

## KOKTAVOST U DĚTÍ

### CHILDHOOD STUTTERING

**Dr.phil. Patricia Sandrieser**

Katolická klinika Koblenz Montabaur  
Rudolf-Virchow-Straße 7 - 9  
D - 56073 Koblenz  
Německo

patricia@sandrieser.de  
p.sandrieser@kk-km.de

**Český překlad Mgr. et Mgr. Iva Bajtlerová**

#### **Abstrakt**

Článek podává historický přehled a nejnovější poznatky o koktavosti v dětství a zabývá se zavedenými a doporučenými metodami léčby koktání a radami rodičům. Na základě klasifikace MKF (ICF) mají být čtenáři schopni odvodit dvoustupňovou diagnostiku, poradenství a popřípadě léčebný plán. V rámci německé směrnice S3 jsou uvedeny také léčebné metody, které se neosvědčily. Aktuální stav výzkumu léčby je kriticky diskutován.

#### **Abstract**

The article gives an historical overview and the state of the art concerning childhood stuttering and deals with the well established and recommended methods to treat stuttering and to advice the parents. According to the model of ICF, the reader should be enabled to deduce the two-step diagnostic procedure, the counseling and - if necessary - the scheduling of therapy. According to the German guidelines there are therapy methods mentioned, that can be recommended. The state of the art concerning research about therapy is discussed critically.

#### **Klíčová slova**

dětství, koktavost, předsudky, etiologie terapie, poradenství, terapeutické rozhodování

#### **Key words**

childhood, stuttering, prejudices, etiology, therapy, counseling, therapy decision

#### **Úvod**

Koktavost patří s minimálně 5% incidencí v dětství (Andrews and Harris, 1964, Mannson, 2002) k nejčastějším logopedickým poruchám. Po mnoho let byla koktavost považována za záhadnou a obtížně léčitelnou poruchu. Nejen v Evropě byla koktavost dlouho léčena nepřímo pomocí poradenství rodičům nebo psychoterapie. Koktavým dětem a jejich rodičům byly přisuzovány zvláštní vlastnosti – dlouho byly tyto děti považovány za psychicky méně odolné; příčina byla chybně spatřována v chybách rodičovské výchovy nebo v traumatických zážitcích (Boberg, 1995). Na základě kolísání klinických příznaků závislých na situaci byla koktavost považována za "rtuťovou poruchu" (Dell, 1993), což vedlo laiky často k mylné domněnce, že

se děti musí lépe soustředit, déle přemýšlet o tom, co má být vysloveno, uklidnit se nebo mluvit pomaleji, neboť jejich myšlení je rychlejší než řečový projev.

Dnes je koktavost považována za jednu z nejlépe prozkoumaných poruch v oblasti logopedie, a to zejména proto, že se hlavní příznaky koktavosti vyskytují nezávisle na jazyce, a dokonce nezávisle na modalitě řečového projevu – ve znakových jazycích se koktá se stejnými příznaky (Poizner et al., 1987). To znamená, že základní výzkum nemusí být replikován pro každou řeč tak, jak to je obvyklé v rámci výzkumu jazyka, např. při zkoumání větné skladby s důrazem na postavení slovesa. Víme, že koktavost je porucha plynulosti řeči, a proto jsou logopedové se svým základním vzděláním v oblastech rozvoje řeči, komunikace a fonetiky, jakož i se svými znalostmi o analýzách spontánní řeči a o léčebných metodách, specialisty na diagnostiku koktavých dětí, poradenství pro rodiče a stanovení vhodné léčby. K dispozici máme vyhodnocené a dobře strukturované terapeutické koncepty, které lze použít již ve věku 2 let. Na základě vysoké míry spontánní remise je v mnohých případech dostačující poskytnout rodičům poradenství s pokyny, jak vhodně zacházet s koktavým dítětem.

### **Definice**

Koktavost znamená nedobrovolné opakování hlásek nebo slabik nebo bloky před slovem či uprostřed slova (Bloodstein and Bernstein Ratner, 2008). Diagnóza koktavosti může být stanovena v případě, kdy v reprezentativním řečovém vzorku vykazují tuto poruchu plynulosti minimálně 3 % vyřčených slabik (Sandrieser, 2005). Opakování, prodlužování a bloky jsou nazývány také jako hlavní příznaky koktavosti. V mluveném projevu osoby se mohou vyskytovat jednotlivě, po dvou nebo všechny tři najednou. Tyto hlavní příznaky pak v rámci klasifikace MKN-10 (ICD-10) definují diagnózu koktavosti (F98.5). Za doprovodné příznaky jsou označovány nevhodné copingové strategie, které buď vyplývají z pokusu o únik z případu koktavosti (např. v podobě zvýšení tonu v příznaku nebo doprovodný pohyb očima, hlavou nebo končetinami), nebo jsou snahou o vyhnutí se koktání (např. nahrazením obávaného slova nebo změnou způsobu vyjadřování, např. šeptáním nebo vyjádření prozpěvováním) (WHO, 2019). V průběhu balbutismu může někdy již po velmi krátké době dojít na základě lalofobie a ovlivnění efektivní komunikace k psychickému postižení, které je v rámci DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015) definováno v souvislosti s balbuties s ohledem na vyskytující se negativní pocity jako úzkost nebo stud. V rámci diagnostiky a terapie, jakož i prvního poradenství, je proto důležité informovat všechny zúčastněné o tom, že samotná koktavost je definována hlavními příznaky (opakování, prodlužování, bloky). V případě doprovodných příznaků a eventuálně vyplývajících psychické zátěže se jedná o následky koktavosti. Bez ohledu na věk dítěte a okamžik začátku koktavosti je logopedická diagnostika a poradenství ve smyslu MKF (WHO, 2001) smysluplná v případě, že koktavost představuje omezení participace v každodenním životě (Sandrieser and Schneider, 2015). V mnohých případech jsou doprovodné příznaky nebo změny chování vyplývající z psychické zátěže hodnoceny jako sociálně nápadnější, jako koktavost samotná.

### **Historické posouzení**

Svatozář záhadnosti, která koktavost po mnoho let obklopovala, a existenci neúčinných rad a intervencí lze vysvětlit pomocí mezinárodně přístupné literatury a rozpoznání. Chybějící základní výzkum a interpretace studie před téměř 100 lety vedly k chybnému výkladu ve třech oblastech:

- Podobnost mezi případy koktavosti a běžným narušením plynulosti řeči vedla k domněnce, že koktavost je jev, který je ve vývoji řeči obvyklý a nepředstavuje tak důvod k obavám.

- Vysoká míra spontánních remisí zjevně podporovala příznivce vyčkávací strategie a často vedla k tomu, že starostliví rodiče nebyli bráni vážně. Kromě toho se lze obávat, že na základě toho poskytovatelé neúčinných léčebných metod dodnes považují za opodstatněné, když děti v okamžiku jejich intervence mají remisi.
- Takzvaná "diagnozogenní teorie koktavosti" od Wendella Johnsona (1942) vedla k domněnce, že je pro děti škodlivé reagovat na jejich koktavost. Z tohoto vyplývající rada pro rodiče, aby dbali jen na obsah řečeného a ignorovali koktání, měla za následek, že se v oblasti logopedie po dlouhou dobu neetablovaly žádné přímé terapeutické přístupy.

### **Neplýnulost řeči typická pro koktavost a běžná neplýnulost řeči**

V případě možných hlavních příznaků koktavosti (opakování hlásek a slabik, prodlužování hlásek a bloky před slovy nebo uprostřed slov) se jedná o nedobrovolnou neplýnulost řeči, která se u nekoktavých osob vyskytuje velmi zřídka a která nepřekračuje diagnosticky relevantní 3% mez (Sandrieser, 1995). U všech lidí, a to jak dětí, tak i dospělých, se vyskytují normální neplýnulosti v řeči, které Starkweather nazývá jako "funkční neplýnulosti" (Starkweather, 1987). Tyto neplýnulosti mají jednu funkci: poskytují mluvící osobě čas pro plánování projevu nebo pomáhají opravit chyby. Funkční neplýnulosti se proto používají ze strategického hlediska, aby zabránily polevení pozornosti posluchače, nebo aby nedošlo ke změně mluvící osoby (Kowal et al., 1975). Na rozdíl od laického názoru nejsou znakem nezralého vývoje řeči, ale s rostoucím věkem jsou se stále větším časovým podílem používány v mluveném projevu (Sandrieser, 2005). Typickými funkčními neplýnulostmi u dětí v předškolním věku je opakování slov (Kowal et al., 1975). V této době začíná většina dotčených dětí koktat (Guitar, 2014). Jelikož se i u koktavých dětí může opakování objevovat jako hlavní příznak, bylo toto opakování již velmi brzy a velmi dávno posuzováno jako jedna entita s běžnými neplýnulostmi (Fröschels, 1931). Funkční neplýnulosti lze však od případů koktavosti odlišit jak na základě umístění jejich výskytu (často na konci fráze), tak i na základě jejich struktury (víceslabičná slova, opakování frází nebo prodlužování důrazu) (Sandrieser, 2005).

Závěrem je, že rodiče, kteří si dělají starosti, že jejich dítě koktá, musejí být bráni vážně. Když jim zdánliví odborníci poradí špatně v tom smyslu, že jejich starost je neodůvodněná, dojde ke znejistění jejich rodičovské kompetence.

### **Remise**

Míra remisí se u koktavých dětí odhaduje na 70 až 80 procent (Neumann et al., 2016). Největší šance je v prvních dvou letech po začátku koktavosti. Když terapeuti pracují s dětmi v této věkové skupině, musí jejich intervence dopomoci ještě více dětem k remisi, pokud se s ohledem na vyléčení chtějí označit za efektivní.

Závěr: Seriózní terapeuti upozorní rodiče koktavých dětí na to, že se může jednat o časovou náhodu, když současně s terapií nastane i remise. V této terapeutické skupině musí být zahrnuta buď dostatečně velká skupina dětí, nebo srovnatelná kontrolní skupina, aby bylo možné prokázat účinky.

Jelikož je známo postupné kolísání příznaků a jelikož jsou popsána i období bez symptomů, musí zdánlivě úspěšná terapie zahrnovat navíc následné přezkoumání, které je prováděno nejdříve 12 měsíců po skončení terapie.

Závěr: Vysoká míra remisí nesmí být důvodem k tomu, aby byla malým dětem upírána logopedická diagnostika či poradenství – jelikož mohou doprovodné příznaky a psychická zátěž nastat také již velmi brzy po začátku balbutismu, může i později remitující symptomatika vést

k nepříznivému vnímání sebe samých a k omezení participace v každodenním životě (Sandrieser and Schneider, 2015).

### **W. Johnsons "Diagnozogenní teorie koktavosti"**

Když se W. Johnson dotazoval rodičů koktavých dětí na neplynulosti, kterých si všimli na začátku poruchy, a když se ptal kontrolní skupiny rodičů, jejichž děti nekoktali, jaké neplynulosti slyšeli během mluveného projevu u svých dětí, vyplynul z kvantitativní analýzy výsledek, že nekoktavé děti vykazovaly někdy dokonce více neplynulostí (Johnson et al., 1942). Z toho vyvodil takzvanou diagnozogenní terapii koktavosti, která uváděla, že koktavé děti dělají neplynulosti stejně jako všechny ostatní děti, ale že jejich rodiče na to negativně reagují a ženou tak své děti do balbutismu. Jeho terapeutická systematika spočívala v tom, že téma koktavosti nemělo být vůči dětem tematizováno, že děti neměly být v žádném případě podrobovány léčbě a že naopak rodiče dostávali rady, jak nemají nadále na neplynulosti reagovat.

Pozdější prohlížení údajů z jeho studií ukázalo, že uvedené neplynulosti v obou skupinách vykazují kvalitativní rozdíl. Rodiče koktavých dětí uváděli, že jim byly nápadné takové neplynulosti, které dnes označujeme jako hlavní příznaky koktavosti. Rodiče nekoktavých dětí naproti tomu popsali zejména běžné, funkční neplynulosti v mluveném projevu svých dětí (Johnson, 1959). Zveřejnění opětovného průzkumu údajů však ještě dlouho nevedlo ke změně v nabídce poradenství a léčby. I zde mohla vysoká míra spontánních remisí v každodenním terapeutickém životě vést k tomu, že terapeuti doporučovali neléčit děti přímo, ale místo toho poradit rodičům, aby koktání ignorovali.

Závěr: Jelikož dnes víme, že chování rodičů nehraje ve vzniku balbutismu žádnou významnou roli (Neumann et al, 2016, s. 31), je z etického hlediska nepřijatelné dát rodičům pocit, že nesou vinu na koktavosti dítěte. Jelikož ze studií v několika jazycích víme, že i malé děti si jsou na začátku koktání vědomy toho, že se jejich mluvený projev mění (i když pojem „koktavost“ ne vždy znají), nemůže dětem uškodit, když se s nimi začne přiměřeně a laskavě mluvit o koktání (Boey et al. 2009, Langevin 2009). Sandrieser a Schneider (2015) kromě toho poukazují na to, že tabuizování může vést k tomu, že se zatížené děti při hledání pomoci a útěchy neobrátní na dospělé ve svém okolí.

### **Aktuální stav výzkumu**

Koktavost je porucha plynulosti řeči, která je podmíněna geneticky (Felsenfeld et al., 2000; Kraft and Yairi 2011). Koktavost začíná obvykle mezi 2. a 5. rokem života, průměrný začátek je stanoven na 2,8 roku (Guitar, 2014). O něco vyšší podíl koktavých chlapců se do dospívání ještě více změní, jelikož dívky zažívají více remisí (Andrews and Harris 1964; Mansson, 2000). Incidence, tzn. počet nových onemocnění v populaci, je odhadována na minimálně 5% (Mansson, 2000), zatímco prevalence, tzn. podíl osob, které koktají k určitému okamžiku, je ve věkové skupině dětí a mládeže odhadována na více než 1,7 % (Bloodstein and Bernstein Ratner 2008). Dnes se vychází z toho, že genetické příčiny jsou vysvětlením pro rozdíly u pohlaví na začátku a při pravděpodobnosti remisí (Neumann et al, 2016, s. 23). Mozky balbutiků vykazují strukturální změny (např. Sommer et al, 2002), avšak prokázány mohly být i neurofunkční změny (přehled viz Neumann et al., 2016 s. 41 a násled.).

### **Doporučovaná diagnostika**

Směrnice S3 „Poruchy plynulosti řeči“ zveřejněná v Německu v roce 2016 (Neumann et al., 2016) doporučuje logopedickou diagnostiku, kdy mají být v rámci analýzy spontánního mluveného projevu kromě neplynulostí typických pro koktavost zjištěny také doprovodné

příznaky a předpokládané psychické reakce na kóktavost. Jako vhodný se ukázal nástroj predikce kóktavosti, tzv. Stuttering Severity Instrument, SSI-4 od Rileyho (2009). Kromě této standardizované analýzy hlavních příznaků – co se týče kvantity a kvality – jsou reakce z okolí a anamnestické zjišťování možného omezení komunikace stejně důležité jako odhadnutí přirozenosti mluveného projevu a u starších dětí jejich vlastní odhadnutí stupně zatížení kóktavostí. Sandrieser a Schneider (2015) doporučují dvoustupňovou diagnostiku, kdy je v prvním kroku stanoveno, zda se jedná o kóktavost, a ve druhém kroku jsou pak zjišťovány všechny informace, které jsou nutné pro poradenství rodičům. Jelikož je pravděpodobnost spontánní remise v prvních dvou letech po začátku kóktavosti největší, může být vyčkávací opce u dětí, které nejsou zatíženy žádnými hlavními příznaky a u kterých se nevyvinuly žádné nápadné doprovodné příznaky, opatřením vedoucím k cíli. To však vyžaduje, aby byli rodiče dobře informováni o možných postupech a aby věděli, že své dítě mohou opět přivést, pokud se něco změní.

V průběhu diagnostiky však musí logoped kromě toho provést posouzení, zda se vyskytují komorbidity, které vyžadují poradenství či léčbu, např. specifická porucha vývoje řeči.

### **Diferenciální diagnostika**

Kromě "původní kóktavosti" – tzn. kóktavosti, která vzniká v raném dětství bez zjevné příčiny a bývá způsobena ústředním deficitem ovládnutí řeči – existují ještě další formy kóktavosti. Směrnice "Poruchy plynulosti řeči" navrhuje tuto vymezující klasifikaci:

Získaná kóktavost nebo vrozená kóktavost.

Získaná kóktavost:

- Neurogenní kóktavost
- Psychogenní kóktavost

Vrozená kóktavost

- Původní kóktavost
- Syndromická kóktavost (u osob s trisomií 23)

Další poruchou plynulosti řeči je ještě breptavost.

Přehled rozčlenění poruch plynulosti řeči, jejich etiologie a příznaků je uveden ve směrnici (Neumann et al., 2016, s. 54 a násl.).

Také u dětí s podezřením na elektivní mutismus by mělo být anamnesticky zjišťováno, zda lze v domácím prostředí sledovat nějaké příznaky kóktavosti, které by mohly vysvětlit, proč dítě např. ve školce vypouští verbální komunikaci jako formu vyhýbavého chování.

### **Poradenství a odvození léčby**

#### **Indikace pro léčbu**

Ve smyslu klasifikace MKF by se mělo kromě počtu a kvality slyšitelných případů kóktavosti zjistit také to, zda se doprovodné příznaky nebo narušení vyskytují v komunikaci nebo ve vnímání sebe sama jako kompetentního řečníka. Léčba je indikována, pokud na základě poruchy dochází k narušení participace v každodenním životě. To může například znamenat, že se děti vyhýbají obávaným slovům nebo že v určitých situacích raději nemluví vůbec – ze strachu z kóktání. Umění spočívá v rychlé reakci v případě narušení a v nabídnutí léčby i malým dětem a zabránění tomu, aby se z poruchy stalo postižení. Na straně druhé by se však mělo uvážit, jaké děti z léčby profitují, jelikož i hravá terapie přiměřená dětem je spojena s dodatečnými náklady pro rodinu (pravidelné termíny, domácí cvičení, popř. finanční náklady). A díky nabídce léčby je zřetelně vidět, že neodpovídají normě. Co se týče aktuálních

studií, zůstává dilema, že známe prediktory, které činí remisi pravděpodobnější (přehled viz Lattermann, 2011), že ale nelze pro konkrétní dítě spolehlivě předpovědět, zda remise také nastane. Rodiče<sup>1</sup> by měli být na základě diagnostiky a fundovaného poradenství informováni o možných postupech a nabízených terapeutických konceptech a poté by měli být ve smyslu „informed consent“ (Neumann et al, 2016, s. 140) schopni se za své dítě rozhodnout, zda si léčbu přejí – a pokud možno také zvolit vhodnou metodu.

Možným rodičovským rozhodnutím je také to, že si nepřejí žádnou léčbu pro dítě, ale že požadují určité poradenství, jak zacházet s koktavým dítětem.

### **Cíle léčby**

Pro malé děti je remise, tzn. úplné vyléčení, pochopitelně požadovaným cílem. S přibývajícím dobou po začátku balbutismu a zejména po skončení puberty je pravá remise stále nepravděpodobnější. Cíl úspěšné léčby pak spočívá v dobrém zvládnutí koktavosti a v etablování techniky výslovnosti. Aktuálně si nemůže žádná léčebná metoda klást požadavek na vyléčení každého koktavého dítěte. Ukazuje se, že také pravděpodobnost remisí je geneticky determinována (Kraft, 2015). Přísliby vyléčení jsou tudíž považovány za neseriózní (Sandrieser a Schneider, 2015; Neumann et al., 2016, s. 2010).

Již před léčbou musí být rodiče informováni o tom, že vyléčení nelze slíbit. V rámci možného projednání cílů léčby se osvědčilo dotázat se rodičů (a popř. dítěte), jaká jsou jejich přání. Mnoho rodičů si dělá starosti, že se ve školce nebo ve škole budou ostatní děti jejich dítěti posmívat, že se jejich dítě na základě nápadných doprovodných příznaků stane outsiderem a že tak bude bráněno jeho rozvoji. Stejně jako u diagnostiky a prvotního poradenství je i zde důležité posuzovat hlavní příznaky odděleně od doprovodných symptomů: balbutikům se ostatní děti nevyhýbají nebo nevysmívají na základě krátkých a nenapjatých hlavních příznaků, ale na základě sociálně nápadných doprovodných příznaků nebo změn v (řečovém) chování, které mohou vzniknout z emoční zátěže (např. přerušování očního kontaktu v příznaku, chorobný strach z mluvení nebo znaky studu). Omezování doprovodných příznaků a zpracování nevhodných psychických reakcí na koktavost jsou tak stejně důležitými cíli v léčbě balbutismu jako redukce případů koktavosti. Pokud nebude koktavost překonána, mělo by být koktavé dítě schopno překonat ztrátu kontroly v případě koktavosti a vnímat samo sebe jako kompetentního řečníka, který je během přiměřené doby schopen vyjádřit komunikační přání. Kromě práce na příznaku hraje poradenství rodičům v terapii koktavosti ústřední roli. Jelikož je balbutismus stejně jako dříve poruchou zatíženou mnohými předsudky, je důležité, aby rodina koktavého dítěte měla dostatek vědomostí o jevu koktavosti, aby o něm mohla informovat bližší okolí (prarodiče, kamarády, vychovatele).

### **Kritéria dobré léčby koktavosti**

Jak je popsáno výše, ztěžuje vysoká míra spontánních remisí posouzení, zda k vyléčení došlo

- díky terapii,
- náhodně zároveň během terapie,
- i přes neúčinnou terapii.

Oliver Bloodstein a Nan Bernstein Ratner (2008, s. 338-343; detailní diskuze viz Neumann et al., 2016 s. 98 a násl.) formulovali 12 kritérií, na jejichž základě může být měřena dobrá a prokazatelně účinná terapie koktavosti. K tomu patří například, že prokázání účinnosti bylo

---

<sup>1</sup>Pod pojmem „rodiče“ se rozumí odpovědné osoby oprávněné k výchově. Těmi mohou být pokrevní rodiče, nebo také pěstouni a adoptivní rodiče, co-parents, pokrevní rodič s novým partnerem atd.

zjišťováno na dostatečně velké skupině za současného měření objektivně zjistitelných kritérií, a to i v situacích blížících se každodennímu životu; že stabilitu výsledků lze opětovně prokázat nejdříve 12 měsíců po poslední terapeutické intervenci a že jsou kromě snížení koktavosti zohledňovány a pozitivně ovlivňovány také úzkosti, vyhybavé chování a vnímání sebe sama. Pro léčbu dětí navíc platí, že pozitivní účinky plynulé řeči nesmějí být dosahovány tím, že je snižována lingvistická úroveň mluveného projevu.

### **Doporučované léčebné metody**

V léčbě mladistvých a dospělých balbutiků jsou již po řadu let známy dva terapeutické koncepty, které jsou evaluovány a které jsou rovnocenné (Sandrieser and Schneider, 2015): na straně jedné to jsou koncepty modifikace koktavosti, jejichž cílem je zasáhnout do případu koktavosti, překonat ztrátu kontroly a zrealizovat slabiku dotčenou koktavostí pomocí naučené techniky výslovnosti. Nejznámějším zástupcem této metody je bezesporu Charles Van Riper; jím upřednostňovaná technika prodlužování a uplatnění této techniky na slabiku dotčenou koktavostí se nazývá Pull-Out. Na straně druhé existují metody restrukturalizace řeči, tzv. Fluency Shaping (tvarování plynulosti), kdy se používá technika, která pomáhá potlačit případ koktavosti. Prvním dobře popsáním konceptem Fluency Shaping byl program GILCU od Ryana (Nippold, 2011), dnes je velmi rozšířen Camperdown program pro léčbu mladistvých (University of Technology Sydney, 2018).

Ve směrnici ke koktavosti byly v rámci doporučení zohledněny pouze takové léčebné metody, které podle standardů komise pro směrnici splňovaly požadovaná kritéria kvality (Neumann et al., 2016, s. 10), např. opakovaný test nejdříve 12 měsíců po skončení terapie za účelem ověření stability účinků, nebo popsání zjišťování objektivizovatelných parametrů, jako např. počet slabik dotčených koktavostí.

V případě dětí ve věku od 2 do 7 let, s nimiž byli logopedi konfrontováni nejčastěji, byly výsledkem tři metody, které byly vybaveny různě silnými doporučeními:

- Lidcombe program (Onslow et al, 2003) s nejdostupnějšími studiemi – většinou z Austrálie a USA – který vykazuje největší přehled. Jedná se o behaviorální léčebnou intervenci se zapojením jednoho z rodičů (dále jen jako „matka“), která je instruována jako spoluterapeut. Týdenní hodiny terapie jsou využívány k zavedení cvičení. V rámci strukturovaných denních cvičení jsou matkou v první fázi nabízeny hry, při kterých je kontrolována lingvistická úroveň, která je na začátku velmi nízká, např. jednoslovné vyjádření jako u memory nebo lota. Cílem je dosažení četných plynulých vyjádření dítěte během cvičení. Terapeutická výzva spočívá v instruování matky, aby byla schopna spolehlivě rozlišit plynulou řeč a koktané slabiky. V této cvičné situaci má matka každé plynule vyslovené vyjádření dítěte spolehlivě potvrdit verbálním pozitivním zesílením. Pokud dítě v těchto cvičeních málo koktá, zvyšuje se lingvistická úroveň ve cvičeních. Souběžně s tím rodiče denně dokumentují, jak je hodnocen stupeň závažnosti koktavosti v každodenním životě na 10stupňové stupnici. Pokud dítě během prvních 15 až 20 hodin nevykazuje žádnou tendenci, že by závažnost koktavosti v každodenním životě klesala, je považováno za neresponzivní a program se ukončí. V případě poklesu koktavosti jsou denní cvičení zvyšována až na úroveň spontánní řeči a ve druhé fázi terapie je matkou v předem domluvených každodenních situacích používáno verbální pozitivní zesílení. Cílem terapie je stav bez příznaků, a to i po skončení terapie a vysazení pozitivního zesílení.
- Druhou léčebnou metodou, která díky výrazně nižšímu počtu studií získala adekvátně slabší hodnocení, je program KIDS, "Kinder dürfen Stottern" („děti mohou koktat“) (Sandrieser and Schneider, 2001 až 2015), který je adaptací modifikace koktavosti. Děti

se učí na modelu a od předškolního věku pomocí strukturovaných cvičení, jak mohou pomocí řečové techniky eliminovat případy koktavosti, které jsou obohaceny o doprovodné symptomy jako např. zvýšení tonu, doprovodné pohyby nebo vegetativní příznaky, a jak mohou hovořit dál. Důležitou roli přitom hraje technika pseudo koktání. V případě tohoto záměrného, nenapjatého a uvolněného „koktání“ se jedná jak o artikulační motorické cvičení (aby se dítě naučilo získat opět kontrolu nad mluveným projevem), tak i o paradoxní intervenci. Logopedicky ošetřované děti mají často etablovány nevhodné copingové strategie, které vyplývají z pokusu překonat případ koktavosti pomocí síly a úsilí. Pseudo koktání, které se v terapii nejprve používá hravou formou a poté s rostoucím stupněm obtížnosti až do úrovně spontánní řeči, zde může sloužit jako metoda desenzibilizace. Tím má dojít k odbourání tendence, kdy je proti koktavosti bojováno. I v tomto konceptu je přítomnost jednoho z rodičů v rámci týdenní terapie a průběžných cvičení nezbytná. Pokud děti na základě terapie nedojdou k žádné remisi, má tato technika pomoci rozpouštět případy koktavosti. Jako blízký cíl je popisováno odbourání doprovodných příznaků. Vzdáleným cílem u přetrvávající koktavosti je redukce případů koktání, jelikož kontrolní přesvědčení snižuje arousal a tím i jeden z nejdůležitějších spouštěcích faktorů koktání. Souběžně se zaváděním techniky k rozpouštění příznaků jsou rodičům a od předškolního věku i dítěti poskytovány informace o vzniku a možných průbězích koktavosti. Tím má být zvýšena resilience dítěte vůči neúčinným a škodlivým radám z jeho okolí a má se tak zabránit možným omezením participace v každodenním životě nebo již existující omezení mají být zvrácena.

- Metoda PCI byla zveřejněna Kelmanem a Nicholasem (2008, 2014) v institutu Palin Centre for Stammering Children v Londýně. Jelikož údaje nejsou rovněž tak obsáhlé jako v případě Lidcombe terapie, obdržela tato metoda také slabé doporučení. Jedná se o nepřímou metodu, kdy po analýze interakce pracuje každý rodič se svým dítětem se zaměřením na zdroje. V rámci strukturovaného programu dostávají rodiče za úkol používat v cvičných situacích komunikační vlastnost, která jim v analyzované situaci připadala snadná. V obsáhlých formulářích pak každý z rodičů reflektuje úspěch snah, reakce a možné účinky na příznaky koktavosti. Následující hodinu dostane každý z rodičů na základě vyhodnocení pozorovacích formulářů nový úkol. Terapie začíná týdenními sezeními a intervaly mezi termíny se prodlužují. Tento terapeutický přístup je nabízen maximálně po dobu 6 měsíců. Pokud ani do té doby nejsou k dispozici žádné náznaky výrazné redukce koktavosti nebo tendence k remisi, dojde k přechodu na přímý program.

### ***Terapie, od kterých je odrazováno***

Směrnice ke koktavosti (Neumann et al, 2016) poskytuje také negativní doporučení, tzn., že explicitně odrazuje od použití takových metod, jejichž účinky buď nejsou prokazatelné nebo trvalé, nebo které mají příliš mnoho nežádoucích účinků. Sem patří koncepty, v nichž je jako jediná nebo nejdůležitější součást terapie používána rytmizovaná řeč, uvolňovací či dýchací technika. Kromě toho je odrazováno od medikamentózní léčby, jakož i od terapeutických konceptů, které nedokáží uvést, jaké jsou jejich specifické způsoby účinku. Pro psychoterapeutické metody, jako psychoanalytické nebo hlubinně orientované psychologické koncepce psychoterapie formou rozhovoru nebo hypnóza, neexistují rovněž žádné důkazy účinnosti. Takzvané alternativní léčebné metody, jako homeopatie nebo Bachova květová terapie, jsou zamítány, ačkoliv jsou často nabízeny s upozorněním, že přeci nemohou uškodit.



Jelikož ale není v době jejich neúčinné aplikace nabízena žádná terapie vykazující důkazy, lze uplynulou dobu označit za negativní účinek.

Obecně platí, že koncepty, které přistupují k přiřknutí viny ohledně vzniku koktavosti, nebo které činí balbutiky samotné odpovědnými za úspěch nebo neúspěch léčby, nebo které nenabízejí žádnou prevenci recidivy, mají být zamítnuty (Neumann et al, 2016, s. 110 a násl.).

### **Diskuse**

Logopedi disponují všemi podmínkami pro dobrou péči o koktavé děti a jejich rodiče. K tomu jsou zapotřebí zvláštní znalosti o vzniku koktavosti a jejích možných průbězích. Terapeut si musí osvojit odborné znalosti o nabízeném terapeutickém konceptu a využít své vědomosti, aby mohl učinit nabídky, s jejichž pomocí získají koktavé děti lepší plynulost řeči a které dopomohou těmto dětem a jejich rodinám k lepší kvalitě života. Symptomatika koktavosti by neměla vést k tomu, že dítě bude omezeno ve svém vývoji. Nad rámec konkrétního terapeutického úkolu by měli logopedi využít v této oblasti svých znalostí a zkušeností, aby učinili z rodičů a i z pedagogů multiplikátory: stejně jako dříve je koktavost spojována s předsudky a atributivní efekty mohou vést k tomu, že balbutici tak mohou jim připisované vlastnosti, jako např. psychická labilita, nervozita, nevhodnost pro povolání mluvčího, ostýchavost při navazování kontaktů atd., někdy internalizovat a chovat se odpovídajícím způsobem. Mezinárodní den porozumění koktavosti, který připadá na 22. října, je každoročně dobrou příležitostí, jak v médiích upozornit na situaci balbutiků. Kromě práce svépomocných skupin by bylo žádoucí, aby se angažovali prominentní balbutici, kteří by na základě uplatnění svého vlivu mohli ukázat, že se jedná o poruchu plynulosti řeči a ne o následek nevhodného výchovného chování nebo přetěžování (úřadující americký prezident J. Biden hovoří otevřeně o své koktavosti a o negativních zkušenostech, které v této souvislosti musel zažít).

### **Výhled**

Žádoucí by bylo zprostředkovat terapeutické koncepty pro koktavé děti ze strany logopedů již v základním vzdělávání. Také pedagogové preprimárního a primárního vzdělávání by měly disponovat dostačujícími podklady, aby mohly starostlivým rodičům poskytnout rychlé a obsáhlé poradenství. Níže uvedená fakta by měla být známa všem dospělým, kteří pracují s dětmi:

- Koktavost je podmíněna geneticky. Rodiče nenesou vinu na koktání svých dětí, ale při dobrém poradenství mohou svým chováním přispět k tomu, že jejich dítě nebude v souvislosti s koktavostí tolik trpět.
- Významné zážitky v okamžiku začátku koktavosti (narození sourozence, rozchod rodičů, úmrtí v rodině, stěhování, hospitalizace atd.) nejsou příčinou koktavosti, maximálně mohou být označeny za spouštěcí faktor.
- Skupina koktavých dětí se od skupiny nekoktavých dětí liší pouze s ohledem na hlavní příznaky koktavosti. Inteligence je rozvržena normálně a neexistují žádné charakteristické způsoby chování nebo povahy, kdy by se všechny koktavé děti lišily od svých nekoktavých vrstevníků.
- Vícejazyčnost není žádným rizikovým faktorem pro koktavost.
- Koktavé děti vědí, že se v jejich mluveném projevu něco změnilo. Není proto smysluplné téma koktavosti v jejich přítomnosti vůbec nezmiňovat nebo bagatelizovat. Jsou-li osloveny opatrně a přiměřeně, mohou nalézt útěchu a ochranu.

- Komorbidity (např. specifické vady ve vývoji řeči, úzkostné poruchy) musí být popř. objasněny a léčeny odděleně od koktavosti. Zvýšení lingvistické úrovně je například považováno za spouštěcí faktor případu koktavosti. Zlepšení v řečově systematických oblastech se tak může projevit pozitivně na počtu na případů koktavosti.
- Závažnost koktavosti nemusí korelovat se stupněm subjektivní zátěže.
- Aktuálně není možné učinit pro specifické dítě bezpečnou prognózu, zda u něho nastane remise.
- Stupeň závažnosti koktavosti není žádným prediktivním faktorem pro pravděpodobnost remise.
- Koktavým dětem by mělo být svěřeno vše, co zvládnou i nekoktavé děti. Soucitné a šetrné reakce mohou vést k nevhodnému vnímání sebe sama a k omezením ve vývoji.
- Když nastoupí do školy koktavé dítě, je odpovědností dospělých (rodičů a učitelů) připravit dané téma a dítě podpořit.
- Ne všechny koktavé děti dosáhnou remise. Nabídky terapie by měly proto oslovovat scénář přetrvávající koktavosti a dítě na to připravit.

Výzkum léčení koktavosti je nadále nezbytně nutný. Zejména by se mělo objasnit, zda jsou terapeutické služby různě úspěšné v závislosti na terapeutickém prostředí nebo v závislosti na kulturním okruhu.

#### Literatura

- ANDREWS, G., HARRIS, M., 1964. *The syndrome of stuttering (Clinics in developmental medicine no. 17)*. London: Spastics Society Medical Education and Information Unit, in association with William Heinemann Medical Books. ISBN-10: B000W6NBQM.
- BLOODSTEIN, O., BERNSTEIN RATNER, N., 2008. *A handbook on stuttering*. 6th ed. Clifton Park (NY): Delmar; 2008. ISBN-10: 1 4180 4203 X.
- BOBRICK, B., 1995. *Knotted Tongues – Stuttering in history and the quest for a cure*. New York: Simon & Schuster. ISBN 1-56836-121-1.
- DELL, C., 2001. *Therapie für das stotternde Schulkind*. 3.ed. Köln: Demosthenes. ISBN 978-3-921897-21-8.
- FELSNFELD, S., KIRK, K. M., ZHU G., STATHAM, D. J., NEALE, M. C., MARTIN, N. G. 2000. A study of the genetic and environmental etiology of stuttering in a selected twin sample. *Behavioral Genetics*. **30**(5), p. 359-66. DOI: 10.1023/A:1002765620208.
- GUITAR, B., 2014. *Stuttering: An Integrated Approach To Its Nature And Treatment*. Baltimore: Lippincott William & Wilkins. ISBN 9 78160 83100 43.
- JOHNSON, W., 1942. A study of the onset and development of stuttering. *Journal of Speech Disorders*. **7**, p. 251 - 257. DOI: 10.1044/jshd.0703.251.
- KELMAN, E., NICHOLAS, A., 2008. *Practical intervention for early childhood stammering: Palin PCI approach*. Estover (UK): Speechmark. ISBN 978 0 84366 667 6.
- KELMAN, E., NICHOLAS, A., 2014. *Der Palin PCI-Ansatz: Eine Konzeption zur Therapie frühkindlichen Stotterns*. Idstein: Schulz-Kirchner, ISBN 978 3 8248 1173 1.
- KOWAL, S., O'CONNELL, D.C., SABIN, E.J., 1975. Development of temporal patterning and vocal hesitations in spontaneous narratives. *Journal of Psycholinguist Research*. **4**(3), p.195-207. DOI: 10.1007/BF01066926.
- KRAFT, S.J., 2015. The genetic proclivity of stuttering. Speech at the 4th ESCF symposium on fluency disorders. 29. 3. 2014. Antwerpen.
- KRAFT, S.J., YAIRI E., 2011. Genetic bases of stuttering: The state of the art. 2011. *Folia Phoniatica et Logopaedica*. **64**(1), p.34-47. DOI: 10.1159/000331073.

LATTERMANN, C., 2011. Frühkindliches Stottern: Abwarten oder sofort behandeln? Indikatoren für den Therapiebeginn auf der Basis von aktuellen Forschungsergebnissen. *Forum Logopädie* **25**(2), p. 2-11.

MANSSON, H., 2000. Childhood stuttering: Incidence and Development. *Journal of Fluency Disorders*. 25, p. 47-57. DOI: 10.1016/S0094-730X(99)00023-6.

NEUMANN, K., EULER, H. A., BOSSHARDT, H. G., COOK, S., SANDRIESER, P., SCHNEIDER, P., SOMMER, M., THUM, G. (Edt.: Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie). 2017. *Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen. Evidenz- und konsensbasierte S3- Leitlinie*. Online unter URL: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/049-013.html>

NEUMANN, K., EULER, H. A., BOSSHARDT, H. G., COOK, S., SANDRIESER, P., SCHNEIDER, P., SOMMER, M., THUM, G. (Edt.: Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie). 2017. *Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen. Evidenz- und konsensbasierte S3- Leitlinie, AWMF-Registernummer 049-013, Version 1*. Frankfurt am Main: Peter Lang. ISBN: 987 3 631 72283 1. (seen: 12. 4. 2021)

NIPPOLD, M., 2011. Stuttering in School-Age Children: A Call for Treatment Research. *Language Speech and Hearing Services in Schools*. **42**(2), p. 99-101. DOI: 10.1044/0161-1461(2011/ed-02).

ONSLow, M., PACKMAN, A., HARRISON, E., 2003. *The Lidcombe program of early stuttering intervention: a clinician`s guide*. Austin: Pro-Ed. ISBN: 0 89709 904 0.

POIZNER, H., KLIMA, E., BELLUGI, U., 1987. What the Hands Reveal about the Brain. Cambridge, MA: MIT Press. Dt.: *Was die Hände über das Gehirn verraten. Neurolinguistische Aspekte der Gebärdensprachforschung*. 1990 Hamburg: Signum. ISBN 3-927731-11-0.

RILEY, G. D., 2009 SSI-4: *Stuttering Severity Instrument*. 4th ed. Austin: Pro-Ed. ISBN-10: 0055412238.

SANDRIESER, P., 1995. *Unflüssigkeiten im Sprechen von stotternden und nicht-stotternden Kindern*. Master Thesis. RWTH Aachen. Professor Walter Huber.

SANDRIESER, P., SCHNEIDER, P., 2015. *Stottern im Kindesalter*. 4th ed. Stuttgart: Thieme. ISBN 978 3 13 118454 2.

UNIVERSITY OF TECHNOLOGY SIDNEY, 2018. [online] Camperdown manual. Online unter URL: <https://www.uts.edu.au/asrc/resources/camperdown-program>. 25.02.2021.

WHO, World Health Organisation, 2001. ICF Classification. [online] 8. 4. 2021. Online unter URL: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

WHO World Health Organisation, 2019. [online] 11. 4. 2021. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Online unter URL: <https://www.bing.com/search?q=WHO%2C%202019%20International%20Statistical%20Classification%20of%20Diseases%20and%20Related%20Health%20Problems&pc=cosp&ptag=G6C15N1234D010116A316A5D3C6E&form=CONBDF&conlogo=CT3210127>