
Koktavost

Viktor Lechta

Integrativní přístup



Koktavost

Viktor Lechta

Integrativní přístup

Lechta, Viktor

Koktavost : integrativní přístup / Viktor Lechta. – 2., rozš.
a přeprac. vyd.. – Praha : Portál, 2010. – 336 s.
ISBN 978-80-7367-643-8 (váz.)

616.89-008.434.3 * 376.1-056.264 * 376 * 616.8

- koktavost
- logopedie
- speciální pedagogika
- neurologie
- monografie

376 - Výchova a vzdělávání zvláštních skupin osob [22]

První i druhé vydání lektorovala PaedDr. Eva Škodová
© Viktor Lechta, 2004, 2010

České vydání:

Translation © Jana Křížová, 2004, 2010

Translation © Magda Wdowyczynová, 2010

© Portál, s. r. o., Praha 2004, 2010

ISBN 978-80-7367-643-8

Summary	11
Předmluva k prvnímu vydání	13
Předmluva k druhému vydání	15
Úvod k prvnímu vydání	17
Úvodní komentář k druhému, rozšířenému a podstatně přepracovanému vydání	21
1 Koktavost – narušená komunikační schopnost	25
1.1 Základní vymezení	25
1.1.1 Nejčastější definice	27
1.2 Výskyt	29
1.3 Historický exkurz	32
2 Koktavost – fluence a dysfluence mluveného projevu	36
2.1 Východiska hodnocení	39
2.1.1 Lingvistické východisko hodnocení	39
2.1.1.1 <i>Dysfluence/zakoktání jako suprasegmentální jev</i>	<i>39</i>
2.1.1.2 <i>Dysfluence/zakoktání v kontextu jazykových rovin</i>	<i>43</i>
2.1.2 Psychologické východisko hodnocení	45
2.1.3 Medicínské východisko hodnocení	48
2.1.4 Logopedické východisko hodnocení	49
2.2 Druhy dysfluence	52

3 Etiopatogeneze	54
3.1 Etiologie	55
3.1.1 Dědičnost	56
3.1.2 Sociální prostředí	58
3.1.3 Psychické procesy	60
3.1.4 Organové odchylky	63
3.1.5 Jiné druhy NKS	69
3.1.6 Další příčiny	70
3.1.7 Modelový přístup	72
3.2 Patogeneze	74
3.2.1 Rizikové faktory	76
3.2.2 Vývojové dysfluence	78
3.2.3 Geneze koktavosti	82
4 Syndromologie	90
4.1 Psychická tenze	92
4.2 Nadměrná námaha	98
4.3 Dysfluence	101
5 Diagnostika	106
5.1 Pravidla integrativní diagnostiky	109
5.2 Specifické anamnestické údaje	114
5.3 Možnosti diagnostikování psychické tenze	116
5.4 Možnosti diagnostikování nadměrné námahy	122
5.5 Možnosti diagnostikování dysfluence	126
5.5.1 Kvantitativní hodnocení	126
<i>Možnosti kvantifikace při diagnostice dysfluencí</i>	129
5.5.2 Kvalitativní hodnocení	133
5.6 Balbutiogram: měřítko integrující kvantitativní a kvalitativní hodnocení	135
5.7 Diferenciální diagnostika	140
5.7.1 Extrafenoménová diferenciální diagnostika	142
5.7.2 Intrafenoménová diferenciální diagnostika	152

6	Terapie	155
6.1	Terapeutické cíle, metody a principy – trendy v terapii koftavosti	156
6.1.1	Limity terapeutických cílů	156
6.1.2	Limity terapeutických metod	160
6.1.3	Základní principy terapie koftavosti	166
6.1.4	Trendy v terapii koftavosti	168
6.2	Terapeutické přístupy a těžiště: tvarování plynulosti, modifikace koftání	171
6.3	Terapeutické techniky	173
6.3.1	Modifikace řečového vzorce	174
6.3.2	Sugesce, psychoterapeutické přístupy	175
6.3.3	Relaxace	176
6.3.4	Cvičná terapie	176
6.3.5	Iowské koncepce	177
6.3.6	Farmakoterapie	181
6.3.7	Behaviorální techniky	183
6.3.8	Techniky založené na sluchové zpětné vazbě	185
6.3.9	Redukce rychlosti řeči	188
6.3.10	Biofeedback	190
6.3.11	Techniky založené na čtení	190
6.3.12	Jiné řečové vzorce	191
6.4	Terapeutické programy	193
6.4.1	MIDVAS	193
6.4.2	Monterreyský program	194
6.4.3	Hollinský program	195
6.4.4	PROLAM GM	196
6.4.5	Interakční terapie	196
6.4.6	Lidcombský program	198
6.4.7	Antverpský koncept	198
6.4.8	KIDS (Kinder dürfen stottern)	199
6.4.9	Kassellerský terapeutický program pro dospělé (KST)	199
6.4.10	POWER™ GAME	200
6.4.11	Program prevence a včasné intervence S. R. Gottwaldové	200
6.4.12	Program pravidel plynulosti	201
6.4.13	Komplexní terapie pro balbutiky školního věku	202
6.4.14	Program „plynulost plus“ (Fluency Plus Program)	202

6.5	Integrativní terapie na bázi klinického modelu kocktavosti	203
6.5.1	Možnosti terapie psychické tenze	203
6.5.2	Možnosti terapie nadměrné námahy.	205
6.5.3	Možnosti terapie dysfluence – fonograforytmická technika	206
6.6	Prognóza	214
6.7	Kritéria úspěšné terapie kocktavosti	219
	<i>Kritérium cíle</i>	222
	<i>Kritérium času</i>	224
	<i>Kritérium příznaků</i>	224
	<i>Kritérium copingu</i>	225
6.7.1	Kvaziúspěšnost terapie	226
6.8	Recidivy	231
6.9	Prevence	233
7	Incipientní kocktavost	235
7.1	Specifika incipientní kocktavosti	237
7.2	Specifika integrativní diagnostiky incipientní kocktavosti	238
7.3	Specifika integrativní terapie incipientní kocktavosti	241
7.3.1	Psychická tenze	246
7.3.2	Nadměrná námaha	250
7.3.3	Dysfluence	250
8	Fixovaná kocktavost	253
8.1	Specifika fixované kocktavosti.	255
8.1.1	Fixující faktory	256
8.2	Specifika integrativní diagnostiky fixované kocktavosti	262
8.3	Specifika integrativní terapie fixované kocktavosti.	268
	<i>Cíle terapie</i>	269
	<i>Principy</i>	270
	<i>Mediace a mapování</i>	272
8.3.1	Psychická tenze	277
8.3.2	Nadměrná námaha	278
8.3.3	Dysfluence	279

9 Chronická kórtavost	281
9.1 Specifika chronické kórtavosti	284
9.2 Specifika integrativní diagnostiky chronické kórtavosti	288
9.3 Specifika integrativní terapie chronické kórtavosti	291
9.3.1 Psychická tenze	295
9.3.2 Nadměrná námaha	300
9.3.3 Dysfluence	300
Závěr	305
Literatura	308
Rejstřík	322

*Tuto knihu s ODDANOU VDĚČNOSTÍ věnuji šesti ženám,
které nezvratně ovlivnily můj život:
Alžbětě, Šarlotě, Anně, Barunce, Viktorii a Veronice.*

Summary

Stuttering is one of the most serious kinds of disturbed communication ability. It is a specific syndrome integrating symptoms of dysfluency (i.e. involuntary and uncontrolled interruption in speech), excessive effort in speaking, and psychical tension (connected with the need to speak), into a specific nosological unit (Lechta, 2000). The synonyms of stuttering most frequently used in various languages are: *balbuties* (Lat.), *zajakavosť* (Slov.), *stuttering* (Am. En.), *stammering* (Br. En.), *Stottern* (Ger.), *Bégaiement* (Fr.), *zaikanie* (Rus.), *dadogás* (Hung.), *jakanie* (Pol.), *balbuzie* (It.). Out of all the kinds of disturbed communication ability, stuttering belongs to those of which there are references in the oldest historical sources: an Egyptian hieroglyph picturing a stuttering man was even found.

While the prevalence of stuttering is approximately 1 %, its incidence reaches about 5 %, which means that as much as 5 % of the total population is at risk of stuttering. Its variability is one of the most characteristic and also the most deceptive signs of stuttering: the manifestations vary in both positive and negative directions – e.g. in relation to the level of demand in the communication situation, linguistic complexity of talk, or momentary physical and mental condition of the person stuttering. Failure to take these factors into consideration in when diagnosing the problem can lead to serious diagnostic errors.

According to modern approaches, the primary cause of dysfluency from which even chronic stuttering can gradually develop, lies probably in the disorganization of the brain areas responsible for the coordination of speech motor ability, specifically in overactive areas in the right hemisphere and underactive areas in the left hemisphere of the brain, both connected with motor planning and feedback

mechanisms for speech. For fluent speech, both areas must be coordinated and integrated. If, for any reason, there is not such a coordination and integration, dysfluency can arise. If dysfluency is accompanied by other unfavourable factors, e.g. inappropriate reactions of the environment or of the child affected and/or inappropriate copying of either, it changes gradually into a syndrome of stuttering. Hereditary dispositions also play an important role in this process.

Stuttering usually arises at pre-school age, often in the period of developmental dysfluencies. In the pathogenesis of the stuttering syndrome itself, a gradual mutual intersection of the signs of dysfluency in speech, excessive effort, and psychological tension occurs, connected with the need for spoken communication. The specific intersection in the course of the pathogenesis can result in individual kinds of stuttering: incipient stuttering – fixed stuttering – or chronic stuttering. Thus, the diagnostics and therapy of stuttering demand specific approaches depending on the kind of stuttering. In the therapy of stuttering, the present world trend prefers an approach integrating two basic, originally opposing concepts: fluency shaping therapy and stuttering modification therapy. Within this trend, we have integrated our original phonographorhythmical technique (Lechta, 2002), the basis of which could be classified as a fluency shaping therapy, with the corrections of excessive effort and psychological tension, which belong to stuttering modification therapies.

In outlining a therapeutic programme, it is necessary to take into account the particularities of dysfluency as well as the specific aspects of excessive effort and psychological tension. A frequent cause of therapeutic failures in stuttering therapy consists in the mere correction of dysfluencies, while therapy for excessive effort and psychological tension is not included. Depending on the kind of stuttering (incipient–fixed–chronic), the main aim of stuttering therapy shifts from achieving spontaneous fluency, representing the focus of the therapy in incipient stuttering, to the correction of psychological tension, representing the main therapeutic focus in adulthood.

Blood (2003) characterizes the application of stuttering therapy as the “informed choice” of some among many therapeutic approaches and emphasizes that there is not only one approach or a best approach to the therapy. In a similar way, we present a survey of therapeutic programmes, methods and techniques based on our “informed choice” of the most frequently used approaches in stuttering therapy along with some up-to-date, recently highlighted approaches.

Předmluva k prvnímu vydání

Koktavost, a v jejím důsledku i postižení specificky lidského projevu – mluvené řeči, patří k nejkomplicovanějším a nejobtížněji korigovatelným narušením komunikační schopnosti. Tato porucha má mimořádný dopad na osobnost člověka, jeho osobní, školní, pracovní i sociální adaptaci. Postihuje všechny věkové skupiny. Snahy o její léčbu byly dlouhou dobu předmětem zájmu mnoha lékařských a později i nelékařských oborů. Každý z nich pak měl na tuto problematiku vlastní úhel pohledu, ovlivněný i teoriemi různých zastávaných směrů.

Terapie koktavosti v současnosti vyžaduje již multidisciplinární přístup a týmovou spolupráci všech zúčastněných odborníků. Podílejí se na ní lékařské i nelékařské obory. Každý ze zúčastněných terapeutů (lékař, logoped, klinický psycholog, speciální pedagog, neurolog aj.) by tedy měl mít kvalitní znalosti nejen ze svého oboru, ale i z oborů souvisejících.

Současná česká klinická logopedie se stále potýká s nedostatkem odborné literatury, která by zahrnovala komplexně celou problematiku koktavosti od historie léčebných postupů po současnost, informace o podstatě i efektivitě různých léčebných postupů a která by se současně detailně zabývala problematikou logopedické intervence u dětských i dospělých pacientů s koktavostí.

Tato publikace prof. PhDr. Viktora Lechty, Ph.D., je tedy první takto komplexně pojatou monografií o koktavosti psanou logopedem s dlouholetou zkušeností. Již svým názvem *Koktavost. Komplexní přístup* naznačuje, že v ní nalezneme důležité poznatky a informace o této problematice obecně, o jejím klinickém obraze, o vlivu věku, o možnostech diagnostiky i terapie. Práce nás seznamuje i s historií a vývojem jednotlivých a ve světě běžně užívaných metod a také s méně známými

terapeutickými postupy. Obsah je dobře srozumitelný odborníkům i vhodně vedeným a poučeným laikům, jakými obvykle bývají i nejbližší rodinní příslušníci pacientů.

Protože rozsah této publikace je omezen, bude detailní popis jednotlivých cvičení a terapeutických technik součástí další publikace – navazujícího metodického materiálu. Na jeho ověřování při práci s pacienty se budou podílet kromě autora této publikace i přední odborníci z klinické praxe. Jednotlivá cvičení budou nabízet dostatek možností pro výběr terapeutického postupu podle individuálních schopností i věku pacienta.

Tato kniha je velkým přínosem pro klinické logopedy, klinické psychology a lékaře-foniatry, kteří s pacienty s touto trýznivou poruchou řeči nejčastěji pracují. Je i dobře strukturovanou učebnicí nejen pro studenty logopedie, ale i pro studenty jiných vysokých škol, jejichž obory se problematikou koktavosti a mezilidské komunikace také zabývají.

Jsme velmi rádi, že můžeme být mezi prvními čtenáři této mimořádně kvalitní monografie z pera předního slovenského i evropského autora.

V Praze 20. dubna 2004

Eva Škodová

Předmluva k druhému vydání

Druhé vydání původní (již rozebrané) monografie *Koktavost. Komplexní přístup* odborná veřejnost velmi vítá. V dnešní době, kdy jsou lidé mnohdy až zahlceni množstvím nejrůznějších informací ze všech možných oblastí i zdrojů, je velmi příjemné vzít do ruky knihu, která se komplexně věnuje jedné z nejtrýznivějších komunikačních poruch. Umožňuje čtenáři nahlédnout do historie léčebných postupů, porovnat je s těmi dnešními i pochopit, proč je u někoho terapie úspěšná a u jiného je efekt podstatně menší.

Možnost většího rozsahu textu umožnila autorovi toto druhé vydání podstatně přepracovat a rozšířit ho tak o aktuální informace v diagnostice a terapii a také o novinky v současné odborné literatuře. Text rovněž velmi oživily konkrétní příklady z běžného života balbutiků.

Protože od prvního vydání monografie i navazujícího metodického materiálu (fonograforytmická technika) již uplynul nějaký čas, mohl autor porovnat a zhodnotit, jak se jeho originální technika ujala a osvědčila v klinické praxi u slovenské i české populace.

O tom, že komplexní přístup ke koktavosti velmi zaujal i příslušné odborníky, svědčí trvalý nedostatek míst v navazujících školicích akcích, pořádaných v rámci jejich celoživotního vzdělávání. Asociace klinických logopedů České republiky je velmi hrdá na to, že byla prvním vydavatelem metodických materiálů prof. Lechty k diagnostice a terapii incipientní, fixované i chronické koktavosti.

I když je v posledních letech podstatně větší možnost dostat se pomocí internetových vyhledavačů a „tlumočnicků“ k požadovaným informacím i pro jazykově méně vybavené, klasická kniha s vysokou obsahovou úrovní, komplexně pojatou

problematikou v historickém kontextu i s aktuálními novinkami bude vždy tím, po čem čtenář rád sáhne nejen proto, že je zrovna přetížené internetové spojení nebo že právě nejde elektrický proud.

V Praze 2. května 2010

Eva Škodová

Úvod k prvnímu vydání

Čas mlčet i čas mluvit...
(Kazatel 3,7)

Nedávno byly publikovány nálezy egyptských hieroglyfů znázorňujících koktajícího člověka (Rosenfield, 2001). Kromě toho, že jde o zajímavou historickou kuriozitu, tento objev vlastně symbolizuje celou problematiku naší knihy: koktavost je rovněž dlouho známa, ale stejně jako hieroglyfy nedoluštěna...

Dnes se „problém koktavosti“ považuje za oblast vzájemného průniku více oborů: podobně jako další, rovněž relativně autonomní pracovní oblasti, jež komplexně (a tedy zákonitě inter/transdisciplinárně) zkoumají jiné druhy NKS (např. afaziologie, problematika narušeného vývoje řeči), stále více se komplexně rozpracovává i oblast nazvaná balbutologie (balbuties – koktavost). Dochází tu k transdisciplinárnímu průniku poznatků zejména z logopedie, psychologie, foniatrie, neurologie, psychiatrie, jazykovědy, speciální a léčebné pedagogiky až do té míry, že se často ztrácejí i tradiční kontraproduktivní kompetenční rozpory: opravdový odborník v balbutologii musí totiž prokázat reálné kompetence z prolínajících se oborů.

Česká a slovenská balbutologie byly tradičně markantně ovlivněny zejména německou a mnohem méně angloamerickou školou (překlady z ruštiny se u nás ve druhé polovině 20. století chápaly víceméně jako povinnost, přitom však ruská balbutologie měla poměrně stabilní vazby na balbutologii německou). Příčinou i důkazem jsou kromě jazykových bariér (v minulosti byla němčina a tím i německá odborná literatura bližší a snáze dostupná než angličtina), geografických činitelů (blízkost a vliv Vídně, Berlína – kolébky evropské moderní logopedie, kde se v minulosti naši logopedi nejčastěji vzdělávali a které byly základnami německé balbutologie), politických bariér (dlouhá desetiletí po 2. světové válce nám NDR

se svými tradicemi v balbutologii poskytovala jednu z mála možností k vzájemné konfrontaci poznatků z balbutologie) i přetrvávající tradice kurzů pro jedince s kocktavostí a rovněž naše současná balbutologická praxe, kde se s aplikací zámořských metod zatím setkáváme jen poskrovnu. I když se po radikálních politických změnách v našem regionu situace začíná postupně měnit (např. několik přednášek, články amerických balbutologů po roce 1989), setrvačnost tu je (jako v každém jiném oboru) silnou brzdou prosazování nových myšlenek: tradice je tradice... Proto jedním z cílů této práce je také přiblížení zámořských přístupů (přičemž se, přirozeně, v žádném případě nezříkáme tradice; jde nám o nevyhnutelně potřebné vyvážení jednotlivých balbutologických směrů).

Tato publikace je vlastně prvním pokusem u nás uchopit v rámci subjektivních a zejména objektivních možností – rozsah knihy byl dopředu limitován – problém kocktavosti co **nejkomplexněji**. Přitom komplexností chápeme více aspektů:

- úsilí o komplexní popis **problematiky vůbec** (etiopatogeneze + diagnostika + terapie + prognóza + prevence);
- aspekt **věku** (kocktavost a její projevy chápáné jako problém nejen předškolního, školního věku, ale i adolescence a dospělosti);
- komplexní vnímání **klinického obrazu** kocktavosti jako vzájemného průniku kvalitativně různorodých příznaků dysfluence, nadměrné námahy a psychické tenze z co nejrozličnějších úhlů pohledu);
- z **diagnostického a terapeutického** aspektu (úsilí o komplexní terapeutický přístup, který vyžaduje zaměřit terapii nejen na dysfluenci, ale i na ostatní komponenty klinického obrazu kocktavosti – viz Lechta, 2000a, 2000b, 2001);
- unifikovanost přístupu se zde nahrazuje **komplexním ideografickým přístupem**: incipientní, fixovaná a chronická kocktavost se svými specifiky diagnostiky i terapie;
- a nakonec **inter/transdisciplinárnost** pertraktovaných poznatků je komplexností par excellence: při zpracování nejnovějších informací o kocktavosti čtenář stěžejně vnímá, z kterých jednotlivých oblastí z výše zmíněných prolínajících se vědních oborů vlastně původně pocházely.

Toto směřování k maximální komplexnosti jsme proto zcela programově a závažně zvýraznili už v názvu naší knihy. V některých kapitolách dochází k zákonitému prolínání problematiky (odlišení fyziologické a nefyziologické dysfluence versus etiopatogeneze atd.). V zájmu lepší přehlednosti je v textu na tato prolínání více odkazů.

Mohli jsme čerpat také z prací, které byly významné, úspěšné a průkopnický se věnovaly určitým – u nás často do té doby neznámým – aspektům této problematiky (Sovák, Seeman, Kondáš), nebo šlo o důležité, ale parciální přístupy (Mátejová a Mašura), případně literaturu přeloženou do slovenštiny (Ľapugin, Tarkowski) či různé sborníky (např. Logopedického ústavu v Praze, Logopedické společnosti Miloše Sováka, Společnosti pro speciální a léčebnou výchovu v SR, Slovenské asociace logopedů). Přirozeně bez těchto prací by dnes nebylo možné pokusit se o komplexní pohled.

Naše práce vychází z dlouholetého zájmu, osobních diagnostických i terapeutických zkušeností, výzkumných i publikačních projektů, jež jsme realizovali přibližně v dvacetiletém období, jakož i z víceletých zkušeností získaných při realizaci kurzů diagnostiky a terapie koktavosti. Využili jsme také zkušenosti z Centra pro dysfluenci v Bratislavě jako jediného, takto specificky zaměřeného centra v našem regionu a Svépomocné skupiny balbutiků při katedře logopedie PdF UK.

Poněvadž jsme byli limitováni předem daným a vzhledem k širší problematice poměrně malým rozsahem knihy, v některých okruzích problémů jsme mohli jen naznačit jejich možná řešení; v případě dalších vydání této knihy je bude možné – podle příslibu vydavatelství – zpracovat obsírněji. Domníváme se, že proporcionálna jednotlivých kapitol – rozhodli jsme se pro stěžejní kapitoly o etiopatogenezi, diagnostice a terapii koktavosti – je odůvodněná vzhledem k potřebám naší teorie a zejména praxe v této oblasti.

Snažili jsme se, aby adresátem této knihy byl co nejširší okruh čtenářů: byli bychom rádi, kdyby oslovila zejména studenty v rámci pregraduálního i postgraduálního vzdělávání logopedie, speciální pedagogiky, psychologie, lingvistiky, psychiatrie, neurologie, foniatry atd., ale i výzkumné, klinické, pedagogické pracovníky, kteří spolu s autorem této monografie nejsou spokojeni se stavem současné balbutologie, resp. cítí potřebu získávat nové poznatky a informace z tohoto oboru. Zájemcům o detailní popis diagnostických a terapeutických technik při aplikaci metod uvedených v této knize doporučujeme metodický materiál, který má – se záměrem navázat na tuto publikaci – vydat Asociace klinických logopedů (AKL) v České republice.



Úvod každé knihy poskytuje autorskou licenci: příležitost i pro poděkování všem, kteří přímo či nepřímo, vědomě či nevědomě participovali na její přípravě. Vítám a využívám tuto licenci především k poděkování za třicetiletou podporu své man-

želce, bez níž by (nejen) tato publikace stěží vznikla. Rád také děkuji kolegyním a kolegům z katedry logopedie a z Centra pro dysfluence v Bratislavě za pomoc při hledání řešení sporných problémů, studentům a doktorandům logopedie a frekventantům kurzů balbutologie za inspirující otázky, náměty a připomínky. M. Špotákové, E. Škodové, E. Filipové, D. Ostatníkové, M. Varchovské, B. Králíkové a D. Králíkovi, F. Kleinovi děkuji za jejich podporu a lidem s koktavostí za jejich trpělivost a toleranci při snášení diagnostických a terapeutických, ne vždy úspěšných pokusů.

V Šenkvicích 26. dubna 2003

Viktor Lechta

Úvodní komentář k druhému, rozšířenému a podstatně přepracovanému vydání

Skutečnost, že první vydání *Koktavosti* bylo poměrně rychle rozebráno, je třeba vnímat jednak jako kompliment, jednak jako šanci korigovat některé technické chyby a omyly, které se vloudily do prvního vydání, ale zejména jako výzvu, aby druhé vydání bylo kvalitnější a ještě více reflektovalo současný stav balbutologie u nás i ve světě. Proto je toto druhé vydání podstatně rozšířené a přepracované.

V období mezi dvěma vydáními publikovaly zainteresované logopedické asociace v ČR i SR konkrétní metodické materiály k diagnostice i terapii koktavosti (Lechta a kol., 2004; Lechta a kol., 2005; Lechta a kol., 2006), které vycházely z naší koncepce koktavosti. Podstatně rozšířené a přepracované vydání *Koktavosti* se proto týká nejen využití nejnovějších příspěvků k řešení problému koktavosti u nás i v zahraničí a našich osobních výzkumných i praktických zkušeností, ale můžeme čerpat také z informací, které jsme dostávali v podobě zpětné vazby od českých a slovenských terapeutů, aplikujících tuto koncepci v praxi.

Zatímco předcházející vydání naší monografie mělo podtitul „komplexní přístup“, v tomto vydání jde o rozšíření původního konceptu na „integrativní přístup“, což jsme pokládali za důležité zdůraznit už v samotném podtitulu knihy. Především komplexní přístup byl, samozřejmě, zachován, ale dále rozpracován a rozšířen na přístup integrativní, a to z více důvodů, které v zájmu lepší srozumitelnosti textu pokládáme za nezbytné uvést jako vstupní komentář:

Základním východiskem pro tuto monografii je náš integrativní model klinického obrazu koktavosti, podle kterého se při koktavosti jedná o specifický syndrom, integrující symptomy dysfluenze řeči, nadměrné námahy při promluvě a psychické tenze související s řečovou komunikací do samostatné nozologické

jednotky, a to – v konkrétních případech koktavosti – v různé míře, různé časové návaznosti a v různé vzájemné souvztažnosti. Nerespektování této skutečnosti by mohlo vést k vážným terapeutickým selháním.

Předností tohoto přístupu je zejména možnost syntézy parciálních metod a technik do určitého integrujícího systému. Takto potom lze v maximální míře aplikovat například už v prvním vydání proklamovanou transdisciplinární – tj. jeden obor přesahující – diagnostiku, terapii a prevenci koktavosti, v níž se stírají ostré kontury, zdánlivě nepropustné hranice mezi zainteresovanými obory a dochází tak k všeobecně prospěšnému prolínání kompetencí jednotlivých odborníků.

Současný světový trend v balbutologii (např. Radford, 2002; Sandrieser a Schneider, 2008; Guitar a McCauley, 2010; Manning, 2010) preferuje při intervenci u lidí s koktavostí přístup integrující dva základní balbutologické koncepty: terapii zaměřenou na tvarování plynulosti promluvy a terapii zaměřenou na modifikaci zakoktavání. Naši původní fonograforytmickou techniku (Lechta, 2002), jejíž podstatu by bylo možné zařadit mezi terapie zaměřené na tvarování plynulosti promluvy, jsme v rámci tohoto trendu integrovali s technikami korigování nadměrné námahy a psychické tenze, které patří do skupiny terapií modifikace zakoktavání. Publikace Asociace klinických logopedů České republiky (Lechta a kol., 2004) a Slovenské asociace logopedů (Lechta a kol., 2005; Lechta a kol., 2006) pro diagnostikování a terapii koktavosti, ze kterých čerpáme i v této monografii, byly už koncipovány na tomto integrativním základu.

Jak známo, nejméně efektivní v terapii koktavosti jsou přístupy založené na metodě pokusu a omylu: bezkonceptně střídající, příp. kombinující různé techniky v naději, že některá z nich nakonec možná přinese úspěch. Efektivnější jsou přístupy založené na určitém vědecky podloženém výchozím konceptu, které může terapeut v příslušných konkrétních případech cíleně aplikovat. Proto jsme se snažili vytvořit koncept mj. integrující do jednoho celku techniky aplikované na cílenou diagnostiku a korigování nejen dysfluencí, ale současně i nadměrné námahy a psychické tenze: jde o *horizontální komponent* integrativního přístupu (Lechta a kol., 2005).

Podle našeho názoru úspěšná intervence při koktavosti vyžaduje do značné míry specifické diagnostické a terapeutické přístupy v závislosti na tom, zda jde o incipientní, fixovanou nebo chronickou koktavost (Lechta a kol., 2005; Lechta a kol., 2006). V této monografii se snažíme integrovat tyto přístupy do jedné ucelené koncepce: v tomto smyslu jde o *vertikální, chronologický komponent* integrativního přístupu.

Integrativní přístup se v tomto konceptu výrazněji uplatňuje i v diagnostice, diferenciální diagnostice a rediagnostice koktavosti. Jde zde o integraci kvalitativních a kvantitativních způsobů hodnocení syndromu koktavosti. Kvantitativní způsoby hodnocení vnášejí sice do diagnostiky koktavosti snahu o jistou objektivizaci (ve smyslu trendu „evidence based treatment“), avšak bez jejich integrování s kvalitativní analýzou by neimplikovaly skutečnou výpovědní hodnotu o člověku s koktavostí. Například z kvantitativního hlediska může dojít v terapii k markantnímu snížení frekvence výskytu dysfluencí; přetrvávající dysfluence však z kvalitativního hlediska mohou být velmi těžké, příp. balbutik může nadále svůj stav subjektivně prožívat jako velmi těžkou koktavost. Proto i zde velmi cíleně integrujeme kvalitativní a kvantitativní diagnostické postupy.

Je tedy zřejmé, že proklamovaná integrativnost je v naší monografii vícedimenzionální – podle úhlu hodnotícího pohledu. V každém případě se prolíná všemi kapitolami této knihy jako její nejcharakterističtější atribut, základní princip.

A nakonec několik poznámek vzhledem ke zpracování problematiky:

Jelikož jsme v prvním vydání *Koktavosti* byli striktně limitováni počtem stran textu, nemohli jsme uvést více vysvětlení, příkladů z praxe, kazuistiky atd., které by složitější nebo důležitější pasáže textu přiměřeně objasnily, resp. ilustrovaly. V tomto vydání jsme měli k dispozici více prostoru, takže jsme mohli náš text zkompletizovat těmito důležitými doplňky. Ve snaze o srozumitelnost a lepší čtivost textu jsme některé informace ilustrovali i kratšími či delšími kazuistikami, pocházejícími z naší diagnostické, terapeutické a řídicí práce v bratislavském Centru pro dysfluenci. Ve smyslu principu profesního tajemství (ochrany osobních údajů) jsou iniciály lidí s koktavostí v těchto kazuistikách změněné. Kazuistiky jsou uváděny vždy kurzivou, v jiném řádkování než ostatní text.

Pokud by se při povrchním listování v této monografii mohlo čtenáři zdát, že se k některým informacím, principům, východiskům atd. v různých souvislostech opětovně vracíme, je třeba upozornit, že tu nejde o zbytečnou duplicitu, ale o promyšlený autorský záměr: jednak jde o aplikaci a implementaci určitých principiálních prvků našeho konceptu na různé oblasti, jednak o záměrné odkazy na důležité pasáže v textu, týkající se pertraktovaných otázek.

Naše pozornost bude zaměřena na tzv. pravou koktavost (někdy nazývanou idiopatická), tj. koktavost, která obvykle vzniká v předškolním věku a v rámci patogeneze se její klinický obraz postupně transformuje do rozvinutého syndromu koktavosti. Jde tedy o případy, které například podle Kollbrunnera (2004) tvoří dokonce až 99 % případů nefyziologické dysfluence – tzv. idiopatickou koktavost.

V naší publikaci informujeme o více diagnostických a terapeutických technikách, které byly ověřovány klinicky, především v podmínkách bratislavského Centra pro dysfluenci. Úkolem dalších generací balbutologů by mj. měla být logicky jejich následná standardizace, resp. další ověřování jejich efektivity.



Okruhu spolupracovníků, kterým jsem už děkoval v předcházejícím vydání, jsem velmi vděčný a za neustálou pomoc a podporu jsem jim zavázaný i nadále; tento okruh je vzhledem k druhému vydání třeba rozšířit zejména o poděkování H. Latickové, J. Markové, L. Štenclové, A. Škrabákové, Z. Olekšákové, frekventantům kurzů o koktavosti, které jsme vedli, za podnětné návrhy na zlepšení i osobní podporu. Paní redaktorce A. Herbergové patří můj velký dík za mimořádné pochopení, vstřícnost a kreativitu při redigování této rozsáhlé reedice naší původní monografie.

S nadějí, že všechny deklarované kvantitativní i kvalitativní změny a doplňky v konečném důsledku pomůžou lidem s koktavostí.

V Šenkvicích 26. srpna 2010

Viktor Lechta

Koktavost – narušená komunikační schopnost

K preciznímu, efektivnímu diagnostikování i precizní, efektivní terapii koktavosti je nezbytné co nejpreciznější vymezení této narušené komunikační schopnosti, známé už od pravěku. Ještě v padesátých letech minulého století se u nás koktavost charakterizovala jednoduše – jako „trýznivá neuróza“ (Seeman, 1955). Bádání v této oblasti od té doby značně pokročilo a i její vymezení je mnohem složitější. Obrovské množství odborných pramenů o koktavosti dokazuje permanentní aktuálnost této problematiky.

1.1 Základní vymezení

Koktavost se všeobecně pokládá za jedno z nejtěžších narušení komunikační schopnosti (v dalším textu jen NKS). Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí koktavost v rámci Mezinárodní klasifikace nemocí pod kódem F98.5. Přitom je pozoruhodné, že se v této klasifikaci za její nejcharakterističtější znaky považují projevy, které příliš nesouvisí s tradiční medicínou, ale spíše s jazykovědou: „...časté opakování nebo prodlužování zvuků či slabik a slov anebo časté váhání a přestávky narušující rytmický tok řeči“. Dalším paradoxem je, že se tam koktavost zařazuje mezi poruchy chování a emocí, ačkoli ani jeden z výše uvedených příznaků tomu neodpovídá. Z hlediska našeho chápání dysfluence mluveného projevu jako jednoho z východisek pro pochopení podstaty koktavosti (viz kap. 2) je rovněž zajímavé, že se v této klasifikaci WHO za poruchu pokládá pouze tehdy, naruší-li uvedené příznaky výrazně fluenci řeči. Jak ještě uvedeme po-

drobněji, při koktavosti se však nejedná o běžnou, „normální“ dysfluenci, ale o nefyziologické dysfluency, které mají výrazné, specifické znaky (viz kap. 2) a k nimž se připojují další skupiny symptomů.

Čtvrté vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch Americké psychiatrické asociace (DSM-IV) je konkrétnější – uvádí koktavost pod kódem 307.0 jako narušení, při kterém při mluvení dochází k nedobrovolným hezitacím, repetícím a spazmům.

A nakonec nejnovější mezinárodní klasifikace WHO „Funkčních schopností, disability a zdraví“ (ICF, 2009) se namísto deficitů orientuje na možné zdroje, tj. rezervy, kterými člověk s postižením, narušením nebo onemocněním disponuje. Tuto nejnovější a všeobecně prosazovanou klasifikaci z hlediska koktavosti výstižně charakterizují Sandrieserová a Schneider (2008). Na úrovni **tělesných struktur/funkčnosti** jde o poruchy plynulosti a rytmicizace řeči (v této klasifikaci pod kódem b 330), kontroly nad vědomými motorickými funkcemi (b 760); na úrovni **aktivity/participace** jde o to, do jaké míry je omezena možnost promluvy (d 330), konverzace (d 350), sociálních kontaktů (d 720), vztahů (d 750) a neformálních sociálních vztahů (d 760 – vztahy v rodině). Na úrovni **kontextu** jde o institucionální a společenské podmínky, společenské postoje (e 460) a služby, edukační možnosti (e 585).

Koktavost je třeba chápat jako samostatnou nozologickou jednotku, jako syndrom NKS se svou typickou etiopatogenezí a typickým klinickým obrazem: jen tehdy lze hovořit o „pravé“ koktavosti. V případě, že se dysfluency vyskytují v rámci klinického obrazu jiných syndromů (např. dětské mozkové obrny, afázie, demence, psychiatrických onemocnění), nejde o „pravou“ koktavost, ale o neurogenní, psychogenní dysfluency, které je třeba chápat jako symptomatické poruchy řeči (viz Lechta, 2008c), a ne o koktavost jako syndrom (Culata a Goldberg, 1995). Terapií takových typů dysfluencí se tedy pochopitelně v této knize nebudeme zabývat; logicky jim však budeme věnovat patřičnou pozornost v rámci extrafemenové diferenciální diagnostiky – právě kvůli odlišení od „pravé“ koktavosti, která je předmětem této monografie.

Ekvivalenty koktavosti v různých jazycích: *balbuties* (lat.), *zajakavost* (slov.), *stuttering* (am. angl.), *stammering* (brit. angl.), *Stottern* (něm.), *Bégaiement* (franc.), *zaikanie* (rus.), *dadogás* (maď.), *jakanie* (pol.), *balbutie* (ital.).

Vycházíme-li z latinského termínu, člověk s koktavostí se obvykle označuje i jako „balbutik“ a speciální oblast zkoumající koktavost jako složitý fenomén se označuje jako „balbutologie“. Nedoporučuje se používat termíny „koktavý člověk“,

„kuktavé dítě“, ale – aby se předešlo nálepkování – ve smyslu trendu „person-first“ používají se termíny „člověk s kuktavostí“, „dítě s kuktavostí“.

1.1.1 Nejčastější definice

Obrovské množství těch nejrozličnějších definic kuktavosti je pro naše potřeby neúčelnější roztrdit na tradiční a moderní. Z četných definic jsme z prostorových, ale i z věcných důvodů vybrali jen některé, které demonstrují nebo sumarizují určitý trend.

V **tradičním pojetí** bylo při definování kuktavosti v popředí označení **neuróza řeči**. Průkopník a vlastně zakladatel moderní středoevropské balbutologie Gutzmann (1891) ji na základě Kussmaulovy práce (Lajos, 2003) definoval jako spastickou koordinační neurózu. Ještě o víc než půlstoletí později ji Seeman (1955) charakterizoval jako neurózu řeči, která vzniká nejčastěji v dětském věku – s dodatkem, že se jedná o jednu z nejtrýznivějších neuróz, poněvadž se váže na interindividuální styk. Koncem 20. století však byla publikována řada prací referujících o možném orgánovém základě kuktavosti (více viz podkap. 3.1). To však vlastně popíralo její primárně neurotický základ, jelikož neurózy se pokládají za funkční onemocnění. Navzdory tomu ji ještě v osmdesátých letech 20. století Sovák charakterizoval jako neurózu řeči, přičemž ale uvedl, že může vzniknout na základě někdy funkčních, jindy orgánových poruch, případně obou současně (Sovák, 1981).

Řešení tohoto rozporu viděli mnozí autoři v popisných definicích vycházejících především z příznaků tohoto NKS. **Moderní pojetí** kuktavosti proto upřednostňuje širší, komplexnější definice. Podle Wirtha (1990) je kuktavost přechodně se vyskytující, na vůli nezávislé NKS, často neznámé etiologie, pro něž je charakteristické napjaté, němé setrvávání v artikulačním postavení (tonická kuktavost), opakování (klonická kuktavost), natahování, vyhybové reakce (zaměňování slov, přestrukturování vět).

Bloodstein v čistě symptomatické definici charakterizuje kuktavost jako poruchu, při níž jsou rytmus nebo fluence řeči sníženy kvůli přerušování nebo blokům. Považuje ji nejen za intermitentní narušování plynulosti řeči, ale i tempa řeči, tónové výšky, hlasitosti, melodie, artikulace, mimiky a posturálního nastavení, přičemž navíc zdůrazňuje, že existují balbutici, u nichž se rysy kuktání dají jen těžko identifikovat (Bloodstein, 1995).

V našem pojetí (Lechta, 1995, 2002d, 2006) pokládáme koktavost za jeden z nejtěžších druhů NKS. Jde o syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se **nejnápadněji** projevuje charakteristickými nedobrovolnými specifickými pauzami narušujícími plynulost procesu mluvení a tím působícími rušivě na komunikační záměr. Je to multifaktoriální, dynamický a variabilní syndrom NKS se složitou symptomatikou, která je často důsledkem několika parciálních, vzájemně se prolínajících, navazujících nebo recipročně i souhrnně reagujících příčin. V této definici **multifaktoriální** znamená, že rozvinutý syndrom koktavosti integruje průnik více faktorů – skupin symptomů (tj. projevů dysfluence řeči, nadměrné námahy při mluvení a psychické tenze související s potřebou realizace mluvené řeči), které jsou jejími integrálními komponenty. **Dynamičnost** se projevuje ve změně komplementárního vztahu těchto komponentů v průběhu vzniku, fixování i chronizace koktavosti: v průběhu patogeneze může podle toho vzniknout incipientní, fixovaná nebo chronická koktavost (viz podkap. 3.2.3). **Variabilnost** koktavosti patří mezi její nejcharakterističtější a zároveň nejoshišdnější znaky: projevy koktavosti totiž varíují v pozitivním i negativním směru, například v závislosti na náročnosti konkrétní komunikační situace, lingvistické složitosti promluvy, momentální fyzické i psychické disponovanosti člověka s koktavostí – což při povrchní diagnostice, která tyto faktory nebere v úvahu, může vést k vážným diagnostickým omylům. Jak jsme uvedli, nejviditelnějším, nejzjevnějším příznakem koktavosti jsou **nedobrovolné a nekontrolovatelné dysfluence** při projevu, které jsou obvykle doprovázeny **nadměrnou námahou** při artikulaci a **psychickou tenzí** související s problémy s realizací komunikačního záměru formou mluvené řeči. Právě těmito třemi znaky se liší koktavost od „normálních“ neplynulostí, jež pozorujeme při běžné komunikaci. Jak je zřejmé z naší definice, narušení plynulosti řeči je jen tím nejnápadnějším z mnoha příznaků tohoto syndromu. Shodně s naším pojetím zdůrazňují například i Cooperová a Cooper (1995), že při koktavosti se v žádném případě nejedná o jednodimenzionální, jednoduchou behaviorální poruchu: signifikantními, charakteristickými a integrálními aspekty syndromu koktavosti jsou **afektivní a kognitivní** komponenty, které nemusí být nápadné na první pohled, společně s evidentními **behaviorálními** složkami (viz podkap. 2.4). Velmi podobně definuje koktavost i Manning. Podle něho u koktavosti jde o mimovolní přerušování v sekvenci motorických aktů potřebných pro verbální projev, přičemž přerušování plynulosti jsou často spojena s fyzickým napětím bránícím efektivnímu a koordinovanému fungování verbálního traktu a celého systému produkce řeči. Mnohé ze zjevných rysů jsou naučené, často maladaptivní typy chování, které bal-

butik používá, aby se koktání vyhnul, odsunul ho nebo unikl ze zážitku zakoktání. Přerušování plynulosti jsou zpravidla spojována s pocitem bezmoci a ztráty kontroly. Koktavost je častěji způsobena více faktory než jen jednou příčinou: větší se jedná o spojení jemných motorických faktorů (některé z nich mohou mít genetický základ) kombinovaných s reakcemi na podněty z prostředí v kritických fázích raného (předškolního) období vývoje řeči (Manning, 2001). V současnosti zdůrazňuje podobně i Yairi (2007), že koktavost není pouze porucha řeči, ale v jejím klinickém obraze se různým způsobem prolínají jazykové, kognitivní, sociální, fyziologické a další komponenty.

I když u koktavosti jde primárně o narušení **nesymbolických procesů** (narušení kontinuitnosti procesu promluvy), projevuje se zpravidla (obvykle sekundárně) i v **symbolických procesech**: například v interferenčním vlivu samotného zakoktání na koncipování myšlenek nebo v častých parafrázích (balbutik se při koncipování promluvy snaží nepoužít slovo, u něž anticipuje své následné zakoktání, ale hledá – s větším či menším úspěchem – pokud možno synonymní slovo, o kterém předpokládá, že ho bude pravděpodobně umět říci plynule) bránících spontánnosti volby adekvátních výrazů a spontánnosti komunikace vůbec. Kromě toho při těžkém stupni může porucha plynulosti interferovat s komunikačním záměrem až do té míry, že recipient vůbec nemusí pochopit balbutikovu informaci. Je známo, že koktavost má často vážný nepříznivý zpětný vliv na osobnost člověka, na jeho školní, pracovní a sociální adaptaci; relativně časté mohou být problémy se samotnou realizací komunikačního záměru atd. (Lechta, 1995). Zužovat problém koktavosti jen na záležitost „mluvení“ nebo „řeči“, tedy na problém procesu mluvení, a takto jej odlišovat od poruch jazyka (tj. jazykových schopností) je proto nenáležitou simplifikací: koktavost se projevuje specifickým způsobem i v jazykových procesech: nejde tedy jen o „jazyk“ nebo jen o „řeč“, ale o komunikační schopnost jako takovou.

1.2 Výskyt

S koktavostí se setkáváme ve všech věkových skupinách, u všech národů a v celé historii lidstva. Mnoho významných osobností rozličných profesí i různého společenského postavení se zakoktávalo. Ze seznamu, který uvádí Kehoe (2000), jich vybíráme jen několik: Mojžíš, Demosthenes, Ezop, Vergilius, císař Claudius, Balbus Blaesus (podle něhož je termín „balbuties“), Newton, Darwin, M. Mendel-

ssohn, Lewis Carroll, M. Monroe, W. Churchill, B. Willis a mnozí další. Moderní monografie o koktavosti ve statích o výskytu diferencují mezi incidencí a prevalencí koktavosti:

Incidence se obvykle definuje jako počet nově vzniklých případů dané nemoci za určité časové období a v konkrétní populaci. Pokud však jde o koktavost, Hood (1999) i Sandrieserová a Schneider charakterizují incidenci koktavosti jako část celkové populace, u níž se **někdy v životě projeví symptomy koktavosti**. Sandrieserová a Schneider (2008) přebírají výsledky známého retrospektivního dotazníkového průzkumu Andrewse a Harrise, kteří u 1000 dětí starších 16 let zjistili, že 4,9 % těchto dětí někdy v životě mělo problém se zakoktaváním trvajícím déle než 6 měsíců. Jen u přibližně 1 % všech dětí se však vyvinula chronická koktavost (Sandrieser a Schneider, 2008). To znamená, že 60–80 % těchto dětí, u kterých byla diagnostikována koktavost, tuto koktavost úspěšně překonalo. V Dánsku se podrobilo průzkumu 98 % všech dětí, které se v rozpětí dvou let narodily na ostrově Bornholm. U 5,19 % z těchto více než 1000 dětí byla diagnostikována koktavost, přičemž po dvou letech po zjištění došlo u 71,4 % k remisi (Mansson, 2000). Shodná čísla udává Hood, který zobecňuje výzkumné výsledky řady autorů. Uvádí, že ačkoli badatelé při získávání údajů použili rozličnou metodologii (a ačkoli se částečně lišili, pokud se jedná o definici koktavosti), lze shrnout, že přibližně 5 % populace vykazuje symptomy koktavosti trvající déle než 6 měsíců. Přitom odhad incidence zahrnující i děti, jež vykazovaly koktavost v kratším časovém úseku, je až okolo 15 % (Hood, 1999). Z novějších prací uvádí Bosshardt (2008) upřesnění, co se týče *věku a trvání problému*: tj. výsledky výzkumů Manssona, který zjistil incidenci 5,2 % z celkové populace, u kterých se v prvních 9 letech života objevily symptomy koktavosti, trvající minimálně 6 měsíců. Sandrieserová a Schneider (2008) zase uvádějí upřesnění, co se týká *projevů*: podle jejich údajů 5 % dětí prochází v průběhu svého života fází, ve které se zakoktavají; u těchto dětí lze minimálně u 3 % ze všech vyslovených slabik pozorovat symptomy typické pro koktavost.

Prevalence se obvykle definuje jako část celkové populace, která k určitému časovému bodu vykazuje sledovaný fenomén. Pokud jde o koktavost, Hood (1999) uvádí výsledky průzkumů, jež měly zjistit prevalenci koktavosti – tj. část populace, která se aktuálně zakoktavá. Navzdory rozdílům v postupech a v definování koktavosti se všeobecně odhaduje, že se zakoktavá asi 1 % dětí školního věku. Guitar publikoval výsledky výzkumů, podle nichž v mateřských školách bylo 2,4 % dětí s koktavostí (Guitar, 1998). Poněvadž prevalence koktavosti po pubertě mírně klesá, někteří autoři odhadují, že prevalence koktavosti v dospělosti je pravdě-

podobně o něco nižší (Hood, 1999). Sandrieserová a Schneider (2008) i Johannsenová (2001) však tvrdí, že protože je remise po pubertě velice vzácná, výskyt koktavosti v dospělé populaci je rovněž přibližně 1 %.

Je poměrně známo, že častěji se vyskytuje u lidí mužského **pohlaví** než u ženského. Sandrieserová a Schneider (2008) i Kehoe (2001) ovšem zdůrazňují, že zpočátku je poměr výskytu koktavosti u chlapců a děvčat stejný. Nejnověji však Bosshardt (2008) na základě komparace více výzkumů uvádí, že už od začátku se koktavost častěji vyskytuje u chlapců než u děvčat (2 : 1) a tento nepoměr se paralelně s věkem čím dál víc zvětšuje. Každopádně lze konstatovat, že během patogeneze se výskyt posune čím dál víc v neprospěch chlapců (přibližně 3–5× více než děvčat) a podle Kehoea asi 80 % dospělých balbutiků jsou muži. Pokud jejich tvrzení platí, můžeme se domnívat, že ať už je „výchozí“ výskyt přibližně stejný nebo vyšší u chlapců než u děvčat, míra remise je u děvčat mnohem vyšší než u chlapců. O zajímavé souvislosti, pokud jde o výskyt koktavosti vzhledem k pohlaví, píše Scottová: podle ní v rodinách, kde působí genetická transmise koktavosti, je výskyt vzhledem k pohlaví pouze 1,5 : 1 v neprospěch chlapců (Scott, 2006). Jestli se tento údaj potvrdí, bude zřejmé, že několikanásobně častější výskyt koktavosti u mužů než u žen je způsoben jinými faktory než hereditárními.

Co se týče **věku**, resp. začátku koktavosti, Sandrieserová a Schneider uvádějí, že přibližně polovina všech dětí s koktavostí se začíná zakoktavat **před 4. rokem** života; Bosshardt dokonce píše, že až u 90 % dětí s koktavostí se koktavost začala rozvíjet před 4. rokem života (Bosshardt, 2008), a Yairi (2006) udává téměř shodně 85 % případů vzniku koktavosti ve věku do 3,5 let. Sandrieserová a Schneider z hlediska věku dále uvádějí, že **do 5. roku** života se zakoktavá 75 %, **do 6. roku** 90 % dětí s tímto NKS. Na základě výzkumů Natkeho, Bloodsteina, Silvermana a Yairiho tvrdí, že **po 12. roce** už jenom stěží lze očekávat počátek koktavosti (Sandrieser a Schneider, 2008). To znamená, že absolutní většina případů koktavosti začíná už v předškolním věku, případně v období vstupu do školy. Je to potvrzení naší staré teze o incipientní koktavosti jako o „neuralgickém bodu balbutologie“ (Lechta, 2000a). V anglické literatuře se z tohoto důvodu někdy používá termín *developmental stuttering*, aby se zdůraznilo, že vzniká zpravidla během dětského vývoje. Tento termín se však u nás neujal.

Některé rozdíly ve statistikách o výskytu koktavosti mohou být způsobeny kromě jiného i odlišnostmi v jazykových podmínkách, v různé civilizační úrovni, případně v rozdílných kritériích nebo metodách hodnocení neplynulosti. Například tzv. hraniční případy – okolo pásma „normální“ plynulosti – může při povrchním hodnocení jeden posuzovatel hodnotit jako koktavost, zatímco jiný po-

suzovatel je může pokládat za normální, a následně proto považovat koktavost už za odstraněnou. Sandrieserová a Schneider (2008) uvádějí výsledky jednoho z nejnovějších průzkumů v této oblasti (které však podle nás mohla ovlivnit aplikovaná průzkumná metoda a věk respondentů): Craig a kol. realizovali v Austrálii telefonický dotazníkový průzkum v 4600 domácnostech. Zjistili prevalenci 0,72 % a incidenci 2,1 % případů koktavosti u lidí ve věku 21–25 let.

Značný vliv může mít i názor toho kterého autora na přetrvávání neplynulosti, které ještě lze hodnotit jako vývojové: domníváme se, že diference v některých statistikách o výskytu koktavosti mohou být způsobeny i tím, že se u dysfluencí v předškolním věku nerozlišuje konsekventně vývojová neplynulost (jako fyziologický jev, a tedy „nekoktavost“) od začínající – incipientní koktavosti.

Lze však uzavřít, že zatímco prevalence koktavosti je přibližně 1%, její incidence je až okolo 5%. Poněvadž obvykle nedokážeme s úplnou jistotou predikovat prognózu koktavosti, znamená to, že až 5% celkové populace je ohroženo koktavostí (!). Vyjdeme-li pouze z 1% prevalence, zjistíme, že v ČR jde přibližně o 100 tisíc a v SR přibližně o 50 tisíc lidí s koktavostí. Pokud však při tomto výpočtu aplikujeme údaje o incidenci koktavosti, zjistíme až pětinasobek – v ČR 500 tisíc a v SR 250 tisíc lidí, kteří jsou, budou nebo byli ohroženi koktavostí.

1.3 Historický exkurz

Ze všech druhů NKS patří koktavost k těm, o nichž existuje zmínka už v nejstarších historických pramenech. Jak jsme se zmínili v úvodu, našel se dokonce egyptský hieroglyf znázorňující koktajícího člověka. V dějinách balbutologie se někdy setkáváme s podivuhodnými popisy NKS, v nichž není vždy úplně jisté, zda šlo opravdu o koktavost, nebo o jiný druh NKS, ale uvádějí se jako koktavost. Není to překvapující: ve frankofonním regionu se začala diferencovat koktavost od patlavosti až v roce 1771, a v německy hovořící oblasti dokonce až v roce 1825 (viz níže); kromě toho i v současnosti vícero překladových slovníků nejednou uvádí koktavost jako chybnou výslovnost (tj. patlavost) a naopak.

V dějinách (ale i v současnosti...) se setkáváme s rozličnými šarlatány, kteří parazitovali na této „trýznivé neuróze“ přísliby jejího absolutního vyléčení. Podrobnější historická analýza by možná vyžadovala zajímavé monografické zpracování. Pro potřeby této práce se však omezíme jen na stručný „historický exkurz“ se stručnými margináliemi (Kratochvíl, 1924; Sovák, 1981; Lechta, 1990; Lechta, 2003;

Lajos, 2003; Broscha a Pirsig, 2001, aj.) dokazujícími, že toto NKS a zejména pokusy o jeho korekci, na něž se tu soustředujeme, opravdu prostupují všemi stoletími.

2. tisíciletí před n. l. – první písemný záznam o koktavosti (a NKS vůbec) – egyptský hieroglyf z období Střední říše (tj. okolo 2000 před n. l.): na papyru o ztroskotaném námořníkovi je hieroglyf vyjadřující koktavost jako „njtjt“ v zápisu: „...musíš hovořit bez zakoktavání!“ (Faulkner a De Buck, in Manning, 2001); podle Broschové a Pirsiga (2001) sloveso „nítít“ označovalo někoho, kdo mluvil koktavě nebo se zadržáváním.

10.–9. století před n. l. až 1. století n. l. – kompletizace Starého a Nového zákona – zmínka o Mojžíšovi, který trpěl pravděpodobně koktavostí.

5. století před n. l. – Herodotos popisuje případy neslyšícího a koktavého chlapce.

5.–4. století před n. l. – Hippokrates, otec lékařství, radí, jak se zbavit koktavosti (změna klimatu – přesídlení do suché a teplé země, klidový režim atd.); koktavost je podle něho způsobena „suchostí jazyka“ (Vogel, 2000).

4. století před n. l. – Aristoteles vysvětluje vznik koktavosti jednak jako nepoměr mezi myšlením a „vnější řečí“, jednak jako důsledek anomálie jazyka; zavádí zřejmě jednu z prvních definic koktavosti – nazývá ji ischnophonia (řec. *ischein* – zdržovat; *phone* – hlas, zvuk) a definuje ji jako neschopnost rychle spojovat určitou slabiku s jinou (Braun a Macha-Kau, 2000).

4. století před n. l. – slavný antický řečník Demosthenes údajně trpěl více druhy NKS včetně koktavosti; Natke (2000) zmiňuje, že Demosthenes si dokonce nechal ostříhat polovinu vlasů, aby ho to donutilo zůstat doma a k 2–3měsíčnímu individuálnímu cvičení v jedné podzemní jeskyni.

asi 1.–2. století n. l. – ve starém Římě se věřilo, že lidé s koktavostí jsou posedlí ďáblem; doporučoval se proto, přirozeně, exorcismus (Bloom a Cooperman, 1999).

4. století n. l. – byzantský lékař Oribasius v sedmdesátisvazkové encyklopedii lékařství zdůrazňuje kromě jiného důležitost vazby balbutika na terapeuta a popisuje přesný metodický postup korekce koktavosti (od jednotlivých cvičení až po konverzaci), lehké nasazení hlasu, vázanou řeč atd.

5. století n. l. – Caelius Aurelinus uvažuje o možnostech terapie koktavosti ve formě tzv. řečové gymnastiky.

6. století n. l. – Aetius von Amida, osobní lékař císaře Justiniána, navrhoval léčit koktavost frenulektomií – operativním odstraněním jazykové uzdičky (Lajos, 2003).

11. století – Avicena ve svém *Kánonu lékařství* zmiňuje důležitost dechových a hlasových cvičení balbutiků.