativních věcí vyřešit, než budu přemýšlet o práci s řečí. Potřebovala jsem jako první odloučit přesvědčení a postoje, které byly v nepořádku*“ (Cheasman et al., 2013).

Vhodným nástrojem KBT je také **jazyková terapie CBLT**. V tomto programu působí pedagogové (*language educator* v AJ), psychologové, neurologové a řečovní poradci. Na nigerijské univerzitě v Africe zjišťovali účinnost kognitivně behaviorální jazykové terapie na snížení úzkosti mezi balbutiky se silnou úzkostí ve věku adolescentů. CBLT rozšiřuje kognitivně behaviorální terapii. Klasická KBT se více kombinuje s jazykovými technikami. CBLT aktivity zahrnovaly například rozpoznání úzkostných pocitů souvisejících s řečí, rozpoznání somatických reakcí na úzkost, zvládání samomluvy, zjednodušení cvičení kognitivní restrukturalizace, vystavování se obávaným podnětům a zaměření se na prevenci recidivy. Studie se zúčastnilo 92 balbutiků. Intervence kognitivně behaviorální jazykové terapie významně snížila úzkost spojenou s koktavostí u školních adolescentů ve srovnání s kontrolní skupinou. Autoři studie tudíž doporučují logopedům i terapeutům při intervenci balbuties dodržovat zásady CBLT (Nnamani et al., 2019).

4.1.4 Účinnost kognitivně behaviorální terapie

Nyní se podíváme na účinnost kognitivně behaviorální terapie.

Irátská studie z univerzity v Soranu prokázala významné snížení sociální úzkosti během KBT programu. Výzkum byl proveden ve dvou etapách experimentální metodou. V první fázi se zaměřil na *identifikaci myšlenek a pocitů jednotlivce ke koktavosti a způsob jejich zpracování*. Další fáze zahrnovala *orientaci na situace, ve kterých se koktavost*

stávala problémem. Poté bylo identifikováno požadované chování, které by nahradilo koktavost. Sedm účastníků zaznamenalo snížení sociální úzkosti z těžké formy na střední. Sedm dalších účastníků zaznamenalo snížení sociální úzkosti z výrazně těžké formy na střední a 2 účastníci referují o žádném zlepšení po terapii. K měření před a po se používala Studie sociálních dovedností LSAS. Bylo využito osmi sezení. Z technik se používalo rozpoznávání maladaptivních myšlenek, úzkostných pocitů a somatických reakcí. Následně byl využit zjednodušený trénink kognitivní restrukturalizace. Terapeut pomáhal klientům v orientaci ve vzájemně propojených myšlenkách, pocitech, fyziologických reakcích a behaviorálních reakcích. Toto se znázorňovalo pomocí tzv. bludného kruhu (Kakamad, 2021).

Turecká studie také prokázala významné snížení projevů koktavosti při závěrečném měření za použití kognitivně behaviorální terapie. Studie se zúčastnili tři balbutici, kteří procházeli psychologickou léčbou. V první etapě výzkumník zkoumal myšlení, emoce a chování jednotlivce ve vztahu ke koktavosti. Ve druhé popsal konkrétní projev koktavosti a zaměřil se na její frekvenci. Na samém začátku lékař u jednotlivých respondentů vyloučil fyziologické, neurologické a jiné příčiny koktavosti. Balbutici poté věřili, že koktavost není fyziologického původu. To v nich vzbudilo naději. Hledala se příčina koktavosti a pozornost poté byla zaměřena na prostředí, ve kterém se koktavost projevovala nejvíce. Poté byly zkoumány automatické negativní myšlenky, kterými se balbutik nechal pohltit. Balbutici příliš zobecňovali, personalizovali většinu situací a dávali naplno průchod pocitům bezcennosti. Terapie se zaměřila na restrukturalizaci myšlení a balbutici poté prošli desetifázovým terapeutickým procesem. Ve druhé fázi byla měřena frekvence koktavosti. Měření se poté zopakovalo na samotném konci terapie (Koc, 2010).

Účinnosti kognitivně behaviorální terapie na koktavost se věnovala i indická studie. Zúčastnilo se jí pět mužů s diagnózou balbuties, kteří prošli danými kritérii. Jde o případovou studii, kde bylo provedeno měření před, během a po terapii. Tato měření byla provedena prostřednictvím *Stuttering severity scale (SSI)*, *Perception of stuttering inventory (PSI)*, *Beck's anxiety inventors (BAI)*, *Assertiveness scale (AS)*, *Rosenberg's self esteem scale (RSES)* a *World health organization – quality of life (WHO-QOL)*. Součástí terapie byla psychoedukace, relaxace, nácvik hlubokého dýchání, pobroukávání si a nácvik prodlužování v rámci řečového projevu, učení se strategiím řešení problému a asertivitě. Studie prokázala zlepšení příznaků balbuties mezi fázemi před terapií a po terapii. Bylo naměřeno snížení úzkosti. Škály DAF a FNE prokázaly snížení dysfunkčních

myšlenkových vzorců. Snížila se také závažnost projevů koktavosti a došlo ke zvýšení asertivity u balbutiků. Ohledně sebeúcty 2 klienti projevovali výrazné zlepšení, 2 žádné zlepšení a 1 z klientů prokazoval určité zlepšení. U všech klientů se snížilo vyhybavé chování a zvýšila se kvalita života (Redy et al., 2010).

4.2 Terapie přijetí a odhodlání (ACT)

V následující podkapitole se budeme věnovat směru třetí vlny kognitivně behaviorální terapie. Konkrétně si popíšeme terapii přijetí a odhodlání (*acceptance and commitment therapy*).

4.2.1 Vymezení ACT a jeho zařazení

Do směru třetí vlny kognitivně behaviorální terapie řadíme kromě **terapie přijetí a odhodlání (ACT)** také **dialekticko behaviorální terapii (DBT)**, **kognitivní terapii založenou na všímavosti (MBCT)** a **kognitivní terapii pro redukci stresu založenou na všímavosti (MBSR)** a **terapii zaměřenou na schémata**. Tyto směry se objevují od začátku osmdesátých let minulého století. Směry se více orientují na zkoumání hluboce zakořeněných vzorů uvažování a chování u jedinců, kteří byli v raných fázích svého života vystaveni negativnímu působení ze strany blízkých osob. Toto negativní působení mělo za následek vznik poruchy osobnosti. Zejména se soustřeďovala pozornost na hraniční poruchu osobnosti. Tyto směry směřují svou pozornost také na mnohočetné komorbidity nebo duální diagnózy. Směry se snaží integrovat terapeutické techniky z jiných terapeutických směrů. Třetí vlna se na rozdíl od předchozí druhé vlny kognitivně behaviorální terapie více soustřeďovala na práci s emocemi, traumatickými vzpomínkami, imaginací a sny, hluboké postoje, které vznikly v raných fázích života, životní hodnoty, motivaci, meditaci, fantazii, budoucnost, životní smysl, svobodu a akceptaci věcí, které je obtížné změnit. Zároveň si stále uchovává pragmatický přístup a pracuje s teorií učení jako předchozí vlny (Šlepecký et al., 2018).

Šlepecký et al. (2018) definuje směr ACT jako terapii přijetí a závazku nebo terapii zaměřenou na přijetí a angažované jednání. ACT se zaměřuje na aktivní chování a vyslovuje se akt dle anglického *act*, které znamená jednat, konat. Akronym ACT si rozvedeme podrobněji. A nám vyjadřuje *accept your thought and feelings and be present*. Člověk má své myšlenky akceptovat a žít plně v přítomnosti. Písmeno C znamená *choose a valut dirrection* aneb zvol si hodnotný směr. Závěrečné písmeno T vyjadřuje také *action*

aneb jednej. Nyní se nejvíce používá překlad terapie přijetí a odhodlání (Vontorčíková, 2022, online). Založil ji r. 1982 Steven C. Hayes a jako regulérní terapeutický směr se ustálila koncem osmdesátých let. ACT má za cíl rozvinout strategie přijetí a všímavosti. Dále má rozvíjet strategie odhodlaného jednání a změny chování za účelem zvýšení psychické flexibility (Šlepecký, 2018). ACT nevnímá psychické utrpení klienta jako něco špatného. Toto samotné je přirozené a spíše to poukazuje na neúčinné strategie zvládnání psychicky náročnějších situací. ACT pomáhá k naučení se nového způsobu řešení problémů. Používá k tomu plné uvědomování toho, co se děje v přítomném okamžiku (mindfulness). Apeluje také na otevřenost člověka vůči všem možnostem v dané situaci. Klade důraz také na uvědomění si vlastních hodnot a toho, co je v životě skutečně důležité. Vybízí k vydání se na novou cestu spojenou s užíváním nových strategií chování i přes počáteční překážky. Vontorčíková (2022, online) to ilustruje větou jednoho ze zakladatelů ACT Kirka Strosahla: „Skills, not pills.“ Tato věta poukazuje na odmítání psychofarmak a prioritizuje naučení se dovedností.

V současné době existuje několik postupů ACT, které se od sebe liší podle místa provádění a podle typu chování, na které jsou zaměřeny. V oblasti behaviorální medicíny byla např. vytvořena kratší verze ACT nazvaná *focused acceptance and commitment* (FACT). V oblastech školství či podnikání se oproti tomu využívá verze *acceptance and commitment training* (Šlepecký et al., 2018). ACT bývá označován jako mindfulness based čili směr behaviorální terapie založený na všímavosti (Baer, 2003).

Základem terapie přijetí a odhodlání je filozofický přístup, který nazýváme **funkční kontextualismus** (FK). V rámci funkčního kontextualismu zjišťujeme následující otázky: „*Jaký efekt má toto chování? Jaké jsou jeho důsledky? K jakému účelu toto chování slouží? Co je jeho cílem?* Konkrétní chování může být stejné, ale liší se tím, jak konkrétním jedincům slouží. Někdo chce získat vyrušováním ve výuce pozornost učitele, jiný přízeň spolužáků apod. ACT neusiluje o přímé odstranění záležitostí způsobujících diskomfort, ale spíše vede k jinému smířlivějšímu náhledu. Základním předpokladem je, že kde bojuji a jdu proti něčemu, ještě více to zveličuji (Šlepecký et al., 2018). Zlepšení mnohdy přichází jako vedlejší produkt přijetí a jiného náhledu (Vontorčíková, 2022, online).

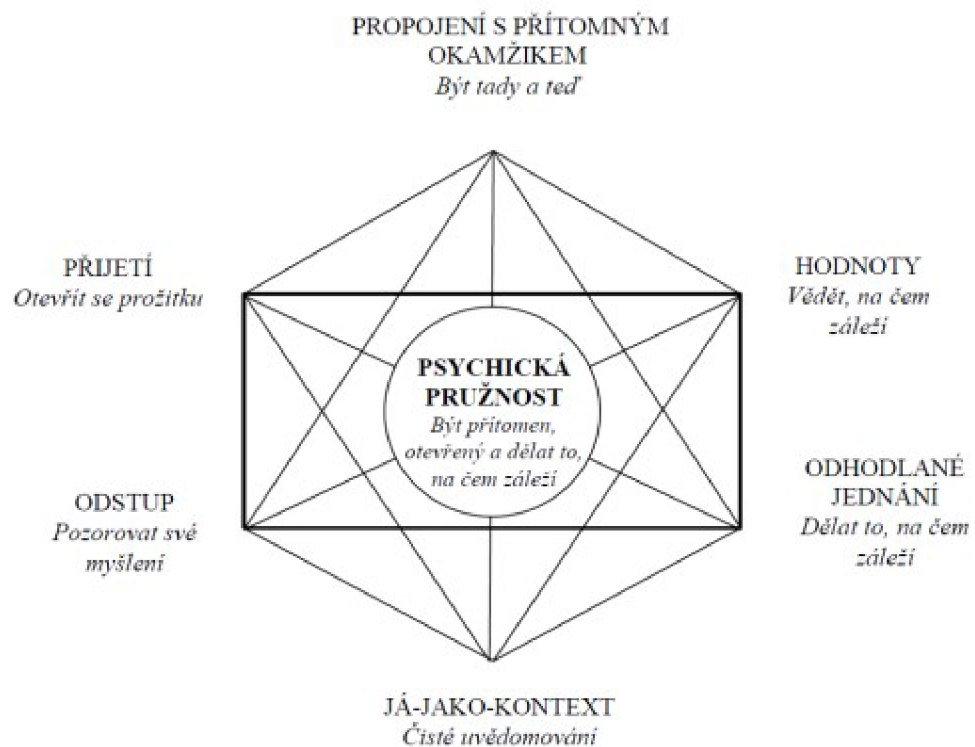
Terapie přejetí a odhodlání je dále vybudována na **aplikované behaviorální analýze**. Pomocí tohoto postupu můžeme předvídat a ovlivňovat chování, jež je založeno na teorii učení a základních mechanismech chování. Konkrétně se určuje předchůdce toho,

čemu předcházela stresující situace, tedy *antecedent* – A, chování – *behavior* – B a *consequences* – důsledek – C. Určením těchto tří částí se doporučuje na začátku terapie (Šlepecké et al., 2018).

Klíčovou součástí ACT je také **všímavé jednání** (mindfulness). ACT umožňuje přijímat negativní prožitky, myšlenky takové, jaké jsou. Zahrnuje nehodnotící přístup k nim a také vybízí k tomu, že není třeba na ně ihned reagovat. Mindfulness jsme si více popsaliv předchozí kapitole KBT.

Nyní si pomocí hexaflexu uvedeme šest terapeutických klíčových procesů, na které se snažíme působit v terapii. Je nutné, abychom níže uvedené charakteristiky nebraly jako izolované součásti, ale šest hran jednoho diamantu. Vše je totiž navzájem propojené a samotný diamant nám znázorňuje **psychickou flexibilitu**. (Harris, 2009).

Obrázek 5: ACT hexaflex – šest základních bodů ACT



Zdroj: Harris, 2009

Místo propojení se s přítomným okamžikem se klienti více zaobírají minulostí a budoucností. Odborně toto nazýváme **kognitivní vyhýbání**. V rámci odstupu od vlastních myšlenek pomáhá od nich emočně odstoupit a představovat si jakoby se jednalo o obrazy či text, které říkají herci v divadle či ve filmu. Tento žádoucí postup směrem k vlastnímu prožívání nazýváme **kognitivní defúze**. Při akceptaci je nutné se vyhnout „pozlacování“ a přijmout věci takové jaké jsou. K určení hodnot klienta nám mohou pomoci otázky: „*Žijete život, jaký jste chtěl žít? Čím byste ve skutečnosti chtěl být? Čeho byste během krátkého pobytu na této planetě chtěl dosáhnout? Na čem vám opravdu záleží?*“ (Šlepecký et al., 2018, s. 97).

4.2.2 ACT a koktavost

Terapie všímavosti a odhodlaného jednání se v rámci intervence koktavosti nepoužívá dlouho. Tato oblast není příliš probádána a studií je poskrovnu. Nyní si některé představíme blíže.

Pandžábská univerzita v Pákistánu zkoumala účinnost ACT v rámci zlepšení koktavosti a snížení pocitů bezmoci při komunikaci balbutiků. K měření účinnosti byly použity tyto nástroje: *Stuttering Severity Instrument*, *Acceptance and Action Questionnaire*, *Drexel Defusion Scale*, *Mindful Attention Awareness Scale* a *Overall Assesment of the Speaker's Experienece of Stuttering*. Účastníci výzkumu absolvovali 12 týdenních sezení a 3 kontrolní sezení. ACT byl shledán jako účinný nástroj v rámci řízení vlastní řeči. Balbutici měli projevy balbuties více pod kontrolou a naučili se používat různé jiné možnosti, jak ke koktavosti přistupovat. Klient byl schopen přijmout koktavost, distancovat se od neužitečných myšlenek a pocitů a stanovit si smysluplné cíle, aby byl schopen žít naplněný život. Klient byl též schopen důsledně uplatňovat techniku řízené řeči v rámci komunikace. Pozornost byla zaměřena na primární a sekundární symptomy koktavosti. V rámci terapie byly kombinovány techniky tvarování plynulosti i techniky modifikace koktavosti. Respondenti se učili třem technikám prodloužení řeči a měkkému hlasovému začátku s volnějším tempem řeči. Cílem bylo ovládat řečovou rychlost tak, aby došlo ke snížení dysfluencí. Došlo tedy ke spojení logopedických technik s terapií přijetí a odhodlání. Sebeobraz se zlepšil, když balbutik přešel od konceptualizovaného já k pozorování já. Nyní si popíšeme konkrétní techniky a učené dovednosti. Na začátku sezení se řeč zpomalila s prodloužením slabik na 2 sekundy a postupně se to v rámci kontrolované řeči cvičilo na zkrácení od 1sekundy do půl sekundy. Pomalejší klidnější řeč

byla procvičována na slovech, frázích postupně až do běžných konverzací. Účastník dostal témata k mluvení a pomalejší kontrolovanou řečí s prodloužením na půl sekundy a s udržováním očního kontaktu se úzkost v rámci řečového projevu snižovala. Pomocí přístupu modifikace koktavosti se pracovalo na sekundárním chování. Pozornost se konkrétně soustředila na záměnu slov, obličejové grimasy a sociální vyhýbání se. Byla používána i technika všímavosti. Všímavost byla uplatňována v rámci soustředění se na dech a na ruce. Ruce během řečové promluvy měly zůstat ukotveny. V rámci metafor vizualizovali např. cestujícího v autobuse, mrak apod. Důležitou dovedností bylo naučit se vnímat emocionální myšlenky jako pouhá slova, jež jsou produktem mysli. Balbutici prošli třemi fázemi a to **identifikací, modifikací bloku a změnou životního stylu** (Naz & Kausar, 2020).

Respondentům byly zadávány i domácí úkoly, aby maximalizovaly procvičování naučených technik ke zvládnutí koktavosti. U obávaných slov měli například trénovat dvousekundové prodloužení na začátku slov. Učili se prožívat intenzivní pocity během neplynulé řeči, jako jsou úzkost, strach apod. Trénovali ovládnutí bloku, když započal. Zkoušeli si i konverzace s opačným pohlavím. Šlo o to rozvíjet nehodnotící pojetí. Změna chování přišla s ochotou rozvíjet nehodnotící pojetí (Naz & Kausar, 2020).

Izraelská případová studie zkoumala účinnost spojení terapie všímavosti a odhodlaného jednání s přístupem modifikace koktavosti. Řečové programy, které jsou zaměřené primárně na řečové strategie jsou dlouhodobě neúspěšné. Prvním důvodem je to, že řečové strategie nemusí nutně zlepšit úzkost související s řečí. Úzkost je navíc klíčovým faktorem, který způsobuje, že logopedické programy nemají trvalou účinnost a balbutici zažívají recidivy. Velkou část koktavosti totiž tvoří naučené reakce v rámci zkušeností s řečovými neplynulostmi a jejich následná anticipace. Balbutici se obvykle vyhýbají zaměření se na pocity v okamžiku zakoktání. V rámci techniky modifikace koktavosti se doporučuje, aby si pokládaly následující otázky: „*Co cítím, když koktám? Co dělá mé artikulační ústrojí? Jak mám znít? Co cítím?*“ V rámci programu se také učila pomalejší řeč, která může v reálných situacích balbutika stresovat. Je snadné držet pozornost na tuto techniku v prostředí kliniky, ale přenesení je v případě vyšší úzkosti těžší. ACT vybízí k laskavé pozornosti a neodsuzujícímu přístupu na pocit úzkosti. Balbutik by měl pracovat na procvičování a zlepšování schopnosti přijímat nepříjemné pocity a myšlenky. Tím se snižuje tlak na výkon a stres ze správného převedení techniky do všech společenských interakcí (Freud et al., 2019).

Program vedl psycholog a tři řečovní specialisté. Na ACT bylo osm devadesátiminutových sezení a na SMT bylo osm individuálních či párových sezení na šedesát minut a osm skupinových na šedesát minut. Následovalo osm skupinových sezení na stabilizaci (Freud et al., 2019). Opět se kladl důraz jako v předchozí zmíněné studii na přechod od kontextuálního já k tomu pozorovanému. Myšlenky se nemají brát jako absolutní pravda. Je důležité vytvořit vzdálenost mezi myšlenkami a vlastním hodnocením. Uvedeme si konkrétní příklad, jak je efektivní s myšlenkami pracovat. Respondentova myšlenka zněla takto: „*Pokud koktám, udělám ze sebe blázna.*“ K této myšlence následně vymyslel více odpovídající alternativu v tomto znění: „*Mám myšlenku, že když budu koktat, udělám ze sebe blázna*“ (Freud, 2019, s. 295).

Respondenti dostali za úkol procvičovat techniky všímavosti v běžném životě, ale i pomocí nahrávek. Soustředili se na pozorování jednotlivých částí těla nebo na dýchání. Terapie vedla balbutiky také k autentičnosti a absenci vyhýbavého chování. Celkově se program ukázal jako účinný. Na různé účastníky s koktavostí působil individuálně. U všech byl avšak zaznamenán velký pokrok. Samotní účastníci také hodnotili program velmi pozitivně. Uvědomovali si změnu postoje ke koktavosti, snížení úzkosti, zvýšení kvality života a zlepšení ve formě nižší frekvence koktavosti.

Studie, které by srovnávaly účinnost kognitivně behaviorální terapií všímavosti a odhodlaného jednání u koktavosti, nebyly nalezeny.

4.3 Dopad koktavosti na život jedince

Nejdříve si uvedeme životní oblasti osoby s balbuties a poté si přiblížíme prognózu a recidivu u koktavosti.

4.3.1 Dopad koktavosti na sociální život jedince

Jak již bylo zmíněno několikrát v této práci, koktavost zasahuje do všech oblastí života jedince. Jako příklad si uvedeme citaci autora, který sám koktavost zažil a napsal svépomocnou knihu.

Necítil jsem se být respektovaný, nikdo nevěděl o mých výtečných známkách ve škole, ostatní mi byli příliš vzdálení. Florbal jsem nakonec opustil, když mi bylo osmnáct, zvolil jsem si jako sport atletiku, která vyhovovala mému prahnutí po samotě. Po třech letech na univerzitě moje nervozita a neklid stoupaly. Pořád jsem neměl přítelkyni a blížila

se doba hledání práce. Jak si jen můžu najít dobrou práci, když na pohovoru budu koktat? Čekání na to, že mě nějaká dívka osloví, nevypadalo jako plodná strategie a já jsem nemohl oslovit je, protože jsem se vždycky přílišně zakoktal, když jsem se některou, čas od času, po měsících příprav, snažil někam pozvat (Pokora, 2019, s. 9).

Koktavost člověka často izoluje, znesnadňuje nalezení práce a také omezuje v navazování mezilidských vztahů. Na strach ohledně nalezení pracovního místa a partnera upozorňují i další autoři. „*Otázky se jen hruly. Jak získám zaměstnání? Ožením se někdy? Založím rodinu? Cítil jsem se jako nahý v trní. Pomýšlel jsem na sebevraždu a jednou se o ni i pokusil*“ (Fraser & Perkins, 2007, s. 83).

Australská studie popisuje negativní sociální dopad koktavosti na mezilidské vztahy a fungování ve společnosti. Ve výzkumu byl zmíněn nedostatek sociální opory, zažití sociální izolace a málo přátel (Nang et al., 2018). Belgická studie také potvrzuje omezení v oblasti partnerských vztahů oproti vrstevníkům bez balbuties. Více, než 40 % respondentů uvedlo, že by je koktavost v různých fázích navazování partnerských vztahů odradila. Respondenti zmiňovali jako důvod očekávaný problém v komunikaci (33,6 %), vnímanou provokativnost koktavosti (13,7 %), malou míru trpělivosti (6,9 %) a neatraktivnost projevu provázeného balbuties (9,6 %). Oproti tomu 20 % účastníků výzkumu nevidělo problém s navázáním vztahu s osobou s balbuties (Borsel et al., 2011).

Peutelschmiedová (1994) hovoří o izolaci ve školním prostředí. Člověk s koktavostí se často stává pouhým návštěvníkem školy.

4.3.2 Prognóza a recidiva

Vnímání koktavosti má vliv i na zkušenosti s léčbou, terapií u různých odborníků. Konkrétní prožívání koktavosti a motivace klienta vedou i ke hledání odborné pomoci. S dopadem koktavosti na život jedince souvisí i pojmy jako recidiva a prognóza, které si blíže popíšeme. Prognózu definujeme jako předpověď průběhu choroby či výsledku léčby. Recidiva znamená opětovný návrat nemoci, navrácení příznaků onemocnění (Hartl & Hartlová, 2015).

Parent (1998) uvádí, že po 6 měsících absolvování terapie by se míra represe balbuties (potlačení příznaků) měla pohybovat na 90 %. Dále upozorňuje, že pokud má klient s koktavostí problémy řadu let, je návrat příznaků více než pravděpodobný. Recidivy mohou být způsobeny stresem v práci či vyčerpáním. Fraser (2011) uvádí pravděpodobnost

spuštění recidivy v důsledku utajování koktavosti a vyhýbavého chování. Další riziko objevení se recidivy spočívá v absolvování programu, který přinese rychlé výsledky a člověk s koktavostí si myslí, že je tím vše vyřešeno.

V okamžiku přítomnosti recidiv je třeba být k příznakům balbuties tolerantní, přijmout tuto slabost, méně zdůrazňovat závažnost neplýnulostí, snažit se o uvolněnost a nastolení zlepšení v řeči. Parent (1998) vybízí využití těžkých bloků k řeči k nastartování volnější řeči a relaxování prostřednictvím techniky a metod fyzické i psychické relaxace. Smířlivý postoj ke koktavosti je doporučován i z toho důvodu, že člověk někdy situaci nemůže ovlivnit i za důsledného použití všech doporučení odborníků a technik. „*Na žebříčku tísně nebo strachu je stupeň, kde žádná psychická technika není schopna zabránit koktavému, aby nezakoktal*“ (Murray, 2016, s. 50). Dále je v situacích neplýnulosti doporučováno soustředit se např. i na reakce posluchačů a nebagatelizovat plynule pronesená slova na úkor pár slov se zřetelnými projevy balbuties.

„Musíte se cítit méně stísněně, když se zakoktání objeví a přestat se považovat za postiženého. Kontrolujte své reakce, místo abyste dovolili koktavosti kontrolovat vás a váš život. Když se doopravdy začnete přijímat jako někdo, kým jste, a jako někdo, kdo koktá, budete na cestě k mnohem snazšímu vyjadřování a určitě k většímu vnitřnímu klidu. Přijměte otevřeně pokračování koktavosti, nejméně na určitý čas“ (Parent, 1998, s. 33).

Je důležité přijímat koktavost bez rozpaků a zmatení i přes náročnost tohoto úkolu a za předpokladu snahy o zlepšení.

5 DALŠÍ PODPŮRNÉ ZPŮSOBY A INTERVENCE KOKTAVOSTI

V rámci této kapitoly si představíme farmakologickou léčbu koktavosti, alternativní metody, metodu Nové mluvy, fungování svépomocných skupinek u balbuties a metodu hypnózy.

5.1 Farmakologická léčba koktavosti (psychiatrická, formoterol)

Peutelschmiedová (2000) uvádí farmakoterapii jako podpůrnou metodu v rámci terapie balbuties. Lékaře prý rodiče s dětmi navštěvují jako první. Medikamentózní léčbu může nabídnout psychiatr, foniatr či neurolog. Lékař pacienta diagnostikuje, navrhuje léčebný postup a léčí s cílem odstranit nemoc či s cílem zamezit jejímu rozvoji (Řiháček & Dytych, 2013).

Farmakologické účinky na balbuties se přirovnávají k nádorovým onemocněním či AIDS, kde lékaři rovněž mají snahu působit na neznámého původce choroby.,, *Spásonosný lék v podobě podané pilulky však neexistuje*“ (Peutelschmiedová, 2000, s. 45). Fraser (2011) také uvádí, že na koktavost se nedoporučují žádné léky. Tvrdí, že uklidňující léky nepřinesou kýžený efekt. Žádná zázračná pilulka sloužící k eliminaci koktavosti bohužel neexistuje, i když by si to mnozí lidé přáli. Existují ovšem důkazy, že koktavost vzniká na genetickém základu a z toho medikamentózní léčba vychází.

5.1.1 Doporučované léky u balbuties

Podíváme se na účinnost léků používaných k léčbě balbuties na konkrétních výzkumech. Peutelschmiedová (2000) zmiňuje, že se k léčbě koktavosti užívají stimulantia, sedativa a ostatní medikamenty. Ze stimulancí je v léčbě koktavosti zmiňován methamphetamin a amfetamin ve spojení s psychoterapií a péčí logopeda.

Methamphetamin má příznivý účinek na hyperventilační systém. Jak jsme si již uváděli několikrát v textu výše, s balbuties je spojena anxiozita. Život s balbuties a projevené symptomy k úzkosti vedou. Z tohoto důvodu se v léčbě koktavosti užívají i sedativa. Od 50. let minulého století se také v rámci léčby koktavosti užívá anxiolytikum meprobamat. Z tricyklických antidepresiv se využívá k léčbě balbuties clomipramin (CMI) a desipramin (DMI). Clomipramin (CMI) působí na mediátor serotonin a desipramin (DMI) má redukovat sekundární symptomy koktavosti. Užití léku působícího na mediátor serotonin se doporučuje z toho důvodu, jelikož za další možnou příčinu koktavosti je považována nízká hladina serotoninu v synapsích (Sing et al., 2019). U dospělých osob s koktavostí má dle studie pozitivní vliv verapamil, který se užívá jako lék na vysoký tlak. Ze skupiny antidepresiv SSRI se používá paroxetin. Co se týče balbuties, cílí na zklidnění v případě sociální úzkosti, sociální fobie, jejíž symptomy jsou u osob s koktavostí časté. Dále se používá haloperidol, což je lék užívaný při psychózách, jež snižuje hladinu dopaminu. Dle (Sing et al., 2015) se dospělí lidé s koktavostí vyznačují nadměrnou produkcí dopaminu v subkortikální oblasti. Studie provedené doktorem Maguirem et. al (1999) zjistila pomocí pozitronové emisní topografie (PET), že dospělí lidé s koktavostí mají o 100 – 300 % zvýšenou hladinu dopaminu v subkortikální oblasti. Utlumení u tohoto léku není tak vysoké. Dalším lékem uváděných při léčbě balbuties je karbamazepin. Tento lék se užívá k léčbě epilepsie, neuropatické bolesti, k doplňkové léčbě schizofrenie a jako druhá volba u bipolární poruchy.

Vyšetření prezentované na indické konferenci bylo provedeno na padesátiletém člověku, který koktal od 4 let organizací Stuttering foundation of America (SFA). Klient užíval Citalopram (SSRI). Forma koktavosti se po léčbě upravila z těžké formy na lehkou. Studie byla ověřena na dalších 3 mužích, kteří prokázali výrazné zlepšení v řeči (Singh et al, 2015).

Maguire et al. (1999) dále uvádí výzkum zaměřený na užívání antipsychotika risperidonu v léčbě balbuties. Dále byl užíván alprazolam (xanax) z třídy benzodiazepinů v dávce 1 mg denně. Tento lék za cíl zvýšit plynulost řeči v důsledku toho, že snižuje míru úzkosti, která má na dysfluenci negativní vliv. Na 8 lidech bylo zjištěno, že risperidon blokuje koktání o 50 %. U kontrolní skupiny nebyl zřetelný žádný pokles balbuties.

Americká studia zkoumala účinky léku olanzapinu, který patří do skupiny antipsychotik a je využíván k léčbě schizofrenie a bipolární poruchy. Nebyly shledány pozitivní účinky léku na balbuties a má řadu vedlejších účinků (Meline & Harn, 2008).

5.1.2 Inhalační sprej profesora Josefa Pešáka

O této metodě jsme nenašli zmínky v odborných knižních publikacích ani v odborných člancích. Budeme tedy citovat z dostupných zdrojů na internetu. Tuto metodu vyvinul profesor lékařské biotechniky Josef Pešák z Univerzity Palackého v Olomouci. Metoda vychází z předpokladu, že kokařavost je způsobena překážkou v plicích. Problém konkrétně spočívá v sevření hladkého svalstva, jež spojuje plicní sklípky s průdušnicí. K odstranění tedy povede uvolnění dýchacích cest. Profesor Pešák řadí kokařavost k respiračním onemocněním. Hladké svalstvo není ovladatelné vůlí. „*Kokařavost je možné zmírnit inhalací prášku formoteroli fumaras dihydricus. Ten uvolňuje hladké svalstvo sevřené křečí. Proto je nutné přiřadit kokařavosti správnou indikaci*“ (Pešák, 2010, s. 1). Pan profesor hovoří o bronchodilataci. Tuto metodu doporučuje od 5 let a je prý bez vedlejších účinků (Pešák, 2011)

Tento lék běžně užívají lidé trpící astmatem a může ho předepsat pouze alergolog nebo plicní lékař. Tyto lékaře lidé s kokařavostí obvykle nenavštěvují z důvodu tohoto handicapu (Pešák, 2010).

5.2 Alternativní metody léčby kokařavosti

Peutelschmiedová (2004) před těmito metodami varuje. Prý většinou slibují efekt, ale často se toho klienti nedočkají a tyto metody také něco stojí. Jak jsme si již uvedli, Peutelschmiedová (2013) do těchto metod řadí biofeedback, oxygenoterapii, kineziologickou metodu one brain a hypnózu. Autorka varuje před použitím metody hypnózy u dětí. Též upozorňuje, že oxygenoterapie může způsobit až epileptický záchvat. Biofeedback či oxygenoterapii doporučuje úplně jiným klientům, než těm s poruchami plynulosti řeči. Hypnóze věnujeme samostatnou podkapitulu.

Biofeedback je přístrojová metoda, která využívá biologické zpětné vazby za použití EEG = elektroencefalogramu. Přístroj odhalí odchýlení od normy (Tyl & Tylová, 2019). Zařazení metody biofeedback do alternativních metod je diskutabilní. Metoda je zkoumána na univerzitách a u nás v ČR ji dost propagoval PhDr. Tyl, který se vzdělával v USA u profesora Stermana (Kucharska, 2000).

Oxygenoterapie se řadí mezi terapeutické metody, které působí na oxygenii tkání a mají blahodárny vliv na dýchací proces u pacientů. Terapie může být krátkodobá či dlouhodobá a spočívá v aplikaci kyslíku (Silbernagl & Lang, 2012).

Bernascon (2007) uvádí, že metoda one brain navrhuje hledat v minulosti to, co je pro nás omezující a co způsobuje naše momentální utrpení. Klientovi by se měla navrátit ztracená volba. Metoda prý má fungovat na jakýkoliv psychický či fyzický problém, který vzniknul v důsledku negativního velmi silného zážitku.

Dle výzkumu v mé bakalářské práci lidé s koktavostí v rámci alternativních metod zkoušejí také homeopatika, metodu RUŠ, kineziologii či léčitele (Trnková, 2019).

5.3 Nová mluva

Nová mluva garantuje při dodržování všeho naučeného plynulý způsob mluvy. Tento styl plynulé řeči byl vypracován v Centru terapie koktavosti v polském Mikulově u Katovic. Vychází z metody, která byla vytvořena ruskou profesorkou Lilií Arutyanianovou (Nová mluva, 2014).

Tomaszewski (2013) uvádí, že koktavost je pojímána jako trvalý patologický stav, který se neustále utváří a udržuje. Stav vzniká v důsledku hyperaktivního propojování limbických struktur s řečovým projevem. Dostáváme se opět k tomu, že balbuties je spojeno s neustále prožívaným neklidem v průběhu verbální komunikace.

Na začátku uplatňování této metody je klíčové, aby se kurzant od koktavosti plně distancoval. Toto odpoutání se od koktavosti zahrnuje distanci od všech tří složek triády koktavosti, která zahrnuje následující tři složky.

- neplynulost řeči
- neklid a emocionální napětí
- ukryvání defektu

Kurzanti se učí synchronizovat řečový projev s pohybem prstů dominantní ruky. Metoda uvádí, že již v prvních dnech se fixuje plynulý návyk koktavosti, a to i v případě organické koktavosti. Proti zažité logofobii se musí vytvořit nový návyk klidné mluvy.

Kurzant následně trénuje plynulý návyk v přirozeném prostředí i s cizími lidmi (Tomaszewski, 2013).

5.4 Svépomocné skupinky

Guitar (2013) rozlišuje skupiny na vedené terapeutem, pomocné svépomocné a vzájemně kombinovatelné. Ve skupinách vedených logopedem probíhá řečový nácvik fluency shaping. Svépomocné skupiny slouží ke sdílení zážitků s kótvostí „mezi svými“ a ke vzájemné podpoře.

Lechta (2010) uvádí, že svépomocné skupiny iniciativně zakládají lidé s chronickým stupněm kótvosti. V Evropě r. 1990 byla založena ELSA (*European League of Stuttering Association*), která sdružuje svépomocné skupinky lidí s kótvostí ve 12 zemích. Od roku 1998 fungovala svépomocná skupinka v rámci občanského sdružení Balbus pod katedrou speciální pedagogiky Univerzity Palackého v Olomouci na Žižkově náměstí. Dle zjišťovaných informací, ale už neexistuje (Fraser, 2011).

Manning (2001) zmiňuje, že členům skupiny také pomáhá uvědomění, že nejsou jediní, kteří kótvost řeší. Skupina může účastníky inspirovat např. v tom, jak se druzí staví ke stejnému problému. Účast v této skupině vede k desenzibilizaci. Dynamika skupiny může pomoci i k efektivnějšímu nácviku řečových technik.

5.5 Hypnóza

Jak již bylo uvedeno výše v textu, Peutelschmiedová (2013) řadí hypnózu k alternativním metodám. Tato metoda je však běžně používaná jako doplňková léčba v psychologické, lékařské, psychoterapeutické péči, proto ji v této práci věnujeme samostatnou podkapitolu. Hypnózu smí provádět pouze psycholog či psychiatr, který je v této metodě erudovaný.

Hartl & Hartlová (2015) definují hypnózu jako uměle navozený, změněný stav vědomí, který se vyznačuje zvýšenou sugestibilitou a také hyperkoncentrací pozornosti. Jedinec poslouchá hypnotizéra a plně se mu oddává. Většinou dává hypnotizér instrukci k posthypnotické amnézii. Míra hypnability je různá.

Kršňáková (2004) uvádí, že je hypnóza v rámci terapie balbuties pouze podpůrnou metodou. Zdůrazňuje, že ve zhypnotizovaném stavu klienta lze některé psychoterapeutické postupy provádět s větší efektivitou. Hypnoterapie je kritizována z důvodu možné manipulace související s omezenou mírou participace klienta s koktavostí. Vybízí k využívání metody autosugesce, kterou si klient může dirigovat sám. Doporučuje hypnózu také propojit s relaxačními technikami a autogenním tréninkem.

VÝZKUMNÁ ČÁST

6 OBLAST VÝZKUMU A VÝZKUMNÝ PROBLÉM

U koktavosti je často přehlížen psychologický aspekt a mnohdy je tato problematika zužována na slyšené dysfluence. Práce si klade za cíl popsat koktavost v celé její komplexitě. Výzkum je konkrétně zaměřen na intervenci koktavosti z pohledu odborníků i lidí s koktavostí. Práce popisuje, jaké možnosti má člověk s koktavostí v rámci intervence (léčby, terapie) koktavosti a také zkoumá možný potenciál intervence (léčby, terapie).

Téma koktavosti bylo rozebráno i v mé bakalářské práci. Nese název *Self efficacy a strategie zvládání zátěže u osob, které mají zkušenost s balbuties*. Letmo jsme se dotkli tématu bezmoci, frustrace vyplývajících z opakovaných pokusů o eliminaci koktavosti. Tato práce nás podnítila věnovat se této problematice šířeji v rámci diplomové práce. Zvolili jsme toto téma i z důvodu nedostatku výzkumných projektů. Pro inspiraci uvádíme i různé metody intervence (léčby, terapie) koktavosti ze zahraničí.

6.1 Cíle výzkumu

Cíle výzkumu jsou explorativní a deskriptivní. Klademe si za cíl popsat intervenci (léčbu, terapii) koktavosti, pocity lidí s koktavostí absolvujících různé terapie a zkoušejících různé možnosti práce s koktavostí, od které čekají zpravidla úlevu. Zkoumáme obeznámenost odborníků s touto problematikou. Nechybí také popsání úspěšnosti léčby z pohledu participantů výzkumu.

6.2 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky rozdělujeme do dvou částí. První část zkoumá pohled odborníků a druhá sada otázek pohled lidí s koktavostí přítomných ve výzkumu.

- 1) Jak odborníci nahlízejí na možnosti intervence (léčby, terapie) koktavosti?
- 2) Jak se odborníci dívají na úspěšnost intervence (léčby, terapie) koktavosti?

- 3) Jaká je obeznámenost odborníků s tématem balbuties (a jeho intervencí?)
- 4) Jaké jsou pocity lidí s koktavostí v rámci absolvovaných intervencí (léčby, terapií) u jednotlivých odborníků?

7 METODOLOGICKÝ RÁMEC A POUŽITÉ METODY

V rámci výzkumu jsme zvolili kvalitativní přístup. Kvalitativní přístup nám umožňuje jít do hloubky tématu a zkoumat jednotlivé případy v celé jejich hloubce. V rámci tohoto přístupu získáme podrobný vhled do dané problematiky (Hendl, 2016). Díky kvalitativnímu přístupu také jednotlivé případy zobrazíme včetně dynamického vývoje a kontextuálně (Miovský, 2006). Jako metodu tvorby dat jsme použili polostrukturované rozhovory. Jako typ výzkumu jsme použili zakotvenou teorii.

7.1 Metody získávání dat

Provedli jsme polostrukturované rozhovory (*interview*) a pomocí nich jsme získali jednotlivá data. V rámci rozhovorů jsme využili i možnosti pozorování a získali jsme tak celistvější obraz. Důraz byl kladen na celkové vystupování, zabarvení hlasu, gestikulaci, verbální schopnosti včetně projevů balbuties u respondentů s koktavostí. Všimli jsme si i vyjádřených emocí.

Rozhovory byly organizovány naživo, ale s některými respondenty jsme se sešli i online přes platformu Skype. První rozhovor byl použit jako pilotní studie a došlo poté k mírné revidaci otázek. Průměrná délka rozhovoru byla 1,5 hodiny. Nejkratší rozhovor trval 48 minut a nejdelší rozhovor byl na 2,5 hodiny. Rozhovory probíhaly od listopadu 2021 do ledna 2022. Nejvíce rozhovorů se uskutečnilo během listopadu. Celkem bylo realizováno 21 rozhovorů a 20 rozhovorů jsme následně analyzovali. Rozhovory probíhaly hlavně u respondentů z řady odborníků na jejich pracovištích, ostatní poté v klidnější kavárně či online.

Důležitou součástí polostrukturovaného rozhovoru (*interview*) je tzv. jádro rozhovoru, které obsahuje otázky, jež musejí v rozhovoru zaznít. Na základě individuality každého rozhovoru jsme za účelem hlubšího porozumění využívali doplňující otázky.

Probíhala tzv. sondáž. Sondáž slouží k rozvinutí odpovědi a k získání bohatších dat. Jádro rozhovoru se skládá celkem ze 17 otázek. Pomocí otázek jsme se snažili mapovat oblasti rozvedené v teoretické části práce. K formulování otázek došlo na základě stanovení výzkumného problému a výzkumných otázek. Otázky byly také vhodně seřazeny. V rámci rozhovoru jsme využívali hlavně otázky vztahující se k pocitům, otázky vztahující se ke zkušenostem a také otázky vztahující se k názorům. Respondenty jsme také vyzývali, ať se ve vzpomínkách vrátí do konkrétní situace a vybaví si prožívané pocity a myšlenky (Hendl, 2016). V rámci rozhovoru jsme využívali také parafráze. Kompletní znění otázek uvádíme v příloze kvalifikační práce.

V rámci polostrukturovaného rozhovoru (interview) je třeba dodržovat několik fází. Nejprve se snažíme navodit důvěrnou atmosféru prostřednictvím neformální konverzace. Se souhlasem respondentů byly rozhovory nahrávány na diktafon. Došlo tedy k fixaci audiozáznamu. V průběhu jsme vždy informovali o zdárném zvládnutí první poloviny rozhovoru. Důraz jsme také kladli na řádné zakončení rozhovoru. Probandy jsme informovali o možnosti vyjádřit se k sesbíraným informacím. Této možnosti využila jedna respondentka, které jsme následně zaslali přepsaný text ke schválení a autorizaci.

7.2 Analýza, její metoda a zpracování dat

V rámci zpracování dat jsme využívali metodu zakotvené teorie. Hendl (2016) vymezuje zakotvenou teorii také jako typ kvalitativního výzkumu společně s případovou studií, etnografickou studií či interpretativní fenomenologickou analýzou.

Metoda zakotvené teorie (*grounded theory method*, GTM) se ze všech metod analýzy dat nejvíce blíže kvantitativnímu přístupu. Tuto teorii vyvinuli společným úsilím Glaser a Strauss. Jejím cílem je vybudovat teorii zkoumaného jevu, která je pevně zakotvena v datech. Má pomoci vidět zkoumaný jev v různých souvislostech a tím směřovat k jeho lepšímu předvídání a ovlivňování (Řiháček & Dytych, 2013). Metoda zakotvené teorie by měla splňovat čtyři základní kritéria a to shodu, srozumitelnost, obecnost a kontrolu. Výsledkem této teorie je hlavně teoretické vyjádření zkoumané reality. Základním předpokladem pro tvorbu zakotvené teorie je tvořivost, která je např. potřeba v rámci tvorby kategorií (Strauss & Corbinová, 1999).

Všechny rozhovory byly nahrány na diktafon a některé i na mobilní zařízení v telefonu. Následně byly všechny doslovně přepsány. Poté byla provedena redukce prvního řádu, která si klade za cíl očistit prvotní data (Miovský, 2006). K vytištěnému textu jsme si psali komentáře na okraje a poznámky. Postupně jsme hledali okruhy a kategorie. V souladu se zakotvenou teorií jsme využívali otevřeného, selektivního a axiálního kódování. V rámci otevřeného kódování jsme se věnovali protřídění kódů a sjednotili jsme kódy obsahově podobné. Prostřednictvím axiálního kódování jsme zjišťovali vztahy mezi jednotlivými subkategoriemi. Selektivním kódováním jsme integrovali ústřední koncept s ostatními koncepty. Za účelem saturace jsme se snažili o variabilitu vzorku a neustálé přehodnocování.

Proces axiálního kódování blíže představíme pomocí následujícího schématu.

Obrázek 6: Schéma axiálního kódování

(A) PŘÍČINNÉ PODMÍNKY → (B) JEV → (C) KONTEXT → (D) INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY → (E) STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE → (F) NÁSLEDKY

Zdroj: Strauss & Corbinová,
1999

7.3 Etika výzkumu

První oslovení participantů proběhlo e-mailem, osobně či přes sociální síť Facebook. Došlo k informování respondentů o zachování anonymity a odstranění potenciálně identifikačních údajů. Také jim byla sdělena možnost od výzkumu kdykoliv odstoupit. Na začátku rozhovoru byli opět seznámeni s účelem výzkumu a s tím, co je v rámci výzkumného procesu čeká. Poprosili jsme respondenty o souhlas s nahráváním rozhovoru za účelem lepšího zachování dat. Respondenti svůj souhlas potvrdili písemně v rámci poskytnutého informovaného souhlasu. Informovaný souhlas uvádíme jako přílohu práce.

Rozhovory jsme nahrávali na diktafon a v některých případech na mobilní zařízení telefonu. Jednotlivé nahrávky jsme uložili na bezpečné místo, aby k nim neměl nikdo jiný přístup. Nahrávky jsme také anonymizovali.

Všichni participanté se zúčastnili rozhovoru dobrovolně na základě vlastního zájmu přispět svými zkušenostmi k výzkumným účelům. V rámci rozhovorů jsme např. i slyšeli, že se o tomto tématu málo mluví. V rámci face to face rozhovorů byli respondenti odměněni sladkou drobností. Z důvodu zachování anonymity uvádíme místo jmen respondentů písmeno B či O s číslem podle zvoleného pořadí respondentů (např. O1, O2, O3, O4 atd.). Písmenem B² označujeme respondenty mající vlastní zkušenost s koktavostí a písmenem O označujeme respondenty z řady odborníků (psychologové, logopedi, psychiatři).

7.4 Metody výběru vzorku a výzkumný soubor

Našemu výzkumnému souboru odpovídají lidé mající zkušenost s koktavostí a odborníci mající pracovní zkušenost s lidmi s balbuties. Řiháček & Dytych (2013) uvádějí, že výzkum plně vedený metodou zakotvené teorie má obsahovat perspektivy více stran. Např. má uvádět zkušenosti pacientek i lékařů. Z tohoto důvodu pro komplexitu pohledu uvádíme ve výzkumu pohled lidí s koktavostí i odborníků. V kvalitativním výzkumu metody výběru výzkumného souboru nazýváme nepravděpodobnostní. Nejprve jsme použili prostý záměrný výběr, kdy jsme vybírali respondenty na základě předem

² Označení písmenem B volíme na základě latinského ekvivalentu *balbuties*, které v překladu znamená koktavost.

stanovených kritérií, kteří byli shledáni jako vhodní pro náš výzkum a měli o účast v něm zájem. Zvolená kritéria uvádíme níže v textu.

Kritéria pro výběr respondentů majících zkušenosti s koftavostí jsme určili následující:

- Člověk starší 18 let
- Zkušenost s chronickou koftavostí
- Alespoň nějaká zkušenost s péčí odborníků (ideálně psychologickou, logopedickou či psychiatrickou). Čím více zkušeností proband s odbornou péčí měl, tím lépe (např. foniatrickou, svépomocné skupinky, Nová mluva, inhalační sprej profesora Josefa Pešáka, alternativní metody léčby apod.)
- Zastoupení mužů i žen

Kritéria pro výběr respondentů ze strany odborníků, kteří mají pracovní zkušenost s klienty s balbuties jsme určili následně:

- Odborník měl ve své péči alespoň jednoho klienta s balbuties s chronickou koftavostí
- Klient s koftavostí řešil s odborníkem problém s balbuties nikoliv jiné záležitosti
- Odborník musí mít adekvátní vysokoškolské vzdělání. Jako plus jsme spatřovali (nikoliv kritérium), pakliže měl odborník zároveň absolvovaný i terapeutický výcvik.
- Ve výzkumu by měl být alespoň jeden odborník, který je zároveň kognitivně behaviorálním terapeutem. Tento směr se v zahraničí v rámci terapií balbuties hojně využívá.
- Zastoupení mužů i žen

Dále jsme využili v rámci výběru respondentů metodu sněhové koule. Jedna psycholožka, která nesplňovala všechny kritéria výběru, nám dala kontakt na svou kolegyni, která byla shledána jako vhodný proband s cennými zkušenostmi a s účastí ve výzkumu ochotně souhlasila. Ke kontaktování respondentů došlo prostřednictvím sociální sítě Facebook. Umístili jsme inzerát do jedné facebookové skupiny věnované tomuto tématu, kde se přihlásilo celkem dost lidí. Respondenty jsem také kontaktovala přes zprávy a přes e-maily. Účast lidí ve výzkumu a možnosti dalších respondentů jsme průběžně vyhodnocovali až do bodu saturace.

Probandi mající vlastní zkušenost s koktavostí se pohybovali ve věku mladé dospělosti. Vágnerová (2007) toto období ohraničuje od 20 do 40 let. U odborníků pro nás věk nebyl podstatný.

Celkem jsme získali data k analýze od 20 respondentů (10 osob s koktavostí a 10 odborníků). Z odborníků bylo ve výzkumu zastoupeno 5 logopedů, 4 psychologové a 1 psychiatr. Všichni psychologové byli zároveň i terapeuty. Dva z nich mají absolvovaný výcvik v kognitivně behaviorální terapii. U respondentů s koktavostí bylo 6 mužů a 4 ženy. Bližší informace o respondentech uvádíme v tabulkách umístěných níže v textu. V rámci tabulky uvádíme i druh balbuties. V rámci určování tohoto druhu vycházíme z typologie Lechty (2010), který dělí druh koktavosti do 5 stupňů na velmi lehkou, lehkou, středně těžkou, těžkou a nejtěžší. Blíže je každý druh specifikován v teoretické části práce. Specifikaci druhů dysfluencí u respondentů s koktavostí uvádíme podle dělení na repetice, prolongace, interjekce, tiché pauzy a nekompletní slovní zvraty (Mlčáková & Vitásková, 2013). Přidáváme také často popisovanou záměnu slov a skrývání koktavosti, které jsou zřejmé z rozhovorů s respondenty a popisují tak i oni sami svoji koktavost. Také uvádíme možnou přítomnost koverbálního chování (Murray, 2006).

Tabulka 2: Vybrané charakteristiky výzkumného souboru – odborníci

Respondent	Pohlaví	Pracovní zařazení	Počet klientů s balbuties	Terapeutický výcvik
O1	Žena	psycholog	30	Gestalt
O2	Žena	psycholog	1	KBT
O3	Muž	klinický psycholog	30	KBT
O4	Muž	psycholog	1	Gestalt
O5	Muž	klinický logoped	Přes 100 či více	SFBT
O6	Muž	klinický logoped	Přes 300 či více	Ne
O7	Žena	školní logoped	50	Ne
O8	Žena	logoped	200	Ne
O9	Žena	klinický logoped	Do 20	PCA
O10	Muž	psychiatr	1	Ne

Tabulka 3: Vybrané charakteristiky výzkumného souboru – lidé s kóktavostí

Respondent	Pohlaví	Věk	Druh balbuties	Zkušenost odborníky
B1	Muž	29 let	nejtěžší, prolongace, tiché prolongace, tiché pauzy, kóverbální chování, interjekce	Psycholog, foniatr, psychiatr, logopedi
B2	Muž	40 let	vyhýbavé chování, nahrazování slov, opakování slov	Svépomocné skupinky, psycholog
B3	Muž	29 let	vyhýbavé chování, nahrazování slov	Psycholog, logoped, svépomocná skupina, Nová mluva
B4	Muž	27 let	vyhýbavé chování, nahrazování slov, lehčí forma	Psycholog, foniatr, inhalační sprej, Nová mluva, logoped
B5	Muž	26 let	vyhýbavé chování, opakování slov, bloky	Psycholog, foniatr, Nová mluva, logoped
B6	Muž	32 let	nahrazování slov, interjekce	Psycholog, psychiatr, foniatr, Nová mluva, logoped
B7	Žena	22 let	vyhýbavé chování, nahrazování slov, kóverbální chování, tiky	Psycholog, psychiatr, logoped
B8	Žena	20 let	bloky, tiché prolongace, těžká forma kóktavosti	Psycholog, psychiatr, Nová mluva, logoped
B9	Žena	28 let	bloky, tiché pauzy, vyhýbavé chování	Psycholog, psychiatr, logoped
B10	Žena	29 let	Vyhýbavé chování, bloky, nahrazování slov	Psycholog, psychiatr, logoped

7.5 Reflexe výzkumníky

Tato kapitola se věnuje vlastní reflexi výzkumníky. Z důvodu subjektivity vyjádření bude popsána v první osobě.

Téma kóktavosti mě provází dlouhodobě. Sama se potýkám s chronickým stupněm kóktavosti. V rámci vlastní snahy o zvládnutí kóktavosti a spolupráce s mnoha odborníky jsem si sama prošla různými fázemi léčebného procesu. Po nekonečném obcházení různých odborníků se mi povedlo najít metodu, která měla pro mě tehdy potenciál, a díky tvrdé konzistentní práci na řečovém projevu se mi podařilo postupně dostat do fáze, kdy řadu let nebylo vůbec znát, že jsem se s kóktavostí dříve potýkala. Působila jsem v té době pracovně na nejvíce komunikativních pozicích. Také jsem zažila fáze recidivy a opětovné snahy dostat balbuties pod kontrolu.



Tématu balbuties jsem se věnovala z jiného pohledu i ve své bakalářské práci. Práce měla 98 stran a nesla název *Self-efficacy a strategie zvládnání zátěže u osob, které mají zkušenosti s balbuties*. Bylo provedeno celkem 12 rozhovorů s lidmi s koktavostí a 10 rozhovorů zanalyzováno. Rozhovory byly vyhodnoceny metodou IPA. Z rozhovorů vyplynulo, že lidé s koktavostí mají opravdu self-efficacy nízké. Strategie zvládnání zátěže lidé s koktavostí využívali následující: vyhýbání a únik, kompenzaci, denní snění, strategie zvládnání zátěže prostřednictvím sociální opory, sebeobviňování, obranný mechanismus izolaci a obranný mechanismus sublimace. V rámci interpretace výsledků se často objevovalo téma bezmoci a narušené autenticity z důvodu přítomnosti symptomů balbuties. V důsledku toho, že člověk nemůže hovořit v souladu se svým myšlením (pozn. již zmíněná definice koktavosti jako tragédie nevyřčených myšlenek), je narušena ona autenticita projevu. Téma léčby (snahy o zvládnutí balbuties) bylo v práci zmíněno pouze okrajově, ale je přirozené, že se respondenti o tom zmiňovali. Řada z nich jmenovala řady navštívených odborníků a pocíťovanou bezmoc. Za všechny bych citovala výpověď jednoho respondenta: „„*Už jsme byli unavení. Dali jsme do toho čas, energii, peníze a už nás ani další možnost nenapadla, kterou bychom mohli zkusit*“ (Marek). Říkala jsem si, že by bylo dobré toto téma prozkoumat hlouběji. Řada respondentů se skutečně snažila o zlepšení svého řečového projevu a vynaložená snaha bez vnímaných výsledků vedla k pochopitelné frustraci. Zajímavou otázkou je také pocíťovaný tlak na nutnost zbavení se koktavosti. Respondenty koktavost zasahovala v řadě oblastí jejich života. Ve výzkumu byly zmíněny problémy s nalezením pracovního místa, problémy s navazováním vztahů, ale i šikana, posměch či sebevražedné myšlenky. Respondenti také často delegovali povinnosti na ostatní v rámci různého zařizování vyžadujícího komunikaci. Obecně je tento handicap ve společnosti dosti stigmatizovaný a ne příliš probíraný. Většina probandů stigma internalizovala.

Kromě vlastní zkušenosti s koktavostí jsem za svůj život poznala i spoustu lidí potýkajících se s koktavostí. Někteří byli zároveň klienti společně navštívených odborníků, ale také jsem po zvládnutí symptomů koktavosti působila jako motivátor a podpora pro lidi procházejících skupinovou terapií Nové mluvy v Třinci. Motivovala jsem účastníky vlastním příběhem a zvládnutím koktavosti, aktivně se zúčastňovala nácviku řeči v učebně a povzbuzovala kurzanty při expozičních. Toto mě velice naplňovalo. Někteří klienti vyloženě „vzkvétali pod rukama“ a to je největší radostí, když se na tom člověk může podílet.

Výzkumy na toto téma v psychologické vědě nenalézám. I kvalifikačních prací je velice poskrovnu, jak už bylo zmíněno výše v textu. Je také velice obtížné najít psychologa zaměřujícího se na koktavost. I odborníci v rámci rozhovorů tvrdili, že nikoho takového neznají. Nedařilo se mi také najít tyto odborníky přes Google. Chtěla jsem zmapovat používané metody vedoucí ke zvládnutí koktavosti v České republice, a případně jejich míru úspěšnosti. V zahraničí dle mých průzkumů jsou léčebné a terapeutické metody koktavosti více propracované, často tvoří ucelený systém a nabídka metod a možností léčby je širší. Proto se tato diplomová práce hodně orientuje i na představení využívaných metod v zahraničí. Vše je uváděno pro inspiraci. Přála bych si věnovat se odborným výzkumům na téma koktavosti věnovat více.

8 PRÁCE S DATY A JEJÍ VÝSLEDKY

Analýza dat prostřednictvím zakotvené teorie přinesla poznatky z otevřeného, axiálního a selektivního kódování. Výsledky prezentujeme ve formě stěžejních kategorií, jejich vlastností a dimenzí, ke kterým jsme došli na základě podrobného rozboru polostrukturovaných rozhovorů. Zařazujeme i výroky respondentů, které pro přehlednost označujeme číslem probanda. Zvláště prezentujeme výsledky analýzy rozhovorů s odborníky (O1 – O10) a zvláště výsledky analýzy rozhovorů s lidmi s koktavostí (B1 – B10)

8.1 Otevřené kódování u respondentů odborníků

Z procesu otevřeného kódování vyvstaly následující hlavní kategorie: *Možnosti intervence*, *Úspěšnost intervence*, *Multidisciplinarita*, *Komorbidity* a *Obeznamenost*.

Tabulka 4: Kategorie možnosti intervence

Kategorie	Vlastnosti	Dimenze
Možnosti intervence	Logopedické techniky	Využívané- nevyžívané
	Psychiatrické techniky	Využívané- nevyžívané
	Psychologické techniky	Využívané- nevyžívané
	Terapeutická techniky	Využívané- nevyžívané

V rámci kategorie možností intervence jsme zkoumali využívané techniky z oborů logopedie, psychologie, terapie a prostředky psychiatrické léčby.

Psycholožka O1 v rámci svých psychologických sezení s klienty klade důraz na přijetí koktavosti. Zároveň jde focus i na plynulé okamžiky, aby si je klient zvědomil a věděl, že je plynulá řeč možná. Přijetí balbuties zahrnuje integraci neplynulostí. Paní

psycholožka pracuje s klienty na zvýšení sebevědomí a probírá s nimi konkrétní situace z jejich životů. Co se týče konkrétních technik, zařazuje práci s tělem, dechová cvičení, relaxaci, imaginaci posilující sebevědomí, zpětnou sluchovou vazbu a pseudobalbuties.

Psycholožka a zároveň terapeutka KBT O2 využívá ve své praxi schematerapii a ACT. Obecně je třeba nastavit terapii individuálně dle konkrétního klienta. S uváděným klientem si vytvořili posloupný seznam situací, které se nedaří. Vytyčili si, na kolik % je reálné situace zvládat. Terapie byla koncipována jako práce s úzkostí a také tato terapeutka kladla důraz na přijetí koktavosti. S klientem např. pracovali na automatické negativní myšlence: „*Lidi se blbě tváří.*“ Vytvořili si přijatelnější alternativy, jako že lidi se mohou dívat, jelikož se soustředí na obsah apod. Využívali technik vizualizace a imaginace. Snažila se klienta zároveň vést k normalizaci tohoto řečového problému. V rámci terapie také s klientem prováděli dechová cvičení, relaxaci a pracovali na sociální oblasti.

„Nebylo to o zadržávání, ale šli jsme přes úzkost, a pak ta koktavost odcházela sama od sebe.“ (Respondent O2)

Možnosti v řešení koktavosti jako problému s úzkostí vidí i psycholog a terapeut gestalt O4. Ke snížení úzkosti mohou pomoci i léky předepsané psychiatrem.

„Snížení úzkosti může pomoci vytvořit situaci, kdy se umožní nový návyk.“ (Respondent O4).

Názor, že se neřeší koktavost, ale dopad na náladu a úzkosti, sdílí i psychiatr O10. Neřešil komunikační obtíže, ale snažil se snížit úzkostlivé reakce. Nasadil antidepresiva a doporučil opětovnou návštěvu logopeda. Je zastáncem multidisciplinární spolupráce.

„Mělo by to být komplexní. Logoped rozmluví mluvidla, psychiatr dá léky, je to roztržštěný, to by mělo být dohromady. V dospělosti je problém někoho sehnat. Nevím u kolegů, že by s tím měl zkušenosti.“ (Respondent O10)

Psycholog a terapeut O4 se snažil vést klienta k porozumění problému. Využíval **imaginativních technik a dramatizace představ** v neplynulém prostředí. Také zmiňuje ztížené využívání technik založených na komunikaci. Ty pak zároveň slouží i jako expozice. Kvůli znesnadněnému přenosu informací klient občas s ním využíval písemného projevu. Vidí jako důležité, ptát se, zdali je řečová produkce narušena trvale či v určitých situacích. Když je vázána na určité situace, je dobré prioritně řešit to trauma.

To samé potvrzuje i klinický psycholog a psychoterapeut KBT O3.

„Člověk musí být vyšetřen. Proč to je, se zjistit nedá, ale v jaké situaci je lepší, kdy horší. Těžiště je logopedie už proto, že je to motorická dovednost, která se musí naučit motoricky jinak. Pokud je tam psychologická složka – zátěž, stres. Pak je to část psychologa příp. psychoterapeuta, psychiatra, to může být různý.“ (Respondent O3)

Klinickému psychologovi O3 se u klientů osvědčilo, aby **koktavost přiznali** předem. Pomáhá to snížit úzkost.

„Budu strašně koktat, nebude mi vůbec rozumět, nechte mě být, než se vymáčknu, říkám to dopředu. Někdy je to lepší, někdy ne. A jestli s tím máte nějaký problém, tak se do toho nemusíme vůbec pouštět.“ (Respondent O3)

O potřebě informovat společnost hovoří i klinická logopedka O9.

„Myslím si, že hodně by pomohlo informovat lidi. Těch, co nekoktaj, teď myslím. Jednou jsem si záměrně zkusila to koktání, jaký to jako je. A mám pocit, že tam opravdu za mě, jak jsem si to zažila a jak mi to klienti občas vyprávějí, že tam je hrozný tlak nás zvenčí, kdy člověk s koktavostí se nám snaží něco říct a teď mi přesně: Bud' na něj nemáme čas, nebo máme pocit, že na něj nemáme čas nebo prostě koukáme někde bokem nebo mu dáváme nějak neverbálně najevo, že mu nerozumíme nebo že nás zdržuje. A věřím tomu, že to je to, co v tu chvíli je hrozně nepříjemný. Já mám jednu takovou zkušenost a to si myslím, že bychom mohli zvenčí udělat pro toho člověka, že ho prostě necháme bejt a necháme ho mluvit tempem, který on potřebuje. Prostě jako počkáme, až to řekne.“ (Respondent O9)

Klinický psycholog a psychoterapeut KBT dále využívá jako pomocnou metodu **hypnózu**.

Klinický logoped O5 určuje metody práce s klientem **dle diagnostiky**. Volí je společně s klientem. Vše je o vzájemné otevřené spolupráci. Terapii na míru dle diagnostiky volí i školní logopedka O7, klinická logopedka O8 a klinický logoped O6. Ten také zdůrazňuje efektivnost doplnění individuálních **sezení** o ta **skupinová**. Vyzdvihuje multidisciplinární přístup v rámci komplexní diagnostiky a dlouhodobou práci více logopedů. Během terapií využívá MIDVAS. Příhodné se mu ukázaly i techniky arteterapie a dramaterapie. Respondent O5 využívá hlavně přístupy **stuttering modification**. **Fluency shaping** uplatňuje pouze u těžkých forem balbuties, kdy se klient není schopen prakticky vyjádřit a i techniky **fluency shaping** doplňuje přístupem **stuttering modification**. Fonograforytmiku u dospělých klientů volí minimálně. Přístup **stuttering modification**

kladoucí důraz na přijetí koktavosti preferuje v práci s dospělými lidmi s koktavostí i školní logopedka O7. Ta naopak fonograforhythmiku využívá i dospělých klientů. Využívá také opožděné zpětné vazby DAF a případně i metronomu.

„U těch věcí, které dělám, se napřed pracuje s tím zpracováním, částečně přijetím, akceptováním a řeč je výsledkem této práce. Plynulost je vedlejším produktem. Moje práce není zaměřena primárně na zlepšení plynulosti, protože to za mě není efektivní. Ta emoce je vždycky silnější než to, co chci říct.“ (Respondent O5)

V rámci práce s dospělými lidmi s koktavostí oba kladou důraz na desenzibilizační procesy.

„Grow práce je identifikovat neplynulost, identifikovat koverbální chování, identifikovat pocity a projevy. Přemýšlet, jak to mění chování. Přemýšlíme, co by bylo jinak a jak by to chtěl jinak. Potom se učíme modifikovat to svoje chování. Modifikovat řeč. Modifikovat třeba tu fyzickou tenzi a určitě tam je nedílnou součástí desenzibilizace. To je nejpodstatnější, nejtěžší a nejdelší někdy.“ (Respondent O5)

V rámci desenzibilizační fáze je nutné překročit práh logopedické ambulance a praktikovat tzv. **street contacts**. Ke znečitlivění vůči projevům balbuties je také respondenty zmiňována technika pseudobalbuties. Tu v rámci rozhovorů zmiňuje hodně respondentů např. i psychologka O1, školní logopedka O7, soukromá logopedka O8 a klinický logoped O6. Školní logopedka O7 zdůrazňuje, že nezbytnou součástí street contacts je i zpětné hodnocení expozice a tázání se na pocity klienta. Exponováním klienta se zároveň snižuje vyhybavé chování, jež má za následek udržování balbuties. Klinický logoped O6 uvádí, že v rámci eliminace vyhybavého chování se nejdříve začíná s vystavováním se v nejméně zátěžových situacích.

Jako klíčovou součást terapeutického procesu zmiňuje několik logopedů důležitost **vytvoření důvěry**. Hovoří o tom klinický logoped O5, soukromá logopedka O8, školní logopedka O7 a klinický logoped O6. Používá také škálování situací a následné expozice. Vede klienty i k písemnému hodnocení verbálního projevu v různých situacích i v jejich domácím prostředí. Využívá ve své praxi test čteného textu, test hraného rozhovoru, měkký hlasový začátek, dechová cvičení, řízené relaxace, autogenního tréninku, půjčuje klientům publikace o koktavosti a vítá spolupráci s psychologem, ale nezná žádného takto zaměřeného. Zakládá si na upřímnosti vůči klientovi.

„Já neumím vyléčit koktavost. Neumím. A jestli to někdo umí, tak ať za ním všichni jdou. Já mám nějaký nástroje, postupy, kterými se můžu snažit společně s nima navodit plynulou řeč a umožnit jim líp fungovat v životě a neumím víc, tohle jsem schopna dát a to jim vždycky říkám na prvním setkání. Ta terapie u mě probíhá tak, že mívám půlhodinové až hodinové časy k setkání. Ty lidi ví a podle jejich možností, schopností...Dospěláky mívám často na hodinu. Máme možnost více proniknout, prozkoumat, procvičit ...“
(Respondent O8)

Stejně jako např. klinický psycholog O3, klinická psycholožka O9 či psycholožka O1 klienty motivuje soukromá logopedka O8 k **otevřené prezentaci balbuties** a přiznání symptomů. Zároveň poukazuje na určitou bezradnost v rámci poskytované práce.

„Myslím si, že jako logopedi jsme hodně bezradní v tomhle, co všechno těm lidem můžeme nabídnout. Říkám jsme bezradní a myslím si, že někteří logopedi jsou ještě bezradnější než já, když se svěřují klienti, jaké dostávají rady.“ (Respondent O8)

Klinická logopedka O9 s klienty pracuje s dechem, s hlasem, společně čtou, šeptají, koktají (pseudobalbuties), učí se zpomalení a měkkému hlasovému začátku. Snaží se také dodržovat rytmizaci. Zmiňuje, že řada lidí s koktavostí si našla vlastní techniky, které jim pomáhají, např. vyklepávání rukou, viz koverbální chování, které potom upravují, aby nevypadaly rušivě. Fonograforymiku u dospělých nevuyžívá. I ona, stejně jako další zmiňovaní odborníci, doporučuje o koktavosti informovat své okolí. Např. jedné klientce vytvořila s jejím svolením kartičku, kterou nosí s sebou do města v rámci zařizování formálních záležitostí. Na kartičce je napsáno: *„Mám problém s řečí, prosím, nespěchejte na mě.“*

„...takže na ní všichni spěchaj, protože nikdo nemá hodinu. Takže potřebujou to mít rychle hotový ty lidi. Tam se jí snažím v rámci terapie vysvětlovat, že ona vlastně dělá všechno, co může. Ona ty lidi informuje, že má nějaký potíže, má připravenou kartičku s vysvětlením, má připravený všechny papíry, který po ní chtějí. Tohle všechno už zná. Má natrénovaný třeba pozdrav. Má natrénovanou úvodní větu, co třeba chce. A to, že ty lidi jsou třeba uspěchaný, nevrlý, tak se jí snažím jako vracet to, že to není už úplně její věc, že to není úplně její starost. Bohužel narazí zrovna na blba, tak co na to říct...“ (Respondent O9)

Tabulka 5: Kategorie multidisciplinarita

Kategorie	Vlastnosti	Dimenze
Multidisciplinarita	Psychologická péče	Ano-ne
	Logopedická péče	Ano-ne
	Psychiatrická péče	Ano-ne
	Foniatrická péče	Ano-ne
	Neurologická péče	Ano-ne

Kategorie multidisciplinarity zahrnovala preference v rámci vzájemné spolupráce odborníků. Byli konkrétně tázáni, zda využívají multidisciplinární spolupráce a s jakými odborníky případně spolupracují. Nejčastěji jsou lidé s koftavostí posíláni za logopedy, psychology, psychiatry, neurology či foniatry. Z tohoto důvodu jsme se ptali, jak případná spolupráce s každým z těchto odborníků vypadá.

Multidisciplinaritu nejvíce preferuje psychologka O1 a klinický logoped O6. Provázanost práce jednotlivých odborníků vnímají jako velice užitečný prvek terapie koftavosti. Jako primární vidí práci s logopedem.³Dále oba zmiňují potřebnost spolupráce i s psychologem, psychiatrem, foniatrem, neurologem. Paní psychologka a zároveň terapeutka také zmiňuje užitečnost vyšetření u internisty, které je např. vhodné pro sledování krevního tlaku. Neurolog vyšetří pomocí EEG a foniatr užívá spirometru. Oba doporučují i skupinovou terapii a v rámci skupinové terapie i dramaterapii a arteterapii. To je potřeba kombinovat s individuální péčí na míru konkrétního klienta s koftavostí.

Základ v logopedické péči vidí i klinický psycholog a psychoterapeut KBT směru O3. Práci na psychologické složce koftavosti pak dává do rukou psychologovi, psychoterapeutovi a případně psychiatrovi.

Psycholožka a terapeutka KBT O2 preferuje spolupráci s psychiatrem a u dospělých vidí jako důležitou spolupráci i s neurologem. Specifikuje, že farmaceutické léčba je prospěšná u těžších forem balbuties.

Psycholog a gestalt terapeut O4 hovoří o špatné zkušenosti ve spolupráci s psychiatrem. Často se také u psychiatrů setkává se znevažováním terapeutické práce. Spolupráci s neurologem prozatím neměl, ale vidí ji jako přínosnou. Jako pozitivní vidí i spolupráci s logopedem.

³ Spolupráci s konkrétními odborníky budeme v rámci této kategorie zvýrazňovat podtržením.

„Problém nastane tehdy, když tam ze strany těch dalších odborníků je nějaké takové zlehčování nebo zpochybňování terapeutické práce. Což mám s některými psychiatry většinou spíše. Zkušenost s psychiatry je taková, že ten jejich způsob práce vlastně moc spolupráci neumožní. Práce psychiatra je založená na dání medikace na základě krátké schůzky. Většinou tam spolupráce moc není, protože ani ten jejich kontakt s pacientem není takový, aby tu spolupráci umožnil.“ (Respondent O4)

Klinický logoped O5 podporuje multidisciplinární přístup.

„Logopedie je pouze jedna z mnoha věcí. Já jsem ten jeden z tisíců kamínků v mozaice.“ (Respondent O5)

Konkrétně vidí přínos ve spolupráci psychologa, psychoterapeuta a psychiatra. Upozorňuje ovšem, že tito odborníci musí být znalí problematiky balbuties, což v praxi vidí jako problém.

„Monodimenzionální přístup pouze psychologa nebyl efektivní. Neříkám, že nemůže pomoci, ale asi ten multioborový přístup, kdy si vezme z každého oboru kousek, se mi zdá neefektivnější. Měl by to být psycholog, který je znalý problematiky koktavosti, a to si myslím, že je docela problém. Já když slyším kolegy psychology, co je příčina koktavosti, tak rostu. Asi se to neučí. Jsem dost skeptický. (Ale i ke kolegům logopedům).“ (Respondent O5)

Spolupráci s foniatrem O5 zcela odmítá a nevidí pro ni důvod. Spolupráci s neurologem vidí ve výjimečných případech. Např. může poslat klienta k neurologovi, aby určil, zda se nejedná o neurogenní dysfluenci, to by ovšem měl poznat i logoped.

Školní logoped 07 preferuje přednostně spolupráci s psychologem a v případě komorbidit i s neurologem a psychiatrem. Péči foniatra, neurologa je možné využít dle paní logopedky v indikovaných případech a k vyloučení příčiny, jež by mohla komplikovat práci logopeda a psychologa.

Logopedka v soukromé praxi O8 preferuje spolupráci s psychologem. Multidisciplinární přístup v rámci spolupráce logopeda a psychologa jí dává největší smysl. Vidí ale jako velký problém, že zde není žádný psycholog na to zaměřený.

„Tady není žádný psycholog, který se zaměřuje na koktavost.“ (Respondent O8)

Logopedka O8 ORL lékaře tolik nedoporučuje a říká, že jí tolik nepomohli s klienty. Přínos jejich práce vidí spíše v diagnostice v počátcích logopedické

intervence. Chválí Kliniku Logo, kde jsou všichni zmiňovaní odborníci klientům s koktavostí k dispozici. Dospělé klienty ovšem na ORL a k neurologovi vůbec neposílá. Za psychiatrem by poslala klienta v případě vážného problému, ale vidí problém v nedostatku dobrých psychiatrů. Její zkušenost není dobrá.

Důležitost pomoci foniatra a neurologa v rámci prvotní diagnostiky vidí jako přínosnou i klinická logopedka a PCA terapeutka O9. Obecně říká, že jakákoliv spolupráce je plus, ale že ve svém okolí nemá moc možností.

Psychiatr O10 zmiňuje, že je klíčová spolupráce s logopedem a psychologem. Mínusem je ovšem to, že si každý dělá to svoje a vzájemně do své práce nevidí.

Psychiatr O10 je další respondent, který zmiňuje nedostatek odborníků zaměřených na koktavost.

„Na koktavost vůbec nevím, kdo se tím zabývá. Třeba na psychózy je odborník, na anorexii, ale tady na koktavost neznám nikoho.“ (Respondent O10)

Ve prospěch tohoto tvrzení hovoří i klinický logoped O6, jež také zmiňuje nedostatek odborníků zaměřených na problematiku balbuties.

Tabulka 6: Kategorie komorbidita

Kategorie	Vlastnosti	Dimenze
Komorbidita	Poruchy učení (Např. dyspraxie)	Ano-ne
	Poruchy pozornosti	Ano-ne
	Úzkostné poruchy	Ano-ne
	Sociální úzkost	Ano-ne
	Komplexní posttraumatická porucha	Ano-ne
	Depresivní symptomatika	Ano-ne

Psycholožka a KBT terapeutka O2 u koktavosti vnímá přítomnost úzkosti a sociální úzkosti. Úzkosti u balbuties si všímá i klinická logopedka O9. Přítomnost sociální úzkosti reflektuje i klinický psycholog a KBT psychoterapeut O3. Dále si u svých klientů všímal

sebepochybností a mnohdy i přítomnosti depresivních stavů. Úzkostných poruch a sociální úzkosti registruje i psycholog a gestalt terapeut O4. Lidé s koktavostí jsou často ve společnosti méně oblíbení.

„Když se člověk musí rozhodovat, jestli řekne nebo ne, bývá třeba méně oblíben sociálně nebo nejsou středem společnosti, protože se nechtějí vyjadřovat veřejně.“
(Respondent O3)

„Koktavost vede k úzkosti, sociální úzkosti a úzkost zhoršuje koktavost.“
(Respondent O3)

Úzkostně depresivní symptomaticky a problémů ve vztazích si všímá u balbuties i psychiatr O10. Dále přidává i možnou spojitost koktavosti s ADHD a dysgrafií. Klinický logoped O6 si u svých klientů také všimnul přítomnosti poruch učení (též dyspraxie) a poruch pozornosti. U dospělých klientů tyto poruchy přetrvávají, ale v menší intenzitě.

Dle psychologa a gestalt terapeuta O4 mají rané vztahy vliv na zvládání stresu a prožitá traumata. Ve spojitosti s koktavostí zaznamenal kromě již zmiňovaných úzkostných poruch a sociální úzkosti i posttraumatickou stresovou poruchu.

Další respondenti ze strany logopedů komorbiditu nevnímají. Berou balbuties jako komplexní záležitost, kdy je např. logofobie součástí toho komplexu.

„Balbuties je pro mě komplex, to není řeč. Je tam i psychická tenze a fyzická tenze. To je pro mě součástí toho obrazu. K chronický balbuties pro mě např. logofobie patří.“ (Respondent O5)

„Já jsem neměla asi žádného klienta s koktavostí, který by měl diagnostikovány další neurovývojové potíže. Ani specifickou poruchu učení ani ADHD. Naopak se jednalo o osoby s velmi vysokou inteligencí...“ (Respondent O7)

Tabulka 7: Kategorie obeznámenost

Kategorie	Vlastnosti	Dimenze
Obeznámenost	Školní připravenost	Ano-ne
	Příprava prostřednictvím kurzů, dalšího vzdělávání	Ano-ne
	Motivační aspekt	Bezradnost - víra v profesní schopnosti

Psycholožka a terapeutka gestalt 01 uvádí, že v rámci vzdělávání bylo informování o koktavosti nulové. Vše se učila až praxí. Psycholožka a KBT terapeutka 02 v rozhovoru říká, že se o koktavosti nedozvěděla nic ani ve škole, ani na terapeutickém výcviku. Vše si zjišťovala až s příchodem klienta s touto problematikou.

Klinický psycholog a psychoterapeut KBT se ve škole na katedře psychologie také nic o koktavosti nedozvěděl.

„Já o tom nic nevím. Cíleně jsem nic nestudoval.“ (Respondent O3)

Psycholog a gestalt terapeut 04 se v rámci vysokoškolských studií setkal s tématem koktavosti pouze velmi okrajově. Vše se učil až praxí s klientem.

Psychiatr O10 se na medicíně o koktavosti nedozvěděl vůbec nic.

„Před klientem jsem netušil, jak se koktavost řeší.“ (Respondent O10)

Klinický logoped 06 se ve škole dozvěděl o koktavosti velice málo a bohatě se vzdělával na toto téma poté v zahraničí, prostřednictvím stáží a praxí.

Zbylí respondenti z řady logopedů uvádí, že se na pedagogické fakultě o koktavosti dozvěděli.

Logopedka v soukromé praxi 08 měla v rámci koktavosti dobrou přípravu, jelikož ji učila přímo Doc. Paeddr. Alžběta Peutelschmiedová, PH.D. Klinické logopedce 09 se též dostalo vzdělání od Doc. Paeddr. Alžběta Peutelschmiedové, PH.D. V rámci atestace ji ovšem překvapilo, že je chronická koktavost nepovinná. Klinická logopedka zároveň studovala i psychologii a tam se s tímto tématem nesešla vůbec. Koktavost nebyla nijak zmiňována ani na terapeutickém výcviku.

Klinický logoped 05 se ve škole dozvěděl o koktavosti hodně a byla to i samostatná otázka u státnic. Školní logopedka 07 uvádí seznámení s koktavostí v rámci jednoho semestru

„U nás docela dost. Byla to klasická otázka u státnic. Teď už je i na logopedii předmět Balbutologie.“ (Respondent O5)

Tabulka 8: Kategorie úspěšnost intervence

Kategorie	Vlastnosti	Dimenze
Úspěšnost intervence	Celková péče	Úspěšnost- neúspěšnost
	Psychologická péče	Úspěšnost- neúspěšnost
	Logopedická péče	Úspěšnost- neúspěšnost
	Psychiatrická péče	Úspěšnost- neúspěšnost

Nejdříve se budeme zabývat obecně definovanou úspěšností a prognózou v případě chronické kochtavosti. Poté prozkoumáme názory odborníků na jednotlivé metody léčby a intervence kochtavosti.

Dle Psycholožky a terapeutky Gestalt O1 úspěšnost terapie zvyšuje **multidisciplinární přístup**. Co se týče plynulosti, vyzdvihuje **dramaterapii**, kde jsou klienti zpravidla plynulí. Psycholog a terapeut Gestalt O4 vidí jako velice úspěšnou strategii řešit terapii kochtavosti jako terapii úzkosti. Jako paní psycholožka O1 vidí potenciál v multidisciplinárním přístupu. Měli by se spojit odborníci na řeč jako takovou s odborníky na psychický stav. Kochtavost lze dle slov pana psychologa léčit jako dlouhodobou terapii traumatu. Jak již bylo řečeno výše v rámci prezentace jiných kategorií, kochtavost je u klientů často vázána na určitá prostředí. Je tedy spojena se sociální úzkostí.

„Představuji si, že ta kochtavost je ovlivněna procesy, které jsou spojeny s úzkostí nebo se stresem a myslím si, že tady je velké pole a dneska je to oblast, která je více zkoumána a pracuje se čím dál více s tématem traumatu, úzkosti, stresu a tady si myslím, že ty možnosti jsou velké a představuji si, že tu hodně záleží na spolupráci odborníků, kteří jsou zaměřeni např. na léčbu úzkostné poruchy a odborníků v oblasti logopedie a odborníků, kteří jsou čistě zaměřeni na řeč jako takovou.“ (Respondent O4)

Dle psychologa a terapeuta Gestalt O4 v rámci terapie je třeba pracovat na **přijetí kochtavosti**. Jako veliké mínus vnímá v rámci terapie tlak na rychlost. Snížení tlaku by mělo naopak za následek uzdravování. Vnímá, že se do procesu terapie internalizoval tlak společnosti na výkon, který si klient bral osobně.

„Postup byl přiměřený, ale tou komunikací byl ovlivněn. Očekávání výsledků narušovalo důvěru v něj. Komunikace narušuje i vztah s terapeutem, myslím si, že

postupně bychom se shodli, že komunikace nemusí být tak rychlá, tak kvalitní, prohloubila by se důvěra. Tím, že bychom byli spokojeni s tím, jak to běží, tak by se prohloubila ta důvěra. To by znamenalo přijmout to omezení, zatím co my jsme s tím bojovali a to vnášelo napětí, které tomu neprospívá.“ (Respondent O4)

Psychiatr O10 hovoří o tom, že poskytovaná péče pro dospělé osoby s koktavostí je mizerná. Říká, že je to spíše **záležitost pedopsychiatrů** a že u dětí lze koktavost podchytit. Opět odkazuje na multidisciplinární přístup, jenž by byl ideální. Realita je ovšem taková, že je péče roztržštěná.

„Mělo by to být komplexní. Logoped rozmluví mluvidla, psychiatr dá léky, je to roztržštěný, to by mělo být dohromady. V dospělosti je problém někoho sehnat. Nevím u kolegů, že by s tím měl zkušenosti.“ (Respondent O10)

Dle psycholožky a terapeutky KBT O2 nejvíce s koktavostí zmůže klinický **psycholog**. Opět ale registruje, že se na to kliničtí psychologové moc v praxi neorientují.

„Zaměřili jsme se na to, že asi to zadržávání a úzkost zcela v poradně nevyřešíme.“ (Respondent O2)

Klinický psycholog a psychoterapeut KBT O3 vnímá eliminaci koktavosti v dospělosti jako problematickou. Základem by měla být logopedie a cíl by rozhodně neměl být stanovený jako zbavení se koktavosti. Myslí si, že se toho **zbavit nedá**. Jestliže ano, tak pouze dočasně a člověk s koktavostí pak projde recidivami. Jako ztížené vnímá to, že řeč s koktavostí zdržuje samotný proces terapie.

„Ta řeč ruší, protože terapie má vymezený čas a domluva je složitá. Když ta vada řeči je fakt těžká, tak během té psychoterapie toho stihneš třetinu. Toto ruší. Jinak to není problém.“ (Respondent O3)

Klinický logoped O6 vnímá jako problém, co se týče úspěšné intervence koktavosti nedostatek logopedů zaměřených na koktavost.

„Myslím, že je především málo odborníků, kteří by se na tuto problematiku přímo zaměřovali. Klienti sice vždy nakonec logopeda najdou, ale nemusí se na tuto problematiku zaměřovat natolik, aby byla péče stoprocentní.“ (Respondent O6)

I logopedka v soukromé praxi O8 potvrzuje, že téma koktavosti je pro odborníky neoblíbené. Stejný názor (hlavně u psychologů) má i klinický logoped O5.

Školní logopedka O7 poukazuje na nefunkční transfer plynulosti z ordinačního prostředí do běžného života jedince. Z tohoto důvodu je třeba zařazovat již zmíněné expozice a street contacts. Úspěšnost intervencí koktavosti v dospělosti vidí následovně:

„Z literatury víme, že zhruba 1/3 klientů s koktavostí nepodléhá účinkům terapie. U 1/3 klientů s koktavostí se příznaky vlivem terapie zmírňují. U 1/3 může dojít k remisi = vymizení příznaků, avšak nemluvíme o odstranění koktavosti.“ (Respondent O7)

Remise u chronické koktavosti není úplně příznivá. Remise je častá v předškolním věku dítěte. U dospělých jedinců nebude stoprocentní. Budou existovat situace, kdy se člověku s koktavostí mluví hůř. Dosaženou úspěšnost si můžeme znázornit pomocí škálování.

„Na začátku terapie mohou být situace, hodnocené klientem na úrovni 4 a během terapie např. v průběhu 1-2 let se posuneme, obtíže se sníží na úroveň závažnosti 3 a postupně na úroveň 2. Obtížnost situací, které jsou klientem hodnoceny stupněm 5, se těžko proměňuje na stupeň závažnosti 1.“ (Respondent O7)

Školní logopedka O7 zároveň poukazuje na to, že je výsledek terapie vždycky nejistý a nikdo ho neví předem.

„Příčiny vzniku koktavosti jsou orgánového původu, tak musíme s pokorou přijmout možné limity v terapii.“ (Respondent O7)

Také dle klinické logopedky O9 je pravděpodobnost zbavení se příznaků koktavosti u chronického stupně minimální. Možnosti práce spíše vidí v soustředění terapie na smíření se klienta s koktavostí a také na to, aby koktavost neměla na život klienta tak fatální dopad a mohl si žít podle svých ideálů.

„Já nechci být úplně škarohlíd. Tam je minimální pravděpodobnost, že tam ty problémy nebudou. Myslím si, že je možnost zapracovat na tom, že mi to tolik nevadí, umím s tím nějak pracovat, možná se nebudu tolik bát v sociálním kontaktu, že si nebudu třeba odpírat kvůli koktavosti školu, na kterou chci jít. Ať je to psychoterapie nebo logopedie, na tohle ten vliv mít může.“ (Respondent O9)

Klinický logoped O5 říká, že cílem terapie balbuties by nemělo být vymizení dysfluencí a klient sám si má stanovit cíl společně s terapeutem. Má zkušenosti, že ty

cíle se v průběhu terapie proměňují. Také je důležitou fází již zmíněná desenzibilizace, kde by úzkostlivé lpění na eliminaci dysfluencí ztěžovalo její naplnění.

Nyní si uvedeme názor a případné zkušenosti s **psychiatrickou léčbou**:

Psycholožka a terapeutka Gestalt O1 vidí léčbu psychiatrem jako užitečnou. Stejného názoru je i klinický psycholog O6. S psychiatrem by rád spolupracoval i klinický logoped O5. Psychologovi a terapeutovi gestalt vadí na psychiatrické léčbě absence zohledňování historie klienta. Oproti tomu ale podotýká, že léky mohou být v léčbě koktavosti účinné. Působí na úzkost a sekundárně tedy mohou nastavit podmínky ke zlepšení řečového projevu.

Logopedka v soukromé praxi O9 by využila odborné pomoci psychiatra v případě s klientů s vážnými problémy. Ovšem říká, že vnímá nedostatek psychiatrů a orientaci na směr balbuties.

Klinická logopedka O8 sdílí názor, že psychofarmaka s koktavostí nic neudělají a kritizuje přístup pana psychiatra, který předepisuje léky, aniž by se tázal na bližší informace. Jak je uvedeno výše, mechanické předepisování léků kritizuje více odborníků ve výzkumu.

„Pan psychiatr aniž by cokoliv věděl, hned začal předepisovat léky. Jenom to, že koktá, už pro něj byla prostě nějaká indikace k tomu napsat lék. Ani nevím, který napsal. Oni se vrátili od psychiatra hrozně nešťastní. Mám pocit, že ta návštěva tenkrát dost ublížila. Hned začal něco psát, aniž by se toho kluka na něco zeptal.“ (Respondent O9)

„Zkušenost s psychiatry je taková, že ten jejich způsob práce vlastně moc spolupráci neumožní. Práce psychiatra je založená na dání medikace na základě krátké schůzky.“ (Respondent O4)

Klinický logoped O5 dodává, že léky mohou mít vliv i na koktavost. Nevidí to ovšem zázračně. Kdyby to bylo funkční, je to dávno více rozšířené.

„Jsou nějaké dopaminové blokátory, které mohou fungovat. Má mít hodně vedlejších účinků, takže zkouší blokovat jiný. Může to být doplněk těžkých stavů. Dlouhodobě si myslím, že v individuálních případech. Zase, když to bude fungovat, tak to budeme všichni zobat.“ (Respondent O5)

Psychiatr O10 zkoušel předepisovat antidepresiva a uvažoval i prý o indikaci antipsychotik. Na klientovi ovšem nepozoroval účinek, i když si přečetl prý studie, které léky by byly na kótvost vhodné.

Zůstaneme u farmakologické léčby a nyní si probereme názory a zprostředkované zkušenosti odborníků s **inhalačním sprejem profera Pešáka z lékařské fakulty Univerzity Palackého**.

Skoro polovina odborníků o tomto spreji ani neslyšela. Psycholog a terapeut gestalt O4 o tomto spreji neměl tušení. O spreji také vůbec neslyšel psychiatr O10, klinický psycholog, KBT psychoterapeut O3 a psycholožka, KBT terapeutka O2 též ne.

Psycholožka a terapeutka gestalt O1 byla na přednášce pana doktora Pešáka, ale už si moc na tuto metodu léčby nevzpomíná.

Logopedka v soukromé praxi O8, školní logopedka O7, klinický logoped O6, klinická logopedka O9 a klinický logoped O5 hovoří o tom, že tato metoda byla prezentována jako zázračná, avšak čas ukázal, že o zázrak nešlo.

„Ty studie ukázaly stoprocentní účinnost této látky a on si za tím stojí. Za mě ta studie nebyla dobře udělaná. Tudiž ten její výsledek můžeme asi úspěšně zpochybnit. Stejně jako s Novou mluvou. Ten, komu by to pomohlo, ten tu nebude.“ (Respondent O6)

„Tak jak ta bublina rychle vyrostla, tak rychle zhasla. Alespoň tak se mi to zdá. On se stavěl do té role, že našel lék, že je to něco zázračného, ale ten čas ukázal, že to nic zázračného není.“ (Respondent O8)

Klinický logoped O6 hovoří i o svých klientech, že to dlouhodobý pozitivní efekt nemělo u nikoho a maximálně to u některých klientů působilo krátkodobě. Stejně zkušenosti sdílí i školní logopedka O7, která měla ve své péči klientku, které sprej pomáhal k uvolněnějšímu řečovému projevu těsně po aplikaci. Klient ale musel být závislý na něčem zvenčí a ne u všech klientů fungovala i krátkodobá účinnost. Školní logopedka O7 popisuje zprostředkované zkušenosti 3 klientů.

„Dávalo mi to smysl. Jsou tam souvislosti. Ale v praxi to ve výsledku nějak nefunguje stoprocentně a zázračně. Teď jde o to, čím to je, jestli on tím dokáže ovlivnit ty neplynulosti, ale už ne tu psychickou stránku věci. Že mi třeba nestačí, že odstraním

mechanicky něco. On to tenkrát přednášel tím stylem, že to je naprosto jasné.“
(Respondent O9)

„Sděbila mi, že po aplikaci inhalace se jí v daný den mluví lépe a neplynulosti jsou méně časté. Jakmile léčivá látka přestane působit, vše se vrací do předchozího stavu. Další dva klienti popsali průběh stejně. Po dobu aplikace mluvili plynuleji, a pak se vše vrátilo zpět. Po určité době přestali formoterol užívat, neboť trvalý efekt se nedostavil a nechtěli být medikováni.“ (Respondent O7)

Nyní se podíváme na názory a případné zkušenosti odborníků se **svépomocnými skupinkami**.

Logopedka v soukromé praxi O8 uvádí, že v České republice není svépomocná skupina. Kladně možnosti svépomocných skupinek hodnotí i klinický logoped O5, klinický logoped O6, psychologka, gestalt terapeutka O1, školní logopedka O7, psychiatr O10, psycholog, gestalt terapeut O4.

„Vzájemné setkávání, sdílení, komunikaci osob s koktavostí vidím jako velmi prospěšnou.“ (Respondent O7)

Klinický logoped O5 také zmiňuje jejich nedostatečné zastoupení v České republice. V zahraničí fungují zcela běžně. Vidí jako přínosnou vzájemnou podporu, motivaci a fungují jako „hnací motor“ pro všechny členy skupiny. Vzájemné sdílení vnímá jako klíčovou formu podpory klinický logoped O6. Také zmiňuje možnou inspiraci klientů navzájem.

V další části textu si uvedeme pohled odborníků na metodu **Nové mluvy**.

Psycholožka a gestalt terapeutka O1 metodu Nové mluvy nezná. O Nové mluvě neslyšel ani psycholog, gestalt terapeut O4, psychologka, terapeutka KBT O2.

Logopedka v soukromé praxi O8 ví o Nové mluvě z doslechu. O Nové mluvě jí vyprávěl jeden klient, který dosáhl zlepšení, ale neví, jestli se to udrželo. K Nové mluvě má ovšem výhrady, že to dělají lidé bez adekvátního vzdělání. Klinický logoped O5 také zmiňuje, že je to logopedický koncept, který nevykonávají logopedi.

„Vím, že to nejsou logopedi ani kliničtí logopedi, ale terapeuti, kteří načerpali zkušenosti z Polska.“(Respondent O8)

„Je to pro mě těžký, jelikož je to logopedický koncept a nemám pocit, že by to vykonávali logopedi. Nemají tedy žádnou pracovní odpovědnost, jelikož nejsou v žádné komoře. Prostě nevíme, kdo to dělá a jak to dělá.“ (Respondent O5)

Školní logopedka O7 kritizuje u Nové mluvy nepřirozené znění a zpívanou formu. U dospělých klientů to nevidí jako přiléhavé. Informace o této metodě má od absolventů a z internetu. Zprostředkované zkušenosti od klientů má i klinický logoped O6. Chválí intenzitu terapie a zmiňuje individuální úspěšnost u svých klientů. Klinická logopedka O9 vyzdvihuje u Nové mluvy dlouhodobost terapeutické péče. Nelíbí se jí ale prezentace této metody jakožto zázračné.

„Znám i několik klientů, kteří touto terapií prošli a výsledky, o kterých vím, jsou také velmi individuální. Někteří se zlepšili a někteří ne nebo málo. Ale to je u balbutiků typické. Záleží na jejich motivaci, víře ve změnu, osobnost, vůli a podobně.“ (Respondent O6)

Psychiatr O10 hovoří ústy své klientely o dobrém, avšak dočasném efektu Nové mluvy. O dočasném efektu hovoří i klinický logoped O5.

Klinický logoped O5 dále hovoří o tom, že k logopedovi nepřijdou lidé, kteří tam uspěli. Neúspěšnou zkušenost s touto metodou s ním sdílelo přes 15 klientů.

Klinický logoped O5 kladně hodnotí princip fluency shaping, ale nevidí pozitivně nepřipravenost klientů na recidivy. Recidivy jsou v rámci logopedických intervencí, terapií zcela běžnou záležitostí. Součástí dobré terapie by mělo být na ně klienty připravit.

„Zprostředkovaně se ke mně doneslo od klientů, že když se to těm klientům nedaří nebo není v tom programu úspěšný, tak je to jakoby jeho chyba, že to dělá špatně. To já si myslím, že je strašně špatně. To je totální nesmysl. Ta terapie není stoprocentně úspěšná. Nikdy nebyla a nikdy nebude.“ (Respondent O5)

Klinický logoped O5 zmiňuje, že z důvodu nedostatečné vybavenosti klienta k adekvátní reakci na recidivy, si dokáže představit, že spousta klientů odejde v horším stavu než před terapií. V tomto duchu také kritizuje obviňování klientů z nepoužívání správného postupu techniky. Vnímá také jako nevhodné metodu aplikovat u dětských klientů.

Klinický psycholog, KBT terapeut O3 vnímá Novou mluvu jako vytvoření nového návyku. Řeč se učí od začátku a dochází k vytváření nové dráhy.

Dále se seznámíme s názory odborníků na **skupinovou terapii**. Tázali jsme se v rámci toho např. i na arteterapii, muzikoterapii.

Klinický logoped vidí skupinovou terapii balbuties jako pomocnou metodu. Sám ji ve své praxi používá, ale ne formou arteterapie či muzikoterapie. Zmiňuje, že skupinových terapií je v České republice opravdu poskrovnu. V zahraničí jsou zastoupeny hojně. Stejný názor ohledně chabého zastoupení v České republice má i psycholog, gestalt terapeut O4. Sám tuto formu terapie neposkytuje.

„Obecně skupinových terapií je obecně málo a přál by si, aby jich bylo víc.“
(Respondent O4)

Psycholožka, KBT terapeutka O2 o skupinové terapii balbuties neví.

Více respondentů ve výzkumu vnímá jako účinnou metodu skupinové terapie dramaterapii. Na řečový projev klienta dobře působí hraní rolí. Dosažení plynulosti v rámci hraní rolí v procesu dramaterapie hodnotí pozitivně i klinická logopedka O9. Přínos ve skupinové terapii spatřuje i psychiatr O10. Vždy je prospěšné vidět lidi se stejným problémem. Dává to klientovi naději. Jako více respondentů vnímá, že se při dramaterapii snižuje napětí u klienta s balbuties. Velký přínos u skupinové terapie vnímá i klinický logoped O6. To se mu potvrzuje na plynulém projevu účastníků skupinové terapie a i na základě zpětné vazby klientů, kteří si tuto možnost terapie velice chválí. Psycholožka, gestalt terapeutka O1 zdůrazňuje potřebu kombinovat individuální terapii se skupinovou. Chválí arteterapii, která se na jejím pracovišti klientům poskytuje.

„Jeden klient namaloval obrázek hlavy, kdy z krku jde krev. Až tak drsně to znázornil v rámci kolektivní terapie. Hlasivky jsou stažené jakoby přiskrčené u kokyhavosti.“ (Respondent O1)

Klinický psycholog, KBT psychoterapeut O3 by skupinovou terapii doporučil sekundárně na sociální problémy.

Logopedka O9 vidí jako přínosnou i muzikoterapii (hlasové dílny, zpěv). Psychiatr O10 spatřuje ve zpěvu, nastavení rytmičnosti projevu v rámci muzikoterapie možný

pozitivní efekt. Muzikoterapii chválí i logopedka v soukromé praxi O8. Fluentní rytmika přispívá k řešení dysfluencí.

Indikace arteterapie by měla být individuálně stanovena dle klienta. Pro plynule mluvící lidi je ovšem těžké pochopit, že člověk s koktavostí mluví někdy plynule. Klinická logopedka O9 uvádí příklad klienta z dramaterapie.

„Jeden chlapec – jednu větu „omlouvám se, že jdu pozdě“ mu trvalo nevím jak dlouho, třeba 3 minuty, ale jakmile hrál divadlo, kde neměl vůbec problémy. Zase se tím ale dostal do těžké situace, kdy mu ostatní říkali: „Tak ty vole, ty teď mluvíš normálně, proč jindy nemluvíš normálně.“ (Respondent O9)

Skupinovou terapii poskytuje (či v minulosti poskytovalo) 3 z 10 respondentů – klinický logoped O5, klinický logoped O6 a školní logopedka O7.

Nyní si představíme názory či zprostředkované zkušenosti odborníků na **alternativní metody**.

Klinický logoped O6, školní logopedka O7 říkají, že preferují vědecké metody. Zlepšení je tam možné, avšak tyto metody s sebou nesou velká rizika a jsou také finančně náročné.

Logopedka v soukromé praxi O8 své klienty k poskytovatelům alternativních metod neposílá, ale zároveň je od využívání těchto služeb neodrazuje. Říká, že mohou fungovat jako placebo. Pokud pomůžou k nalezení vlastní hodnoty, to sekundárně často vede k plynulosti.

Psycholožka, gestalt terapeutka O1 také zmiňuje možnou účinnost alternativních metod na základě placeba.

„Pokud vy máte pocit, že to pomáhá, tak to pomoci může, protože se cítíme jistěji, třeba jako placebo. Nemám žádné reference od klientů.“ (Respondent O1)

Hypnóza by se dle psycholožky, gestalt terapeutky O1 měla absolvovat pouze u odborníka. Oxygenoterapie si myslí, že na balbuties neuškodí. K dalším metodám by se mělo přistupovat opatrně.

Hypnózu ve své praxi používá klinický psycholog, KBT psychoterapeut O3. Nesouhlasí s jejím zařazením do alternativních metod. Je to vědecká metoda. Zároveň jde dle jeho slov o metodu pomocnou a dochází při ní k regresí. Další metody nedoporučuje.

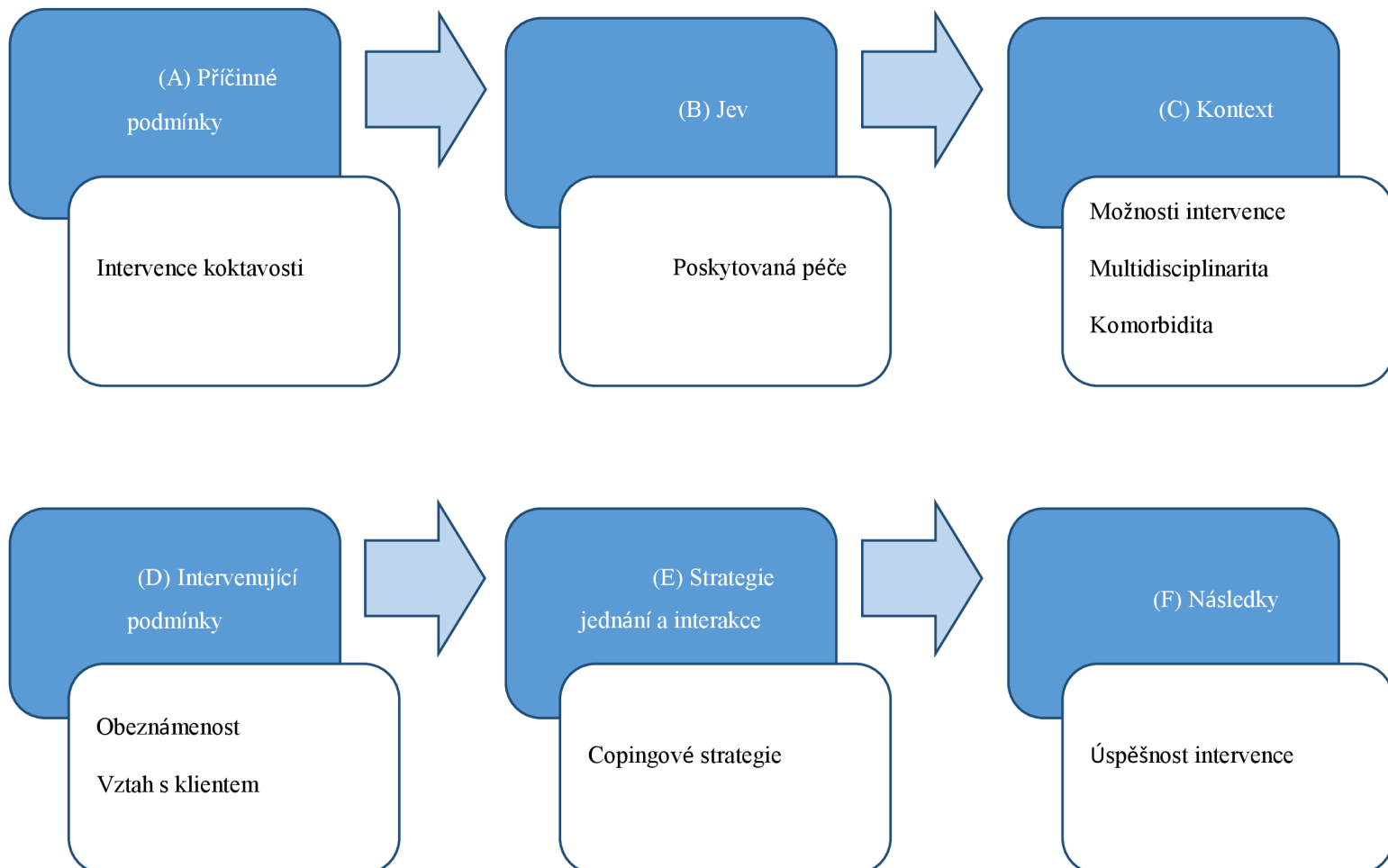
„Zabrat může asi všechno, protože nevíme, čím je to způsobený. Já bych to nikomu nedoporučoval např. holotropní dýchání.“ (Respondent O3)

8.2 Axiální kódování u respondentů odborníků

Ve fázi axiálního kódování jsme hledali souvislosti a vztahy mezi jednotlivými kategoriemi, které jsme našli v rámci otevřeného kódování. Tento výstup prezentuje paradigmatický model, který spojuje kategorie a subkategorie do vzájemných vztahů. K prezentaci axiálního kódování jsme využili definování příčinných podmínek, jevu, kontextu, intervenujících podmínek, následku a strategie jednání a interakce.

Jako příčinnou podmínku jsme uvedli **intervenci koftavosti**, která následně vede k uplatnění možností intervence (**poskytovaná péče**), vyhledání případných odborníků ke spolupráci (**multidisciplinaritě**) a také k případnému řešení **komorbidity**. Jako intervenující podmínky jsme určili **obeznámenost** a **vztah s klientem**. **Obeznámenost a navázání vztahu s klientem** následně ovlivní užití **copingové strategie** v procesu intervence. Následkem je poté **úspěšnost intervence**. Její výsledná podoba je závislá na všech výše uvedených kategoriích.

Diagram 1: Paradigmatický model vytvořený podle axiálního kódování O1 – O10



8.3 Selektivní kódování u respodentů odborníků

V rámci selektivního kódování jsme vytvořili ústřední kategorii, kolem které jsou integrovány další kategorie, jež vzešly z axiálního kódování.

Jako hlavní nám vzešla kategorie **Úspěšnost intervence**⁴, kterou jsme jako jedinou zvýraznili žlutou barvou. Jako další jsme v procesu kódování určili kategorii **Možnosti intervence**, kategorii **Multidisciplinarity**, kategorii **Komorbidity** a kategorii **Obeznámenosti**. V předchozím paradigmatickém modelu jsme kategorii **Multidisciplinarity**, **Komorbidity** i **Možností intervence** řadili do kontextu. Tyto všechny kategorie mají totiž vliv na kategorii **Úspěšnost intervence**, kterou jsme řadili do následku. Kategorii **Obeznámenosti** jsme řadili do Intervenujících podmínek. V následujícím modelu nám kategorie **Možnosti intervence** sdružuje dvě kategorie, které jsou též ve vzájemné interakci, a to kategorii **Komorbidity** a kategorii **Multidisciplinarity**. Zároveň spolu souvisí i kategorie **Komorbidity** a **Multidisciplinarity**. Přítomnost komorbidit klade větší nároky na využití multidisciplinární práce. Ve výzkumu několikrát zaznělo, že v případě vážného stavu klienta by se obrátili na psychiatra (např. u diagnózy deprese). Přidružená onemocnění také kladou větší požadavky na užití metod, léčebných technik a jejich vhodné kombinování. To zároveň poukazuje na propojení kategorií **Komorbidity** a propojení kategorie **Možnosti intervence**. Kategorie **Obeznámenost** také ovlivňuje kategorii **Možnosti intervence**. Odborník v rámci možností intervence vychází ze svých znalostí a praxe.

Nyní si pro lepší porozumění uvedeme, co se skrývá pod jednotlivými kategoriemi. Kategorie **Možnosti intervence** v sobě zahrnuje vlastní *repertoár metod, technik intervence, terapie či prostředky léčby*⁵, které má odborník k dispozici. Jde konkrétně o psychologické techniky, logopedické techniky, terapeutické techniky či léčebné metody dle konkrétního profesního zaměření odborníka. Dále sem řadíme umění *navázání terapeutického vztahu s klientem*. Odborník na základě zájmu o klienta, praxe, obeznámenosti (kategorie Obeznámenosti) s ním vytváří vztah, který také ovlivňuje úspěšnost intervence (centrální kategorie Úspěšnost intervence).

⁴ Názvy kategorií pro přehlednost označujeme v rámci prezentace výsledků vytučněně.

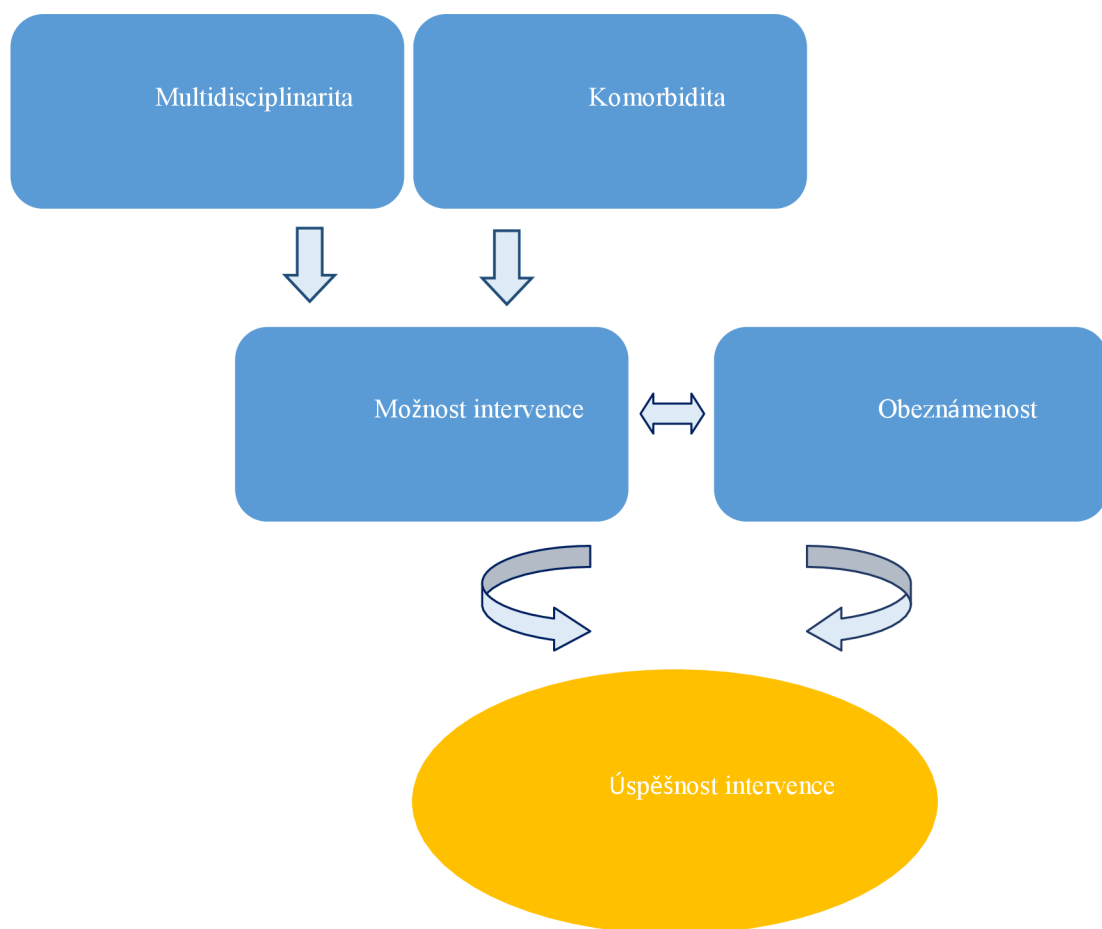
⁵ Podrobnější dělení kategorií označujeme kurzívou.

Kategorie **Obeznamenost** v sobě zahrnuje *vzdělání* a získané informace na téma balbuties a také *praktické vzdělávání* v průběhu pracovního procesu v podobě stáží, kurzů, získané praxe.

Kategorie **Úspěšnost intervence** jakožto centrální je výsledkem všech ostatních kategorií, které ji všechny ovlivňují.

Kategorie **Multidisciplinarita** dle výzkumného šetření zahrnuje možné navázání spolupráce s následujícími odborníky: *psycholog, psychiatr, neurolog, foniatr*.

Diagram 2: Paradigmatický model vytvořený podle selektivního kódování O1 – O10



Na základě analyzovaných dat jsme odvodili teorii, v níž lze předpokládat, že *Úspěšnost intervence se odvíjí od možností intervence, které jsou ve vzájemné interakci s obeznameností, tedy získanými teoretickými či praktickými znalostmi a také zájmem o dané téma. Poskytovanou intervencí ovlivní multidisciplinarita a přítomnost komorbidity. Multidisciplinarita v případě efektivní spolupráce rozšiřuje možnosti*

nabízené péče klientovi. Také závisí na obeznámenosti. Výskyt komorbidity si současně o to více žádá spolupráci více odborníků, tedy multidisciplinární přístup.

8.4 Otevřené kódování u respondentů s koktavostí

Nyní se blíže podíváme na kategorie vzešlé z otevřeného kódování.

Tabulka 9: Kategorie: Možnosti intervence a různých metod

Kategorie	Vlastnosti	Dimenze
Možnosti intervence	Logopedická intervence	Ano-ne
	Psychologická péče	Ano-ne
	Psychiatrická péče	Ano-ne
	Foniatrická péče	Ano-ne
	Svépomocná skupinka	Ano-ne
	Nová mluva	Ano-ne
	Alternativní metody	Ano-ne
	Inhalační sprej	Ano-ne
	Další (vyhledávání na internetu, četba knih)	Ano-ne

8.4.1 Logopedická intervence

Nejprve si přiblížíme zkušenosti respondentů B1 – B10 s logopedickou intervencí. Jako první budeme specifikovat konkrétní použité nástroje a poté zhodnocení logopedické intervence.

Respondent B1 chodil na logopedii v dětství. Nebylo to pouze z důvodu koktavosti. Z metod vyzkoušeli dechová cvičení, „odřukávání prsty“, „obloučkování“ (jde o fonograforytmiku) a zpomalení řeči nezkoušeli. Poté začal opětovně docházet na logopedii i v dospělosti. Nyní chodí dokonce ke dvěma logopedům, kteří jsou spolu propojení a společně konzultují. Zde zkouší již zmiňované zpomalení tempa řeči. Je vedený k tomu, že se za pomalou řeč nemá stydět. Má ovšem trochu problém tuto techniku aplikovat do praxe.

„Nemám se bát a stydět mluvit zpomaleně, zpomalené mluvení zní lépe než neplynulá rychlá řeč. Když použiji zpomalenou metodu tak mám problém ze začátku, než se do toho dostanu, pak dokážu mluvit celkem plynule. Teď to chci přivádět do běžného života, ale před cizími lidmi to jde hůř než na logopedii. Když to chci vyzkoušet s někým,

kdo neví, že koftám, tak tam mám problém se dostat do takového úrovně nebo zpomaleného mluvení. Před takovým člověkem já se nedovedu dostat se do toho, tak jako jindy.“ (Respondent B1)

Podobnou zkušenost se zhoršenými symptomy balbuties před lidmi, kteří to o ní neví, má i respondentka B9.

Jak jsme si uvedli v předchozí části analýzy R1 – R10 i více odborníků doporučovalo, aby klienti uváděli předem, že se potýkají s koftavostí (klinický psycholog a KBT terapeut R3 , klinická logopedka B9 a další).

Dále respondent B1 zkoušel na logopedii tzv. vydržet v bloku, neutíkat z této nepříjemné situaci a postupně uvolňovat svaly.

Celkově možnosti logopedie v rámci pozitivního účinku na koftavost nehodnotí pozitivně. Je dle něj škoda, že běžní logopedi nechodí s klienty do terénu na *street contacts*, aby se pracovalo na již zmiňovaném problematickém transferu logopedických technik z ordinálního prostředí do běžného života jedince.

*„Možnosti koftavosti v ČR nejsou zrovna nejlepší. Koftavostí se v ČR zabývají asi jen na třech místech (logoped *, Klinika LOGO a Nová mluva). Běžní logopedi, co jsem poznal, toho o koftavosti moc nevěděli.*“ (Respondent B1)

Respondent B2 také absolvoval první návštěvy logopedie v dětském věku z iniciativy rodičů. On si to sám dlouho neuvědomoval. Na logopedii poté chodil i v dospělém věku. Zažil také skupinovou terapii. V rámci té se učili fonograforytmiku, trénovali např. telefonování apod. Říkal, že ten trénink měl být intenzivnější. Logopedické metody mu přijdou užitečné, avšak zdůrazňuje, že samy o sobě nestačí. Zdůrazňuje, že je nutná práce s psychikou. Na koftavosti by se mělo pracovat multidisciplinárně.

„Každá metoda má nějakou vadu, která to nedotáhne, stejně tak odborníci. Komplexní metoda v podstatě není. Logoped řeší jenom řeč, psycholog a psychiatr jenom psychiku.“ (Respondent B2)

I tento respondent poukazuje na problematický transfer technik z ordinálního prostředí do reálného světa.

„Lidi se bojí posměchu a do reality to nepřenesou.“ (Respondent B2)

Respondent B3 také navštěvoval logopedii v dětství a trénoval s rodiči. V dětství chodil 5 let a poté na logopedickou péči navázal ve 14 letech.

Z metod využívali dechová cvičení, vydechování samohlásek a komentování různých věcí, situací např. fotbalového utkání. Popisuje také využívání metody sugesce.

„Pokojně lež, a když se probudíš, budeš povídat plymule.“ (Respondent B3)

I respondent B4 poukazoval na skutečnost, kdy v ordinaci šly naučené techniky skvěle, ale mimo ordinaci to nefungovalo. Cvičily hlavně dechová cvičení a bližší informace neuvádí.

„Pak říkala, že to umím, takže nemá cenu tam chodit, ale v realitě jsem to neuměl používat.“ (Respondent B4)

Respondent B5 se na logopedii učil fonograforytmiku („vlnky po slabikách“). Chodil několik let v dětství a poté začal docházet k logopedce ve 13 letech, kdy se v jeho řeči nově objevovaly i bloky.

I tento poukazuje na to, že na logopedii mluvil dobře, ale za dveřmi ordinace to bylo dle jeho slov špatné.

„Tam to bylo dobrý, ale venku opět špatný. Pak jsem logopedku opustil, cvičení jsem zkoušel s kamarády a bylo to asi 50 na 50“ (Respondent B5)

Respondent B6 chodil na logopedii také od dětství. Má zkušenost s nácvičkou hlasitého čtení, s vázáním slov, „vyřukávání slov po slabikách, po slovech“. Blíže hovoří o technice fonograforytmiky, kdy se z obloučku pak dostali k čáře. Také si dost povídali.

Respondent B6 hovoří o řečových technikách jako o návyku, řečovém stereotypu, který se musí neustále používat.

„Logopedie je krátká. Musí se trénovat. Já jsem trénoval podle nálady. Nejdřív ne, pak jsem se do toho pustil, ale pokud přestaneš, vrátíš se do svého stereotypu.“ (Respondent B6)

Respondentka B7 chodila na logopedii nejdříve na základní škole a poté na gymnáziu. Jako malé se jí tam vůbec nelíbilo. Nevidí zpětně žádný úspěch. Dokonce si k logopedii vytvořila odpor.

Logopedka, ke které chodila na gymnáziu, jí vyhovovala více. Jenom té koktavosti nepřikládala takový význam, jaký měla pro klientku.

„Zdávalo se jí, že má koktavost není tak špatná, že je to o zpomalení řeči.“ (Respondentka B7)

Pracovaly tedy hlavně na zpomalování v řeči. Dále spolu prováděly dechová cvičení. Tato logopedka měla absolvovaný terapeutický výcvik, a rozebíraly spolu i jednotlivé stránky úzkosti a konkrétní zátěžové situace.

„U mě je primární rychlost mluvení. Mám si najít blízkého člověka, aby to kontroloval. Taky jsme se bavily o soukromých věcech a ona mi kontrolovala tempo řeči. Řešily jsme i mé úzkostné situace. Ona to vnímala, že je nutné zbavit se mého permanentního stresu.“ (Respondentka B7)

Respondentka B8 chodila na logopedii ke své mamce, která je shodou okolností logopedka. Procvičovaly spolu fonograforymiku, ale jí vůbec nepomohla. Shodly se společně na tom, že tato metoda je účinná u malých dětí.

„Fonograforymika pomáhá spíše malým dětem, které nemají bloky. S mamkou jsme se shodly, že jsem v takovém stádiu, že mi to nepomůže. Spíše se zaměřila na to, abych našla jiný způsob, aby mi pomohla, na psychickou stránku. Snažila se o to, abych myslela jiným způsobem.“ (Respondentka B8)

Konkrétně se snažila o ventilaci emocí. Respondentka B8 velice nerada o záležitostech spojených s koktavostí mluvila. Řeč pro ni byla celkově tabu tématem. Také spolu cvičily dechová cvičení. Stejně ale cítila, že potřebuje pomoc nezainteresované psychologičky.

Respondentka B9 absolvovala intervence u dvou logopedek. První zkušenost vnímá tak, že jí pomohla od bloků. Bylo to ještě v dětském věku. Pracovaly hlavně na zpomalení tempa řeči. Druhá logopedka jí dle jejích slov vůbec nepomohla. Celkově má pocit, že jsou logopedické služby koncipované spíše pro děti. Nebylo jí příjemné učit se na dětských říkánkách. Konkrétně společně četly a následně si četbu pustily z nahrávky, aby slyšela, kde se zadržává. Dechová cvičení se učila až u psychoterapeuta.

„Jako tam na těch logopediích mi jako přijde, že tam je znát, že to je spíš pro děti..., že tam dělají takový ty cvičení, co jsou, co se dávají dětem, že jo, jak se tam říká takovýto máma mele maso a takový tyhle věci.“ (Respondentka B9)

I respondentka B10 docházela na logopedii od dětství. Učila se tam vázanému mluvení, měkkým hlasovým začátkům a práci s dechem. Dostávala domů různé kazety s texty a také byla během logopedické intervence nahrávána. Nemělo to dle jejích slov žádné výsledky, a naopak u ní došlo ke snížení motivace, že se s koktavostí dá něco dělat.

Další zkušenost s logopedickou péčí vnímá pozitivněji.

*„Pak jsem navštěvovala p. * v 21 letech hodně jsme si povídaly, bylo to příjemné, povídaly jsme si o stresu, pokud jsem vyrovnaná a v příjemném prostředí, jde to lépe. Pak jsme zkoušely autogenní tréninky. Bylo to pro mě něco jiného než klasická logopedie. Byla to taková terapie pro mě.“ (Respondentka B10)*

U této logopedky musela skončit a začala navštěvovat školní logopedku.

U této logopedky hodnotí velice kladně možnost procvičovat řeč v terénu. Jako většina respondentů to vnímá jako klíčové. Chtělo to čas. Na začátku si hodně povídaly a dostávala různá doporučení. Dostávala např. rady, jak dlouho mluvit denně, jaká slova a slabiky denně cvičit. Začala si své řeči více všimnout a řídit svůj řečový projev. Časem zkoušely výše zmiňované expozice v reálném prostředí. Paní logopedka začala respondentku B10 brát mezi svoje studenty logopedie. Pro respondentku to zároveň byla zvládnutelná expozice, jelikož věděla, že to jsou lidé z oboru, kteří tématu koktavosti rozumí.

„Bylo dobré, že věděli, že koktám.“ (Respondentka B10)

*„Měla jsem s p. * pocit bezpečí, že by kdykoliv zasáhla. Byla to výhoda. Věděla jsem, že mě nenechá plavat a nenechá mě v tom. Vystoupení z komfortní zóny bylo náročné, ale zase se mi potvrdilo, že je to to nejlepší.“ (Respondentka B10)*

8.4.2 Psychologická péče

Respondent B1 tvrdí, že psychologie sama o sobě neměla na řeč žádný vliv. Vnímá ale jako pozitivní, že mu paní psycholožka doporučila logopeda, který je na koktavost zaměřený.

„Ta moc nevěděla, co si se mnou počít.“ (Respondent B1)

Respondent B2 hodnotí psychologickou péči jako zajímavou, ale nepomohla mu. Vnímá ovšem její důležitost. Koktavost je dle něj spíše psychická záležitost a logopedie tvoří cca 20 %.

Respondentovi B3 psychologické rozhovory nepomohly.

Respondent B4 byl u psychologa pouze dvakrát, tudíž to nechce moc hodnotit.

Respondent B5 navštěvoval psychologa dávno v dětství a nechce to tudíž posuzovat.

Respondent B6 navštívil psycholožku ve 13 letech. Prý si nevěděla rady.

„Ve 13 letech jsem byl u první, ona moc netušila, co má dělat, seděli jsme asi 15 minut v tichu. Byl jsem tam jen jednou, po druhý tam šla se mnou máma a ta ji seřvala. Pocity jsem měl stres, a že to nemá cenu.“ (Respondent B6)

Poté popisuje ještě druhou zkušenost s psychologickou terapií. Chodil dlouhodobě k psycholožce, kde si povídali, ale nemělo to prý nějaký cíl a vliv na řeč. Zkoušeli spolu i relaxační techniky. Měl se postupně bez hudby zaměřovat na jednotlivé části těla a uvolňovat je.

Respondentka B7 popisuje první zkušenost s psycholožkou jako negativní. Nedokázaly se na sebe napojit a následně byla i odkázána jinam.

„Shodly jsme se, že mám úzkostnou poruchu a měla bych to řešit s psychiatrem, ale to nechci, tak jsem si našla právě psychoterapeuta.“ (Respondentka B7)

Respondentka B8 řešila psychologické záležitosti s mamkou logopedkou. Přála si přímo vystudovaného psychologa, který by byl do toho nezainteresovaný, ale mamka si myslela, že to nepotřebuje a vedla ji k tomu, aby pracovala sama na sobě. Měla si zkoušet hledat, co jí samotné pomáhá a vyvíjet vlastní iniciativu.

„Mám si to sama zkusit proskákat, abych sama se sebou uměla pracovat, co funguje co ne. Myslela, že na tom nejsem tak, abych to potřebovala. Byla pro mě takovou psycholožkou.“ (Respondentka B8)

Další zkušenosti s psychologickou péčí započala po terapii Nové mluvy. S pokročilejším věkem, více o věcech přemýšlela.

„Čím jsem byla starší, tím jsem byla vnímavější. Sama jsem pocítila, že tam chci jít. Sama si to umím projít, ale potřebuji osobu, která je do toho nezainteresovaná, aby si to poslechla. Bylo to dobré, řešily jsme i jiné věci nejenom tu řeč, ale pochopila jsem, že člověk, který to neprožije, nechápe to.“ (Respondentka B8)

Respondentka B8 zdůrazňuje, že s psycholožkou vnímala, že to stejně nepochopí a v tomto směru pocítovala takovou bezmoc.

„A začala mi říkat takové věci, které dávaly smysl, ale u mě to prostě vyvolalo pocity, že mi pomohlo to, že si mě vyslechla, ale více mě to utvrdilo v tom, že nechci o tom mluvit, protože to ten člověk nepochopí.“ (Respondentka B8)

Respondentka B9 si psychologickou (a zároveň psychoterapeutickou) péči chválí. Chodila k psychologovi asi rok a vnímá to tak, že uměl zvyšovat sebevědomí, což jak uvádí mnoho z respondentů, je u koktavosti důležitou složkou. Z důvodu koktavosti mnoha klientům sebevědomí chybí.

„Jakoby vyloženě s tím mluvením, to mi jako nepomohl, protože oni s tím úplně zkušenost nemají takhle.“ (Respondentka B9)

„Oni prostě s tebou všechno probírají, aby ti zvýšili to sebevědomí, tak to mu šlo hodně dobře.“ (Respondentka B9)

Poté chodila k dalším dvěma psycholožkám, ale to jí vůbec nepomohlo. Nejpriznivěji hodnotí tu první popisovanou zkušenost s psychologem.

Respondentka B10 chodila k první paní psycholožce více, než rok. Řeč prý bohužel ztěžovala samotný proces terapie z důvodu problematičtějšího předání informací.

„Chtěla jsem probrat dost témat, chtělo to čas. Řeč byla na začátku špatná, abych mohla vyjádřit všechny problémy.“ (Respondentka B10)

Učila se s paní psycholožkou meditačním technikám, pracovali na emocích a celkově jí vedla k tomu, jak se sebou efektivně pracovat.

„Ona mi pomohla tím vnitřním klidem. Měla jsem spoustu otázek, málo jsem si věřila a odcházela jsem s pocitem, že zvládnu všechno. Po skončení spolupráce řeč se mi zlepšila, logoped by měl spolupracovat s psychologem.“

Zde je opět dalším respondentem podpořena multidisciplinární péče. Psychologa často shledávají jako důležitou osobu pro spolupráci s logopedem.

8.4.3 Psychiatrická péče

Respondentovi B1 nešlo u psychiatricky vůbec mluvit. Ona sama mu řekla, ať jí to píše. Paní psychiatricka vnímala koktavost jako neurologický problém.

„Divila se, že mě nikdo nikdy neposlal na neurologii. Ústně jsem měl bloky, tak ji to asi přišlo jako neurologický.“ (Respondent B1)

Paní psychiatricka mu slíbila, že se porozhlédne po nějakých jiných odbornících na koktavost, ale zapoměla na něj. Potom se mu omlouvala, že už na to nemá kapacitu. Následně si sám našel psycholožku.

Respondent B2 chodil k psychiatrovi, který byl zároveň i homeopat. Homeopatika mu dočasně zabraly. Došlo ke zlepšení řeči.

Obecně si myslí, že se po užití psychiatrické medikace člověk může cítit lépe, ale nahrazují aktivitu a vlastní iniciativu v procesu léčby.

Respondent B3 užíval od psychiatra antidepresiva, ale vůbec nezabraly.

Respondent B4 nemá s psychiatrickou léčbou žádnou zkušenost.

Respondent B5 užíval také v řádu měsíců antidepresiva, ale nevnímal ani zlepšení psychiky a neměly účinek ani na zlepšení řeči.

Respondent B6 nyní užívá dobré prášky, které mu pomohly s psychickou stránkou koktavosti. Říká, že je s koktavostí už smířený. Koktá stále, ale přijmul koktavost jako svou součást. Deprese již nemá. Říká ale, že ne všechna medikace mu seděla. Po nějakém léku se mu dokonce řeč zhoršila. Tento respondent se obecně zajímá o farmakologickou léčbu a např. hovořil o studii koktavosti a dopaminu. Bere psychiatrickou léčbu pouze jako prostředek k získání předpisu. Takto to hodnotí i mnozí odborníci jako psycholog, gestap terapeut O4 a klinická logopedka O9.

Respondentka B7 chodila k psychiatrice, která příčinu koktavosti spatřovala v úzkostné modalitě respondentky.

„Říkala, že koktám z úzkosti.“ (Respondentka B7)

Brala prášky na úzkosti, ale vůbec nevnímá, že by měly nějaký účinek na koktavost.

„Vůbec, bylo to na úzkost, ale nepomohlo to na řeč.“ (Respondentka B7)

Respondentka B8 nemá žádnou zkušenost s psychiatrickou léčbou. Prý to vůbec nepodporuje a nemyslí si, že je to chyba mozku. Vnímá, že koktavost ovlivňuje psychická stránka.

Respondentka B9 vůbec netušila, že se s koktavostí může obrátit na psychiatra. Myslela si, že na koktavost je spíše logopedie a případně nějaký terapeut. Chodila k psychiatrovi kvůli jiným záležitostem a vůbec nevnímá, že by medikace měla nějaký vliv na stav koktavosti.

„Jako, že by mi ty léky nějak pomohly s mluvou, to fakt ne. Jakože na tu mluvu je to vyloženě celý o psychice, jak to má člověk nastavený no.“ (Respondentka B9)

Respondentka B10 má s psychiatrickou léčbou negativní zkušenost. Medikace ji na řeč nezabraly. Šla k psychiatrovi na popud rodiny. Bylo jí ze začátku špatně, po několika týdnech se stav stabilizoval.

„Viděla jsem, že na řeč nemá vliv, tak jsem se domluvila, že skončíme asi po měsíci a půl.“ (Respondentka B10)

8.4.4 Svépomocné skupinky

Respondent B1 nemá přímo zkušenost se svépomocnou skupinkou, v rámci které by probíhaly osobní setkávání. Snažil se ji najít, ale bezúspěšně. Časem ale našel facebookovou skupinu s lidmi se stejným problémem.

„Zkoušel jsem něco takového najít, zkoušel jsem najít i jednotlivce co koftá, že bychom si mohli vzájemně pomoci, ale nenašel jsem. Hledal jsem na sociálních sítích, i všude možné na internetu. Někoho takového najít je hodně složité, nechápu sice proč, ale je to tak.“ (Respondent B1)

„Chybí tu nějaké svépomocné skupiny balbutiků. V zahraničí takové skupiny existují.“ (Respondent B1)

Zdůrazňuje, že by mu pomohlo najít nějakého jiného člověka, který koftá, ale bylo to obtížné.

Respondent B2 založil dokonce vlastní svépomocnou skupinku. Vedl ji společně s doktorkou. Ne na všem se ale shodli. Říká, že všichni účastníci měli problém se sebevědomím. To je spojuje.

„Každý potřebuje něco jiného. Měli různý stupeň koftavosti, ale všichni máme problém se sebevědomím.“ (Respondent B2)

Potkání dalších lidí s koftavostí pojímá jako důležité, ale nemluvílo se mu např. v důsledku toho lépe.

Respondent B3 docházel na svépomocnou skupinku rok. Prý mu to vůbec nepomohlo a dle jeho slov řeč tam byla příšerná. Co se týče technik, tak tam cvičili dechová cvičení, cvičení scének (např: objednání v obchodě) a celkově program byl pestrý.

Respondent B4 žádnou zkušenost se svépomocnou skupinkou nemá.

Respondent B5 také nemá zkušenost s navštěvováním svépomocné skupinky.

Respondent B6 docházel na svépomocnou skupinku sdružení Balbus. Vnímá jako kladný prvek přítomnost psychické podpory. Řeč se automaticky zlepšila s těmi, kdo koktavosti rozumí a zažívá to samé.

„Je to spojený, pokud se cítíš líp, je lepší i mluvení.“ (Respondent B6)

Respondentka B7 nemá přímou zkušenost s docházením na svépomocnou skupinku. Našla si ale facebookovou skupinku lidí se stejným handicapem.

„Nikoho jsem ve svém životě neznala s tím problémem. Pak jsem tam přestala chodit, bylo tam málo příspěvků.“ (Respondentka B7)

Respondentka B8 nemá žádnou zkušenost se svépomocnou skupinkou. Upozornila, že ve svém okolí byla jediná, kdo koktal.

Respondentka B9 má zkušenosti, jak s facebookovou skupinou, tak i s osobními setkáními v rámci této skupinky. Byla tam ale pouze dvakrát. Nyní se žádná setkání ani neorganizují. Paradoxně u ní došlo ke zhoršení řeči v důsledku poslouchání koktavosti ostatních.

„Než aby mi to pomohlo, tak mi přišlo, že se mi ta mluva pak ještě víc zhoršila. Jakože, když jsem tam pak slyšela všechny jako zadržávat, koktat a mít ty bloky a vědět, že na tom teda byli kolikrát hůř než já..., tak se mi fakt mluvilo asi ještě hůř ty jo. Takže tohleto pro mě asi nebylo no.“ (Respondentka B9)

Zároveň tato respondentka vnímá jako užitečné, že se setkají lidé se stejným problémem. Ten člověk pak chápe, o čem se mluví.

Respondentka B10 také nenavštěvovala žádnou svépomocnou skupinku face to face. Ovšem našla si facebookovou skupinku, kde se sdružují lidé s koktavostí. Nejdříve jich tam bylo pouze 20. Teď jich je tam spousta, ale skupinka není moc aktivní. Říká, že byly dva pokusy o osobní setkání, ale bohužel to nevyšlo.

„Jsem si poprvé pustila zvukový záznam někoho, kdo má stejnou vadu. Když jsem to slyšela, že se občas zasekne nebo má bloky, uvědomila jsem se, že to vlastně vůbec nic není, že se občas zasekne a že z toho dělám velký problém. Řekli mi to i ostatní lidi, když se občas zaseknu, že si toho asi nevšímají, to mi také pomohlo.“ (Respondentka B10)

8.4.5 Nová mluva

Respondent B1 nemá zkušenost s Novou mluvou. Ví o této metodě pouze z doslechu.

Respondent B2 také nemá přímo zkušenost s Novou mluvou, ale mluvil o této technice s řadou absolventů. Řeč mu přijde robotická. Chápe princip Nové mluvy, kde se začíná hovořit pomalejším tempem a poté se postupně zrychluje. On sám využívá při řeči vizuální oporu. (U Nové mluvy je ruka a pohyb prstů).

„Já jsem si vyvinul toto, nádech a kontrolovaný výdech, jde mi stuha, kde jsou napsaná slova. Když jde výdech, tak jdou slova na stužce.“ (Respondent B2)

Využívá tedy vizuální představy plynulého pohybu.

U Nové mluvy hodnotí pozitivně potřebu trénovat i mimo učebnu. Vidí ale i stinné stránky této metody.

„Na logopedii nechodíš cvičit ven, u Nové mluvy musíš a někdo to nezvládne, a ještě víc se sekne a tam se nepracuje s psychikou.“ (Respondent B2)

Respondent B3 hodnotí Novou mluvu jako nejlepší metodu u nás, kterou mohou lidé s koktavostí absolvovat. Ze začátku dle jeho slov funguje stoprocentně, ale účinnost poté klesá. On sám nedokázal aplikovat Novou mluvu do cizího jazyka. Dočasné fungování Nové mluvy zmiňuje více respondentů (nejenom z řad lidí s koktavostí, ale i odborníci). Opomíjí se příprava na možné návraty symptomů balbuties a balbuties je recidivující onemocnění.

„Problém je, že kurzanti dostanou během terapie nebo po terapii blok. Podle mého názoru Nová mluva pracuje nedostatečně s bloky, protože, když člověk dostane blok, tak nemá žádné techniky spolehlivé, jako tento blok překonat a to vytváří blok, problém.“ (Respondent B3)

Respondent B4 hodnotí Novou mluvu také kladně. Vnímá to tak, že se vyléčil či má alespoň podpůrnou metodu. Nová mluva mu přijde ucelená, časově ohraničená a propracovaná metoda. Metoda Nové mluvy pro něj hodně znamená, jelikož mu pomohla jako jediná.

„Když jsem jel domu ze 4 mikrokurzu, objednal jsem si jídlo bez natahování a tehdy jsem měl pocit vítězství.“ (Respondent B4)

Respondent B5 se přidává k tvrzení ostatních absolventů Nové mluvy a uvádí, že také na tzv. základní úrovni (počáteční úroveň) řekl vše. Problém nastal na třetím mikrokurzu.

„Měl jsem jeden zdrcující zážitek v tramvaji, měl jsem blok, já jsem to psychicky nedal. Ten první zásek mě hodně zasáhl, dosud se mi to s NM nestalo, to bylo poprvé a pak se to navalovalo.“ (Respondent B5)

Vnímá tedy velký potenciál metody Nové mluvy, avšak zdůrazňuje jako stinnou stránku nepřipravenost kurzantů na případné recidivy.

„Po NM jsem mluvil dobře, ale zhoršovalo se to. Už ji nepoužívám, zklamala mě v různých situacích.“ (Respondent B5)

Přál by si, aby se Nová mluva šířila mezi odborníky a aby odborníci byli zaškoleni přímo v centru, kde vznikla – metoda ruské profesorky Lilie Arutyanyanové. Vidí smysl v propojení této řečové techniky za použití psychologických metod a případnou medikací. Naučit by se to dle jeho slov měli i logopedi. Také by dle jeho slov mohla být finančně dostupnější.

Respondent B6 také hovoří o dočasném fungování Nové mluvy a skvělém začátku.

„Když to vezmu krátkodobě, tak byla úspěšnost 100%, dlouhodobě to nefungovalo. Jsou lidi, kde to funguje. Krátkodobě asi rok, postupně se to začalo vracet do mého řečového stereotypu.“ (Respondent B6)

Samotná terapie byla stresující. Člověk musel neustále vycházet ze své komfortní zóny. V průběhu terapie se zhoršoval jeho psychický stav, a to mělo následně negativní vliv na řeč a začala se znovu objevovat v jeho projevu koktavost.

Respondentka B7 přímou zkušenost s Novou mluvou nemá. Prý by to brala jako poslední možnost. Přejde jí to radikální z důvodu strojového projevu a proměny stylů mluvení. Více nemůže soudit, protože to zná pouze z doslechu.

Respondentka B8 je absolventkou Nové mluvy. Novou mluvu našla její mamka a následně jely na konzultaci.

„Přemýšlela o tom i finančně. Já jsem jí řekla, nemáme peníze, nejdu tam. Pak mi mamka pověděla, že tam psala a že pojedeme.“ (Respondentka B8)

Říká, že poprvé v životě cítila, že může mluvit o tom, co ji trápí a to je to, že celý život nemohla vyslovit ani slovo a skrývala to. Viděla v Nové mluvě naději.

Hovoří o odlišné účinnosti Nové mluvy na jednotlivé účastníky. Ona sama je ráda, že Novou mluvu absolvovala.

„NM je účinná ale každý to psychicky zvládne jinak. Naučila jsem se, že koktavost tam vždy bude a je na nás jak to budeme zvládat. Jsou lidi i po NM, kteří se zakoktavají, psychicky to nezvládají, na některých to není vidět. Já jsem někde ve středu, psychicky to ještě není, kde bych chtěla, žiju s tím pocitem a naučila jsem se s tím pocitem pracovat. Technika tam byla, ale z té psychické stránky to chybělo. Tu máte techniku, tu máte začátek a teď je ta psychika na vás jak s ní pracovat.“ (Respondentka B8)

Potřebnost práce na psychické stránce, případně přípravy na možné bloky v budoucnosti, vnímá více jejích absolventů ve výzkumu.

Stejně jako respondent B6 hovoří respondentka B7 o náročnosti terapie. Denodenně museli hojně komunikovat s cizími lidmi. Bála se, že to nedá, ale zvládla to.

„Musela jsem mluvit. Vždy jsem mlčela a teď to bylo jinak.“ (Respondentka B7)

Později si uvědomila, že koktavost nejde nikdy vypustit ze svého života. Vždy tu bude, ale lze o ní jinak přemýšlet.

Respondentka B9 byla pouze na úvodní konzultaci Nové mluvy a rozhodla se nakonec nenastoupit. Nedokázala si představit, jak takhle bude mluvit např. v práci a také ji odradil rozhovor s jedním bývalým absolventem.

Respondentka B10 Novou mluvu také neabsolvovala. O Nové mluvě slyšela, ale absolvovat ji nechtěla. Chce mluvit spontánně a přeje si mít projev jako druzí lidé. Také si myslí, že koktavost nejde úplně vyléčit.

„Myslím, že koktavost se nedá vyléčit, že ji máme pořád v naší hlavě. Já, i když teď mluvím mnohem lépe, pořád to tam je a bude.“ (Respondentka B10)

8.4.6 Alternativní metody léčby

Respondenti B3, B4 a B5 nemají žádnou zkušenost s alternativní léčbou.

Respondent B1 absolvoval kineziologii, která mu přišla neúčinná.

„Paní mi říkala, abych si o pár centimetrů posunul postel, brala mě za ruce, různě s nimi hýbala a přitom říkala něco o negativních emocích atd.“ (Respondent B1)

Jak jsme si již uváděli výše v textu, respondent B2 absolvoval homeopatickou léčbu u psychiatra a vnímal dočasný pozitivní efekt na eliminaci koktavosti. Ostatní metody jako hypnózu, kineziologii, oxygenoterapii měl v plánu zkusit, ale nakonec do toho nešel.

Respondent B6 zkusil přikládání kamenů a kineziologii. Také zkusil hypnózu. V rámci hypnózy byl v jiném stavu a nevzpomíná si na to. Kineziologie mu prý v té době trochu pomohla.

„Jsou to metody, kdy si myslíš, že je to ono a není to ono.“ (Respondent B6)

Respondentka B7 žádnou z alternativních metod nezkoušela. Slyšela ovšem o působení sacharidové diety na koktavost a také o regresi. Prý si myslí, že by to mohlo nějakým jedincům pomoci.

Respondentka B8 brala cca měsíc homeopatika. Neví, zda pomohly. Poté brala speciální vitamíny s medem a aloe vera. To vnímá jako úspěšný krok. Její tělo prý daly do pořádku a pomohly jí nejenom na stres.

Respondentka B9 také žádnou z těchto metod nezkoušela. Byla jí doporučena hypnóza, ale nakonec na ni nešla.

Respondentka B10 zkoušela léčitele a homeopatika v dětství. Žádný dopad ale nezaznamenala.

8.4.7 Inhalační sprej profesora Josefa Pešáka

Respondent B1 o inalačním spreji četl na internetu. Uvažoval o tom, ale nakonec z toho sešlo. Nyní o tom už vůbec nepřemýšlí.

Respondent B2 také sprej nezkoušel, ale hodně to studoval. Četl i zkušenost absolventů na fórech. Nepřijde mu úplně dobré, aby byl člověk závislý na chemii.

„Ale já nechci do konce života dýchat toto. V podstatě to nic neřeší. To už bude závislost, a když náhodou si to zapomenu doma, tak co udělám?“ (Respondent B2)

Respondent B3 nemá se sprejem žádnou zkušenost.

Respondentovi B4 o tomto spreji řekla mamka. Zúčastnili se pouze jedné konzultace. Formoterol už užíval v rámci jiného léku.

Respondent B5 má stejný názor na inhalační sprej jako respondent B2. Vidí negativně nutnost nosit sprej neustále s sebou. Také člověk do sebe dává pořád chemii.

„Nechtěl jsem dávat chemii do sebe a problém je také mít ho stále u sebe a použít ho před mluvením.“ (Respondent B5)

Podobný názor na inhalační sprej mají i někteří odborníci, jak jsme si již uváděli v předešlé kapitole.

Respondent B6 o spreji slyšel. Chtěl ho předepsat po psychiatrovi, ale ten to odmítnul.

Respondentka B7 o inhalačním spreji prý slyšela jako malá holka v TV. Nedokáže si ale představit, že by to na koktání pomohlo.

Respondentka B8 a respondentka B9 o tomto spreji slyšely poprvé.

Respondentka B10 o tom slyšela a zkoumaly s mamkou reference u paní logopedky. Ta je od toho odradila, že to není řešení a nejedná se o 100 % metodu.

8.4.8 Foniatrická léčba

Řada respondentů absolvovala toto vyšetření v dětství. Tolik si to tudíž nepamatují.

Respondent B1 zkoušel foniatra v rámci logopedické kliniky. Pamatuje si pouze na zavedení trubice. Podobnou zkušenost má i respondentka B9. Na vyšetření byla poslána logopedkou, terapeutkou. Podobný průběh uvádí i respondent B6. I respondentce B9 i respondentovi B6 bylo sděleno na foniatrském vyšetření, že mají špatný sluch. Respondent B4 také chodil k foniatrovi v rámci logopedické diagnostiky.

Respondent B2 foniatra zkoušel. Spíše než foniatr mu ale pomohl hlasový lektor.

Respondent B3 foniatra nezkoušel, stejně tak respondentka B7, respondent B5 a respondentka B8.

8.4.9 Další metody (četba knih a vyhledávání na internetu)

Nejprve si popíšeme, jak jsou na tom respondenti se čtením knih o koktavosti a poté se podíváme na internetové vyhledávání slova koktavost a jeho různých variací.

Co se týče četby, tak respondentka B9 přečetla knihu Svépomocný program při koktavosti a Světýlko v tunelu. Svépomocný program při koktavosti přečetli i respondent B4, respondentka B7

Respondent B3 prý žádnou knihu o koktavosti nečetl. Knihy nečte ani respondent B1. Ten ovšem zmiňuje film Králova řeč. Respondent B2 přečetl hodně knih a nejvíce přínosné pro něj byly knihy z oblasti NLP (neuro-lingvistického programování) a rétoriky.

Respondent B6 vnímá, že jsou knihy o koktavosti spíše teoretické. Čte odborné články např. o farmakologické léčbě.

Respondentka B10 hovoří o tom, že přečetla mnoho knížek o koktavosti v rámci školní práce. Pak si dala od četby tohoto tématu pauzu. Hovoří ovšem, že literatury na toto téma u nás tolik není.

„Ani jsem nic nenašla, co by se týkalo tohoto problému a myslím, že je to těžko dohádatelné. Bez nějakého doporučení si myslím, že není tady ta odborná literatura ani vidět.“ (Respondentka B10)

Čtení o koktavosti jí ovšem pomáhá. Našla tam porozumění a spoustu pochopení.

„Řekla jsem si, že tenhle člověk chápe, o čem píše a to byl hrozně pěkný pocit.“ (Respondentka B10)

Obecně pomáhá, když se o tématu koktavosti hovoří. Vnímá to tak více respondentů ve výzkumu.

„Moc bych si přála, aby se o koktavosti ve společnosti začalo více mluvit a společnost to znala a chápala.“ (Respondentka B7)

Podobně smýšlí i respondentka B8.

„Koktavost je věc, o které se moc neví, ale tím bychom měli ještě víc mluvit. Mělo by se o tom víc mluvit, lidi nemohou pochopit tu bolest balbutiků“ (Respondentka B8)

Respondent B5 uvádí, že spíše než teoretické publikace by ho zajímaly konkrétní zkušenosti lidí s koktavostí.

Nyní si popíšeme, jestli respondenti využívají k rozvoji a práce na sobě samých i internetové stránky atd.

Respondent B1 na internetu vyhledával dost. Říká, že už tam nic nového nenajde. Na FB nakonec našel facebookovou skupinu o koktavosti a dříve byl i členem Balbutického fóra. Hledal, jaké jsou metody v zahraničí.

Respondent B2 je na internetu hodně aktivní. O koktavosti má velký přehled. Čte i diplomové práce, baví se s absolventy různých metod atd. Dokonce sám píše o koktavosti články.

Respondent B3 hledal na internetu možnosti léčby. Zkoumal i jaké možnosti jsou v zahraničí. Nehledal informace obecně o koktavosti, ale o možnostech zbavení se, intervenci.

Respondent B5 také tvrdí, že jsou na internetu známé věci a nic nového nenajde.

Respondent B6 hledal na internetu metody, jak se zbavit koktavosti.

Respondentka B7 se dlouho bála zadat do internetového vyhledávače slovo koktavost. Nejinspirativnější je pro ni číst zkušenosti lidí, kteří se s tímto problémem vyrovnali. To tvrdí i respondent B5.

Cítila při vyhledávání na internetu bezmoc. Je jí líto, že se o tématu koktavosti tolik nemluví oproti jiným onemocněním.

„V porovnání s ostatními, třeba mentální anorexie, hraniční porucha osobnosti, se to neřeší. Jsou vidět např. videa o hraniční poruše osobnosti. Divím se, že ta společnost vnímá všemožné poruchy, ale tuhle ne!“ (Respondentka B7)

„Podobný názor zaujímá i respondentka B9. Říkala, že tápala, kde se s koktavostí má poradit.

„Vyhledávala na internetu nějaký kurzy, skupiny a takhle ohledně toho mluvení, tak mi právě přišlo, že se to jakoby moc ani nerozebírá, neřeší. Jako teď už je toho možná víc, to jsem někde nehledala, ale tenkrát mi právě i přišlo, že skoro nic nebylo, že jsem jako našla jsem tu Novou mluvu, ale právěže nic jiného jsem jako nějak takhle moc nenašla.“ (Respondentka B9)

Respondentka B9 hovoří o tom, jak pro ni bylo inspirativní, když našla na internetu slečnu, která koktá a prezentuje to veřejně v rámci své výtvarné tvorby. Pomáhá jí uvědomění, že v tom není sama.

Respondentka B10 v minulosti na internetu hledala informace. Nyní ale našla, co jí funguje a tento způsob už nepoužívá.

„Články se mi zdály neprofesionální a povrchní. Až při psaní práce jsem našla více odborné literatury. Každému pomáhá individuální přístup.“ (Respondentka B1)

8.4.10 Dopad koktavosti na život jedince

V rámci této kapitoly si nejdříve uvedeme některé charakteristiky života s koktavostí a podíváme se i na recidivy jakožto časté součásti intervencí.

Tabulka 10: Dopad koktavosti na život jedince

Kategorie	Vlastnosti	Dimenze
Dopad koktavosti	„Kdybych nekoktal“	Plynulost - koktavost
	Recidivující stavy a copingové strategie	Výzva - zoufalství

Respondent B1 se chtěl koktavosti zbavit či ji dostat pod kontrolu hlavně, aby si mohl cokoliv zařídit a mohl se bavit s lidmi. Myslí si, že kdyby nekoktal, měl by celkově jiné chování, jiné zaměstnání a více přátel. Podobný pohled má i respondent B5, který kdyby nekoktal, tak si myslí, že by měl více kamarádů, pevnější vztahy a celkově by vše bylo ovlivněno tím, že by mohl vyjádřit, co chce. Situaci vnímá podobně i respondentka B7, která hovoří, že by byla klidnější, více by toho řekla, více by prezentovala a navázala by více přátelských vztahů.

Respondent B3 hovoří o tom, že kdyby nekoktal, život by byl o 180 stupňů jiný. Vše by bylo jinak.

Respondent B6 si zpočátku koktavost neuvědomoval a léčbu chtěli hlavně rodiče. Později to vnímal jako velkou překážku při komunikaci a přál si zapadnout do kolektivu.

Respondent B4 uvádí, kdy koktavost již byla pro něj těžce zvladatelná a omezující.

„Když jsem přecházel ze střední na vysokou školu. Už to nebyla uzavřená skupina, bylo tam plno nových lidí a učitelů, tam začaly problémy. Bylo tam plno cizích lidí. Tam jsem se třeba nepřihlásil, i když jsem to věděl.“ (Respondent B4)

Uplatňoval tedy vyhýbavé chování.

Respondent B2 se zmiňuje, že základní charakteristika člověka s koktavostí je, že mu chybí sebevědomí. Když ho člověk má, je úplně jinde.

„Máš pocit, že ti roky utekly. Ono to tak není, nebylo to lehké tak žít, ale jsem spokojený s tím, kdo jsem. Já jsem vždycky chtěl komunikovat, třeba přednášet vysvětlovat věci. Částečně jsem si to splnil přes skupinu.“ (Respondent B2)

Občas se ještě zadrhne, ale pochopil, že je důležité to u sebe přijmout. Pokud to přijme on sám, bude to přijímat i okolí.

Respondentka B8 popisuje období provázené bloky následovně.

„Mívala jsem úzkostné stavy. Začalo to nabírat jiný směr, samu sebe jsem začala vnímat, že jsem nic.“ (Respondentka B8)

Úzkostné stavy a anticipaci koktavosti předem popisuje i respondentka B7. Vadí ji, že je koktavost automaticky spojována s nervozitou.

„Když jsem měla prezentaci na gymplu, tak jsem z toho nespala. Ještě přitom klepu třeba nohou, dělám nestandardní pohyby. Ani jsem si to neuvědomovala a byla jsem ztuhlá. Nejvíce mě štve, že koktání ze mě dělá nervózního člověka. Působím nervózně, i když se tak necítím.“ (Respondentka B7)

Nyní si popíšeme, jaké jsou reakce na opětovné objevení příznaků balbuties.

O špatném vnímání recidivujících období hovoří respondent B1, B5, B7 a částečně B4. Respondent B3 zmiňuje, že již naštěstí tyto stavy nemusí řešit a případné bloky dokáže překonat, ještě než mají šanci se projevit.

Respondent B5 měl v této situaci špatné vyhlídky do budoucna. Neustále přemýšlel nad tím, jak to řešit a cítil se zle. Báł se, že jsou mu absolvované metody k ničemu, ale to se nepotvrdilo. Když se cítí špatně, vyhýbá se komunikaci. Respondent B4 recidivující situace zažívá vzácně. Hůř se mu hovoří při telefonování a při prezentaci ve skupině. Není to ovšem pravidlem. Když se to stane, nahrazuje slova. Respondentka B9 je se svou koktavostí již smířená. Mluví se jí lépe. Když se ale potýkala se silnou koktavostí, také zmiňuje, že kolikrát raději mlčela a používala náhradní slova.

Respondentka B10 nyní po absolvování logopedické intervence založené na expozicích se snaží vyhýbavé chování maximálně eliminovat. Dříve se komunikaci vyhýbala hodně.

„Měla jsem problém vyslovit počáteční slovo. Vyhýbala jsem se komunikaci. Nekomunikovala jsem ani s rodinou, to samé i ve škole. Pak se to zlepšilo.“ (Respondentka B10)

Respondentka B7 zmiňuje, že se z důvodu koktavosti špatně soustředí na obsah. Z důvodu koncentrace na své tělo, nepříjemné tělesné příznaky, říká, že má „zatmělé myšlení“. Také si připadá před okolím hloupě a poníženě. Dokonce tvrdí, že je to nejhorší psychický pocit, který zná.

Respondentka B9 nyní zažívá lepší období s koktavostí a řeč už tolik neřeší, jak již bylo uvedeno výše. V minulosti ovšem měla také negativní představy ohledně budoucnosti.

„Jako člověk byl z toho hodně špatnej no, že si jako říkal, jestli se to vůbec může někdy zlepšit a kdysi jsem se bála, že si nenajdu práci, přátele a přítele. Málokdo si uvědomuje, jak ta řeč zasahuje úplně do všeho.“ (Respondentka B9).

Oproti tomu respondent B2, B6, respondentka B9 a respondentka B10 vnímají recidivující období jako výzvu.

Respondent B6 tvrdí, že je důležité to nebrat jako selhání, ale přijmout to. Sebepřijetí je v tuto chvíli velice důležité. Dříve se tím dlouho trápil, teď se ten časový úsek zkracuje a řekl by, že je s koktavostí smířený.

O důležitosti přijetí horšího období hovoří i respondentka B10.

„Už tam nejsou myšlenky, proč zrovna já, ale že to přejde, a že to musím přijmout a bude to lepší.“ (Respondentka B10)

Zároveň si respondentka B10 uvědomuje, že tu koktavost s ní stále je, i když se jí momentálně mluví lépe. Pořád je v hlavě všech lidí s koktavostí, i když třeba mluví navenek plynule.

Že koktavost je u lidí, co se s ní potýkali, stále, si uvědomuje i respondentka B8. Nyní to již integrovala jako svou součást.

„Byli jsme vedený na NM, že sekoktavost nevrátí, když se to vrátilo, brala jsem to jako konec světa, že já jsem selhala. Ano naivně jsem tomu věřila, ve mně je chyba. Neuměla jsem se s tím vyrovnat. Jakoby mi život chtěl ukázat, buď realistická, nebo naivní, spadla jsem dolů psychicky a musela jsem se škrábat nahoru. Je to pěkná představa, ale naivní.“ (Respondentka B8)

Respondent B2 si uvědomuje, že je život s koktavostí o střídání horších a lepších období. Ty horší vnímá jako podněty, kde na sobě může více pracovat. Když se mu totiž daří, tak přestane používat techniky, které dříve trénoval.

8.5 Axiální kódování u respondentů s koktavostí

Stejně jako u axiálního kódování respondentů odborníků jsme využili v rámci prezentace i u respondentů s koktavostí definování příčinných podmínek, jevu, kontextu, intervenujících podmínek, následku a strategie jednání a interakce.

Jako příčinné podmínky jsme stanovili **koktavost**⁶. Kdyby se člověk nepotýkal s koktavostí, neřešil by její dopady. **Dopad koktavosti na život jedince** zařazujeme jako jev. Kontextem je poté **intervence koktavosti**. Konkrétně *motivace k intervenci koktavosti a k jejímu absolvování*. Mezi intervenující podmínky řadíme **psychosociální aspekty**. Konkrétně sem spadá *informovanost a stigmatizace*. Ve výzkumu jasně vyšlo najevo, že se respondenti cítí lépe, když okolí o koktavosti něco ví. Také by uvítali, kdyby o koktavosti bylo více slyšet v médiích. Přejde jim to jako přehlížené téma. O tom, že je koktavost tabu tématem, hovořila už Peutelschmiedová (1998), kdy balbutiky svou četností srovnávala s diabetiky. Jsou ale o dost více izolováni a veřejnost je o problematice koktavosti málo informována.

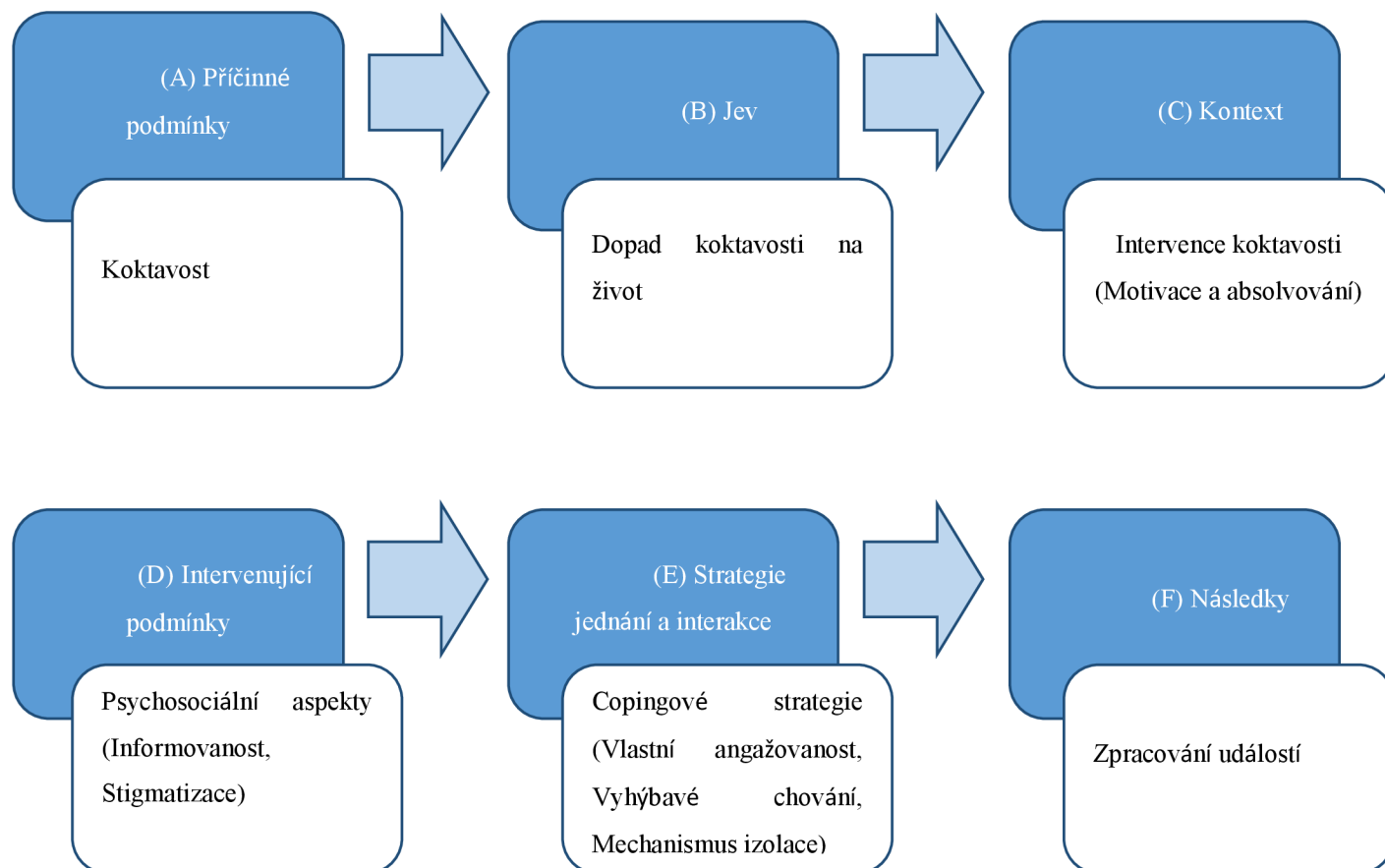
Respondenti s koktavostí se také cítí lépe, když lidé, se kterými mají hovořit, vědí, že koktají. Pak se jim mluví lépe. Obecně destigmatizace se ukázala jako žádaná a potřebná.

Do strategie jednání a interakce jsme zahrnuli **copingové strategie**. Část respondentů prožívala koktavost a recidivující onemocnění úzkostlivě. Měli ohledně toho negativní myšlenky a někteří i negativní vyhlídky do budoucnosti. V souvislosti s tím se objevovalo *vyhýbavé chování*. S tím souvisí přítomnost *obranného mechanismu izolace*. Další část respondentů spatřovala v koktavosti výzvu, a apelovali na její přijetí. Iniciativní přístup v rámci copingových strategií jsme nazvali *vlastní angažovanost*. Řada respondentů ve výzkumu hledá vlastní cesty v rámci zvládnutí symptomů balbuties. Aktivně se o možnosti intervence a celkově o koktavost zajímají v rámci četby knih, vyhledávání na internetu a také překonávají různé výzvy. Uvedeme příklad respondenta B2, který chodí do řečnického klubu a čte rétorické knihy. Hodně respondentů ve výzkumu prezentovalo, že se každý musí zamyslet, co funguje jemu. Také nejde většinou spoléhat na samotnou metodu. Na to si přišla řada respondentů, kteří následně vnímají, že je úspěšnost intervence závislá na vlastním psychickém nastavení.

⁶ I u prezentace B1 – B10 v rámci kódování značíme kategorie vytučněně a bližší dělení kategorií poté kurzívou.

Do následků zařazujeme výsledné **zpracování události** klienta s kocktavostí. Spadá sem výsledné nahlížení na život s kocktavostí a na absolvované metody intervence.

Diagram 3: Paradigmatický model vytvořený podle axiálního kódování B1 – B10



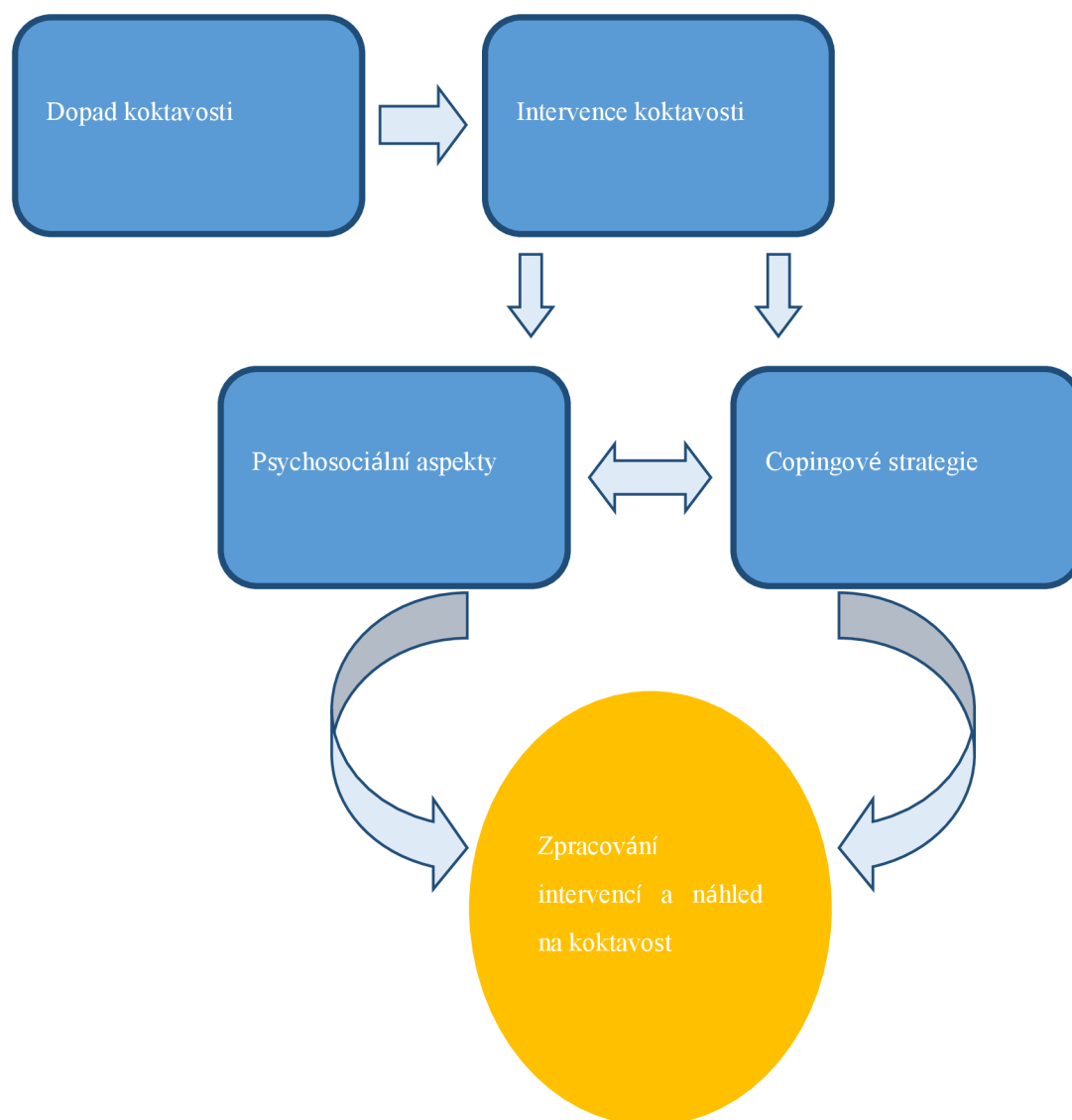
8.6 Selektivní kódování u respondentů s kocktavostí

V rámci selektivního kódování jsme našli centrální kategorii, jež vznikla z axiálního kódování B1 – B10.

Centrální kategorii jsme nazvali **Zpracování intervencí a náhled na kocktavost**. Náhled na kocktavost se s absolvovanými metodami léčby většinou proměňoval. **Dopad kocktavosti** vedl jedince k absolvování **Intervence kocktavosti**. V procesu také hrají významnou roli **Psychosociální aspekty** (tvořené Informovaností a Stigmatizací). Vliv má také kategorie **Copingové strategie** (složená z *Vlastní angažovanosti*, *Vyhýbavého chování* a *Mechanismu izolace*).

Na základě provedené analýzy můžeme odvodit teorii, v níž lze předpokládat, že *Dopad koktavosti vede k absolvování Intervence koktavosti. Intervence koktavosti (úspěšnost) je ovlivněna Psychosociálními aspekty a Copingovými strategiemi člověka s koktavostí. To vše vede k výslednému Zpracování intervence a náhledu na koktavost.*

Diagram 4: Paradigmatický model vytvořený podle selektivního kódování B1 – B10



9 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V rámci interpretace výsledků si zodpovíme výzkumné otázky.

9.1 Odpovědi na výzkumné otázky

9.1.1 Jak odborníci nahlíží na možnosti intervence (léčby, terapie) kocktavosti?

Psychologové ve výzkumu vidí potenciál v tom řešit kocktavost jako terapii úzkosti. Jeden z psychologů dokonce ve výzkumu uvádí, že kocktavost bere jako léčbu traumatu. Dle psycholožky ve výzkumu nejlépe s kocktavostí dokáže pracovat klinický psycholog. Klinický psycholog uvádí, že je třeba zmapovat míru kocktavosti v různých situacích. Pro úspěšnost terapie je vhodné zeptat se, zdali klient v nějakých situacích hovoří zcela plynule. Další psycholožka uvádí, že je třeba s klientem pracovat na zvýšení sebevědomí. Někteří psychologové ve výzkumu také zmiňují využití imaginativních technik.

Se zmapováním řeči (*fáze identifikace*) pracují i logopedi. Často používají tzv. škálování situací, kdy si situace s klientem seřadí dle obtížnosti. Škálování situací slouží jako příprava k provádění expozic. Odborníci z řad logopedie si jsou vědomi, že plynulost v ordinačním prostředí neznamena dosažení plynulosti i v běžném životě klienta s kocktavostí. Před prováděním expozic, které jsou nezbytnou součástí desenzibilizace, je vhodné dle klinického logopeda pracovat na smíření se s kocktavostí. Bojovat s kocktavostí je marný boj. Plynulá řeč často přijde jako vedlejší produkt přijetí kocktavosti. Logopedi ve výzkumu uvádějí, že s dospělými klienty používají terapeutického přístupu modifikace kocktavosti (*stuttering modification*). Tento přístup pomáhá měnit negativní náhled klientů na kocktavost. Expozicemi se poté pracuje na eliminaci vyhýbavého chování, které udržuje kocktavost.

Školní logopedka dokonce nechává své klienty s kocktavostí hovořit o problematice balbuties před svými studenty na přednáškách. Celkově otevřenost v rámci svého řečového handicapu doporučuje valná většina odborníků ve výzkumu. Radí klientům přiznat kocktat

předem. Sníží se tak míra úzkosti a symptomy koktavosti jsou pak většinou mírnější. Logopedi také s oblibou využívají techniku pseudobalbuties. K uvolnění těla někteří odborníci ve výzkumu zmiňují použití autogenního tréninku.

Klinická logopedka své klienty edukuje, že negativní reakce okolí nejsou problémem daného klienta. Také zmiňuje, jak by lidem s koktavostí pomohla větší informovanost laického okolí o této problematice.

Odborníci ve výzkumu též zmiňují důležitost navázání kvalitního terapeutického vztahu pro úspěšnou intervenci.

Odborníci ve výzkumu preferují multidisciplinární přístup. V praxi ho většina nevyužívá, avšak vidí ho jako ideální.

Psycholožka a klinický logoped vidí jako přínosnou spolupráci logopeda, psychologa, psychiatra, foniatra, neurologa a také internisty. Tři ze čtyř psychologů shledávají jako užitečnou spolupráci s logopedem. Ta je klíčová. Zbývající psycholožka vidí smysl ve spolupráci s neurologem a psychiatrem. Klinický logoped vidí smysl ve spolupráci psychologa, psychiatra a psychoterapeuta. Školní logopedka spatřuje jako užitečnou spolupráci hlavně s psychologem a v případě komorbidit by uvítala i spolupráci s psychologem a příp. neurologem. Další klinická psycholožka by ráda spolupracovala se všemi zmíněnými, ale v jejím okolí je to prý těžko dosažitelné. Logopedka v soukromé praxi vidí jako nejvýznamnější spolupráci s psychologem. Psychiatra by zkontaktovala v případě závažnějších forem balbuties. Psychiatr by rád spolupracoval s psychologem a logopedem. Také dodává, že ovšem nezná nikoho z kolegů, kdo se na to zaměřuje.

V praxi je ale obtížné multidisciplinární péče dosáhnout. Ve skutečnosti jí využívají pouze dva odborníci. Konkrétně klinický logoped a psycholožka s logopedem, psychologem, psychiatrem, foniatrem, neurologem, internistou a další klinický logoped z našeho výzkumu spolupracuje s psychiatrem, který se ovšem na tuto problematiku zaměřuje. Dva logopedi ve výzkumu zmiňují, že by spolupráce s psychologem byla užitečná za předpokladu, že se na to zaměřuje. To vidí ovšem skepticky. Logopedka v soukromé praxi říká, že žádného takového psychologa nezná. O malém množství odborníků specializovaných na balbuties hovoří i dva kliničtí logopedi.

9.1.2 Jak se odborníci dívají na úspěšnost intervence (léčby, terapie) kóktavosti?

Jak jsme si již uvedli v předchozí odpovědi na otázku, jako ideální odborníci shledávají multidisciplinární přístup. Vnímají potenciální vzrůst úspěšnosti intervence. Nejprínosnější vidí spojení odborníků na řeč s odborníky na psychický stav jedince.

Psycholožka zdůrazňuje efektivnost práce klinického psychologa.

Více respondentů z odborných řad hovoří o prospěšnosti dramaterapie. Člověk s kóktavostí, když je v určité roli, hovoří obvykle plynule.

Valná většina respondentů se shodují v tom, že se kóktavosti nedá zbavit. Smysl práce vidí spíše v orientaci na smíření se klienta s kóktavostí. Jak jsme si již uváděli, přijetí kóktavosti zvyšuje možnost dosažení plynulosti.

Klinický psycholog tvrdí, že se kóktavosti zbavit nedá. Když se to povede, tak je to dočasné a klient pak bojuje s recidivami. Toto potvrzuje více odborníků.

Psychiatr hovoří o tom, že kóktavost je záležitost pedopsychiatrů. Ti to prý mají šnaci podchytit. Péče pro osoby s chronickým stupněm kóktavosti je dle jeho slov velmi špatně dostupná.

Soukromá logopedka všem klientům otevřeně říká, že neumí kóktavost vyléčit. Mohou spolu pracovat na tom, aby klient lépe fungoval ve svém životě. S tím, že se kóktavost nedá vyléčit, souhlasí i školní logopedka. Prý se nedá hovořit o odstranění kóktavosti, ale maximálně o remisi. I ta ovšem není u chronické kóktavosti úplně příznivá. Myslí si, že vždy budou existovat problematičtější situace, kdy bude zhoršený řečový projev.

Další klinická logopedka také tvrdí, že pravděpodobnost zbavení se příznaků kóktavosti je minimální. Spíše je třeba dle jejích slov pracovat na přijetí kóktavosti.

9.1.3 Jaká je obeznámenost odborníků s tématem balbuties (a jeho intervencí?)

Tři ze čtyř psychologů uvádějí, že se jim na katedře psychologie nedostalo o kóktavosti žádných informací. Zbývající psycholog ve výzkumu hovoří o tom, že byl o tomto tématu informován velice okrajově.

Psychiatr uvádí, že se mu nedostalo na medicíně o kóktavosti žádných informací.

Klinický logoped zmiňuje, že ve škole o koktavosti tolik neslyšel, ale hodně se naučil praxí, na kurzech a na stážích. Zbylí logopedi ve výzkumu se ve škole o koktavosti dozvěděli. Některé z nich učila na pedagogické fakultě přímo přední odbornice na koktavost Doc. Paeddr. Alžběta Peutelschmiedová, PH.D.

9.1.4 Jaké jsou pocity lidí s koktavostí v rámci absolvovaných intervencí (léčby, terapií) u jednotlivých odborníků?

Všechni respondenti navštěvovali logopeda již v dětském věku. U všech ale koktavost přešla do chronické formy. Polovina respondentů vzpomíná, že zkoušeli techniku fonograforytmiky. Někteří respondenti si v rámci intervence chválí nácvik zpomaleného tempa řeči. Řada z nich také zmiňuje zahrnutí dechových cvičení, měkkého hlasového začátku, vydechování samohlásek a jeden respondent hovoří dokonce o sugesci. Někteří respondenti hovoří o nutnosti neustále tyto techniky cvičit a dosáhnout řečového stereotypu. Pozitivně hodnotí konkrétní zkušenost s logopedkou navštěvovanou v dětství jedna respondentka. Avšak nedosáhla remise koktavosti. V té době jí ovšem pomohla od bloků, které později musela opět řešit. Kladně hodnotí svou poslední logopedickou zkušenost jedna respondentka, se kterou chodila paní logopedka cvičit řeč do terénu. Obecně o tomto respondenti mluví, že jim chybí.

Další respondenti vnímají logopedické intervence jako neúčinné. V ordinálním prostředí se jim podaří dosáhnout nějakého zlepšení, ale je tam problematický transfer do běžného života.

Kromě jedné respondentky se respondenti shodují na tom, že psychologická terapie neměla jakýkoliv vliv na řeč. Mnohdy došlo po absolvovaných sezeních i k demotivaci. Dvě respondentky se ovšem shodují, že jim po psychologické péči zvedlo sebevědomí. Jedna dokonce říká, že se jí pak mluvilo i lépe. Psychologové také využívali doporučení na jiné kolegy. Odesílali lidi s koktavostí např. za logopedem, psychiatrem a neurologem.

Pouze jeden respondent vnímá psychiatrickou léčbu jako smysluplnou. Medikace nevyřešila neplynulost v řeči, ale zbavila ho depresivních stavů. Na základě toho dokázal lépe integrovat koktavost jako svou součást. Zaujal více smířlivý postoj. Uvádí ale, že po nějakém léku se mu řeč i zhoršila. Člověk musí hledat. Zaujal více smířlivý postoj. Šest respondentů uvádí, že jim antidepresiva na řeč nezabraly.

Respondenti se shodují, že svépomocné skupinky osob s koktavostí v České republice chybí. Kladně hodnotí vzájemnou podporu. Někomu se v důvěrné atmosféře lépe mluvilo, ale někteří respondenti uvádí, že zažívali během mluvení velké obtíže. Nedělalo jim dobře slyšet koktavost. Pouze dva respondenti mají zkušenost s dlouhodobým navštěvováním svépomocné skupinky. Jedna respondentka chodila krátce, ale poté se jí řeč zhoršila. Nyní už se setkání ani neorganizují. Sedm respondentů tedy nemá žádnou zkušenost, ale čtyři respondenti si našli podpůrnou skupinku lidí s koktavostí na facebookové stránce.

S metodou Nové mluvy má zkušenost přesně polovina respondentů. Jiní respondenti např. zmiňují, že je odradila robotická a nápadně znějící řeč. Všichni Novou mluvu znají. Jeden z respondentů, který zatím tuto metodu neabsolvoval, v ní vidí potenciál. Všichni absolventi vidí techniku Nové mluvy pozitivně. Na začátku je dokonce stoprocentní. Většina se shoduje na tom, že tam chybí práce na psychické stránce, aby metoda byla ucelená. Konkrétně hovoří o zvládání recidivujících stavů. Jeden respondent vnímá Novou mluvu jako metodu, která ho vyléčila a pomáhá mu ke zvládání koktavosti.

Inhalační sprej nezkusil nikdo z respondentů. Jeden z respondentů absolvoval konzultaci u profesora Pešáka. Lék ovšem nemohl začít brát z důvodu obsahu formoterolu v jiné užívané medikaci. Řadu respondentů to lákalo, ale byli od toho odrazeni odborníky. Psychiatr to jednomu respondentovi odmítnul předepsat. Jako negativní vidí někteří z respondentů to, že to neléčí příčinu koktavosti, ale jde pouze o kamufláž. Jestliže by to bylo účinné, člověk by byl závislý na neustálé inhalaci této látky.

Foniatrické vyšetření absolvovalo šest respondentů. Bylo to v dětském věku v rámci diagnostiky. Jeden respondent chtěl v dospělosti navštívit foniatra zaměřeného na koktavost, avšak z důvodu nutného telefonického objednání od toho ustoupil.

Co se týče absolvovaných alternativních metod léčby, nejvíce se u respondentů opakuje kineziologie, návštěva léčitele a homeopatika. Z dalších metod jeden respondent zkoušel přikládání kamenů a hypnózu. Pouze jeden respondent hovoří o tom, že mu zabrala alternativní metoda. Konkrétně u tohoto respondenta krátkodobě účinkovaly homeopatika. Na metodu hypnózy si nepamatuje, ale účinnost na koktavost nezaznamenal.

Recidivující stavy respondenti zvládají rozdílně. Někteří se uchýlí do negativního myšlení a další to vnímají jako výzvu k práci na sobě. Celkově jsou respondenti ve výzkumu aktivní a vynalézaví. Ve výzkumu je vícekrát zmiňováno, že si každý člověk

s kóktavostí musí najít svoji metodu, která mu pomáhá. Také je důležité dosáhnout správného psychického nastavení.

Více respondentů ve výzkumu vnímá, že neexistuje komplexní metoda, která by cílila na všechny aspekty potřebné ke zvládnutí kóktavosti.

10 DISKUZE

V následující části diskuze se budeme věnovat interpretaci výsledků našeho výzkumu. Tyto výsledky budeme porovnávat s uvedenými studii a publikacemi v teoretické části práce. Témata budeme prezentovat ve stejném pořadí, v jakém byly představeny v kvalifikační práci. Dále uvedeme limity výzkumu, přínos práce a nápady pro případné další výzkumné studie.

10.1 Diskuze se zdroji

Peutelschmiedová (2005) uvádí citaci profesora Matějčka, kde zmiňuje, že psycholog sám nemá řešit koktavost, ale má přeposílat klienty k logopedovi a foniatrovi. V našem výzkumu vyšlo najevo, že se na psychology klienti s koktavostí obracejí. Psychologové sami přijímají klienty s koktavostí do své péče. Klinický psycholog O3 už měl ve své péči dokonce přes 30 klientů s koktavostí. Pojímají terapii koktavosti jako práci s úzkostí.

O tom, že v ordinacním prostředí logopeda osoby s koktavostí docílí často plynulé řeči, avšak po opuštění koktavosti se jim toto nedaří nastavit, hovoří i Mlčáková (2021). Transfer logopedických technik do běžného prostředí je problematický pro více respondentů v našem výzkumu. Hovoří o tom i čtyři respondenti s koktavostí. Souhlasí s tím někteří odborníci ve výzkumu, kteří vidí jako užitečnou metodu provádění expozic. Bohužel respondenti s koktavostí uvádí, že se s tím v logopedických ordinacích tolik neseťkávají. Nejvíce respondenti zmiňují techniku fonograforytmiky.

Guitar (2013) uvádí, že v dětství je snazší dosáhnout zbavení se koktavosti. Všichni respondenti ve výzkumu B1 – B10 absolvovali logopedickou intervenci už v dětství. Ne u všech dětí logopedická intervence pomáhá, i když dle výzkumů má větší úspěšnost, než u chronické koktavosti.

Maning (2001) uvádí, že koktavosti na americké univerzitě je věnováno o dost méně hodin, než jiným poruchám. Respondenti z odborných řad psychologů podotýkají, že

se o koktavosti ve škole nedozvěděli nic a jeden respondent podotýká, že byl na katedře psychologie informován o této problematice velice okrajově. Respondenti z řad logopedů na tom jsou o něco lépe.

Kršňáková (2004) uvádí, že je hypnóza pojímána jako podpůrná metoda. S tím souhlasí i klinický psycholog (O3). Nesouhlasí ovšem s tím, že Peutelschmiedová (2013) řadí hypnózu k alternativním metodám. Je vědecky prokázána.

Pešák (2011; 2011) hovoří o inhalačním spreji jako o účinné metodě. Respondenti z řad odborníků říkají, že to byl v té době boom. Nějací z nich se účastnili i přednášky pana profesora, která působila velice zajímavě. Čas ale ukázal, že tato metoda není účinná. Klinický logoped O6 tvrdí, že nezná žádného absolventa, kterému by pomohla. Školní logopedka O7 hovoří pouze o dočasném účinku.

Cheasman (2013) doporučuje na koktavost užití kognitivně behaviorálních technik. To potvrzují i respondenti v našem výzkumu z řad odborníků.

O nutnosti vyloučit vyhybavé chování v rámci terapie koktavosti hovoří více autorů (Kakamad, 2021; Packaman; 2012; Mlčáková, 2021; Reddy et al., 2010). S tímto tvrzením souhlasí i respondenti z řad odborníků. Respondenti s koktavostí nám potvrdili jeho přítomnost. Respondentka O10 zmiňuje, že se jí daří ho úspěšně eliminovat.

10.2 Limity práce

I když jsou zastoupeny obě skupiny respondentů, kvalitativní přístup neumožňuje plný aspekt srovnávání. Nešlo tedy tyto dvě skupiny dostatečně propojit.

Vzhledem ke kvalitativnímu přístupu nelze získaná data zobecnit. Ve výzkumu je také omezený počet respondentů (10 odborníků a 10 osob s koktavostí).

Co se týče respondentů ze strany odborníků, snažili jsme se do výzkumu získat logopedy, psychology či psychiatry. Bohužel se nám podařilo získat pouze jednoho psychiatra. Další stinnou stránkou by mohlo být to, že ve výzkumu je z psychologů pouze jeden klinický. Ve výzkumu je dále pouze jeden psychoterapeut.

Zastoupení psychologů a logopedů je oproti tomu téměř rovnoměrné. Ve výzkumu jsou čtyři psychologové (a zároveň terapeuti) a pět logopedů. Z pěti logopedů tři pracují jako kliničtí logopedi.

Limitem může být i to, že tři odborníci měli ve své péči pouze jednoho klienta s koktavostí.

Co se týče terapeutického směru, ve výzkumu máme pouze gestalt terapeuty, KBT terapeuty a SFBT terapeuta. KBT terapeuty jsme vyhledávali cíleně, jelikož KBT je dle výzkumů v terapii koktavosti účinné. Spektrum terapeutických směrů ovšem nebylo využito.

Jako další limit vnímáme, že žádný respondent s koktavostí nezkusil inhalační sprej profesora Josefa Pešáka. O jeho fungování v praxi se dozvídáme pouze z výpovědi odborníků. Celkově většina respondentů s koktavostí zkoušela pouze vybrané metody intervence koktavosti, nikoliv všechny dotazované. Na druhou stranu jsme tak mohli identifikovat i jejich motivaci a postoj k daným metodám.

Limitem v práci nám může být i fakt, že se respondenti retrospektivně vraceli do své minulosti. Některé detaily terapie z dětství si tudíž ne vždy pamatovali. Podobná situace je i u některých odborníků, kteří měli klienta/ klienty s koktavostí před pár lety.

Jako další možný limit v práci shledáváme i to, že výzkumu realizovaného formou rozhovorů se s největší pravděpodobností nebudou tolik účastnit lidé s těžkou koktavostí. Tito lidé by měli pravděpodobně stres z ústní formy předávání informací. Spíše se budou zúčastňovat osoby, které již mají koktavost nějakým způsobem pod kontrolou či jsou s ní smířeni. I tak ale rozhovory nemusely být pro všechny komfortní. Řečový projev, i přes příznivé podmínky, je pro osoby s koktavostí často zároveň i expozicí. O to více, když jde o formální charakter rozhovoru. Jeden respondent z řady osob s koktavostí měl během rozhovoru těžké bloky. Snažil se vše říct a statečně s koktavostí během rozhovoru bojoval, avšak i přes dlouhý čas rozhovoru, jsme stihli pouze pár otázek. Zbytek otázek vypracoval písemně. Toto je ovšem realita koktavosti, která někdy řečový projev znemožní, proto mi přijde užitečné toto pro informovanost zahrnout a o to více ocenit účast respondentů i přes omezení vyplývající z koktavosti.

Další limit spatřujeme v tom, že některé rozhovory proběhly online. S odborníky až na pár výjimek jsme se sešli osobně, ale u respondentů s koktavostí byla častější online forma přes Skype. Rozhovory tedy byly ochuzeny o pozorování, které by probíhalo tváří v tvář.

10.3 Přínos práce a témata pro další zkoumání

Práce je multidisciplinárního charakteru. Spojuje více oborů a více pohledů na intervenci koktavosti prostřednictvím odborného i klientského vyjádření. V celé práci přistupujeme k problematice koktavosti komplexně. Práce prezentuje aktuální výzkumy pro představení současného vědeckého poznání na poli balbuties. V práci jsou prezentovány zahraniční metody a jsou hojně citovány zahraniční zdroje (převážně anglické). To může sloužit jako inspirace pro případný rozvoj metod intervence v České republice.

Práce má svůj přínos už jenom v tom, že se věnuje tématu koktavosti, které je v psychologickém výzkumu opomíjeno. To s sebou nese i bohatou škálu možností pro další výzkumníky, kteří by se chtěli zaměřit ve své práci na téma koktavosti. Práce může vést ke zvýšení zájmu odborné veřejnosti o publikování výzkumných studií na toto téma.

Tato práce měla široký záběr. Na základě toho by nám přišlo užitečné zabývat se v rámci výzkumných studií nějakou metodou či léčbou u konkrétního odborníka podrobněji. Jelikož lidem s koktavostí chybí dle zjištění z rozhovorů hlavně práce na psychické stránce koktavosti, navrhujeme zpracovat téma psychologické péče. Užitečné by také bylo souhrnně téma intervence, jak jsme to zpracovávali v tomto výzkumu, pojmout i kvantitativní formou, která by přispěla k zobecnění. Formou kvalitativního výzkumu by bylo užitečné např. zpracovat proces zaměstnávání osob s koktavostí, mezilidské vztahy osob s koktavostí či možné formy podpory osob s koktavostí. Obecně výzkumy na psychologický aspekt balbuties by byly přínosné.

Rádi bychom také vyzdvihli otevřenost respondentů, projevenou důvěru a sdílení často i bolestivých zážitků. Díky tomu si myslíme, že práce odráží realitu každého z nich a pomůže více porozumět světu lidí s koktavostí v celé jeho šíři.

Samotní respondenti s koktavostí hovořili o tom, že by si přáli, aby se o koktavosti více mluvilo, psalo a toto téma bylo více patrné i v médiích. Proto jsme velice rádi, že jsme mohli přispět touto diplomovou prací. Respondenti vnímali potřebu informovat laickou veřejnost, které tato práce také může sloužit k seznámení s tématem koktavosti. Informovanost komunikačních partnerů lidí s koktavostí snižuje úzkost u balbutiků. I blízké okolí člověka s koktavostí se může cítit jistěji, když je informované. Práce přispěla k destigmatizaci a celkově k detabuizování tématu balbuties.

11 ZÁVĚR

Práce multidisciplinárního charakteru zkoumala pohled respondentů na intervenci koktavosti. Do výzkumu byli zařazeni respondenti z řad odborníků a i respondenti mající osobní zkušenost s koktavostí. V rámci našeho výzkumu jsme si položili čtyři výzkumné otázky, které se týkaly hodnocení možností intervence, hodnocení úspěšnosti intervence a také zjišťování obeznámenosti odborníků s tématem balbuties. V rámci metod intervence jsme se formou polostrukturovaných rozhovorů tázali na pestrou škálu metod, které lidé s koktavostí využívají. Jako inspirace nám sloužila výzkumná část autorčiny bakalářské práce. K analýze jsme využili metodu zakotvené teorie. Výsledky výzkumné části přinesly následující závěry:

Odborníci preferují multidisciplinární přístup. Všichni se shodují na tom, že by na koktavosti mělo spolupracovat více odborníků. V praxi je to ovšem hůře proveditelné. Čtyři odborníci zmiňují, že je problém najít někoho, kdo se na problematiku balbuties specializuje. Nejvíce preferují spolupráci logopeda s psychologem. U těžších případů zmiňují vhodnost navázat spolupráci i s psychiatrem. V praxi ale aktivně využívá spolupráce menšina respondentů. Pouze dva respondenti vidí smysl v širší spolupráci i s neurologem, foniatrem, psychiatrem a internistou.

Psychologové (a zároveň terapeuti) vidí potenciál v tom pojímat koktavost jako terapii úzkosti. Žádný z respondentů nehovoří o tom, že se dá chronické koktavosti zbavit. Před tímto tvrzením jsou velice opatrní. Spíše hovoří o nutnosti přijetí tohoto řečového handicapu. Může dojít k remisi, ale i ta je u chronického stadia koktavosti obtížně dosažitelná. Zlepšení může nastat, ale valná většina odborníků upozorňuje na recidivující stavy a situace, kde se klientům bude s největší pravděpodobností hovořit s obtížemi. U klientů s koktavostí dospělého věku odborníci uplatňují prioritně přístup modifikace koktavosti.

Respondenti s koktavostí upozorňují u logopedické intervence na problematický transfer naučených dovedností mimo logopedickou ordinaci. Je problém aplikovat techniky v běžném životě. S tím souvisí to, že si respondenti velice chválí možnost expozic.

Bohužel to prý běžní logopedi nenabízejí. Psychologická péče dle respondentů na koktavost nepomáhá s výjimkou jedné respondentky, která pocítovala zvýšení sebevědomí. To následně mělo vliv i na plynulejší projev. Stejný názor mají i na medikamentózní léčbu s výjimkou jednoho respondenta, kterému pomohla ke smíření se s koktavostí. Metoda Nové mluvy je hodnocena pozitivně s tím, že až na jednoho absolventa všem chybí práce na psychické stránce. Inhalační sprej nezkoušel ani jeden respondent. Většinou je od toho odradili odborníci či přečtené informace. Respondenti nevidí potenciál ani v alternativních metodách léčby a foniatrické vyšetření jim přijde vhodné spíše v rámci diagnostického procesu. Lidé s koktavostí by si přáli, aby se o koktavosti více mluvilo. Informované okolí snižuje úzkostlivost u člověka s koktavostí. Ten pak snáze dosáhne plynulého projevu. Uvítali by i prezentaci koktavosti v médiích. Vnímají to jako tabu téma ve společnosti. V rámci intervencí většina zmiňuje, že chybí komplexní metoda. Opakuje se hlavně absence péče, která by zahrnovala i práci odborníků na psychické stránce koktavosti.

Práce představila, jak v praxi vypadá intervence koktavosti u dospělých klientů. Poskytla k tomu náhled dvou zúčastněných stran v procesu intervence/ terapie/ léčby. Přispěla k destigmatizaci.

12 SOUHRN

Tato diplomová práce se zabývá intervencí koktavosti a jejím dopadem na psychiku jedince. Inspirace pro toto téma vzešlo z mé bakalářské práce *Self-efficacy a copingové strategie u osob, které mají zkušenost s balbuties* (Trnková, 2019).

Koktavost představuje jednu z nejzávažnějších poruch narušené komunikační schopnosti. Není charakterizována pouze dysfluencemi, ale má i významnou psychickou složku. Psychická tenze u chronické formy balbuties tvoří významnou kategorii. Na poli psychologie ovšem není tématu koktavosti věnována patřičná pozornost. Koktavost zasahuje člověka ve všech možných oblastech. Ovlivňuje mezilidské vztahy, výběr školy, pracovní život atd.

Práce je členěna na teoretickou a praktickou část. Práce zpracovává téma, které je na pomezí oborů psychologie a logopedie. V práci prezentujeme ovšem všechny možné metody, které mají lidé s koktavostí k dispozici. Nechybí ani lékařská péče, svépomocné skupinky, metoda Nové mluvy, alternativní skupinky apod. Podle průzkumů tyto metody lidé s koktavostí v praxi využívají. Práce má za cíl představit téma intervence co nejvíce komplexně. Prezentuje aktuální možnosti péče u jednotlivých odborníků, jimi využívané metody a také vnímání absolvovaných intervencí samotnými klienty. V rámci psychologické části práce jsme čerpali ze zahraničních publikací a velkého množství výzkumných studií, které jsme získali prostřednictvím databáze *EBSCO* a platformy *Researchgate*. V logopedické kapitole citujeme hlavně z publikací prof. PhDr. Viktor Lechta, PhD., a Doc. Paeddr. Alžběta Peutelschmiedová, PH.D.

První kapitolu věnujeme teoretickému vymezení pojmů. Definujeme si jednotlivé obory, které se zabývají intervencí/ terapií/ léčbou koktavosti. Konkrétně uvádíme definici logopedie, psychologie, psychoterapie, psychiatrie, neurologie, foniatry a alternativních metod. Využíváme k tomu Psychologického slovníku Hartla & Hartlové, (2015) a Logopedického slovníku Dvořáka (1998) a Lékařského slovníku Huga & Vokurky (2015). K definici alternativních metod poté využíváme i zařazení Peutelschmiedové (2013).

Druhá kapitola představuje pojem koktavost. Uvádíme si základní odbornou definici profesora Lechty (Lechta, 2010). Nechybí ani vyjádření, kde se věnujeme tomu, že koktavost ovlivňuje i komunikačního partnera (Koc, 2010). Uvádíme i definici dle MKN-10, kde je koktavost zařazena pod kódem F98.5 (MKN-10, 2005). Zároveň reflektujeme existenci nového MKN11, kdy došlo ke zrušení kategorií F. Jako příklad definice uvedeme pojetí koktavosti jako tragédie nevyřčených myšlenek (Tomaszewski, 2013). V rámci kapitoly koktavost blíže popisujeme výskyt, incidenci, prevalenci a komorbiditu koktavosti. Dále se věnujeme etiologii a etiopatogenezi koktavosti a syndromologii koktavosti. Syndromologii koktavosti podrobněji popisujeme na klinickém obrazu dle Lechty (2004), který tvoří dysfluence, nadměrná námaha a psychická tenze. Také jsme si představili pojetí dle Kejkličkové (2021) a Peutelschmiedové (2005). Půjčili jsme si také metaforu ledovce Singh et al. (2015). Kapitulu končíme diagnostikou a diferenciální diagnostikou koktavosti, kde hojně vycházíme z publikace Cséfalvay. & Lechty (2013).

Druhá kapitola se věnuje intervenci koktavosti. V rámci této kapitoly jsou představeny dva základní přístupy v intervenci koktavosti a to terapie tvarování plynulosti a terapie modifikace koktavosti (Mlčáková, 2021; Lechta, 2010; Lechta, 2004). V rámci této kapitoly je i představena metoda dle Tarkowskovského, (2018) a Bonnská terapie popisovaná Baumgartnerem (2012). Integrativní přístup ke koktavosti uvádíme dle terminologie Lechty (2010).

Dále následuje stěžejní kapitola psychologické a psychoterapeutické intervence koktavosti. V rámci této kapitoly jsme si představily jednotlivé metody a postupy práce kognitivně behaviorální terapie (Becková, 2018; Blackwell, 2012; Cheasman et al., 2013; Geus, 2002; Dezort, 2019; Naz & Kauser, 2020; Nang et al., 2018; Kakamad, 2021). V rámci této kapitoly se věnujeme i metodám a účinnosti terapie přijetí a odhodlání (Šlepecký et al., 2018; Vontorčíková, 2022; Naz & Kauser, 2020; Freud et al., 2019). V rámci této psychologické kapitoly nám přišlo důležité zařadit i podkapitulu dopad koktavosti na život jedince a podkapitulu recidivy a prognózy (Fraser & Perkins, 2007; Borsel et al., 2011; Parent, 1998; Fraser, 2011; Murray, 2016; Pokora, 2021).

Závěrečná kapitola teoretické části práce představuje další možné podpůrné způsoby intervence koktavosti. Zde si představujeme léčbu inhalačním sprejem profesora (Pešáka 2010; Pešák, 2011).

Také nechybí představení farmakologické léčby u psychiatra, svépomocných skupinek dle Guitara (2013) alternativních metod léčby a metody Nové mluvy (2021).

Cílem výzkumu bylo přiblížení možností intervence, představení používaných metod odborníky, hodnocení úspěšnosti intervence a také jsme zkoumali, jak je téma balbuties zahrnuto do výuky na vysokých školách. Práce chtěla poskytnout co nejširší záběr (realizovatelný v rámci kvalitativní metodologie), proto jsme zahrnuli do výzkumu dva typy respondentů. Uvádíme, jak na intervenci koktavostí pohlíží samotní odborníci pracující s tématem balbuties a nechybí ani klientský pohled. Dotazovali jsme se na pestrou škálu metod. Lidé s koktavostí zkoušejí všechny možné metody. V rámci výzkumu jsme je identifikovali jako velice aktivní a vynalézavé. Odborníků jsme se ptali, jaké ve své intervenci využívají metody a také, jak se dívají na úspěšnost intervence/ terapie/ léčby koktavostí u ostatních odborníků. Zkoumali jsme také jejich názor na různé metody. Respondentů s koktavostí jsme se pak ptali na zkušenosti s jednotlivými metodami a na absolvování intervencí u jednotlivých odborníků. Konkrétně jsme se dotazovali na logopedickou péči, psychologickou péči, terapeutickou péči, psychiatrickou péči, foniatrickou péči, svépomocné skupinky, inhalační sprej profesora Josefa Pešáka, metodu Nové mluvy a alternativní metody léčby.

Výzkum tvořilo 20 respondentů. 10 odborníků a 10 lidí s koktavostí. Do odborného vzorku jsme zahrnuli psychology (včetně klinického), logopedy (včetně klinických, školního i soukromého) a psychiatra. Kritérium pro výběr odborníků bylo vysokoškolské vzdělávání adekvátního směru (psycholog, logoped, psychiatr), zastoupení mužů a žen, zkušenost aspoň s jedním klientem s chronickým stupněm balbuties a také jsme hledali alespoň jednoho odborníka, který má výcvik v kognitivně behaviorální terapii. Kritéria pro výběr lidí s koktavostí byly následovné: chronický stupeň koktavosti, dospělý věk, zastoupení mužů a žen a alespoň nějaká zkušenost s péčí odborníků. Primárně jsme se soustředili na zkušenost s psychologickou, logopedickou či psychiatrickou léčbou. Avšak čím více měl respondent absolvovaných metod, tím lépe. Respondenty jsme do výzkumu vybírali pomocí nepravděpodobnostních metod výzkumného souboru. Konkrétně šlo o prostý záměrný výběr a metodu sněhové koule. Jako metodu sběru dat jsme použili polostrukturované rozhovory. Data jsme analyzovali pomocí zakotvené teorie (Strauss & Corbinová, 1999; Miovský, 2006; Řiháček et al. 2013). Postupovali jsme dle otevřeného, axiálního a selektivního kódování. V rámci otevřeného kódování jsme si definovali kategorie, vlastnosti a dimenze. Během axiálního kódování jsme hledali vztahy mezi

kategoriemi a výsledkem selektivního kódování bylo nalezení centrální kategorie. Analyzovali jsme zvláště respondenty odborníky (O1 – O10) a respondenty s koktavostí (B1 – B10). Centrální kategorii u respondentů odborníků jsme definovali jako **Úspěšnost intervence** a centrální kategorii u respondentů s koktavostí jsme nazvali **Zpracování intervencí a náhled na koktavost**.

Odborníci preferují multioborový přístup. Všichni u problematiky balbuties preferují spolupráci více odborníků. V praxi je to ovšem hůře dosažitelné. Čtyři odborníci zmiňují, že je velice obtížné najít specialistu, který se na koktavost zaměřuje. Někteří odborníci to uvádějí jako podmínku spolupráce. Jako klíčovou odborníci shledávají spolupráci logopeda s psychologem. U těžších forem balbuties je vhodné kooperovat i s psychiatrem. V praxi ale aktivně využívá spolupráce pouze hrstka respondentů. Pouze dva respondenti vidí smysl ve spolupráci se širokým spektrem odborníků z různých oborů. Konkrétně s neurologem, foniatrem, psychiatrem a internistou.

Psychologové (a zároveň terapeuti) vidí potenciál v tom řešit koktavost jako terapii úzkosti. Žádný z respondentů nezaujímá stanovisko, že se dá koktavosti zbavit. Před tímto tvrzením velmi opatrní. Spíše klienta vedou k přijetí koktavosti. Školní logopedka ve výzkumu uvádí, že může dojít k remisi, ale té je u chronického stadia koktavosti obtížnější dosáhnout. Odborníci také hovoří o nutnosti připravit klienty na recidivující stavy. Koktavost je silně recidivující onemocnění. Klinický psycholog také uvádí, že si myslí, že zbavení se koktavosti může být pouze dočasné. Tudíž pojem zbavení se koktavosti ani vhodné používat. Zlepšení může nastat, ale valná většina odborníků upozorňuje na recidivující stavy a situace, kde se klientům bude s největší pravděpodobností hovořit s obtížemi. U klientů s koktavostí dospělého věku odborníci uplatňují prioritně přístup modifikace koktavosti.

Odborníci z řady logopedů preferují u dospělých klientů přístup modifikace koktavosti (*stuttering modification*). Druhý opačný přístup tvarování plynulosti (*fluency shaping*) zařazují pouze u těžších forem balbuties.

Respondenti s koktavostí upozorňují u logopedické intervence na nemožnost uplatnit logopedické techniky mimo ordinaci. Přáli by si, aby logopedická péče umožňovala trénování řečových situací i v běžném životě. Např. školní logopedka se svými klienty chodí na tzv. *street contacts*, kde například cvičí koupení jízdenky, dotazy na chodce atp.

Respondenti s koktavostí nevnímají vesměs jako užitečnou absolvovanou psychologickou péči. Na řeč prý neměla účinek. Stejně vnímají i farmakologickou léčbu u psychiatra. Metoda Nové mluvy je hodnocena absolventy spíše pozitivně. Shodují se ovšem v absenci řešení psychologické stránky koktavosti. Myslí si, že by metoda měla obrovský potenciál, kdyby respondenty připravila na možné bloky a neplynulosti v budoucnosti. Respondenti nemají příliš dobré zkušenosti ani s alternativními metodami léčby. Foniatrickou léčbu absolvovali většinou v dětském věku, kdy tam byli posláni jiným odborníkem. Foniatrem byli diagnostikováni. Dvěma respondentům např. řekl, že mají špatný sluch. Inhalační sprej profesora Josefa Pešáka žádný z respondentů přímo nezkusil. Momentálně o to ani nikdo nemá zájem. Odborníci ve výzkumu říkali, že tato metoda byla ve své době velký boom, ale postupem času se to neukázalo jako zázračné. Víme tedy o této metodě pomocí zprostředkovaných zkušeností odborníků. Vnímají také jako nevýhodné být závislý na určité látce. Člověk ji musí mít stále s sebou. Odborníci nemají ani příliš dobré zkušenosti s účinností tohoto spreje. Když už působil, tak krátce.

Psychologická péče dle respondentů na koktavost nepomáhá s výjimkou jedné respondentky, která pocítovala zvýšení sebevědomí. To následně mělo vliv i na plynulejší projev. Stejný názor mají i na medikamentózní léčbu s výjimkou jednoho respondenta, kterému pomohla ke smíření se s koktavostí. Metoda Nové mluvy je hodnocena pozitivně s tím, že až na jednoho absolventa všem chybí práce na psychické stránce. Inhalační sprej nezkoušel ani jeden respondent. Většinou je od toho odradili odborníci či přečtené informace. Respondenti nevidí potenciál ani v alternativních metodách léčby a foniatrické vyšetření jim přijde vhodné spíše v rámci diagnostického procesu.

Lidé s koktavostí by si přáli, aby o balbuties bylo více slyšet. Informované okolí pomáhá lidem s koktavostí, aby se cítili lépe. Dokážou se pak během komunikačního procesu více uvolnit.

„Koktavost je věc, o které se moc neví, ale tím bychom měli ještě víc mluvit. Mělo by se o tom víc mluvit, lidi nemohou pochopit tu bolest balbutiků“ (Respondentka B8)

O nutnosti informovat laickou veřejnost hovoří i klinická psycholožka. Vnímá, že by to lidem s koktavostí velice pomohlo.

Myslím si, že hodně by pomohlo informovat lidi. Těch co nekoktaj teď myslím. Jednou jsem si záměrně zkusila to koktání, jaký to jako je. A mám pocit, že tam opravdu za mě, jak jsem si to zažila a jak mi to klienti občas vyprávějí, že tam je hrozný tlak nás zvenčí, kdy člověk

s koktavostí se nám snaží něco říct a teď mi přesně: Buď na něj nemáme čas, nebo máme pocit, že na něj nemáme čas nebo prostě koukáme někde bokem nebo mu dáváme nějak neverbálně najevo, že mu nerozumíme nebo že nás zdržuje. A věřím tomu, že to je to, co v tu chvíli je hrozně nepříjemný. (Respondent O9)

V rámci intervencí většina hovoří o tom, že každé metodě něco chybí. Není žádná metoda, která by cílila na zlepšení všech složek koktavosti. Nejvíce lidem s koktavostí chybí péče psychologa, který by byl znalý dané problematiky. K trénování řečových technik by se měla přidat i práce na psychických aspektech koktavosti. S chronickou koktavostí jsou spjaty o dost více než například s incipientní.

Dopady koktavosti na život jedince jsou všeprostupující. Respondentům nejvíce vadilo, že si nedokázali říct, co chtěli. To souvisí i s horším navazováním mezilidských vztahů. Koktavost vede některé z respondentů k izolaci a vyhýbavému chování. Někteří respondenti se jí snaží pojímat jako výzvu a pracovat sami na sobě.

Práce obsahuje doporučení pro úspěšnou intervenci. Vede k detabuizaci tématu a má za úkol destigmatizaci. Může sloužit jako inspirace pro praxi či pro další výzkumné práce.

LITERATURA

Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125–143.

Becková, J. (2018). *Kognitivně behaviorální terapie: Základy a něco navíc*. Triton.

Benda, J. (2019). *Všímavost a soucit se sebou: proměna emocí v psychoterapii*. Portál.

Bernascon, D. *Techniky kineziologie*. Olomouc: Fontána.

Blackwell. (2012). *The science and practise of stuttering treatment*.

Bosshardt, H. G. (2006). Cognitive processing load as a determinant of stuttering: Summary of a research programme. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 20(5), 371-385.

Bothe, A. K. (1,4), Franic, D. M. (1), Ingham, R. J. (2), & Davidow, J. H. (3). (2008). Pharmacological approaches to stuttering treatment: Reply to Meline and Harn (2008). *American Journal of Speech-Language Pathology*, 17(1), 98-101–101. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2008/010\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2008/010))

Carter, A., Breen, L., Yaruss, J. S., & Beilby, J. (2017). Self-efficacy and quality of life in adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 54, 14–23. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.09.004>

Conture, E. G., & Richard F. Curlee. (2007). *Stuttering and related disorders of fluency*. 3rd ed. New York: Thieme. ISBN 978-313-7834-038.

Cséfalvay, Z. & Lechta, V. (2013). *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál.

Dezort, J. (2019). *Koktavost – návrh komplexního diagnosticko-terapeutického programu pro dospělé s koktavostí s důrazem na desenzibilizaci, recidivu a následnou péči*. (Rigorózní práce). Univerzita Karlova v Praze.

Dvořák, J. (1998). *Logopedický slovník*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. (1. Vydání)

Faraji, M., Alimadadi, H., Moshfeghi, N., Namazi, R., Jafari, J. S., & Mousavi, S. (2021). The Effects of Acceptance and Commitment Therapy Plus Positive Thinking

Training on Distress and Wellbeing in Infertile Women With Marital Conflicts. *Archives of Hygiene Sciences*, 20(3), 215–224. <https://doi.org/10.32598/ahs.10.3.215>

Gupta, S. (2016). The efficacy of cognitive behavior therapy in an adult who stutters. *Indian Journal of Psychiatry*, 58(4), 477. (Indická studie)

Fraser, J. & Perkins, W. (2007). *Koktáš? Nezoufejl!* Praha: Grada.

Freud, D., Levy-Kardash, O., Glick, I., & Ezrati-Vinacour, R. (2020). Pilot Program Combining Acceptance and Commitment Therapy with Stuttering Modification Therapy for Adults who Stutter: A Case Report. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 72(4), 290–301. <https://doi.org/10.1159/000501078>

Fryba, M. (2008). *Psychologie zvládání života*. Albert.

Fryba, M. (2003). *Umění žít šťastně*. Argo.

Geus de, E. (2002). *Někdy koktám. Knížka pro děti ve věku 7-12 let*. Brno: Paido.

Guitar, B. (2014). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Hasan Amiri, Ameneh Rahimi, Karim Afsharriniya, & Mokhtar Arefi. (2020). Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) with Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the Enhancement of Marital Satisfaction and Sexual Intimacy in Couples Referred to Counseling Centers. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, 126–132. <https://doi.org/10.32592/ajnpp.2020.7.2.107>

Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.

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

Howell, P., & Van Borsel, J. (Eds.). (2011). *Multilingual aspects of fluency disorders*. Multilingual Matters.

Hubner, A. (2022). *Mám to o sobě říct? Jak se vypořádat se stigmatem duševní nemoci*. Praha: Portál.

Cheasman, C., Everard, R., & Simpson, S. (2013). *Stammering therapy from the inside: new perspectives on working with young people and adults*. Guildford: J & R Press.

Iverach, L., O'Brian, S., Jones, M., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., Hewat, S., Menzies, R. G., Packman, A., & Onslow, M. (2009). Prevalence of anxiety disorders among adults seeking speech therapy for stuttering. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(7), 928-934. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.06.003>

Jochmannová, L. (2021). *Trauma u dětí. Kategorie, projevy a specifika odborné péče*. Praha: Grada.

Kakamad, K. K. (2021). The Effect of Cognitive Behavioral Therapy in Reducing Social Anxiety among Adult Stutters. *Technium Social Sciences Journal*, 20, 540–545.

Kejklíčková, I. (2021). *Vady řeči u dětí*. Praha: Grada.

Koc, M. (2010). The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on Stuttering. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 38(3), 301–309.

Kratochvíl, S. (2017). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.

Kršňáková, P. (2004) *Cesta z hlubin koktavosti*. Náměty pro terapii balbuties korespondující s novými trendy desenzibilizace. Olomouc: Univerzita Palackého.

Kucharska, A. (2000). *Specifické poruchy učení a chování*. Praha: Portál.

Lechta, V. (2010). *Koktavost: integrativní přístup*. Praha: Portál.

Lechta, V. (2004). *Koktavost: komplexní přístup*. Praha:Portál.

Maguire, G. A. (1,2), Gottschalk, L. A. (1), Riley, G. D. (1), Franklin, D. L. (1), Bechtel, R. J. (1), & Ashurst, J. (1). (1999). Stuttering: *Neuropsychiatric features measured by content analysis of speech and the effect of risperidone on stuttering severity*. *Comprehensive Psychiatry*, 40(4), 308-314–314. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(99\)90132-3](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(99)90132-3)

Manning, W. H. & Walter H. Manning. (2001). Clinical decision making in fluency disorders. 2nd ed. San Diego: *Singular Thomson Learning*, c2001. ISBN 978-076-9301-167.

Mccauley, R. (1996). Familiar strangers: criterion-referenced measures in communication disorders. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*. 27, S. 122-131.

MCCAULEY, S. M., & CHRISTIANSEN, M. H. (2019). LANGUAGE LEARNING AS LANGUAGE USE: A CROSS-LINGUISTIC model of child language development. *Psychological Review*, 126(1), 1–51. <https://doi.org/10.1037/rev0000126>

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.

Müller T, Prüß H, Richardt K. Die Bonner Stottertherapie - intensiv-stationäre Intervalltherapie in Deutschland für Jugendliche und Erwachsene. *Listy klinické logopedie*. 2021;5(1):16-23. doi: 10.36833/lkl.2021.006.

Moreno-Jiménez, J. E. (1), Rodríguez-Carvajal, R. (1), Garcia-Rubio, C. (1), Montero, I. (1), & Castillo-Gualda, R. (2). (2021). Long-term effectiveness of a mindfulness based intervention (MBI) program for stuttering: A case study. *Clinica y Salud*, 32(2), 55-63–63. <https://doi.org/10.5093/CLYSA2021A1>

Možný, P., Praško, J., & Šlepecký, M. (2007). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton.

Mlčáková, R. & Vitásková, K. (2013). *Narušení plynulosti řeči – vstup do problematiky*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Murray, F. P. (2006). *Příběh jednoho koktavého*. Brno: Paido.

Nnamani, A., Akabogu, J., Otu, M. S., Ukoha, E., Uloh-Bethels, A. C., Omile, J. C., Obiezu, M. N., Dike, A. E., Ike, C. V., & Iyekekpor, O. M. (2019). Cognitive behaviour language therapy for speech anxiety among stuttering school adolescents. *The Journal of International Medical Research*, 47(7), 3109–3114. <https://doi.org/10.1177/0300060519853387>

Charn Nang, Hers, D., Milton, K., & Su Re Lau. (2018). The impact of stuttering on development of self-identity, relationships, and quality of life in 96 woman who stutter. *American Journal of Speech-Language pathology*, 27 (4), 1244-1258. https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-ODC11-17-0201

Naz, H., & Kausar, R. (2020). Acceptance and Commitment Therapy Integrated with Stuttering Management: A Case Study. *Bahria Journal of Professional Psychology*, 19(2), 99–112.

Nová mluva. (10.2 .2023). *Nová mluva*. Získáno z <http://www.novamluva.cz/metoda.html>

Charn Nang, Hers, D., Milton, K., & Su Re Lau. (2018). The impact of stuttering on development of self-identity, relationships, and quality of life in 96 woman who stutter. *American Journal of Speech-Language pathology*, 27 (4), 1244-1258. https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-ODC11-17-0201

Odeh Suleiman Murad. (2021). Effectiveness of a Cognitive-Behavioral Therapy Program on Reducing Psychological Stress and Improving Achievement Motivation among University Students. *Universal Journal of Educational Research*, 9, 1316–1322. <https://doi.org/10.13189/ujer.2021.090621>

Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2006). Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders*, 31(2), 90–115. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2006.02.002>

Ocisková, M. &, Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada.

Packman, A. (2012). Theory and therapy in stuttering: A complex relationship. *Journal of Fluency Disorders*, 37(4), 225–233. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.05.004>

Pešák, J. (2010, 23. února). *Koktání souvisí s poruchou dýchání*. Lidovky.cz. https://www.lidovky.cz/domov/koktani-souvisi-s-poruchou-dychani.A100223_000110_In_noviny_sko

Pešák, J. (2011, 18. února). *Záznam chatu z pátku 18. února 2011: Prof. RNDr. Josef Pešák, CSc. Sama doma*. <https://www.ceskatelevize.cz/porady/1148499747-sama-doma/411236100171004/chat/2706-prof-rndr-josef-pesak-csc/>

Pešák, J. (2010, 17. února). *Koktavost není mozková porucha, zjistil český vědec a hodlá ji léčit*. Novinky.cz. <https://www.novinky.cz/clanek/veda-skoly-koktavost-neni-mozkova-porucha-zjistil-cesky-vedec-a-hodla-ji-lecit-26799>

Peutelschmiedová, A. (2013, 27. 12). *A zase, a znovu*. Metodický portál RVP.CZ. <https://blogy.rvp.cz/peutel/2013/12/27/a-zase-a-znovu%E2%80%A6/>

Peutelschmiedová, A. (1994). *Čtení o koktavosti*. Praha: Portál.

Peutelschmiedová, A. (1994). *Koktavost a vaše dítě*. Olomouc: Votobia.

Peutelschmiedová, A. (1998). *Tíživý problém – koktavost*. Vesmír. 77, 187 – 188.

Peutelschmiedová, A. (2005). *Techniky práce s balbutiky*. Olomouc: Univerzita Palackého.

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

Praško, J. et al. (2011). Kompetence v kognitivně behaviorální terapii a supervizi. *Psychiatrie pro praxi*, 2011; 12(4): 169–174.

Praško, J., & Vyskočilová, J. (2008). *Sociální fobie a její léčba. Příručka pro lidi se sociální fobií*. Praha: Galén.

Praško, J., Grambal, A., Šlepecký, M., Možný, P., & Vyškošilová, J. (2019). *Skupinová kognitivně-behaviorální terapie*. Praha: Grada.

Ratner, N. B. (2005). Evidence-based practice in stuttering: Some questions to consider. *Journal of Fluency Disorders*, 30(3), 163-188.

Reddy R, Sharma M, & Shivashankar N. (2010). Cognitive behavior therapy for STUTTERING: A case series. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 32(1), 49–53.

Richels, C., Buhr, A., Conture, E., & Ntourou, K. (2010). Utterance complexity and stuttering on function words in preschool-age children who stutter. *Journal of fluency disorders*, 35(3), 314-331.

Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.

Sandrieser, P., & Schneider, P. (2008). *Stottern im Kindesalter* (3., vollst. überarb. Aufl.)

Shapiro, D. (1999). *Stuttering intervention: A collaborative journey to fluency freedom*. Austin, TX: Pro-End.

Shenker, R. C., & Santayana, G. (2018). What Are the Options for the Treatment of Stuttering in Preschool Children? *Seminars in Speech and Language*, 39(4), 313-323–323. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1667160>

Schönová, K. (2014). *Sociální začlenění mladých dospělých s koktavostí*. Olomouc, diplomová práce (Mgr.). Universita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta.

Silbernagl, S. & Lang, F. (2012) *Atlas patofyziologie*. Praha: Grada.

Shapiro, D. (1999). *Stuttering intervention: A collaborative journey to fluency freedom*. Austin, TX: Pro-Ed.

Shenker, R. C., & Santayana, G. (2018). What Are the Options for the Treatment of Stuttering in Preschool Children? *Seminars in Speech and Language, 39(4)*, 313-323–323. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1667160>

Shibley, K. G. a McAfee, J. G., 2008. *Assessment of Stuttering and Cluttering*. In Shibley, K. G., McAfee, J. G., *Assessment in Speech-Language Pathology*. Delmar: Cengage Learning, 356-387. ISBN 978-1-4240-6425-0.

Schönová, K. (2014). *Sociální začlenění mladých dospělých s koktavostí*. Olomouc, diplomová práce (Mgr.). Univerzita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta.

Silbernagl, S. & Lang, F. (2012) *Atlas patofyziologie*. Praha: Grada.

International conference on Advances in pharmaceutical nanotechnology and nanomedicine (ICAPNN-2015). Moga, Punjab, India.

Škrabáková, A. (2008, 23. ledna). *Význam a efekt včasnej logopedickej intervencie*. [Ústní příspěvek]. Kleiblove lekárske dni Záhoria VI, Skalica, Slovenská republika.

Šlepecký, M., Praško, J., Kotiánová, A., & Vyskočilová, J. (2018). *Třetí vlna v kognitivně behaviorální terapii. Nové směry v kognitivně-behaviorální terapii*. Praha: Portál.

Strauss, A, Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Brno: Sdružení podané ruce.

Thum G. (2013). *Sprechtechniken in der Stottertherapie*. Praxis Sprache. 58(2), S. 96-101.

Tichenor, S., & Yaruss, J. S. (2020). Repetitive Negative Thinking, Temperament, and Adverse Impact in Adults Who Stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology, 29(1)*, 201–215. https://doi.org/10.1044/2019_AJSLP-19-00077

Trnková, J. (2019). *Self-efficacy a strategie zvládnání zátěže u osob, které mají zkušenosti s balbuties*. Olomouc, 2019. bakalářská práce (Bc.). Univerzita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta

Tyl, J. & Tylová, V. (10. 2 2023) *Lehké mozkové dysfunkce*. Nové metody nápravy. Získáno z: <http://www.eegbiofeedback.cz/dokumenty>

Vokurka, H. & Hugo, J. (2015). *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. (10. vydání)

Vontorčíková, H. (29. října 2022). *Co je tedy ten ACT a jak se vyslovuje správně?*. Získáno

29. října 2022 z: https://institutactplus.cz/clanky/hello-world/?fbclid=IwAR1JV1vk4nUFQhCPBj_vtj439m3ISLQWTHDD285rpOQBvhfgObvwUHjydGs

Výrost, J. Slaměnik, I., & Sollárová, E. (2021). *Sociální psychologie. Teorie, metody, aplikace*. Praha: Grada.

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

Yairi, E., & Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of fluency disorders*, 38(2), 66-87.

Žitník, J. (2010). *Všímavost a klinické přístupy založené na jejím rozvíjení*. [Diplomová práce, Univerzita Karlova]. Digitální repozitář Univerzity Karlovy. <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/100286>

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Abstrakt diplomové práce
2. Abstract of thesis
3. Informovaný souhlas s účastí na výzkumu
4. Otázky k rozhovoru: Respondenti odborníci
5. Otázky k rozhovoru: Respondenti s koktavostí

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Intervence koktavosti a její dopad na psychiku jedince

Autor práce: Bc. et Bc. Johana Trnková

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

Počet stran a znaků: 151, 273 347

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 96

Abstrakt (800–1200 zn.):

Diplomová práce se zabývá intervencí koktavosti a jejím dopadem na psychiku jedince. V teoretické části je vysvětlena užitá terminologie, podrobněji se představí téma koktavosti, postupy logopedické intervence, terapeutické a psychologické postupy. V rámci terapeutických postupů se práce orientuje zejména na terapie kognitivně behaviorální a její novější odnož terapii přijetí a odhodlání. U všech způsobů korekce balbuties je zároveň i popsáno, jak působí na člověka s balbuties. Kvalitativní výzkum zahrnuje celkem 20 polostrukturovaných rozhovorů. 10 rozhovorů poskytli pro výzkum lidé s koktavostí a dalších 10 rozhovorů bylo realizováno s odborníky, kteří s lidmi s koktavostí pracují. V zastoupení odborníků byli psychologové (zároveň i terapeuti), logopedi a psychiatr. Respondenti s koktavostí jsou až na výjimku jednoho probanda ve věku mladé dospělosti a všichni mají zkušenost s chronickým stupněm koktavosti. Výběr respondentů do výzkumného souboru proběhl na základě prostého záměrného výběru. Data byla analyzována pomocí zakotvené teorie.

...

Klíčová slova: Balbuties, koktavost, intervence, léčba, terapie, KBT, dopad

ABSTRACT OF THESIS

Title: Intervention of stuttering and its impact on the individual's psyche

Author: Bc. et Bc. Johana Trnková

Supervisor: PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.

Number of pages and characters: 151, 273 347

Number of appendices: 5

Number of references: 96

Abstract (800–1200 characters):

This diploma thesis examines intervention for stuttering and its impact on the mental health of the individual. The theoretical part explains the used terminology, as well as presenting the topics of stuttering, speech therapy intervention and psychological procedures in more detail. Within the framework of therapeutic procedures, the work focuses mainly on cognitive-behavioral therapy and its newer branch, acceptance and commitment therapy. For all methods of stuttering correction, it is also described how it affects the person with stuttering. Qualitative research includes a total of 20 semi-structured interviews. 10 interviews were provided for by people with stuttering and another 10 interviews were conducted with experts who work with people with stuttering. The experts were represented by psychologists (at the same time therapists), speech therapists and a psychiatrist. Respondents with stuttering, with the exception of one proband, are young adults and all have experience with a chronic degree of stuttering. The selection of respondents to the research group was based on simple purposive sampling. Data were analyzed using grounded theory.

Key words: Stuttering, stammering, intervention, treatment, therapy, CBT, impact

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas týkající se diplomové práce na téma: „*Intervence koktavosti a její dopad na psychiku jedince*“, která je realizována Bc. et Bc. Johanou Trnkovou, studentkou jednooborové psychologie na univerzitě Palackého v Olomouci.

Žádám Vás o souhlas s poskytováním výzkumného materiálu pro výzkumný projekt, který je součástí mé diplomové práce publikované na Univerzitě Palackého v Olomouci. Tento materiál bude ve formě audio nahrávky rozhovoru.

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je náležitá pozornost věnována etickým otázkám a zajištění bezpečí informantů. Důraz je kladen na:

- (1) Anonymitu respondentů – v prepisech rozhovorů budou odstraněny (i potenciálně) identifikující údaje.
- (2) Mlčenlivost výzkumnice ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu (s tím, že s výzkumným materiálem bude pracovat výhradně výzkumnice).
- (3) Po přepsání rozhovorů dojde k autorizaci textu – budete mít možnost vyjádřit se k uvedeným údajům a upravit je.
- (4) Jako respondent máte právo kdykoli odstoupit od výzkumné aktivity. Děkuji za pozornost věnovanou těmto informacím a žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu s Vaší účastí ve výzkumu.

Johana Trnková

Podpis:

Podle zákona 101/2000 sbírky o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů uděluji souhlas s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu.

V dne Podpis:

Otázky pro respondenty odborníky (ve výzkumu – psychologové – současně jsou i terapeuti, psychiatr, logopedi)

- 1) **Co se Vám všechno vybaví, když se řekne slovo koktavost?**
- 2) **U psychologů, psychiatrů: Jestliže máte terapeutický výcvik, jaký?**
- 3) **Kolik jste měl/a klientů s diagnózou balbuties? (případně s jakým stupněm koktavosti)**
- 4) **Jak probíhaly Vaše konzultace s daným/i klientem/klienty z hlediska postupů terapie / léčby**
- 5) **Jak jste se cítila v interakci s klientem s balbuties? = OTÁZKA NA POCITY – hledat analogie mezi pacienty, styčné body)**
- 6) **Jaký máte názor na celkové možnosti zbavení se koktavosti v ČR z hlediska úspěšnosti?**
- 7) **Jak by dle Vás měla vypadat ideální terapie koktavosti?**
- 8) **Všímáte si během terapií nějaké komorbidity = přidružených onemocnění? Případně jakých?**
- 9) **Zaujali Vás nějaké přístupy ke koktavosti, terapeutické metody ze zahraničí a využíváte jich? Jak konkrétně je používáte ve své praxi?**
- 10) **Znáte terapii Nové mluvy v Třinci? Pokud ano, jaký máte názor na tuto metodu?**
- 11) **Jak se díváte na multioborový přístup v léčbě koktavosti? (spolupráci s psychologem, psychiatrem, logopedem, foniatrem či neurologem) – Pokud spolupracujete se zmíněnými odborníky, jak taková spolupráce s každým z nich vypadá?**
- 12) **Máte nějaké zkušenosti se skupinovou terapií balbuties (př: muzikoterapie, arteterapie)?**
- 13) **Jaký máte názor na svépomocné skupinky u balbutiků? Jaký máte názor na alternativní metody a techniky léčby v případě koktavosti? (léčitelé, homeopatika, metoda One brain, oxygenoterapie, holotropní dýchání, hypnózu)**
- 14) **Jeden čas byl velice populární inhalační sprej profesora Josefa Pešáka z lékařské fakulty UPOL (inhalace účinné látky formoterolu). Jestli jste o tom slyšel/a, jaký na to máte odborný názor?**

- 15) Do jaké míry byla v rámci Vašich vysokoškolských studií probírána problematika balbuties na Vaší fakultě?**
- 16) Napadá Vás k rozhovoru ještě něco důležitého, co si myslíte, že by mělo být řečeno?**

Otázky pro respondenty s kóktavostí

- 1) **Popiš svou míru kóktavosti. Jak se Tvá kóktavost konkrétně projevuje?** (tiky, bloky, skrývání, zestručňování)
- 2) **Jaké byly první impulsy, které u Tebe rozhodly, že je třeba s kóktavostí začít něco dělat?** (+ doptat kdy)
- 3) **Jaké jsou Tvé zkušenosti s logopedickou péčí?** (v rámci ní prozkoumat i zkušenosti se skupinovou terapií – muzikoterapie, arteterapie)
- 4) **Jaké jsou Tvé zkušenosti s psychologickou příp. terapeutickou péčí?** Tato péče je
- 5) **Jaké jsou Tvé zkušenosti s psychiatrickou péčí?**
- 6) **Jaké jsou Tvé zkušenosti s foniatrickou péčí?**
- 7) **Doporučil Ti někdo v rámci nápravy kóktavosti další odborníky? Jaké konkrétně?** (např. psychologa atp.)
- 8) **Jaké jsou Tvé zkušenosti se svépomocnou skupinkou /skupinkami?**
- 9) **Máš zkušenosti s terapií Nové mluvy v Třinci? Pokud ano, jaké?**
- 10) **Co si myslíš, že by bylo jinak, kdybys nekóktal?** (Otázka po zázraku)
- 11) **Měl si nějaké období plynulosti, kdy sis myslel, že je kóktavost definitivně za Tebou?**
- 12) **Jak sám hodnotíš možnosti nápravy kóktavosti v ČR?**
- 13) **Jak moc se zajímáš o to, jak náprava kóktavosti/ terapie probíhá v zahraničí? Zaujalo tě něco ze zahraničních metod terapie kóktavosti či přístupu ke kóktavosti v zahraničí?**
- 14) **Vyhledáváš informace o kóktavosti na internetu? Jestliže ano, jak moc jsou tyto zdroje přínosné a inspirativní?**
- 15) **Jak jsi na tom s četbou knih o kóktavosti?**
- 16) **Jeden čas byl velice populární inhalační sprej profesora Josefa Pešáka z lékařské fakulty UPOL (inhalace účinné látky formoterolu). Jestli s tím máš nějaké zkušenosti, jaké?**
- 17) **Co ti pomáhá ke zmírnění kóktavosti případně negativních myšlenek a dalších jejích doprovodných symptomů?**
- 18) **Pakliže si zažíval/a recidivy neboli opětovné návraty kóktavosti, jak si to prožíval?**

- 19) **Zkoušel si nějaké alternativní metody a techniky léčby v případě koftavosti?
(léčitelé, homeopatika, metoda One brain, oxygenoterapie, holotropní dýchání,
hypnózu)**
- 20) **Napadá Tě k rozhovoru ještě něco důležitého, co si myslíš, že by mělo být
řčeno?**