

BONN STUTTERING THERAPY -
INTENSIVE INPATIENT INTERVAL THERAPY IN GERMANY FOR ADOLESCENTS AND ADULTS

BONNSKÁ TERAPIE KOKTAVOSTI – INTENZIVNÍ STACIONÁRNÍ INTERVALOVÁ TERAPIE V NĚMECKU
PRO MLÁDEŽ A DOSPĚLÉ

Thilo Müller (akad. Sprachtherapeut M.A.)

Mail: thilo.mueller@lvr.de

Web: www.stottertherapie-bonn.de

LVR-Klinik Bonn

Abteilung Neurologie – Bereich Stottertherapie

Kaiser-Karl-Ring 20

53111 Bonn

Tel. 0228 – 551 2866

Co authors:

Holger Prüß (Dipl.-Sprachheilpädagoge)

Mail: holger.pruess@lvr.de

LVR-Klinik Bonn

Abteilung Neurologie – Bereich Stottertherapie

Kaiser-Karl-Ring 20

53111 Bonn

Tel. 0228 – 551 2866

Kirsten Richardt (Dipl.-Sprachheilpädagogin)

Mail: kirsten.richardt@lvr.de

LVR-Klinik Bonn

Abteilung Neurologie – Bereich Stottertherapie

Kaiser-Karl-Ring 20

53111 Bonn

Tel. 0228 – 551 2866

Český překlad Mgr. Michaela Voldřichová

(Poznámka překladatele: německé slovo stottern, užívané hojně v původním textu, se do češtiny může překládat jako koktavost, zadržávání, neplynulosti řeči nebo balbuties. V překladu se velmi často přikláníme k užití slova koktavost a jeho odvozeninám, protože dle našeho názoru vyjadřuje nejlépe problematiku popisovanou v článku. Stejná slovní zásoba byla užita i při tlumočení kurzu Bonnské terapie koktavosti v Praze před několika lety. Nevnímáme v tomto případě slovo koktavost hanlivě.)

Abstrakt

Bonnská terapie koktavosti je stacionární intervalová terapie pro mládež a dospělé. Vedle odbourávání (následné) psychosociální problematiky koktavosti a učení se modifikačním technikám a technikám fluency shaping jsou nedílnou součástí této kombinované metody také opatření pro podporu transferu a prevence recidivy. Budou představeny jednotlivé stavební kameny terapie a vysvětleno jejich užití. Vysoká účinnost této metody orientované na pacienta je doložena zvýšením dlouhodobých efektů terapie z osobnostního i řečového hlediska. Vzhledem k organizaci pobytu a délce léčby je v Německu Bonnská terapie koktavosti jedinečnou nabídkou, která je vhodná především pro pacienty s těžší a těžkou formou koktavosti.

Abstract

Bonn Stuttering Therapy is stationary interval therapy for adolescents and adults. In addition to reducing the subsequent psychosocial problems by learning modification and fluency shaping techniques, this combination approach also includes comprehensive measures for transfer support and relapse prevention. The individual therapy modules are presented and their implementation is explained. The superior effectiveness of this patient-oriented therapeutic approach is proven by a survey of the long-term therapeutic effects in linguistic and personal terms. In terms of organisational form and duration of treatment, Bonn Stuttering Therapy is a unique offer of therapy in Germany, which is primarily intended for severe and severely affected stutterers.

Klíčová slova

koktavost – poruchy plynulosti řeči – mládež a dospělí – kombinovaná metoda – orientace na pacienta – BLESS

Keywords

stuttering - disturbance of speech fluency - Bonn Stuttering Therapy - young people and adults - combination approach - patient-oriented - BLESS

Úvod

Obor terapie koktavosti se dnes vyznačuje téměř nepřehledným množstvím nejrůznějších terapeutických nabídek. Dle věku pacienta se vedle etablovaných a uznávaných metod, jako např. modifikační trénink řeči a chování, vyskytují méně ověřené nebo dokonce sporné metody, jako např. izolovaný trénink dýchání nebo hypnóza. Právě poslední zmiňované postupy se těší velké popularitě především díky mediální účinnosti TV zpravodajství – navzdory chybějícím jasným empirickým důkazům. Inflační vývoj nabídek v oboru terapií koktavosti se vysvětluje z velké části tím, že téměř každá změna mluvního vzoru může po krátký časový úsek vést ke zřetelné redukci symptomů: „(...) lidé, kteří koktají, budou pravděpodobně mluvit plynule, jakmile si osvojí nový způsob mluvení.“ (Bloodstein & Ratner, 2008, s.343). Je tedy očividně snadné dosáhnout krátkodobého zmírnění viditelné a slyšitelné symptomatiky koktavosti, což je velmi efektivní na videozáznamech pořízených před a po

terapii. Naskytá se ale otázka, jak dlouhého trvání mají docílené úspěchy, popřípadě zda se dovednost naučená v terapeutické místnosti dá neomezeně přenést do každodenního života. Koktavost je komplexní, vysoce individuální a nanejvýš rozmanité narušení řeči, které postihuje nejen proud mluvy, ale které také ovlivňuje mnohé další aspekty každodenního života postižených. U mnohých dospívajících a dospělých koktavých se z doprovodných symptomů a přidružených problémů (řečových, tělesných, emocionálních, kognitivních a sociálních) v průběhu jejich biografie vyvinula komplexní problematika s odpovídajícím působením na celkové utváření jejich života (Wendlandt, 2009). V důsledku toho musí být terapeutická intervence celistvým konceptem. Na základě takto chápané problematiky se v souladu s ICF definuje terapie koktavosti jako měřítko narůstající kvality života a životní spokojenosti. Protože koktavost je nanejvýš individuální narušení řeči vzhledem k rozdílům v symptomatice, osobnosti balbutiků a jejich sociálním prostředí a v dalších variabilitách, je nezbytné požadovat terapeutický postup zaměřený na konkrétního pacienta. Proto je nepostradatelný koncept, který obsahuje relevantní, na komplexní problematiku koktavosti zaměřené stavební kameny (Hansen & Iven, 2010). Ty obsahují různé cílené, efektivní a vědecky podložené postupy. Léčebné metody, které užívají standardizovaný princip „všichni potřebují totéž“, nemohou odpovídat systému péče orientované na pacienta. V terapii koktavosti u mládeže a dospělých platí již několik desetiletí za uznávané postupy modifikační metody a metody fluency shaping. Oba tyto terapeutické směry pacienti ve zpětné anketě označili za stejně účinné (Sommer, 2012). Zkušenosti dokládají, že některé balbutiky oslovuje více modifikace koktavosti, jiné fluency shaping. Narozdíl od angloamerické oblasti, kde je kombinace obou metod podle Natkeho a Alpermannové (2010) již dlouho rozšířena (např. Ham, 1986, Kuhr, 1991, Starkweather & Givens-Ackermann, 1997, Gregory, 2003, Guitar, 2006), dodržuje se v Německu zpravidla „bud/anebo“ výběr metody (Zückner, 2012). Tato často kontroverzně vedená diskuse, kterou Wendlandt označil za „omezenou a vypočítavou“ (2010, s.16), již není aktuální. Ve všech medicínsko-terapeutických oborech jsou pro zachování komplexního přístupu standardem integrativní metody. Proto je překvapivé, že v terapii koktavosti přetrvává i nadále převážně jeden dogmatický úhel pohledu, a to modifikace koktavosti versus fluency shaping (Natke & Alpermann, 2010, Zückner, 2012).

Z důvodu chybějících vědeckých poznatků nemůže být před zahájením léčby rozhodnuto a indikováno, který z terapeutických postupů je pro jednotlivé pacienty prognosticky výhodnější (Wendlandt, 2010). Kombinace obou metod nabízí optimální přístup, při kterém každý účastník terapie může z mnoha zcela rozdílných cílů, obsahů a metod obdržet individuálně naladěný terapeutický program. Tím je umožněn přístup co možná nejvíce orientovaný na pacienta (Průš & Richardt, 2010). Z výše jmenovaných faktorů můžeme vyvodit, že integrace modifikace koktavosti a fluency shaping v jeden ucelený koncept může zvýšit úspěch léčby. V rámci toho je důležité poukázat na to, že pojmy jako ucelenost, orientace na příčinu, různorodost metody a jiné nejsou samy o sobě znakem kvalitní terapie. Spíše pod nabídkou pochopení problematiky v sobě ukrývají pro balbutiky nebezpečí málo profesionálního terapeutického postupu. Teprve, když budou tyto termíny nahrazeny relevantními a konkrétními obsahy a k tomu vztaženými cílenými a efektivními metodami, dostanou tato označení požadovanou podstatu.

V posledních dvou letech se přidávají další terapeutické koncepty pocházející hlavně z psychoterapie, jako např. přístupy zpracovávající traumata, nebo různorodé prvky z Ego-State-Therapy dle John & Helen Watkinsových. Také různé prvky hloubkové psychoedukace doplňují v Bonnské terapii koktavosti první pětidenní blok a utváří tak ucelený koncept.

Organizace Bonnské terapie koktavosti

Bonnská terapie koktavosti je koncipována jako stacionární intervalová terapie. V pevně stanoveném systému se léčí 12 dospělých a dospívajících od 14 let z celého Německa. První kontakt proběhne v rámci informačního a poradenského dne, kdy je představen koncept a individuálně vysvětlena indikace jednotlivých opatření. Fáze intervalové péče jsou rozděleny do pěti a tří týdnů hlavní terapie a do dvou týdenních doléčení. Celodenní terapii zajišťuje 5 erudovaných terapeutů. Terapie se koná ve větších i menších skupinách, ale také individuálně. Kvůli podpoře transferu do dalších sociálních prostředí jezdí pacienti každý víkend domů. Žáci a studenti mají každý den výuku ve škole na klinice, aby byl po ukončení terapie zajištěn bezproblémový návrat do kmenové školy. Náklady na léčbu hradí státní, případně soukromé pojišťovny.

Struktura terapie

Diagnostika probíhá na základě anamnestických dat a uskutečňuje se v rámci diagnostických posouzení motorických řečových obtíží, emocionálně kognitivních a sociálních aspektů, kam se zahrnují veškeré kontexty (rodina, přátelé, známí, telefonování, oslovování cizích lidí, škola, zaměstnání). V rámci prvního rozhovoru je přesně analyzována základní a doprovodná symptomatika, a to způsob, síla a četnost. Dále se zjišťuje, zda a jak moc se tato symptomatika ukazuje v jednotlivých výše zmíněných kontextech. Zároveň je zjišťována míra emocionálního zatížení (strach, stud aj.) a také osobní postoje a hodnocení týkající se koktavosti. Kromě toho má velký diagnostický význam způsob a projev vyhybového chování ve vztahu k osobám či situacím, reakce sociálního partnera a také vliv koktavosti na privátní, školní či pracovní prostředí. Zjišťuje se subjektivní míra strádání, vnitřní motivace a stanovení individuálního cíle. Případně jsou diagnosticky rozkrývány další vlivy, jako je vícejazyčnost, dosavadní zkušenosti s terapiemi aj. Protože nestálost symptomů způsobuje, že všechny pokusy o kvantifikaci koktavosti jsou víceméně absurdní (Hansen & Iven, 2010), neúčinně se používají při zjišťování řečové symptomatiky kvantitativní instrumenty. Zang (2010) uvádí jako nejčastěji užívaný prostředek SSI – 3 od Riley (1994, německý překlad Sandrieser & Schneider, 2008), který však podle našeho názoru vykazuje závažné metodické nedostatky. Například neuvádí vyhybové chování a odsouvání. Také není dáno striktní vymezení mluvní symptomatiky od úspěšně užívané modifikační techniky. Celkově tedy nepřekvapuje, že validita a reliabilita SSI -3 jsou zpochybněny (Guitar, 1998, McCauley, 1996, Hansen & Iven, 2010). Kromě toho „vznikají“ závažné pochybnosti o objektivitě provedení. „(...) Naskýtá se otázka, čím se takto povrchní instrument stal tak populárním, že i v německy mluvícím prostředí se doporučuje diagnostikovat (...) nekriticky dle stupňů závažnosti“ (Hansen & Iven, 2010, S. 75).

Naladění se na terapii

V rámci přípravných opatření je vždy součástí Bonnské terapie koktavosti ucelené naladění se na terapii, protože rozhodujícím způsobem podporuje její úspěšný průběh. Jak ukazují všechny zkušenosti, vzhledem ke smysluplnosti a nutnosti stanovených terapeutických kroků se u pacienta projeví na faktorech, které jsou rozhodující pro úspěch terapie. Je to především vnitřní motivace, vlastní aktivní práce a zodpovědnost. Z tohoto důvodu je zprostředkování specifických a relevantních informací o koktavosti a terapii hlavním cílem při naladění se na terapii. Věnuje se následujícím tématům: všeobecné informace o koktavosti, patogeneze koktavosti, vývoj a rozvinutí (následné) psychosociální problematiky, neléčitelnost koktavosti

v dospívajícím a dospělém věku, ale také schopnosti zásadní změny řečové symptomatiky a možnosti pojetí terapie koktavosti jako „Do-it-Yourself-Projekt“ (Starbuck, 1993, S.119).

Odbourání následné psychosociální problematiky

Věta formulovaná Spolkovým svépomocným sdružením pro koktavost „Nejhorší na koktavosti je strach z ní“ objasňuje, že koktání zahrnuje často mnohem více než jen narušenou plynulost mluvy. Ke znázornění multidimenzionality koktavosti využil již v roce 1970 Sheehan obraz ledovce, jehož viditelná špička nad hladinou představuje zřetelně nejmenší jeho část. Taktéž pro mnohé balbutiky představují slyšitelné a viditelné symptomy zmíněnou nepatrnou část celkové problematiky. Neviditelná část ledovce odpovídá vnitřním symptomům koktavosti, jako jsou emoce (strachy, pocity studu, frustrace aj.), kognice (negativní vnímání, očekávání a hodnocení) a způsoby chování (řečové a sociální formy vyhýbavého chování aj.), které vnější prostředí přímo nevnímá. Naše zkušenosti jsou zastřešeny výsledky mnohých studií, které ukazují, že se u balbutiků neřídka rozvinou formy sociální fobie nebo všeobecná úzkost (Tiling, 2010, S.292; Wendlandt, 2010). Například tedy některými balbutiky jmenovaný strach z telefonování s cizími osobami, případně oslovování cizích lidí odpovídá kritériím sociální fobie podle DSM-IV (APA 1994). Baumgartner (2012, str. 8) v této souvislosti zjistil, „že prevalence sociální fobie u dospělých balbutiků je 40 %, zatímco u dospělých bez poruch plynulosti řeči pouze 4%“. Navíc u některých našich pacientů se dostávají následně psychosomatická onemocnění. Z toho je zřejmé, že skryté symptomy koktavosti mohou velkou měrou ovlivnit utváření života a kvalitu života balbutiků (Natke & Alpermann, 2010). Proto je nezbytné intenzivně do terapie koktavosti zahrnout psychosociální problematiku. Hlavním významem je mimo jiné balbutikům dopomoci k co možná nejotevřenějšímu a sebevědomému zacházení s koktavostí ve všech životních situacích. Dle našeho názoru je to bezpodmínečně nutné, protože odborné kruhy uznávají neléčitelnost koktavosti v dospívajícím a dospělém věku. Dokonce i po velmi úspěšné terapii může v řeči zůstat zbytek symptomatiky, a tak i balbutici se značně redukovanou řečovou symptomatikou mohou vykazovat stres a strádání. Kromě toho klinické zkušenosti ukazují, „že bez zmírnění strachu není možno dosáhnout dlouhodobého zlepšení plynulosti řeči“ (Tiling, 2010, 292). Tradiční fluency shaping metody představují dle autorů velmi zjednodušený úhel pohledu se základním myšlenkovým modelem „Kdo mluví plynuleji, nemá strach“. Tento názor je logicky nesprávný a neodpovídá komplexnosti problematiky koktavosti.

Z toho důvodu musí být součástí terapeutické intervence koktavosti odbourávání (následné) psychosociální problematiky na úrovni řečově-komunikativní, emocionálně-kognitivní, sociální a na úrovni vztahující se k jednotlivým situacím, osobám a chování. Přitom se však jednotlivé roviny vzájemně ovlivňují a v terapeutické práci nejsou vždy zřetelně oddělené.

Odstranění verbálního vyhýbavého chování

Abychom účastníkům terapie objasnili, že vyhýbavé strategie jsou značnou měrou zodpovědné za zesilování a přetrvávání negativních emocí a kognicí, užíváme teoretický model. Koktavost a reakce na ni jsou tak říkajíc dlouhodobě naučené způsoby chování. Logicky se tedy odstranění tohoto může podařit pouze (co možná nejdůslednějším) nevyhýbáním se, a to na úrovni verbální, situační nebo personální. Cílem je tedy nejprve (pokud možno) kompletní odbourání řečového vyhýbavého chování v terapeutické místnosti. V prvním kroku osvětlíme účastníkům, že balbutici v tomto věku disponují zpravidla všeobecnou schopností předvídat zakoktání. Tuto schopnost, označovanou také jako včasné vnímání symptomů,

vyžívají všichni balbutici k – často nevědomému - skrývání koktání, a to provedením různých forem řečového vyhybavého chování. Sem patří například nahrazování, vynechávání a opisování slov ohrožených zakoktáním, nebo také různé formy odsouvání, které mají za cíl odsouvat realizaci cílového slova tak dlouho, až se ho podaří vyslovit (zpravidla) plynule. Vsuvky, opakování slov a částí vět, pauzy, nádechy či výdechy nebo polykání jsou formy odsouvání, které jsou modelově vysvětleny na tzv. Identifikačním DVD vyrobeném v rámci Bonnské terapie koktavosti. Každý účastník terapie tak identifikuje své vlastní individuální verbální vyhybavé strategie, které posléze – zpočátku pomocí tzv. čárkování – důsledně odbourává. Tento postup se velmi terapeuticky osvědčil pro přesné včasné vnímání symptomů. Účastník terapie se učí (pokud možno) každé zakoktání již předem označit na svém pracovním listě čárkou. Paralelně k tomu se pracuje na tzv. primárním koktání, které se mimo jiné vyznačuje zakoktáním na daném artikulačním místě. Základem pro tuto techniku je nejprve identifikace další relevantní sekundární problematiky (orofaciální, tělesné souhyby aj.) pomocí první videonahrávky. Identifikace směřuje především k tomu, aby bylo dosaženo co možná největší sensibility k mluvení a motorickým obtížím při koktání, k pochopení jednotlivých způsobů chování při koktání a k vybudování vlastní zodpovědnosti. „Pokud sám nemáš volbu, zda budeš koktat nebo ne, máš ale volbu, jak budeš koktat“ (Murray 1993, s. 38).

Základem pro primární koktání je zprostředkování základních fonetických znalostí, které jsou taktilně kinesteticky a proprioceptivně převáděny do motoriky mluvení. Při primárním koktání je již cílem každé zakoktání předem rozpoznat, označit čárkou a hned – bez jakéhokoliv vyhybání nebo odsouvání – s očním kontaktem na terapeuta koktat na daném artikulačním místě. To má za následek, že u mnohých účastníků terapie znatelně stoupne počet předvedených zakoktání. To působí velmi dobře na desenzibilizaci, dále dochází k postupnému až úplnému odstranění orofaciálních a celotělových souhybů. Postupně se mění koktavost v lehčí formu, a to na opakování slabik. Naše zkušenosti však ukazují, že mnozí balbutici nemohou z důvodu vysokého motorického napětí realizovat méně napjatou formu. Takže u těchto pacientů se primární koktání v podstatě jeví jako desenzibilizační technika, která se z důvodu malé jistoty a kontroly nemůže stát modifikační technikou. Což není v rámci odbourávání následné psychosociální problematiky požadovaný cíl.

Otevřenost a upřímnost

Často je koktavost tabuizována kvůli doprovázejícím negativním emocím a kognicím, což ztěžuje konstruktivní přístup pro všechny zúčastněné. Proto jedním z centrálních terapeutických cílů je, že každý pacient mluví otevřeně o svém řečovém problému se svými důležitým sociálními partnery. Protože odtabuizování přináší objasnění a úlevu. Především je však taková upřímnost nezbytnou podmínkou pro dlouhodobý úspěšný vývoj terapie. Všechny řečové změny, kterých chceme dosáhnout, ať už „ukázat koktání“ nebo užití řečových technik, jsou totiž zpočátku velmi nápadné. Jejich úspěšný transfer je možný pouze při otevřeném tematizování. V důsledku toho může být otevřenost považována za zásadní pro úspěšné splnění transferu. Podstatnou součástí pro trénink otevřenosti při koktavosti a její terapií je domácí prostředí, ale především také prostředí zaměstnání, školy nebo vzdělávání. Kvůli tomu jsou balbutikem a jeho terapeutem do terapeutického procesu co možná nejvíce začleňováni i sociální partneři nebo učitelé, spolužáci, kolegové z práce (osvěta, zprostředkování informací, vyjasnění kladených otázek atd.). V pracovním a školním prostředí se toto odehrává například přednáškou, kterou balbutik vypracuje spolu s terapeutem a potom přednese.

Odbourání negativních emocí a kognicí a vyhýbavého chování při setkání s cizími lidmi

Protože u balbutiků pozorujeme specifický strach z koktavosti jako jednu z centrálních negativních emocí, bude toto pojmenování následně zastupovat i ostatní negativní emoce. Redukce studu a jiných emocí probíhá terapeuticky dle stejných principů, trvá však dle zkušeností pacientů často delší dobu.

Protože vyhýbaní se je z pohledu teorie učení zesilující a přetrvávající podmínka, je pacient v tzv. konfrontační terapii konfrontován s podněty vyvolávajícími strach. Tento postup, označovaný také za expoziční terapii, patří ke klasickým postupům behaviorální terapie. Odlišuje se vedle rozdílných modalit – in sensu (v představě) a in vivo (v realitě) – také ve způsobu dosahování: zatímco u pozvolných metod se praktikuje odstupňovaný postup v malých krocích, u masivních konfrontací (flooding/zaplavení podněty) bývají dle konkrétního cíle prováděny předem připravené komunikační situace s (velmi) vysokým potenciálem strachu tak dlouho, až se dostaví značná redukce negativních emocí (Walter 2004-2009).

Masivní konfrontační terapie in vivo se velmi osvědčila mimo jiné u sociálních fobií, je častou součástí v psychoterapeutických postupech při úzkostných poruchách (Walter, 2004-2009, Fehm & Wittchen, 2005) a používá se již dlouhou dobu v rámci Bonnské terapie koktavosti. Terapeuticky přímý a konsekvantní, přitom ale šetrný a citlivý postup považujeme za bezpodmínečný.

Modifikační technika: kontrolované koktání

Základní myšlenky

Kontrolované koktání je lokální technika, která jako všechny modifikační techniky směřuje k tomu, aby jednotlivá zakoktání byla cíleně zpracována. Úseky mluvy, které nejsou zasaženy zakoktáním, mohou být řečeny spontánně. Narozdíl od technik zabývajících se bloky, při kterých má být kontrolovaně dokončen již probíhající symptom, má kontrolované koktání za cíl rozpoznat zakoktání již předem a pomocí techniky ho již před jeho vlastním projevem zpracovat a dokončit kontrolovaně a plynule.

Při hledání konceptu Bonnské terapie koktavosti byly svého času využívány různé modifikační techniky, až bylo asi před třiceti lety vyvinuto kontrolované koktání. Opírá se o tichý a měkký hlasový začátek, při kterém se hlasivky rozkmitávají měkce a kontrolovaně, čímž se velmi výrazně redukuje pravděpodobnost nástupu motorického napětí typického pro koktavost. Z našich zkušeností s více než tisíci pacienty se kontrolované koktání osvědčilo jako velmi účinná modifikační technika, protože spojuje mnoho výhod. Jako plynulá kontrolovaná technika nabízí mnoha balbutikům velký pocit kontroly v komunikačně náročných situacích. Představuje lehce osvojitelnou metodu pro všechny věkové skupiny i pro osoby se speciálními potřebami. Účastníci terapie ji velmi dobře akceptují díky schopnosti individualizace a vhodnosti v každodenním využití. Pozitivní hodnocení účinnosti kontrolovaného koktání sdílejí také jiní terapeuti zabývajících se koktavostí a přihlížejí k ní v rámci lokálních i globálních technik ve svých konceptech (Zückner, 2008, Thum, 2013).

Pravidla

Kontrolované koktání představuje techniku, která vychází z jednoduchých pravidel:

- *Pauza před každým zakoktáním:* 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).*

Další názory

Modifikace koktavosti je podle mínění autorů chápána jako zásadní složka v terapii koktavosti dospívajících a dospělých, protože je svým uceleným pochopením veškeré problematiky zaměřena jak na odbourávání psychosociální problematiky, tak i na plynulé zpracování očekávaných a reálně se objevujících zakoktání. Dle našich klinických zkušeností je pro některé balbutiky zprostředkovaný princip v rámci modifikace koktavosti natolik dostatečný, aby vedl k dlouhodobému úspěchu metody. Ale jako každý postup má také své hranice. Právě pro balbutiky s vysokou mírou koktání se modifikační techniky jeví jako nedostatečné, nedávají možnost zpracovat každé z velmi častých zakoktání. Opakující se zpracování těchto zakoktání je mluvně motoricky velmi namáhavé, sotva se dá využít v každodenních situacích a nepřináší pocit plynulé mluvy.

Také balbutici s nedostatečným vnímáním symptomů nacházejí v modifikačních technikách malou kontrolu (jak by také mohli, když zakoktání sotva vnímají). Takže zůstávají někteří účastníci terapie, kteří se po ukončení fáze modifikace koktavosti pochopitelně k dosažení plynulosti vyjadřují nespokojeně. Právě pro tuto klientelu je dle mínění autorů nezbytné doplnění techniky fluency shaping.

Fluency Shaping: kontrola řeči

Jako všechny globální techniky má kontrola řeči – fluency shaping technika využívaná v Bonnské terapii koktavosti – za cíl pomocí modifikace veškerého mluvního vzoru zabránit (co možná nejvíce) výskytu zakoktání a umožnit tak kontrolovanou (plynulou) mluvu. Směr fluency shaping je však často kritizován za to, že

- balbutik se nepotřebuje učit, jak se mluví plynule, protože to často dělá, mnohem důležitější je, co smysluplného může udělat, když koktá (*Van Riper, 1986*);
- „cena za rozšíření těchto plynulých částí pomocí mluvní techniky (fluency shaping) (...) se zdá nepřiměřeně vysoká, obzvláště když je výsledek tak velmi nápadný (...)“ (*Rauschan & Welsch, 2008, 6*);
- není možná individuální terapie, protože všichni balbutici jsou léčeni dle stejného pevně daného programu (*Decher 2011*);
- „(...) recidivy, které se vyskytují bezmála ve všech terapiích, uvádějí u terapií zaměřených čistě na plynulost mluvy do chodu koloběh podhodnocení sebe sama a ztrátu důvěry v danou řečovou techniku, což znemožňuje dlouhodobý úspěch terapie“ (*Zückner 2012, S.65*);
- v podstatě jde o počet neplynulých slov za časovou jednotku a není podstatné, jak je pacient spokojen (*Decher, 2011*);
- snaha o co možná nejplynulejší mluvu může podporovat slovní vyhýbavé chování a tím zvyšovat psychosociální zátěž (*Prüß, 1996*).

Považujeme tuto kritiku vztaženou na klasickou metodu fluency shaping, jak je používána v Německu, za oprávněnou. V takových programech, zaměřených čistě na techniky řeči, podstupují účastníci terapie podobný, pevně stanovený program, „nezávisle na tom, zda koktají málo nebo hodně, zřídka nebo často“ (Decher, 2011, S.31). Obzvláště kriticky nahlížíme v takových konceptech také na to, že na individuální problematiku – například na psychosociální úrovni – není v terapiích brán zřetel. Postup orientovaný na pacienta se u těchto metod téměř vylučuje. Filozofie zástupců klasické metody fluency shaping, že s nárůstem plynulosti řeči se automaticky zlepší kvalita života, ignoruje komplexnost obrazu koktavosti svým zjednodušeným úhlem pohledu. Již v roce 1984 zjistil Sheehan: „Defining stuttering as a fluency problem borders on professional irresponsibility. It ignores the person; it ignores his feelings about himself; it ignores the significance of stuttering in his life“ (S.226). Pokud však integrujeme fluency shaping techniku do odpovídajícího celkového konceptu – jako v případě Bonnské terapie koktavost – výše uvedená kritika neplatí. Naopak naše zkušenosti ukazují, že kontrola řeči má pro mnohé účastníky terapie pozitivní efekt: vedle balbutiků s vysokou mírou neplynulostí, případně s nedostatečnou schopností vnímat symptomy, z ní profitují také účastníci terapie s malou četností symptomů. Fluency shaping technika jim v tomto případě umožňuje vysokou měrou zažít do té doby nepoznaný pocit plynulosti, kontroly a uvolnění v řeči. Velká část pacientů považuje kontrolu řeči po ukončení terapie za stěžejní techniku.

V konceptu Bonnské terapie koktavosti je fluency shaping technika zprostředkovávána teprve po zpracování psychosociální problematiky a po osvojení si modifikační techniky. Nejdříve tedy bylo dosaženo sebevědomého pojetí problematiky koktavosti a schopnost zpracovat plynule jednotlivá zakoktání. Jak tvrdí Thum (2013, S. 96), jsme zásadně přesvědčeni o tom, že „řečové techniky působí trvale pouze tehdy, když byla pacientovi poskytnuta ucelená fáze desenzibilizace k odbourání strachů z mluvení a pocitů studu“. Naše zkušenosti dokládají, že ne všichni balbutici profitují z fluency shaping techniky, dokonce u některých je kontraindikována, proto na rozdíl od jiných terapeutických konceptů nezprostředkováváme tuto techniku všem účastníkům terapie. Otázka indikace je diskutována pacientem a terapeutem při společných sezeních.

Pravidla

Budování řečové kontroly probíhá zpočátku výrazně zpomalenou mluvou přes několik stupňů až k co možná nejpřirozenějšímu tempu řeči. Následující pravidla platí pro všechny stupně:

- **Strukturovaná mluva:** plánované vyjádření je rozděleno na obsahově smysluplné výseky, přičemž podle jednotlivých stupňů se zvyšuje počet slov pro každý takový výsek, od počátečního jednoho slova až k libovolnému počtu slov. K vytvoření každého jednotlivého výseku platí následující pravidla:

- ✓ **Měkký hlasový začátek:** první slabika každého úseku začíná měkkým hlasovým začátkem, aby došlo ke kontrole a plynulosti.

- ✓ **Protahovaná mluva:** kromě první slabiky se protahuje také zbytek výseku, s co možná nejpřirozenějším přízvukem. V průběhu jednotlivých stupňů se toto protahování redukuje.

- ✓ **Všeobecná fonace:** cílem je vázaná mluva bez pauz mezi jednotlivými slabikami a slovy. Je důležité, mimo jiné, aby byly neznělé frikativy a plosivy i nadále vyslovovány pokud možno přirozeně neznělé.

- ✓ **Lehký artikulační kontakt:** aby bylo co možné nejvíce zabráněno zadrhnutí, jsou konsonanty, především plosivy, tvořeny s menším artikulačním tlakem.

Další názory

Disponibilita výběru po ukončení terapie mezi sebevědomým zacházením s koktavostí, modifikační technikou a technikou fluency shaping otevírá účastníkům terapie množství možností. Někteří tak užívají v každodenní komunikaci především řečovou kontrolu, jiní kontrolované koktání a jiným zase vyhovuje sebevědomé koktání. Většina najde svou optimální cestu v kombinaci mezi jednotlivými formami mluvy – závisí to například na situaci, komunikačním partnerovi a nutnosti kontroly.

Profylaxe recidiv

Protože se koktavost vyznačuje velmi vysokým zatížením recidiv (*Wendlandt, 2010*), má velký význam stabilizace nových způsobů mluvy, prožívání, myšlení a chování. Z toho je patrné, že toto téma je centrálním pilířem Bonnské terapie koktavosti, kterému se věnují dva následné týdenní pobyty. Ve všech čtyřech léčebných modulech dostávají účastníci terapie ucelené informace na téma recidiva. Zpracovávají se individuální strategie pro profylaxi a zdoání recidivy. Tyto strategie jsou doplňovány různými materiály, aby byla podpořena osobní terapeutická práce.

Po ukončení stacionární péče je každému účastníkovi terapie umožněn telefonní kontakt, tzv. opakovací dny nebo teleterapeutické setkání. Také je podporováno navázání kontaktu se svépomocnými skupinami v blízkosti bydliště.

Závěr

Z důvodu vysoké individuality a komplexnosti obrazu koktavosti pokládají autoři za nezbytné poskytovat kombinovaný přístup, který sjednocuje oba osvědčené terapeutické směry – modifikaci koktavosti a fluency shaping – do jednoho uceleného konceptu. Na tomto základě představuje koncepce Bonnské terapie koktavosti optimální, na pacienta orientovanou metodu, která umožňuje každému účastníkovi terapie, aby si vybral mezi mnoha rozdílnými prvky, technikami a metodami svoji individuální a odpovídající péči.

Literatura

APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric association.

BAUMGARTNER, S. (2012). Sprechwerkzeuge stottern nicht. *Forum Logopädie*. 26(2), 6-11.

- BLOODSTEIN, O.; BERNSTEIN RATNER N. (2008): *A handbook on stuttering*. 6. Aufl., Clifton Park, Delmar.
- BREITENFELDT, D. & LORENZ, D. (2002). *Stotterer-Selbst-Management-Programm. Das Trainingsprogramm mit der „Ankündigung als Entlastungsstrategie für jugendliche und erwachsene Stotterer*. Köln: ProLog.
- DECHER, M. (2011). *Therapie des Stotterns. Ein Überblick über aktuelle Therapieansätze für Kinder, Jugendliche und Erwachsene*. Köln: Demosthenes.
- DRUCKER, P. (1998). *Die Praxis des Managements*. Düsseldorf: Econ.
- ELLIS, A. (1989). *Die rational-emotive Therapie: das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung*. München: Pfeiffer.
- FEHM, L. & WITTCHEN, H.-U. (2005). Konfrontationsbehandlung bei Sozialer Phobie. In: NEUDECK, P. & WITTCHEN, H.-U. (Hrsg.). *Konfrontationstherapie bei psychischen Störungen: Theorie und Praxis*. S. 47-66. Göttingen: Hogrefe
- GRAWE, K., DONATI, R. & BERNAUER, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- GREGORY, H. H. (2003). *Stuttering Therapy: rationale and procedures*. Boston: Allyn & Bacon.
- GUITAR, B. (1998). *Stuttering. An integrated approach to its nature and treatment*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- HAM, R. (1986). *Techniques of Stuttering Therapy*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- HAM, R. (2000). *Techniken in der Stottertherapie*. Köln: Demosthenes.
- HANSEN, B. & IVEN, C. (2010). Diagnostik des Stotterns bei Kindern: Ein Diskussionsbeitrag zur Umsetzung der ICF. *Sprachheilarbeit*. 55(2), S. 71-78.
- KUHR, A. (1991). *Die verhaltenstherapeutische Behandlung des Stotterns*. Berlin: Springer.
- MCCAULEY, R. (1996). Familiar strangers: criterion-referenced measures in communication disorders. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*. 27, S. 122-131.
- MURRAY, F. (1993). Zu einem freieren Sprechen. In: HOOD, S. (Hrsg.). *An einen Stotterer*. S. 35-39. Köln: Demosthenes.
- NATKE, U. & Alpermann, A. (2010). *Stottern: Erkenntnisse, Theorien, Behandlungsmethoden*. Bern: Huber.
- PRÜß, H. (1992) In: GROHNFELD, M. (Hrsg.). Was ist „Erfolg“ in der Stottertherapie? *Sprachheilarbeit*. 37, S. 227-239.
- PRÜß, H. (1996). Eine autobiographische Betrachtung meiner Auseinandersetzung mit dem Problemkreis Stottern – der Weg zu einem dualistischen Grundverständnis. In: GROHNFELDT, M. (Hrsg.). *Lebenslaufstudien und Sprachheilpädagogik*. S. 181-203. Dortmund: Modernes Lernen.
- PRÜß, H. & RICHARDT, K. (2010). Patientenorientierte Vorgehensweise in der Therapie des Stotterns im Jugend- und Erwachsenenalter. In: IVEN, C. & KLEISENDORF, B. (Hrsg.). *St-t-tt-ttstern. Aktuelle Impulse für Diagnostik, Therapie und Evaluation*. S. 113-132. Idstein: Schulz-Kirchner
- RAUSCHAN, W. & WELSCH, C. (2008). Das ABC-Modell für die Therapie des chronischen Stotterns nach dem Konfrontationsansatz. *Forum Logopädie*. 22(2), S. 6-10.
- RILEY, G. (1994). *A stuttering severity instrument for children and adults*. SSI-3. Austin: ProEd.
- SANDRIESER, P. & SCHNEIDER, P. (2008). *Stottern im Kindesalter*. Stuttgart: Thieme.
- SHEEHAN, J. G. (1970). *Stuttering. Research and therapy*. New York: Harper & Row
- SHEEHAN, J. G. (1984). Problems in the evaluation of progress and outcome. In: PERKINS, W. H. (Hrsg.). *Stuttering disorders*. S. 223-240. New York: Thieme.
- SOMMER, M. (2012). Fehlstart im Gehirn. *Gehirn und Geist*. 3, S. 40-45.
- STARBUCK, H. (1993). Werkzeugkasten für Stotterer. In: HOOD, S. (Hrsg.). *An einen Stotterer*. S. 119-124. Köln: Demosthenes.
- STARKWEATHER, C. W. & GIVENS-ACKERMANN, J. (1997). *Stuttering*. Austin: Pro-ed.
- THUM, G. (2011). *Stottern in der Schule: Ein Ratgeber für Lehrerinnen und Lehrer*. Köln: Demosthenes.
- THUM, G. (2013). Sprechtechniken in der Stottertherapie. *Praxis Sprache*. 58(2), S. 96-101.

Van Riper, Ch. (1986). *Die Behandlung des Stotterns*. Solingen: Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe.

VON TILING, J. (2010). Die Angst vor dem Stottern und ihre Ursachen. *Die Sprachheilarbeit*. 55(6), S. 291-300.

WALTER, O. (2004–2009). *Exposition und Reaktionsverhinderung (Konfrontationstherapie)*. (24. 06. 2013) Online unter URL: www.verhaltenswissenschaft.de/Psychotherapie/Verhaltenstherapie/Exposition/exposition.htm

WENDLANDT, W. (2009). *Stottern im Erwachsenenalter: Grundlagenwissen und Handlungshilfen für die Therapie und Selbsthilfe*. Stuttgart: Thieme.

WENDLANDT, W. (2010). *Abenteuer Stottern: Ganzheitliche Wege und integrative Konzepte für die Therapie und Selbsttherapie*. Köln: Demosthenes.

ZANG, J. (2010). Diagnostik in der Stottertherapie. *Forum Logopädie*. 24(2), S. 6-11.

ZÜCKNER, H. (2008). *Intensiv-Modifikation Stottern: Die Modifikation: Informationen für Therapeuten*. Neuss: Natke.

ZÜCKNER, H. (2012). Stottertherapie bei Erwachsenen. In: NATKE, U. (Hrsg.). *Wissen über Stottern: Aktuelle Informationen für Laien und angehende Fachleute*. S. 55-73. Neuss: Natke.

ČESKÝ PŘEKLAD - VŽDY CITUJTE NĚMECKÝ ORIGINÁL!