

LISTY

červen 2021

ČASOPIS
ASOCIACE KLINICKÝCH
LOGOPEDŮ ČR

KLINICKÉ LOGOPEDIE

KLINICKÉ LOGOPEDIE

ISSN 2570-6179

OBSAH / CONTENTS

HLAVNÍ TÉMA / MAIN TOPIC

- 4** Neurogení dysfluence
Neurogenic disfluency
Naděžda Lasotová
- 10** Breptavost? Překážka i příležitost! – kazuistika
Cluttering? Barrier or Opportunity! – Case Report
Petr Kopečný
- 16** Die Bonner Stottertherapie – intensiv-stationäre
Intervalltherapie in Deutschland
für Jugendliche und Erwachsene
Bonn Stuttering Therapy – intensive inpatient interval
therapy in Germany for adolescents and adults
Thilo Müller, Co-authors: Holger Prüll, Kirsten Richardt
- 24** Stottern im Kindesalter
Childhood stuttering
Patricia Sandrieser
- 31** Vývojová porucha plynulosti řeči v předškolním
věku – případová studie
Developmental Speech Fluency Disorder
in Preschool Age – A Case Study
Barbora Richtrová
- 37** Tumultus sermonis a současná klinická logopedie
Tumultus Sermonis and Contemporary Clinical Speech Therapy
Karel Neubauer
- 41** Vyhybavé chování v komunikaci dospělých osob s koktavostí
Avoid Behaviour in Communication in Adults with Stuttering
Renata Mlčáková, další autoři: Filip Mikeska,
Vendula Hurtová, Karel Tlamycha
- 56** Odkazy na zajímavé závěrečné práce
s tematikou poruch plynulosti řeči

POHLEDEM Z DRUHÉ STRANY / FROM ANOTHER POINT OF VIEW

- 57** Náš přístup jako rodičů je klíčový*
Rozhovor o zkušenostech s logopedickou péčí
Barbora Lichorobiec
- 59** Lidem koktání nevádí tak moc, jak si někdy myslíme*
Rozhovor o životě člověka s koktavostí
Petr Šmíd

ZEPTALI JSME SE / WE ASKED

- 60** Dospělí jedinci s chronickou koktavostí často rezignují
na svou situaci, pomoci jim mohou motivační rozhovory*
Rozhovor s psychiatrem Michalem Raszkou
Markéta Zatloukalová

PŘEČTENO – DOPORUČENO?! / READ – RECOMMENDED?!

- 62** Recenze knihy*
Mýty a fakta o autismu
Lucie Nohová
- 64** Recenze knihy*
Hry na rozvoj verbální komunikace
Petra Křížkovská

SETKÁNÍ S... / MEETING WITH...

- 65** Mojí motivací je základní lidská potřeba
mít možnost věci ovlivnit*
Rozhovor s MUDr. Liborem Černým (nejen) o jeho práci v IPVZ
Barbora Richtrová

VARIA / MISCELLANEOUS

- 67** Nazální a orální respirace v logopedické
péči a kontextu adenotomie
Nasal and Oral Respiration in Speech – Language
Therapy within the Context of Adenotomy
Eliška Šlesingrová, Kateřina Vitásková, Alena Korpová
- 76** Development of the Vocabulary in Children
with Intellectual Disabilities
Sarmite Tübele, Evija Landrāte

EDITORIAL

EDITORIAL



Milé čtenářky, milí čtenáři,

Hlavní téma tohoto čísla je pro mne velmi osobní. Studium logopedie jsem si před lety vybrala proto, že se koktavost vyskytuje v naší rodině. I tématem mé diplomové práce byla koktavost. Po všem, kolik jsem toho načetla, jsem si ze studií odnesla pocit, že bude jistější, když se mi jednou narodí dcery, protože u nich je větší šance, že jim nepředám genetickou dispozici ke koktavosti. Dítě s koktavostí jsem zkrátka nechtěla. Mám dva syny... a oba koktali. Jeden dva týdny, druhý dva roky. Teprve tahle zkušenost mi umožnila pochopit to zásadní. Mohu toho nastudovat sebevíc, a přesto nemohu pomoci sobě ani dítěti, pokud nepřijmu dítě takové, jaké je. Teprve bezpodmínečné přijetí rodičem umožní dítěti, aby jednoho dne přijalo sebe sama, s koktavostí či bez. Nejen o tématu sebepřijetí je v tomto čísle několik velmi pěkných rozhovorů. Kromě zajímavých článků k tématu koktavosti jsme nezapomněli ani na – námi logopedy často opomíjenou – „Popelku“ v oblasti poruch plynulosti – breptavost.

Hlavním tématem prosincového čísla bude problematika alternativní a augmentativní komunikace. Velmi se těšíme na vaše články, termín k dodání rukopisů recenzovaných článků je 1. 10. 2021. Těší nás vzrůstající zájem odborné veřejnosti o publikování v našem časopise. Věříme, že indexace LKL do mezinárodních databází DOAJ a ERIH PLUS, ke které došlo na jaře tohoto roku, bude tento pozitivní trend nadále posilovat.

*Za redakci LKL
Zuzana Lebedová*

Dear Readers,

The main topic of this issue is a very personal one for me. I decided to study Speech Therapy because there was a case of stuttering in our family. My diploma thesis was also focused on stuttering. When I had been through all the relevant literature, I learned that it would be safer to have daughters, because they are less likely to be affected by this genetic predisposition. I just didn't want to have a child who suffered from stuttering. I have two sons – and both of them stuttered. One for two weeks, the other for two years.

Only this experience allowed me to understand the essentials. I may have studied the topic thoroughly and yet I still could not help myself or my child, unless I accepted the child as he was. Only the unconditional acceptance of the child by the parent will allow the child one day to accept him- or herself, whether stuttering or not. Several very interesting interviews in this issue deal with self-acceptance. They are no less inspirational than the rest. In addition to the articles devoted to stuttering, we have not forgotten about cluttering – the often overlooked “Cinderella” of the fluency disorder field.

The December issue should deal with alternative and augmentative communication. We are looking forward to your articles; the deadline for manuscript submission is 1.10.2021. We are pleased with the growing interest of professionals in publishing in our Journal. We believe that the indexation of LKL to the DOAJ and ERIH PLUS international databases, which took place in the spring of this year, will continue to strengthen this positive trend.

*Yours sincerely,
Zuzana Lebedová,
on behalf of the editorial staff of LKL*

NEUROGENNÍ DYSFLUENCE

NEUROGENIC DISFLUENCY

Naděžda Lasotová¹ 



Naděžda Lasotová

Abstrakt

Problematika neurogenní dysfluence je v literatuře jako samostatná jednotka podrobně popsána jen zřídka. V současné době nejsou v dostupných pramenech k dispozici rozsáhlejší studie, které by se této problematice věnovaly. Publikace na toto téma jsou zaměřeny převážně na popis případových studií. Předkládaný příspěvek prezentuje shrnutí problematiky neurogenní dysfluence na základě dostupných odborných zdrojů. Popisuje charakteristiku neurogenní dysfluence, možnosti diagnostiky, respektive diferenciální diagnostiky, možnosti a efektivitu terapie.

Summary

The neurogenic disfluency issue as a separate unit is seldom described in detail in the literature. Currently, there are no extensive studies available in the accessible sources to address this issue. Publications on this topic are mainly focused on the description of case studies. The submitted paper presents a summary of the neurogenic disfluency issue on the basis of available professional sources. It presents the characteristics of neurogenic disfluency and the possibilities of diagnostics, with regard to differential diagnostics, therapeutic options and their effectiveness.

Klíčová slova

neurogenní dysfluence, získaná dysfluence, diagnostika neurogenní dysfluence

Keywords

neurogenic disfluency, acquired disfluency, diagnostics of neurogenic disfluency

Zkratky

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí
ICD – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

Úvod

Za neurogenní dysfluenci je označována získaná nebo znovuzískaná porucha plynulosti řeči vzniklá na neurologickém podkladě, a to následkem difúzních nebo ložiskových neurologických lézí (Dezort, 2019, Lechta, 2004). Neurogenní neplynulost je považována svým výskytem za poruchu spíše méně častou, která se objevuje nejčastěji u dospělé populace bez předchozích komunikačních obtíží (Cruz, Amorim et al., 2018), může se však vyskytnout i u dětí (Dezort, 2019). Neurogenní dysfluence může být přechodná nebo perzistující (Lechta, 2004).

Dysfluence, neplynulost řeči, bývá někdy zúženě považována za koktavost a v literatuře bývají někdy oba termíny uváděny jako totožné. Koktavostí je však míněn komplexní syndrom, který spočívá v průniku tří množin symptomů – psychické tenze, nadměrné námahy a dysfluence při řečovém projevu. Dysfluence jsou mimořádně variabilní, jejich frekvence, stupeň i forma závisí na celé řadě faktorů (Lechta in Lechta et al., 2010, Lechta, 2004). Za dysfluenci, resp. neurogenní dysfluenci, jako klinickou jednotku, je v tomto příspěvku považována neplynulost v řeči, nezatížená koexistující psychickou tenzí a/nebo nadměrnou námahou. Typické příznaky dysfluence a koktavosti dle ASHA (American Speech-Language-Hearing Association) jsou uvedeny v tabulce 1 (ASHA, 1997-2021 [online]):

¹ Mgr. Naděžda Lasotová, Neurologická klinika FN Brno, Pracoviště Nemocnice Bohunice a Porodnice, Jihlavská 20, 625 00 Brno, Česká republika.
E-mail: lasotova.nadezda@fnbrno.cz, tel.: + 420 532 23 2008. ORCID: 0000-0001-6728-4077.

Dysfluence	Koktavost
charakteristiky v řeči	charakteristiky v řeči
› repetice víceslabičných celých slov a frází › interjekce › opravy	› repetice hlásek nebo slabik › prolongace › bloky
další chování	další chování
› bez fyzické tenze nebo úsilí › bez sekundárních příznaků v chování › bez negativní reakce na frustraci › bez rodinné zátěže ke koktavosti	› spojení s fyzickou tenzí nebo úsilím › sekundární příznaky v chování (mrkání, grimasování, změny výšky/síly hlasu) › negativní reakce na frustraci › vyhýbavé chování (omezení verbálního kontaktu, vyhýbání se komunikačním situacím) › rodinná zátěž ke koktavosti

Tabulka1: Typické příznaky dysfluence a koktavosti (ASHA, 1997–2021 [online])

Etiologie

Přesná etiologie neurogenní dysfluence není dosud známa. Jedná se o mimořádně heterogenní skupinu (Lechta, 2004). K neurogenní dysfluenci dochází po identifikovatelném neurologickém poranění (Cruz, Amorim et al., 2018) či při neurologickém onemocnění. Nejčastěji se uvádí ve spojitosti s cévní mozkovou příhodou (s jednou či více lézemi), traumatickým poraněním mozku, chirurgickým zákrokem v oblasti mozku, záchvatovitým onemocněním, virovou meningitidou, při roztroušené skleróze, Parkinsonově chorobě, demenci (Lundgren et al., 2010, Lechta, 2004), může být příznakem mozkového tumoru, mezi méně časté příčiny patří stav způsobený léky. Neurogenní neplnulost není lokalizována do určitého mozkového centra, nezáleží na zasažené hemisféře a ani stupeň poškození neodpovídá míře narušení plynulosti řeči (Dezort, 2019). Dle Neubauera (2018) lze uvažovat o nízké souvislosti vzniku obtíží v plynulosti řečového projevu s druhem onemocnění či lokalizací léze, což podporuje spíše názory o širokém spektru možných příčin vzniku poruchy fluence mluvy. V souhrnu se tedy zdá, že neexistuje žádný neuropatologický korelát, který by mohl být považován za normu či lokalizaci pro získanou neurogenní neplnulost řeči (Lundgren et al., 2010). Avšak Cruz, Amorim et al. (2018) na základě hodnocení dostupných studií uvádí možnou souvislost s rozvojem

neurogenní dysfluence při lézích a následném rozpadu propojení okruhu levé mozkové hemisféry, resp. spodního frontálního kortexu, horního temporálního kortexu, intraparietálního kortexu a bazálních ganglií. Neurogenní dysfluence se jeví svým výskytem častěji u mužů. Uváděná incidence se liší v poměru 2 : 1 až 10 : 1 (Cruz, Amorim et al., 2018, Theys, van Wieringen et al., 2015). Vznik může být náhlý (např. při krvácení do mozku), nebo postupný (např. při demenci nebo nádorových onemocněních). (Lechta in Cséfalvay, Lechta et al., 2013)

Diagnostika

Základní diagnostika neurogenní dysfluence spočívá ve využití běžně dostupných a používaných vyšetřovacích metod daného pracoviště určených pro diagnostiku poruch plynulosti řeči. Standardizovaná vyšetřovací baterie pro poruchy plynulosti řeči není zatím dostupná. Diagnostiku je vhodné dokumentovat audio/video nahrávkou.

V rámci diagnostiky neurogenní dysfluence se můžeme opřít o, v literatuře zmiňované, typické znaky získané neplnulosti, které ji mohou odlišit od jiných druhů (vývojové, resp. u dospělých osob chronické koktavosti, psychogenní dysfluence, koexistence s dalšími jazykovými či řečovými poruchami).

Charakteristické znaky neurogenní dysfluence jsou následující:

1. dysfluence není soustředěna na významová slova, ale je rozdělena rovnoměrně;
 2. repetice, prolongace a bloky nejsou lokalizovány pouze na začátku slova, jak to bývá časté u vývojové dysfluence, ale dochází k nim ve všech pozicích slov;
 3. neplnulosti jsou napříč různými řečovými úlohami konzistentní (např. při zpěvu, simultánní produkci, spojení nedochází k výraznému zlepšení plynulosti, někdy řeč samostatná může být snazší než automatická);
 4. mluvčí nevykazuje přílišnou úzkost při řeči, netrpí výraznou psychickou tenzí, může být však patrná nervozita a nejistota;
 5. zřídka jsou pozorovány sekundární příznaky (fyzická tenze, vyhýbavé a únikové jednání);
 6. není pozorován adaptační účinek.
- (Dezort, 2019, Cruz, Amorim et al., 2018, Lundgren et al., 2010)
- Důležitým diagnostickým východiskem je fenomén konstantnosti/nekonstantnosti symptomů dysfluence, přítomnost stabilního vzorce dysfluencí, vysoký index konzistence a nízký index adaptace. Právě nízký index adaptace a velmi vysoký index konzistence indikuje pravděpodobnou organicitu v pozadí a potřebu neurologického vyšetření (Lechta in Cséfalvay, Lechta, 2013, Lechta 2004).

Index adaptace:
$$\frac{\text{počet neplýnulostí při prvním mluvení/čtení}}{\text{počet neplýnulostí v sukcesivním mluvení / čtení téhož textu}}$$

Index konzistence:
$$\frac{\text{počet symptomů opakovaně lokalizovaných na témže místě}}{\text{počet všech symptomů}}$$

Lze říci, že ve stanovení jednoznačné diagnózy neurogenní dysfluency panuje určitá míra nejistoty. Avšak pokud jedinec s anamnézou dokumentované neurologické události vykazuje všech šest znaků neurogenní získané neplýnulosti, lze tuto diagnózu stanovit s větší jistotou, než když všechny tyto body nevykazuje (Lundgren et al., 2010). V naprosté většině případů by náhlý výskyt dysfluentní řeči u dospělého měl být považován za abnormální (Stuttering foundation, [online]).

Diferenciální diagnostika

V rámci odlišení neurogenní dysfluency a dalších řečových či jazykových poruch vzniklých na neurologickém podkladě (afázie, dysartrie, apraxie) panuje jistá nejednotnost. Neurogenní neplýnulost může být zcela samostatnou jednotkou bez jiné koexistující řečové/jazykové poruchy, nebo se může projevit právě v koexistenci s jinými řečovými/jazykovými poruchami. Zde je pak nezbytné odlišit neurogenní dysfluenci od neplýnulosti, které vyplývají ze symptomů těchto řečových/jazykových poruch (parafázie, anomie, motorické poruchy apod.).

Některé dysfluency, manifestující se společně s afázií, mohou být pouze výsledkem snahy o autokorekci fonemických parafází a mohou připomínat neplýnulost v podobě repetice. Mezi nejčastěji uváděné typy afázie spojené s výskytem dysfluencí patří anomická, Brocova, kondukční a Wernickeova afázie (Cruz, Amorim et al., 2018). Lundgren et al. (2010) uvádí, že významný počet v literatuře popsanych

případů neurogenní dysfluency však nevykazoval žádné známky afázie.

U verbální apraxie jsou příznaky neplýnulosti řeči někdy spojovány s opakováním fonémů způsobem naznačujícím neurogenní dysfluenci (Lundgren et al., 2010). Potíže v iniciaci slov se mohou u verbální apraxie projevovat jako prolongace či repetice hlásek či slabik, které jsou však spojeny s neúspěšnými pokusy o slovní produkci ve smyslu omezené kapacity programování cílené lokalizace a sekvencí artikulačních pohybů (Cruz, Amorim et al., 2018).

Za jistý komplex řečových obtíží, které se mohou jevit jako projevy neurogenní dysfluency, je v literatuře označovaná palilalia, typická u pacientů s Parkinsonovou chorobou a jinými parkinsonskými syndromy. Jedná se o nedobrovolné repetice slov, frází nebo vět s narůstající rychlostí a snižující se hlasitostí projevu (Cruz, Amorim et al., 2018). U dalších extrapyramidových onemocnění je možné pozorovat dysfluency vyplývající právě z podstaty těchto onemocnění, nejčastěji repetice a prolongace slabik v iniciální pozici slova. V těchto případech je současně přítomen pozitivní adaptační účinek (Lundgren et al., 2010).

U neurogenní dysfluency Theys, van Wieringen et al. (2015) uvádí vyšší výskyt repetice slabik a slov u pacientů po cévní mozkové příhodě, prolongace a bloky naopak spíše u pacientů s neurodegenerativním onemocněním.

Dezort (2019) ve své práci cituje rozdělení neurogenních dysfluencí na podkladě různých neurologických poruch

na *dysartrickou neplýnulost* (s typickými artikulačními bloky provázenými svalovou tenzí), *apraktickou neplýnulost* (při omezené schopnosti motorického plánování a snaze o autokorekce s typickými příznaky, jako jsou repetice či bloky, resp. tiché bloky), *dysnomickou neplýnulost* (s patrnými repetitivy, pauzami či interjekcemi při poruše výbavnosti pojmů a pojmenování).

V kontextu diferenciální diagnostiky je tedy nezbytné oddělit symptomy ostatních řečových či jazykových poruch, které se mohou jevit jako určité dysfluency, od neplýnulosti jako klinické jednotky. Diferenciální diagnostika by tedy měla zahrnovat i testy afázie, dysartrie, kognice a koktavosti, na jejichž základě získáme komplexní profil pacienta (Dezort, 2019). Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem je zřejmé, že není vždy jednoduché stanovit zcela jasnou hranici mezi neurogenní dysfluencí a dalšími jazykovými či řečovými neurogenními poruchami (Cruz, Amorim et al., 2018).

Příznaky dysfluency u dospělých bez anamnézy vývojové koktavosti mohou mít velmi pravděpodobně neurologický nebo psychogenní původ, přičemž obě formy mají četné překrývající se rysy. Diferenciální diagnostika neurogenní a psychogenní dysfluency je obtížná. Charakteristiku neurogenní versus psychogenní dysfluency prezentuje tabulka 2. Ukazuje se však, že je to právě rychlá a příznivá reakce na terapii, co odlišuje psychogenní dysfluenci od té neurogenní (Lundgren et al., 2010).

Vlastnosti	Neurogenní dysfluency	Psychogenní dysfluency
náhlý vznik	+	+
repetice, prolongace a bloky ve všech pozicích slov	+	-
úzkost spojená s poruchou	-	+
konzistentní příznaky dysfluency (při čtení, mluvení, opakování)	+	+
sekundární příznaky	-	-
bizarní projevy dysfluency		+
symbolický význam pro současnou poruchu	-	+

Tabulka 2: Charakteristika neurogenní versus psychogenní dysfluency (Lundgren et al., 2010)

Dysfluence v mezinárodní klasifikaci nemocí

V oblasti zařazení neurogenní dysfluence jako diagnózy do mezinárodní klasifikace nemocí je patrná jistá diskrepance mezi českou a americkou verzí. V české verzi 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10 klasifikace) můžeme neurogenní dysfluenci přiřadit kódu F98.5 – Koktavost (zadržávání v řeči). Ta je dle výkladu MKN-10 charakterizována častým opakováním nebo prodlužováním slabik a slov, případně alternativně častým zaváháním a pauzami, které narušují rytmický tok řeči. Klasifikována by měla být jako onemocnění pouze tehdy, když výrazně narušuje plynulost řeči. Nepatří sem breptavost (F98.6., tiky F95.-). (UZIS, [online])

Kdežto v americké klasifikaci dle International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10-CM) a z ní vycházející publikované klasifikace diagnóz pro poruchy řeči, jazyka a polykání dle ASHA (American Speech-Language-Hearing Association) je kódem F98.5 označovaná Porucha fluence se vznikem v dospělosti (Adult onset fluency disorder). Nepatří sem porucha fluence vzniklá v dětství (F80.81.), dysfázie (R47.02), poruchy plynulosti zařazené jinde (R47.82), poruchy plynulosti (koktavost) doprovázející cerebrovaskulární onemocnění (I69.023), tiky (F95.-). Z tohoto pohledu by neurogenní dysfluence byla zařazena taktéž pod kódem F98.5, ovšem dysfluence se vznikem v dětství by do tohoto označení nespádala. Kód F 98.5 by jednoznačně označoval dysfluenci se vznikem v dospělosti. Dle této klasifikace bychom tuto dysfluenci mohli ještě dále specifikovat v souvislosti s příčinou vzniku, a to kódem I69.023, který je definován jako Porucha plynulosti v souvislosti s netraumatickým subarachnoidálním krvácením (ICD.CODES [online], ASHA, 2021 [online]).

V připravované verzi Světové zdravotnické organizace MKN-11 (ICD-11 International Classification of Diseases 11th Revision), která by měla vstoupit v platnost od 1. 1. 2022, je plánovaná klasifikace klinických jednotek dysfluence a koktavosti s určitými změnami, se zdůrazněním aspektu vývojovosti. Vývojová porucha plynulosti řeči bude pravděpodobně zařazena pod názvem Vývojová porucha plynulosti řeči

(Developmental speech fluency disorder) a kódem 6A01.1 v kapitole Duševní, behaviorální a neurovývojové poruchy. Dysfluence se začátkem v dospělosti bude klasifikována jako samostatná jednotka kódem MA81 Dysfluence řeči (Speech disfluency) v kapitole Příznaky nebo znaky zahrnující řeč nebo hlas (WHO, [online], Pospíšilová in Neubauer et. al, 2018, UZIS, [online]).

V rámci Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví – MKF (ICF International Classification of Functioning, Disability and Health) jsou uvedeny klasifikační kategorie b330 Fluence a rytmus řečových funkcí (Fluency and rhythm of speech functions) a kategorie b3300 Fluence řeči (Fluency of speech). V prvním případě jsou zahrnuty funkce plynulosti, rytmu, rychlosti a melodie řeči; prozódie a intonace; koktavost, bradylalia a tachylalia. Kategorie Fluence řeči zahrnuje funkce produkce plynulého, nepřerušovaného toku řeči, tj. funkce plynulého spojení řeči; poruchy, jako jsou koktavost, dysfluence, opakování zvuků, slov nebo částí slov a nepravidelné přestávky v řeči (WHO, 2021 [online]). Termín neurogenní dysfluence či dysfluence se začátkem v dospělosti zde není přímo klasifikován jako samostatná jednotka.

Terapie

Neurogenní dysfluence bývá k terapii často spíše rezistentní. Záměrná modifikace způsobu mluvení fluencí nezlepší, nebo ji zlepši jen minimálně (Lechta, 2004). Vždy je potřeba zvážit, zda bude klient z terapie profitovat, ne vždy je logopedická terapie nezbytná (Dezort, 2019). Logopedické terapeutické postupy zlepšující plynulost se primárně zaměřují na řeč jako takovou, protože sekundární znaky neplynulosti jsou patrné spíše zřídka. Mezi nejčastěji zapojuvané terapeutické techniky patří *pacing* (udržování tempa, rytmizovaná řeč) či *fluency shaping* (tvarování plynulosti řeči s měkkým hlasovým začátkem, vázanou řečí s výrazným zpomalením tempa řeči) (Dezort, 2019). Literatura však určitý neefektivnější terapeutický přístup neuvádí. Jednotlivé terapeutické programy lze aplikovat samostatně nebo ve vzájemné kombinaci, včetně využití zpožděné akustické vazby (DAF – Delayed Auditory Feedback – Lee-efektu). (Cruz, Amorim et al., 2018)

V rámci terapie náhle vzniklé poruchy plynulosti řeči je vhodné kromě

klienta současně zapojit rodinné příslušníky, nabídnout poradenství a objasnění příčin vzniku potíží. Porozumění této poruše může rodinám a pečovatelům pomoci vhodně strukturovat komunikační situace a tím být klientovi nápomocni. Klientovi se získanou poruchou plynulosti řeči i jeho blízkým je vhodné objasnit, že proces zotavení se ze základního neurologického onemocnění nebo poranění může mít často významný dopad na plynulost. Proces zotavování však může být dlouhodobý a vyžaduje trpělivost (Stuttering foundation, [online]).

Zmínit lze také farmakologické přístupy v terapii neurogenní dysfluence. Ani z hlediska farmakologické terapie nejsou doporučení jednoznačná a s jasně prokázaným benefitem. Mezi uváděné preparáty patří haloperidol, typická antipsychotika (chlorpromazin, trifluoroperazin, thioridazin), atypická antipsychotika (risperidon) a antiepileptika (carbamazepin, levetiracetam). Na druhou stranu jsou popsány případy, kdy tyto preparáty naopak dysfluenci vyvolaly.

Terapie neurogenní dysfluence je převážně nefarmakologická. Doposud není známý evidence-based benefit farmakologické terapie (Cruz, Amorim et al, 2018).

Závěr

Neurogenní dysfluence je považována spíše za zřídka se vyskytující poruchu. Přesná etiologie vzniku a patofyziologie této získané poruchy plynulosti řeči je doposud neznámá. Je však podmíněna přítomností neurologického onemocnění či poranění. V rámci diagnostiky se lze opřít o šest charakteristických znaků, které jsou pro neurogenní dysfluenci typické. Současně může být diagnostickým vodítkem pro stanovení diagnózy neurogenní dysfluence přítomnost vysokého indexu konzistence a nízkého indexu adaptace. Shrnutí typické charakteristiky neurogenní dysfluence je obsaženo v tabulce 3. Shrnutí v rámci diferenciální diagnostiky vývojové neurogenní a psychogenní dysfluence prezentuje tabulka 4 (Roth et. al, 2015, Seery, 2005). V odborné literatuře, zahraniční i domácí, zatím chybí větší množství samostatných prací či studií na téma neurogenní dysfluence. Otevírá se zde další prostor pro výzkum a možnosti v oblasti diagnostiky i terapie.

Vznik	náhly, ale i postupný; v dětství nebo v dospělosti
Adaptační efekt	žádný nebo nízký
Dysfluence ve spontánní řeči	nemusí být převážně na iniciálních slabikách; častá je malá variabilita dysfluencí
Narušené kverbální chování	nemusí být asociováno s dysfluencí
Organicita v pozadí	častý výskyt při afázii, dysartrii nebo verbální apraxii
Terapie	zřídka vede k rychlému a markantnímu zlepšení řeči
Modifikované způsoby mluvení	zřídka zlepšení fluence
Logofobie	zpravidla žádná logofobie v souvislosti s dysfluencemi

Tabulka 3: Neurogenní dysfluence – shrnutí (Lechta in Cséfalvay, Lechta, 2013)

Charakteristika	Vývojová kocktavost	Neurogenní dysfluence	Psychogenní dysfluence
Začátek	dětství, obvykle mezi 2.–4. rokem	dospělost (doba po adolescenci); jako následek CMP, epilepsie, degenerativního neurologického onemocnění	dospělost (doba po adolescenci); jako následek somatizace, chronického stresu, konverzní poruchy, posttraumatického stresu nebo simulace
Typ začátku	postupný nebo náhlý	obvykle náhlý	obvykle náhlý
Okolnosti začátku	rozličné situace	neurologické poškození	psychicko-emoční potíže
Frekvence dysfluence	rozsah mírných až těžkých obtíží (celkové procento zřídka nad 45 %)	rozsah mírných až těžkých obtíží	rozsah mírných až těžkých obtíží
Typy dysfluence	různé typy dysfluence: obvykle dysfluence v pozici na začátku	různé typy dysfluence	různé typy dysfluence, časté repetice slabik
Sekundární průvodní projev	přítomny; časté vyhýbání se očnímu kontaktu	nepřítomny; oční kontakt normální	nejsou běžné; udržení očního kontaktu bez potíží, může být přítomno bizarní chování nesouvisející s řečí
Lokalizace dysfluence	iniciální pozice slova, začátek proslovu; dysfluence zřídka na poslední slabice či slově	dysfluence v průběhu celé promluvy, nepřevažuje v iniciální pozici	dysfluence v průběhu celé promluvy, nepřevažuje v iniciální pozici
Lokalizace dysfluence u plnovýznamových / neplnovýznamových slov	dysfluence lokalizovány více na plnovýznamová slova	lokalizace na plno/ neplnovýznamová slova bez rozdílu	lokalizace na plno/ neplnovýznamová slova bez rozdílu
Efekt adaptace	může i nemusí se objevit	žádný adaptační efekt	žádný adaptační efekt
Efekt konzistence	pravděpodobný	neznámý	neznámý
Variabilita dysfluence	variabilní v různých situacích	minimální variabilita v různých situacích	minimální variabilita v různých situacích; mohou se projevit epizody spontánní fluentní řeči
Zjednodušení řečové úlohy	dysfluenci většinou zlepší	dysfluenci většinou nezlepší	dysfluenci většinou nezlepší; naopak ji může zhoršit

Simultánní řeč	obvykle zlepší nebo eliminuje dysfluenci	dysfluenci nezlepší	dysfluenci nezlepší
Emoční odpověď na dysfluenci	úzkost a vyhýbání se řeči	pocit rozzlobenosti, ale ne úzkosti či obav z řeči	postoj k dysfluenci často lhostejný
Zkušenosti s okolím/ posluchači	zkušenosti většinou s obtěžováním (výsměchem, popichováním)	většinou bez pocitu obtěžování od okolí	většinou bez pocitu obtěžování od okolí

Tabulka 4: Diferenciální diagnostika vývojové koktavosti, neurogenní a psychogenní dysfluence (Roth et. al, 2015, Seery, 2005)

Literatura

ASHA, 2021. ICD-10-CM. *Diagnosis Codes related to speech, language and swallowing disorders*. [online] [cit. 18.1. 2021]. Dostupné z: <https://www.asha.org/siteassets/uploadedfiles/icd-10-codes-slp.pdf>

ASHA, 1997–2021. *Characteristic of Typical Disfluency and Stuttering*. [online] [cit. 25. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/fluency-disorders/characteristics-of-typical-disfluency-and-stuttering/>

CRUZ, C., AMORIM, H. et al., 2018. Neurogenic stuttering: a review of the literature. *Rev Neurol*. Jan 16;66(2):59-64. Spanish, English. PMID: 29323402.

DEZORT, J. 2019. *Koktavost – návrh komplexního diagnosticko-terapeutického programu pro dospělé s koktavostí s důrazem na desenzibilizaci, recidivu a následnou péči*. Disertační práce. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce: doc. PaedDr. Jiřina Klenková, Ph.D.

ICD. CODES. ICD-10-CM Code F98.5 [online] [cit. 18. 1. 2021]. Dostupné z: <https://icd.codes/icd10cm/F985>

ICD. CODES. ICD-10-CM Code I69.023 [online] [cit. 18. 1. 2021]. Dostupné z: <https://icd.codes/icd10cm/I69023>

LECHTA, V. 2004. *Koktavost – komplexní přístup*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-867-8.

LECHTA, V. 2010. Koktavost. In: Lechta et al. *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-679-7.

LECHTA, V., 2013. Diagnostika poruch fluence. In: CSÉFALVAY, Z., LECHTA, V. et al. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0364-3.

LUNDGREN, K., HELM-ESTABROOKS, N., KLEIN, R. 2010. Stuttering Following Acquired Brain Damage: A Review of the Literature. *J Neurolinguistics*. September 1;23(5): 447-454. DOI: 10.1016/j.jneuroling.2009.08.008.

NEUBAUER, K. et al., 2018. *Kompendium klinické logopedie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1390-1.

POSPÍŠILOVÁ, L. Vývojová koktavost. In: NEUBAUER, K. et al., 2018. *Kompendium klinické logopedie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1390-1.

ROTH CR, CORNIS-POP M., BEACH, WA. 2015. Examination of validity in spoken language evaluations: Adult onset stuttering following mild traumatic brain injury. *NeuroRehabilitation*. 36(4), s. 415-26. DOI:10.3233/NRE-151230. PMID: 26409490.

SEERY, CH. 2005. Differential diagnosis of stuttering for forensic purposes. *Am J Speech Lang Pathol*. Nov; 14(4), s. 284-97. DOI: 10.1044/1058-0360(2005/028). PMID: 16396612.

STUTTERING FOUNDATION. *Neurogenic Stuttering*. [online] [cit. 11. 1. 2021]. Dostupné z: <https://www.stutteringhelp.org/neurogenic-stuttering>

THEYS, C., van WIERINGEN, A. et. al., 2011. A one year prospective study of neurogenic stuttering following stroke: Incidence and co-occurring disorders. *J Commun Disord*. Nov-Dec; 44(6), s. 678-87. DOI: 10.1016/j.jcomdis.2011.06.001. Epub 2011 Jul 2. PMID:218 07377.

UZIS. MKN-10 klasifikace. 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, Česká verze, platnost od 1. 1. 2020. [online] [cit. 18. 1. 2021]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/>

UZIS. Mezinárodní klasifikace nemocí. Příprava MKN-11. [online] [cit. 26. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci#mkn11>

WHO. 2021. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. [online] [cit. 26.3. 2021]. Dostupné z: <https://www.who.int/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

WHO. ICD-11. [online] [cit. 26. 3. 2021]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1809393168>, <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/654956298>

BREPTAVOST? PŘEKÁŽKA I PŘÍLEŽITOST! – KAZUISTIKA

CLUTTERING? BARRIER OR OPPORTUNITY! – CASE REPORT

Petr Kopečný¹ 



Petr Kopečný

Abstrakt

Příspěvek tematizuje problematiku narušené plynulosti řeči a zprostředkovává přístup k dívce s breptavostí. Tumultus sermonis se jako centrální porucha řeči může dotýkat celé osobnosti člověka i jeho okolí. Breptavost zasahuje komunikační cesty, může se stát bariérou v mezilidské interakci, a zároveň tedy příležitostí pro hledání možností podpory. Text nabízí pojetí logopedické intervence u dívky mladšího školního věku s ohledem na analýzu sémantických, syntaktických i fonetických projevů. Příspěvek ilustruje zacílení terapeutického procesu na oblast respirace, koncentrace pozornosti, strukturování výpovědi i práce s textem. V návaznosti na identifikovatelné obtíže kazuistika zachycuje význam spolupráce s dívkou i její matkou.

Abstract

The theme of the paper is the issue of fluency disorders, mediating the approach to a girl with cluttering. Cluttering, as a central speech disorder, can affect the entire personality of a person and his/her surroundings. Cluttering affects communication pathways, thus becoming a barrier to interpersonal interaction, and at the same time is an opportunity to explore support possibilities. The text offers the concept of Speech and Language Therapy in a girl of early school age, with regard to the analysis of semantic, syntactic and phonetic expressions. The paper illustrates the focus of the therapeutic process on the area of respiration, concentration of attention, structuring of speech and text work. Following identifiable difficulties, the case report captures the importance of cooperation with the girl and her mother.

Klíčová slova

breptavost, tumultus sermonis, plynulost, tempo, logopedická intervence, strukturování

Keywords

cluttering, tumultus sermonis, fluency, tempo, speech and language therapy, structuring

Úvod

Breptavost (tumultus sermonis) jako projev centrální poruchy řeči považujeme za syndrom příznaků odrážející se v mnoha komunikačních cestách. Podle Kathleen Scaler Scottové, Florence Myersové a Petera Kissagizlise (ICA [online]) breptavost ovlivňuje schopnost člověka vyjadřovat se jasným a/nebo výstižným způsobem. Neurální charakter breptavosti souvisí s dysfunkcí v kortikálních oblastech levého čelního laloku – především v anteriorním cingulárním kortexu (ACC) zodpovědném za exekutivní funkce, v doplňkové korové motorické oblasti (SMA) spojené s kognitivními, afektivními a motorickými aktivitami a v presuplementárním motorickém kortexu (pre-SMA), který se podílí na výběru a řazení slov a na detekci řečových chyb. Současně se připouští deficit v bazálních gangliích, která regulují časování řeči (Alm, 2011, srov. Seeman, 1970). Per A. Alm (2011) breptavost hodnotí jako heterogenní poruchu s projevy hyperaktivity a dysregulace ve frontální kůře i bazálních gangliích, a to například v důsledku hyperaktivního dopaminového systému.

Podle Mezinárodní asociace pro breptavost (*International Cluttering Association*, ICA) může v důsledku své neurální složitosti breptavost koexistovat s koktavostí, specifickými artikulačními poruchami, motorickou diskordinací, apraxií,

¹ PhDr. Petr Kopečný, Ph.D., kmenově: Katedra speciální a inkluzivní pedagogiky, Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity, Poříčí 9, 602 00 Brno, Česká republika; externě: Klinická logopedie Mgr. Zdeňka LAUERMANNOVÁ s.r.o., Chvalovka 1331, 635 00 Brno, Česká republika. E-mail: kopecny@ped.muni.cz, tel.: + 420 776 387 094; ORCID: 0000-0002-5668-3352.

ADHD, poruchami učení, obtížemi s formulací jazyka, neadekvátní organizací myšlenkových procesů, poruchami sluchového zpracování či Aspergerovým syndromem. Diferenciální diagnostika vycházející z neurologických, psychologických i logopedických vyšetření tuto koexistenci potvrzuje nebo vyvrací, a to například na základě nálezu na EEG, výsledků standardizovaných psychologických testů či diagnostické škály *Predictive Cluttering Inventory* (Daly, 2006), kterou do českého jazyka přeložil a zmiňuje Karel Neubauer (2018). Jolanta Góral-Pórola a Zbigniew Tarkowski (2015) zdůrazňují, že breptavost je třeba odlišovat od tachylalie (zrychleného tempa projevu), chudého obsahu výpovědi, chudého slovníku, schizofázie či narušení intelektu.

Narušení se dle Zbigniewa Tarkowského (2003) objevují v rovině psychické (nápadnosti v soustředění), lingvistické (neplynulost projevu či výskyt dysgramatismů) a fyziologické (respirační dysrytmie). Charakteristický symptom představuje dynamičnost a akcelerace celkového projevu (Peutelschmiedová, 2001). Některé z těchto příznaků jsou patrné již v raném věku, četnost výskytu je pak vyšší v předškolním věku, narušená komunikační schopnost může přetrvávat i v dalších fázích života (Bytešníková, 2012). Celkový klinický obraz zpravidla zahrnuje nedostatečnou koncentraci pozornosti, motorickou nestabilitu, nápadnosti v koordinaci výkonů jemné motoriky, percepční obtíže a ve školním věku projevy dyslexie či dysgrafie (Škodová, Jedlička, 2003).

Intenzita projevů breptavosti se proměňuje v závislosti na komunikační situaci a aktuálních schopnostech korigovat tempo. Mezi dominantní symptom, který se tedy může manifestovat nekonstantně, patří především zvýšená rychlost artikulace s pauzami narušujícími plynulost projevu a přispívajícími k časté nesrozumitelnosti (Mlčáková, Vitásková, 2013). Výsledky studie Judit Bónaové a Anny Koháříové (2021) potvrzují, že jedním z hlavních příznaků breptavosti je zvýšená artikulární rychlost, rozdíly v rytmu řeči mezi lidmi s breptavostí a bez ní jsou však podle autorek nepatrné. Zrychlení tempa může být zjevné na mezislovní (interverbální) úrovni, či uvnitř slova (intraverbálně). Při tzv. interverbální akceleraci zrychlení zesiluje přímo úměrně s délkou výpovědi, což může vést k ovlivnění symbolických procesů v důsledku záměrného vyhybání se delším slovům či větám (Seeman 1955 cit. podle Škodová,

Jedlička, 2003). Intraverbální akcelerace se projevuje redukcí či vynecháváním slabik, a to hojně při produkci ustálených spojení (Peutelschmiedová, 2001).

Breptavost si člověk často sám neuvědomuje, frustrující se pro něj stává ve chvíli, kdy přináší komplikace do pracovního či osobního života (Kerekrétiová, A. 2009). Narušení centrální regulace je spojeno s dezorganizací myšlení. Člověk s breptavostí se může potýkat s obtížným uspořádáním myšlenek, jejich zprostředkováním a finální produkcí v odpovídajícím tempu. Sémantické nápadnosti přecházejí do syntaktické a posléze fonetické úrovně – chaotičnost myšlenek se tak promítne při přenášení do vět (např. jako chyba ve slovosledu či slovtvorbě) a do artikulace či tempa (Tarkowski, 2003).

Popis případu

Vývoj a aktuální stav

Kazuistika přibližuje intervenční proces u dívky mladšího školního věku, jejíž matka se na logopedickou ambulanci obrátila v létě 2020 s konstatováním zhoršujícího se komunikačního projevu své dcery. Klienti sami zpravidla důvod pro zahájení logopedické intervence nespátřují, neboť si obtíže neuvědomují (Tarkowski, 2003). Z úvodního setkání a rozhovoru s matkou vyplývá, že logopedická intervence byla dívce poskytována i v minulosti, naposledy v období přechodu z mateřské do základní školy, a to především se zaměřením na narušení v oblasti artikulace a na úpravu toku mluvy. Logopedická intervence byla v této době ukončena, dle slov matky z časových důvodů.

Matka dívky konstatuje, že si v předškolním věku všimla monotónnosti a nepřírozeného přízvuku v řečovém projevu dcery. Z hlediska prozodických faktorů řeči je však toho času nápadné primárně zrychlené tempo. Navzdory možné přítomnosti specifické poruchy muzických schopností (srov. Škodová, Jedlička, 2003, Mlčáková, Vitásková, 2013) je melodie doprovázející řečovou produkci dívky naopak přílehlavá. Adekvátní uplatnění melodičnosti a jejího dalšího rozvoje může do jisté míry souviset se zálibou dívky ve hře na hudební nástroj (kytara), které se začala věnovat přibližně v období vstupu do prvního ročníku základní školy. Jedny z charakteristických příznaků breptavosti matka u své dcery zachycovala v určité unáhlenosti či roztržitosti, v raném a předškolním věku si všimla tiků (neuvědomované pohyby hlavy a horních končetin)

a poruch spánku, které byly dle slov matky postupně eliminovány v průběhu prvního ročníku základní školy.

Ve spontánním rozhovoru s dívkou (např. na téma volnočasových aktivit) je možné v současnosti pozorovat dílčí projevy ve dvou klíčových oblastech uváděných v odborné literatuře – v symptomech v řeči a v symptomech v chování a psychické složce (Tarkowski, 2003). Z hlediska obsahového se u dívky objevují především deficity v udržení dějové linie a odklání od tématu. Nápadností si lze povšimnout v komunikačních prostředcích neslovní podstaty, zejména v dominující výrazné gestikulaci a energické posturice, což může na komunikačního partnera působit jako roztržitost či impulzivnost.

Dívka si své rychlé tempo dle vlastních slov příliš neuvědomuje. Při spontánní a nepřerušované produkci delších úseků jsou patrné akcelerace se snižující se přesností artikulace, vynechávání slabik (nebo jejich opakování). Během spontánní řečové produkce se u dívky objevuje zvýšená frekvence inspiračního postavení hrudníku, která se odráží do přítomnosti fonační i respirační dysrytmie.

Diagnostický proces

Při diagnostice breptavosti je vhodné využít rozhovor a testová vyšetření. Během rozhovoru se terapeut zaměřuje na důvody pro vyhledání pomoci, na průběh vývoje komunikační schopnosti, intenzitu obtíží a na podstatu sémantických, syntaktických a fonetických neplynulostí. Testová vyšetření hodnotí jazykové schopnosti, korelaci mezi mentálním a řečovým vývojem či eventuální disproporce mezi intelektovými schopnostmi a lingvistickou úrovní, neboť zásadní je vnímat, že intelekt u člověka s breptavostí dosahuje normy (Tarkowski, 2003). Z hlediska psychologického vyšetření standardními psychologickými testy před zahájením povinné školní docházky se dívka dle dostupných zpráv i slov matky pohybuje intelektově v normě. Psychologické a speciálněpedagogické závěry z návštěvy v pedagogicko-psychologické poradně vypovídají o dyslektických obtížích. Z neurologického vyšetření, které proběhlo v pěti a půl letech věku dívky a jehož závěry matka zprostředkovala, vyplývá pozitivní nález na EEG. Výsledky vyšetření zkouškou jazykového citu (pro školní věk), Zkouškou sluchového rozlišování Wepman-Matějček a Zkouškou sluchové analýzy a syntézy nenaznačují specifické lingvistické fonologické obtíže, dívka dosahuje

hranice odpovídající jejímu věku. Pomocí diferenciatně-diagnostického inventáře dle Viktora Lechty (2004) v užitých komunikačních prostředcích slovní i neslovní podstaty u dívky metodou volného rozhovoru zaznamenáváme:

- primární obtíže v tempu řeči – zrychlený projev;
- výskyt intraverbální i interverbální akcelerace;
- respirační dysrytmii;
- repetici slabik a hláskovou elizi;
- obtíže při výstavbě odpovědi;
- zkrácení projevu při koncentraci;
- neuvědomování si projevů narušené komunikační schopnosti;
- deficit v dodržování pravidel při střídání replik mluvčích v komunikaci (*turn-taking*).

V rozhovorech s dívkou a během hlasitého čtení známého textu (odstavec z učebnice českého jazyka, kterému se aktuálně ve škole věnují) se v rámci indexu adaptace neobjevuje funkční adaptační efekt. Index adaptace se vypočítá vydělením počtu nepřesností při mluvení nebo čtení počtem nepřesností při následném mluvení nebo čtení totožného textu. Dle Ulricha Natkeho by se tento postup měl opakovat alespoň pětkrát, přičemž u funkčního adaptačního efektu by mělo přicházet zlepšení (Lechta, 2013). K určitému zlepšení u dívky dochází při čtení nového, náhodně předloženého textu a při reprodukci vět. V průběhu konverzační výměny v logopedické ambulanci není zjevné únikové či vyhýbavé chování, takovou strategii nepozoruje ani matka v přirozeném domácím prostředí nebo v komunikaci s kamarády.

Chyby se v mluveném jazyce vyskytují běžně, cílem analýzy řečové produkce je vyhodnocení frekvence chyb sémantických (FBS), gramatických (FBG) a fonetických (FBW), jednotlivé kategorie je doporučováno sledovat odděleně. Jolanta Góral-Pórola a Zbigniew Tarkowski (2015) přibližují, že z hlediska lingvistického je možné si všimnout chyb v následujících kategoriích:

1. kategorie primární: sémantické
 - textové (kompoziční, chyby v koherenci textu), lexikální (neadekvátnost použitého slova, spojování slov), stylistické (nepřizpůsobení jazykových prostředků výpovědi či kontextu);
2. kategorie sekundární: gramatické, syntaktické (nepřizpůsobení gramatických kategorií výrazů, chyby ve slovosledu), morfologické (slovotvorné a flexivní);
3. kategorie terciární: zvukové (artiklace, tempo, plynulost).

Za účelem orientačního vyhodnocení frekvence jazykových chyb dle Jolanty Góral-Póroly a Zbigniewa Tarkowského (2015) byla se souhlasem matky i dívky k další analýze zaznamenána produkce slov ve spontánním projevu na téma volnočasových aktivit. Dívka nastiňuje oblíbené aktivity a zájmy, z přepisu ukázky její výpovědi vyplývají jednotlivé kategorie chyb.

Logoped: „Co ráda děláš?“

Dívka: „Tak jakže (FBG) toho je víc. Ale teď (FBS) te (FBG) je (FBW) takový divný, sem (FBG) chodila do kytary, mamka mě vozila (FBW, FBS), jsme tam byly (FBS) holky (FBW, FBG), co jsou jako i moje (FBS) kámošky ze školy.“

Logoped: „A funguje ten kroužek teď online přes počítač?“

Dívka: „Jakže (FBG) to paní učitelka (FBG, FBG, FBW) namí (FBG) zkoušela, ale potom bylo (FBG, FBW) nějak složitý přes (FBW) kameru s tím zvukem, říkala počkáme (FBW) potom (FBS), holky taky (FBS), že bysme mohli (FBS, FBW) jako se potkat (FBW).“

Logoped: „Co tě ještě baví dalšího kromě hry na kytaru?“

Dívka: „Nó jakže (FBG) mě dřív bavilo kreslení (FBW), myslím (FBG) v první (FBW) třídě. No baví mě YouTube (FBS), jakže náky (FBG, FBG, FBW) videa (FBS), s kámoškama (FBG, FBW) si posíláme nějaký, sledujeme (FBW). Mamka chce někdy pomoc (FBS), abych přišla (FBW), místo (FBS) na internetu a třeba v kuchni (FBS, FBG, FBW).“

Z ukázky transkripce výpovědi dívky (93 slov) vyplývají především chyby v koherenci textu a v kompozici řečového projevu, orientačně v počtu 12. Frekvenci sémantických chyb (FBS) vypočítáme, když jejich počet (LBS) vydělíme počtem slov v analyzovaném textu (LS) a vynásobíme 100. Čím vyšší je výsledek, tím vyšší je pravděpodobnost výskytu breptavosti, přičemž breptavost bez symptomů sémantických chyb neexistuje (Góral-Pórola, Tarkowski, 2015).

$$FBS = LBS : LS \times 100$$

$$FBS = 12 : 93 \times 100$$

$$FBS = 12,9$$

Tabulka 1: Frekvence sémantických chyb (FBS) u dívky dosahuje orientační hodnoty 12,9.

Podobně bychom mohli vyhodnotit frekvenci gramatických chyb (FBG). V přepisu textu jsou zachyceny především chyby

ve slovosledu a chyby slovotvorné, orientačně v počtu 15 (LBG). Gramatické nepřesnosti se manifestují rovněž do písemného projevu dívky, a to nejčastěji ve formě dysortografických chyb.

$$FBG = LBG : LS \times 100$$

$$FBG = 15 : 93 \times 100$$

$$FBG = 16,1$$

Tabulka 2: Frekvence gramatických chyb (FBG) u dívky dosahuje orientační hodnoty 16,1.

Chyby fonetické jsou v řečovém projevu dívky charakteristické především zrychleným tempem mluvy, orientačně jich je 16. Při výpočtu frekvence fonetických chyb (FBW) tedy dělíme jejich počet (LBW) počtem slov v analyzovaném textu.

$$FBW = LBW : LS \times 100$$

$$FBW = 16 : 93 \times 100$$

$$FBW = 17,2$$

Tabulka 3: Frekvence fonetických chyb (FBW) u dívky dosahuje orientační hodnoty 17,2.

Terapeutický plán

V návaznosti na vyhodnocení projevů dívky jsme se v souladu s možnostmi a potřebami matky i dcery dohodli na setkáváních ve frekvenci jednou za 14 dnů. V nastavení terapeutického plánu jsme vycházeli z vnitřní motivace dívky, která souvisí s její zálibou ve hře na hudební nástroj – dívka by se ráda věnovala koncertování a komunikaci se svými fanoušky na sociálních sítích.

Jako vhodné se u dívky jeví podporovat komplexně jednotlivé komponenty řečové produkce. Terapeutické aktivity jsou tak variovány a vzájemně se prolínají. Podobně jako u většiny postupů u breptavosti je i u sledované dívky zásadní posilovat akustickou a motorickou zpětnou vazbu za účelem uvědomování si vlastní řečové produkce (Tarkowski, 2005). Terapeutický plán se zaměřuje na podporu následujících oblastí, kterým je třeba se nejen v kontextu sluchové a motorické zpětné vazby dlouhodobě věnovat.

Koncentrace pozornosti a strukturování výpovědi

Zvyšování koncentrace pozornosti na vlastní projev provádíme například opakováním či tvorbou pseudoslov a pseudovět, soustředění na produkci nových neznámých slov přispívá ke stabilizaci

adekvátního tempa. Prostřednictvím reprodukce audiozáznamů komparujeme tempo při výpovědi pseudoslov a pseudovět a tempo při spontánním projevu. Dívka při poslechu audionahrávek v mobilním telefonu rozdíl v tempu vnímá a otázku „V čem se nahrávky liší?“ komentuje: „Já to moc nevím, že mluvím rychle... Ale jo, v tom mobilu to slyším.“ Na audiozáznamy zpravidla navazujeme, věty a slova ze zachycených nahrávek dále analyzujeme – s cílem podpory vnímání rozdílu běžného a zrychleného tempa slova ze záznamů slabikujeme s mírnou časovou prodlevou, případně doplňujeme vytukáváním slabik (např. tužkou/prstem do stolu, potukáváním do dlaně, do nohy, přidupnutím).

Pro navození tématu konverzace a spontánního projevu dívky, v jehož rámci je možné modulovat řečovou produkci a podpořit koncentraci, využíváme Příběhy z kostek (Story® Cubes). Dívka má za úkol házet devíti kostkami (s obrázky) a vyprávět příběh, který propojí všechny situace na obrázcích. V následující ukázce je zřejmé, že rozčlenění výpovědi, a tedy její strukturování, může podpořit snižování počtu chyb v jednotlivých kategoriích.

„Byl jede kluk, který měl rád zmrzlinu (obrázek chlapce, obrázek zmrzliny). No a protože kousek od něj bydlela jedna paní (obrázek postavy), jakože souseďka, která jezdila autem do města (obrázek auta, obrázek domů), tak kluka vzala, na tutu zmrzku. No a jak jeli, tak na cestě byl spadenej strom... (obrázek stromu), kterej tam jakože objeli. Pak se ten kluk ztratil. No jako teda si chtěl zahrát fotbal s klukama (obrázek s balónem), který potkal. Ale zapomněl jí to říct. Souseďka se naštvála a jako křičela a hrozný. Ale pak jakože už bylo dobrý. Paní si koupila čokoládu (obrázek čokolády) a šla ho hledat. Tak jako našla ho, jak tam hraje... jako s nima kamarádama a začala na ně křičet.“

Práce s textem

Potenciál logopedické terapie přináší rozvoj verbalizace – hlasité a zřetelné čtení textu může vést ke korekci chyb v přízvuku a interpunkci. Dívka se uchyluje k povrchnému sledování textu, patrně jsou rychlé pohyby očí při čtení a návraty k začátku věty, které mohou být dle Zbigniewa Tarkowského (2005) součástí breptavosti. V případě přítomné dyslexie mohou navíc nápadné oční pohyby souviset se symptomatikou jejího neuropsychologického pozadí (srov. Vyhňálek, Brzezny, Jeřábek, 2006). Konzultace doplňujeme o práci s materiály ze školy, konkrétně s učebnicí

matematiky (oblíbený předmět dívky). Při čtení slovních úloh využíváme čtecí okénko (papírové stínítko), které přispívá k přiměřenému tempu předčítání. Clonění textu implementujeme rovněž do práce s dalšími zdroji, z odpovědí dívky na otázky týkající se obsahu vyplývá, že aplikace této techniky nesnižuje její porozumění danému textu a současně jí pomáhá modulovat tempo čteného textu. V dalším kroku plánujeme zkoušet techniku synchronního psaní a čtení, která je pro dívku namáhavá, neboť klade vysoké nároky na percepci textu a zpomalení projevu.

Respirační cvičení a podpora hudebních schopností

S ohledem na výskyt fonační i respirační dysrytmie, a tedy za účelem posilování bráničního dýchání a uvědomování si inspiračních a expiračních pohybů, zařazujeme trénink dýchání proti odporu prostřednictvím pomůcky Breather. Nastavování náročnosti umožňuje dívce reflektovat úsilí, které pro inspiraci a expiraci musí vyvinout. V intervenci se soustředíme rovněž na cvičení, která jsou zacílena na aktivaci bránice. Intenzivní artikulaci vybraných dvojic či trojic pomocných hlásek CČ, SŠ, PT, PTK, DTK (Frostová, 2010) a současným dotykem ukazováku a prostředníku jedné ruky na břicho (pod koncem hrudní kosti) dívka vnímá pohyb bránice. Na cvičení navazujeme respiračně-fonačními prvky metody Lax Vox Tube (Lax Vox Tube [online]), u nichž je dívka pravděpodobně i z důvodu jejích hudebních vloh velmi motivovaná. Bubláním přes trubičku do vody v plastové lahvi tak modulujeme intenzitu hlasu, jeho zesilování či zeslabování a napodobujeme melodii jednoduchých i složitějších hudebních struktur (např. z písní oblíbených interpretů reprodukcí z tabletu).

Zapojení rodiče

S matkou diskutujeme přístup k její dceři, její zapojení do terapeutického procesu a způsoby komunikace s dcerou. Společně otevíráme možnosti, jak podpořit vedení klidné formy konverzace, jak předkládat vzor pro rozvážné chování a sebeovládání. Matka potvrzuje, že se se svou dcerou snaží komunikovat klidně a vyrovnaně, při rozhovoru nespěchá a nepožaduje promptní reakci (srov. Monatová, 1994). Při sezeních matku zapojujeme do tréninku koncentrace pozornosti a strukturování výpovědi se snahou transponovat některá cvičení do pravidelného režimu dne a každodenního života. Matka s dcerou

uplatňují strategii tvorby pseudoslov a pseudovět, kterou označují za velmi úspěšnou. S matkou hledáme další varianty toho, jak v domácím prostředí dceru na rychlé tempo vhodně upozorňovat. Jako funkční označuje matka doporučení, aby verbální výzvu k usměrnění tempa střídala s vhodným gestem (pohyb ruky naznačující zpomalení) a fotografií (s dcerou smluvená fotografie lenochoda). Výzvou pro další setkávání je hledání strategií pro domácí práci s textem, neboť matka i dcerka za velmi náročnou považují navrhovanou činnost synchronního čtení textu s dcerou. Přestože se matka snaží určovat přiměřené tempo, v okamžiku, kdy postupně ztišuje hlas, dcerka v hlasitém čtení zpravidla nepokračuje (srov. Mlčáková, Vitásková, 2013).

Diskuze

Logopedická intervence u člověka s breptavostí nabízí příležitost pro hledání vhodných terapeutických strategií. Současný přístup se dle Zbigniewa Tarkowského (2005) neobejde bez změn v koncepci diagnostického procesu či v aplikovaných intervenčních metodách. Změna v koncepci diagnostiky spočívá v tom, že bychom breptavost měli reflektovat jako fenomén vyvstávající z celé osobnosti, měli bychom se opírat o mezioborovou spolupráci, a využívat tak rozličné metody a techniky, které přispějí k odlišení breptavosti od jiných obtíží. V procesu diferenciální diagnostiky je třeba potvrdit či vyvrátit koexistenci s kóktavostí, ADHD, poruchami učení, poruchami sluchového zpracování, artikulacími či dalšími poruchami (Van Zaalen-Op't Hof, Myers, Ward, Bennett, ICA [online]). Jolanta Góral-Pórola a Zbigniew Tarkowski (2015) vyzdvihují odlišení breptavosti od tzv. tachylalie, tedy zrychleného tempa řeči, které nesnižuje srozumitelnost výpovědi. Zrychlené tempo nicméně může maskovat jazykové chyby, přičemž velmi obtížné jsou rozpoznatelné chyby gramatické a sémantické, snáze identifikovatelné jsou chyby artikulární.

Kazuistika s respektem k triádě jazykových obtíží přibližuje možnosti uvážlivého posouzení projevů breptavosti v řeči i v chování. K citlivému vyhodnocení breptavosti se přiklání Kathleen Scaler Scottová (2020), podle které není možné k diagnóze breptavosti dospět pouze na základě dominantního symptomu spojeného s nápadnou fluencí řeči, ale je naopak nezbytné mapovat řečový projev klienta v různých kontextech – při krátkých odpovědích (konverzace), delších a potenciálně rychlejších výpovědích (monolog) a také při

produkcí, která klade vyšší nároky na koncepci myšlenek a formulací (výklad).

Změna v terapeutických přístupech tkví především v motivaci pro zahájení i pokračování intervence. Motivační strategie u dívky využívaly zacílení na uvažovanou profesi hudebnice, která by ráda komunikovala se svými příznivci prostřednictvím videí na sociálních sítích. Role logopeda spočívá mimo jiné v dovednosti zprostředkovávat klientovi význam uspořádaného mluvního projevu pro navazování kvalitních vztahů v osobním i pracovním životě. Dívka na výzvy spojené s významem uspořádaného projevu ve vztahu ke své budoucnosti reaguje souhlasně a označuje je za důležité.

Breptavost může vytvářet určitou bariéru mezi mluvčím a posluchačem, neboť může docházet ke specifickému komunikačnímu konfliktu, kdy člověk s breptavostí (jako mluvčí) předpokládá, že je mu dobře rozumět, posluchač obvykle nepředává zpětnou vazbu o opaku, a mluvčí tak nemá potřebu autokorekce (Góral-Pólrola, Tarkowski, 2015). Judit Bónaová a Anna Koháříová (2021) proto upírají terapeutickou pozornost především

na zpomalování tempa řeči a akcentují, že pokud jsou klienti schopni korigovat rychlost mluvení, v důsledku čehož se jejich artikulace stává přesnější, může to mít příznivý dopad na vnímání rytmu řeči, a tedy na redukci chyb na fonetické úrovni, která je pro komunikačního partnera rozpoznatelná nejvíce.

Závěr

Intervence u dívky s breptavostí vyžaduje dlouhodobou terapeutickou rozvahu, angažovanost všech zainteresovaných osob a respektování jejich potřeb. Aby logoped s ohledem na další životní dráhu posiloval funkční strategie v každodenní komunikaci, přemýšlí o možnostech komplexního multisenzoriálního přístupu s respektem k věku i celé osobnosti klienta (srov. Škodová, Jedlička, 2003).

V kontextu aplikovaných technik zaměřených na výrazně zasažené oblasti (koncentrace pozornosti, strukturování výpovědi, práce s textem a respirace) s matkou i dcerou diskutujeme možnosti jejich praktického přenosu do běžného života. V případě breptavosti otevíráme také téma pravidelných návštěv u logopeda a dostatečně

dlouhého systematického tréninku (srov. Neubauer, 2010), obzvláště nachází-li se dívka v období před nástupem puberty spojeném se zvýšenou emocionální zátěží. Významnou otázkou, kterou se logoped zabývá, je nezbytnost pravidelných setkávání v ambulanci. S dcerou i její matkou proto o významu návštěv otevřeně hovoříme, pojmenováváme úspěchy a silná místa intervence, ale také obtíže, nezdary a aktuální potřeby. Podstatné kritérium pro pokračování terapie představuje subjektivní vyhodnocování jejího smyslu pro dívku. Dcera přístupy reflektuje pozitivně, působí motivovaně. Hledání odpovídajících a vyhovujících forem intervence by mělo být motivováno snahou o snižování překážek v komunikaci a úsilím o zvyšování kvality života dívky v současnosti i budoucnosti. Jednou z dalších cest může být doporučení podpory z jiných oborů, například rétoriky či psychoterapie, konkrétně kognitivně-behaviorálního přístupu zaměřujícího se na vnímání obtíží, práci s emocemi a na rozvoj pozitivního vztahu ke komunikaci (Neubauer, 2018).

Literatura

- ALM, P. 2011. Cluttering: A Neurological Perspective. In: WARD, D., SCOTT, K. S. et al. *Cluttering. A Handbook of Research, Intervention and Education*. 1. vyd. Hove and New York: Psychology Press. ISBN 978-1-84872-029-9.
- BÓNA, J., KOHÁŘÍ, A., 2021. Rate vs. rhythm characteristics of cluttering with data from a "syllable-timed" language. *Journal of Fluency Disorders* [online]. 67, [cit. 2021-03-13]. DOI: 10.1016/j.jfludis.2020.105801. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0094730X20300565?via%3Dihub>
- BYTEŠNÍKOVÁ, I., 2012. *Komunikace dětí předškolního věku*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4730-080.
- DALY, D. A. 2006. Predictive Cluttering Inventory (PCI) [online]. [cit. 2021-03-20]. Dostupné z: <https://associations.missouristate.edu/ICA/Translations/PCI/dalycluttering2006.pdf>
- FROSTOVÁ, J., 2010. *Péče o hlasovou kondici učitelů*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5355-7.
- GÓRAL-PÓLROLA, J., TARKOWSKI, Z., 2015. Nové zaměření v pohledu na problematiku breptavosti u dospělých osob. In: NEUBAUER, K., SKÁKALOVÁ, T. et al. *Poruchy komunikace u dospělých a stárnoucích osob*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-640-7.
- ICA WEBSITE, 2021. International Cluttering Association [online]. University of South Carolina: ICA website [cit. 2021-04-25]. Dostupné z: <https://sites.google.com/view/icacluttering/home>
- KEREKRÉTIÖVÁ, A., 2009. *Základy logopedie*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského. ISBN 978-80-223-2574-5.
- LAX VOX TUBE, 2021. Application of Laxvox technique [online]. Tampere: LAX VOX TUBE © 2014 [cit. 2021-03-13]. Dostupné z: <http://www.laxvox.com/eng/application-of-laxvox-technique.html>
- LECHTA, V. 2013. Diagnostika poruch fluence. In: CSÉFALVAY, Z., LECHTA, V. et al. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-0364-3.
- LECHTA, V., 2004. *Koktavost: komplexní přístup*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-867-8.
- MLČÁKOVÁ, R., VITÁSKOVÁ, K., 2013. *Narušení plynulosti řeči – vstup do problematiky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3719-4.
- MONATOVÁ, L., 1994. *Pedagogika speciální*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-1009-6.

- NEUBAUER, K. 2018. Breptavost (tumultus sermonis). In: NEUBAUER, K. et al. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-802-6213-901.
- NEUBAUER, K., 2010. *Logopedie. Učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. 3. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-053-5.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A., 2001. *Logopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0258-0.
- SCOTT, K. S., 2020. Cluttering symptoms in school-age children by communicative context: A preliminary investigation. *International Journal of Speech-Language Pathology* [online]. 22 (2), e174-e183 [cit. 2021-03-20]. DOI: 10.1080/17549507.2019.1637020. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17549507.2019.1637020?scroll=top&needAccess=true>
- SCOTT, K., S., MYERS, F., KISSAGIZLIS, P. What is Cluttering? [online]. University of South Carolina: ICA website [cit. 2021-04-25]. Dostupné z: <https://sites.google.com/view/icacluttering/information/what-is-cluttering>
- SEEMAN, M. 1970. Relations Between Motorics of Speech and General Motor Ability in Clutterers. *Folia Phoniatrica et Logopaedica* [online]. 22(4-5), e376-e380 [cit. 2021-04-25]. DOI: 10.1159/000263413. Dostupné z: <https://www.karger.com/Article/FullText/263413>
- ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I., 2003. Narušení plynulosti řeči. In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. et al. *Klinická logopedie*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7376-340-6.
- TARKOWSKI, Z., 2003. Diagnostika breptavosti. In: LECHTA, V. et al. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-801-5.
- TARKOWSKI, Z., 2005. Terapie breptavosti. In: LECHTA, V. et al. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-717-8961-5.
- VAN ZAALEN OP'T HOF, Y., MYERS, F., WARD, D., BENNETT, E. Cluttering Assessment [online]. University of South Carolina: ICA website [cit. 2021-04-25]. Dostupné z: <https://sites.google.com/view/icacluttering/information/cluttering-assessment>
- VYHNÁLEK, M., BRZEZNÝ, R., JEŘÁBEK, J. 2006. Oční pohyby u specifických vývojových dyslexií. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 102(5), e256-e260 [cit. 2021-04-23]. Dostupné z: http://www.cspychiatr.cz/dwnld/CSP_2006_5_256_260.pdf
-

DIE BONNER STOTTERTHERAPIE – INTENSIV-STATIONÄRE INTERVALLTHERAPIE IN DEUTSCHLAND FÜR JUGENDLICHE UND ERWACHSENE

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

Thilo Müller¹

Co-authors:

Holger Prüß²

Kirsten Richardt³

*Překlad tohoto článku do češtiny
si můžete přečíst zde.*



Thilo Müller



Holger Prüß



Kirsten Richardt

Abstrakt

Bei der Bonner Stottertherapie handelt es sich um eine stationäre Intervalltherapie für Jugendliche und Erwachsene. Neben dem Abbau der psychosozialen Folgeproblematik und dem Erlernen von Modifikations- und Fluency-Shaping-Techniken sind im Rahmen dieses Kombinationsansatzes auch umfassende Maßnahmen zur Transferunterstützung und Rückfallprophylaxe zentrale Bestandteile. Die einzelnen Therapiebausteine werden vorgestellt und in ihrer Umsetzung erläutert. Die hohe Wirksamkeit dieses patientenorientierten Therapieansatzes wird durch eine Erhebung der langfristigen Therapieeffekte in sprachlicher und persönlicher Hinsicht belegt. In Bezug auf Organisationsform und Behandlungsdauer gilt die Bonner Stottertherapie in Deutschland als einzigartiges Therapieangebot, das in erster Linie für schwer und schwerst betroffene Stotternde vorgesehen ist.

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 stutters.

Schlüsselwörter

Stottern, Redeflussstörung, Bonner Stottertherapie, Jugendliche und Erwachsene, Kombinationsansatz, patientenorientiert, BLESS

Keywords

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

Einleitung

Der Bereich der Stottertherapie ist heute gekennzeichnet durch eine schier unüberschaubare Anzahl unterschiedlichster Therapieangebote. Abhängig vom Patientenalter finden sich neben etablierten und anerkannten Methoden, wie z. B. Sprech- und Verhaltensmodifikationstrainings auch weniger erprobte oder sogar

¹ Thilo Müller, akad. Sprachtherapeut M.A., LVR-Klinik Bonn, Abteilung Neurologie – Bereich Stottertherapie, Kaiser-Karl-Ring 20, 53111 Bonn, Bundesrepublik Deutschland, E-Mail: thilo.mueller@lvr.de, Tel.: +49 (0)228 – 551 2866, Web: www.stottertherapie-bonn.de.

² Holger Prüß, Dipl.-Sprachheilpädagoge, LVR-Klinik Bonn, Abteilung Neurologie – Bereich Stottertherapie, Kaiser-Karl-Ring 20, 53111 Bonn, Bundesrepublik Deutschland, E-mail: holger.pruess@lvr.de, Tel.: +49 (0)228 – 551 2866.

³ Kirsten Richardt, Dipl.-Sprachheilpädagogin, LVR-Klinik Bonn, Abteilung Neurologie – Bereich Stottertherapie, Kaiser-Karl-Ring 20, 53111 Bonn, Bundesrepublik Deutschland, E-mail: kirsten.richardt@lvr.de, Tel.: +49 (0)228 – 551 2866.

umstrittene Behandlungsansätze, wie z. B. isolierte Atemtrainings oder Hypnose. Gerade die letztgenannten Verfahren erfreuen sich vor allem dank medienwirksamer TV-Berichterstattung größter Popularität – trotz fehlender empirischer Evidenznachweise. Die inflationäre Entwicklung in Bezug auf stottertherapeutische Angebote ist zu einem großen Teil darauf zurückzuführen, dass beinahe jedwede Veränderung des Sprechmusters innerhalb kürzester Zeit zu einer deutlichen Reduktion der Symptomatik führen kann: „[...] people who stutter are likely to speak fluently as soon as they adopt almost any novel manner of speaking.“ (Bloodstein & Ratner 2008, S. 343). Offenbar ist eine kurzfristige Verringerung der sicht- und hörbaren Symptomatik also relativ leicht zu erreichen, was in aufmerksamkeitsregenden Vorher-Nachher-Videofilmen meist eindrucksvoll beobachtet werden kann. Hierbei stellt sich allerdings die Frage, wie dauerhaft die erzielten Erfolge sind bzw. ob sich das im Therapieraum Erlernte auch uneingeschränkt auf den Alltag übertragen lässt.

Stottern ist eine komplexe, höchst individuelle und äußerst vielschichtige Störung, die nicht nur den Redefluss, sondern viele weitere Aspekte des alltäglichen Lebens der Betroffenen negativ beeinflusst: Die zahlreichen Begleitsymptome und Folgeprobleme (sprechmotorisch, körperlich, emotional, kognitiv und sozial) haben sich bei vielen jugendlichen und erwachsenen Stotternden im Laufe ihrer Stotterbiografien zu einer komplexen Gesamtsymptomatik mit entsprechenden Auswirkungen auf die gesamte Lebensgestaltung entwickelt (Wendlandt 2009). Demzufolge muss all dies in einer ganzheitlichen Konzeption Gegenstand der therapeutischen Intervention sein. In einem derartigen, an der ICF orientierten Verständnis definiert sich Therapieerfolg als das Maß an Zunahme von stotterspezifischer Lebensqualität und Lebenszufriedenheit.

Da sich Stottern wegen der Unterschiede stotternder Menschen hinsichtlich Symptomatik, Persönlichkeit, sozialer Umwelt und anderer Variablen als zutiefst individuelle Störung zeigt, ergibt sich die Forderung nach einer patientenorientierten Vorgehensweise. Somit ist ein Bausteinkonzept unverzichtbar (Hansen & Iven 2010), das die relevanten – auf die komplexe Gesamtsymptomatik Stottern bezogenen – Therapiebausteine erfasst und diese mit verschiedenen zielgerichteten, effizienten und wissenschaftlich

begründbaren Inhalten und Methoden besetzt. Behandlungsansätze, die in einem weitgehend standardisierten Ablauf nach dem Prinzip „Alle-brauchen-das-Gleiche“ handeln, können der Zielsetzung einer patientenorientierten Vorgehensweise nicht entsprechen.

In der Therapie des Stotterns bei Jugendlichen und Erwachsenen gelten seit Jahrzehnten Modifikations- und Fluency-Shaping-Ansätze als die anerkannten Therapieverfahren. Die Effizienz dieser beiden Therapierichtungen wurde im Rahmen einer rückblickenden Patientenbefragung als gleichwertig nachgewiesen (Sommer 2012). Die Erfahrungen belegen allerdings, dass einzelne Stotternde besser auf Stottermodifikation, andere besser auf Fluency Shaping ansprechen. Anders als im angloamerikanischen Raum, wo die Kombination beider Ansätze nach Natke und Alpermann (2010, 97) schon seit langem Verbreitung findet (z. B. Ham 1986, Kuhr 1991, Starkweather & Givens-Ackermann 1997, Gregory 2003, Guitar 2006), wird in Deutschland in der Regel an einem einseitigen „Entweder-oder“-Behandlungsansatz festgehalten (Zückner 2012). Diese oft kontrovers geführte, nach Wendlandt von „Abgrenzungs- und Profilierungsgehebe“ (2010, S. 16) gekennzeichnete Diskussion ist nicht mehr zeitgemäß.

So sind bei der Behandlung komplexer Störungsbilder in allen möglichen medizinisch-therapeutischen Bereichen integrative Ansätze Standard. Daher verwundert es, dass in der Therapie des Stotterns weiterhin meist an einer dogmatischen Sichtweise Stottermodifikation versus Fluency Shaping festgehalten wird, obwohl die Erkenntnis, dass es nicht die Therapie des Stotterns gibt, anerkannt ist (Natke & Alpermann 2010, Zückner 2012); aufgrund fehlender wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Indikationsstellung nicht vor einer Behandlung entschieden werden kann, welcher Therapieansatz für welche Betroffenen die prognostisch günstigsten Ergebnisse erwarten lässt (Wendlandt 2010); die Kombination beider Ansätze einen optimalen Zugang bietet, indem jeder Therapieteilnehmer aus der Vielzahl ganz unterschiedlicher Zielsetzungen, Inhalte und Methoden ein individuell auf ihn abgestimmtes Therapieprogramm erhalten kann, wodurch ein möglichst patientenorientierter Zugang ermöglicht wird (Prüß & Richardt 2010); sich aufgrund der genannten Faktoren ableiten lässt, dass durch die Integration von Stottermodifikation und Fluency Shaping in ein umfassendes

Gesamtkonzept der Behandlungserfolg gesteigert werden kann. In diesem Rahmen ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass Begriffe wie Ganzheitlichkeit, Ressourcenorientierung, Methodenvielfalt u. a. nicht per se ein Merkmal für eine qualitativ gute Therapie darstellen. Vielmehr bergen sie in einem unreflektierten Verständnis die Gefahr der Verwässerung im Sinne eines wenig professionellen stottertherapeutischen Vorgehens. Erst wenn diese Termini mit relevanten und konkreten Inhalten und darauf jeweils bezogen zielgerichteten und effizienten Methoden besetzt werden, erhalten diese Bezeichnungen die notwendige Substanz.

In den letzten beiden Jahren kommen zudem auch andere, vornehmlich aus der Psychotherapie stammende Therapiekonzepte hinzu, wie z. B. traumapädagogische Aspekte oder diverse Bausteine aus der Ego-State-Therapie nach John & Helen Watkins. Insbesondere diverse Elemente einer tiefgreifenden Psychoedukation ergänzen den ersten fünfwöchigen Behandlungsblock und runden das Gesamtkonzept somit umfassend ab.

Organisation der Bonner Stottertherapie

Die Bonner Stottertherapie ist konzipiert als stationäre Intervall-Therapie, in der 12 Erwachsene und Jugendliche im Alter ab 14 Jahren aus dem gesamten Bundesgebiet in einem festen Kurssystem behandelt werden. Der Erstkontakt erfolgt im Rahmen eines Informations- und Beratungstags, der neben der ausführlichen Vorstellung des Konzepts die individuelle Abklärung der Indikation für die Maßnahme einbezieht. Die Phasen der Intervallbehandlung gliedern sich in fünf und drei Wochen Haupttherapie sowie zwei einwöchige Nachbehandlungen. Der Einsatz von fünf Stottertherapeuten gewährleistet eine ganztägige Therapie, die in Groß- und Kleingruppen sowie in Einzeltherapie stattfindet. Zur Unterstützung des Transfers am Heimatort fahren die Patienten an jedem Wochenende nach Hause. Die Schüler erhalten täglich Unterricht durch Fachlehrer in einer Schule auf dem Klinikgelände, sodass nach Therapieende in aller Regel ein problemloser Anschluss an den Leistungsstand der Heimatschule sichergestellt ist. Die Behandlungskosten werden von den gesetzlichen bzw. privaten Krankenkassen übernommen.

Therapiebausteine

Therapiebausteine der Bonner Stottertherapie Diagnostik Unter Berücksichtigung der anamnestischen Daten erfolgt im Rahmen der diagnostischen Abklärung die Erfassung der stottermotorisch-sprechbezogenen wie auch emotional-kognitiven und sozialen Aspekte, wobei sämtliche relevanten Kontexte (Familie, Freunde, Bekannte, Telefonieren, Ansprechen Fremder, Schule/Ausbildung/Beruf) einbezogen werden. Im Rahmen der Erstgespräche wird die Kern- und Begleitsymptomatik hinsichtlich Art, Stärke und Häufigkeit genau analysiert. Im Weiteren wird exploratisch erfasst, ob und inwieweit sich dies in den genannten Kontexten zeigt bzw. davon abweicht. Gleichmaßen werden das Ausmaß der emotionalen Belastung (Angst, Scham u. a.) wie auch die persönlichen Einstellungen und Bewertungen bezüglich des Stotterns ermittelt. Ferner sind Art und Ausprägung des personenbezogenen und situativen Vermeidungsverhaltens, die Reaktionen der Sozialpartner wie auch der Einfluss des Stotterns auf den privaten und schulischen/beruflichen Bereich diagnostisch von zentraler Bedeutung. Auch werden der subjektive Leidensdruck, die intrinsische Motivation und die individuelle Zielsetzung erfragt. Des Weiteren gilt es gegebenenfalls vorliegende Einflussgrößen wie Mehrsprachigkeit, bisherige Therapieerfahrungen u.a. diagnostisch abzudecken. Da die Instabilität der Symptome alle Versuche zur standardisierten Quantifizierung des Stotterns ad absurdum führt (Hansen & Iven 2010), verzichten wir bei der Erfassung der sprechbezogenen Symptomatik bewusst auf die Verwendung quantitativer Erhebungsinstrumente. Das nach Zang (2010) am häufigsten angewandte Verfahren dieser Art ist das SSI-3 von Riley (1994, deutsche Übersetzung Sandrieser & Schneider 2008), das nach unserer Auffassung jedoch erhebliche methodische Mängel aufweist. So wird beispielsweise das Vermeidungs- und Aufschubverhalten nicht erfasst. Auch ist die Abgrenzung zwischen Stottersymptomatik und erfolgreich eingesetzter Modifikationstechnik nicht trennscharf gegeben. Insgesamt überrascht es nicht, dass die Validität und die Reliabilität beim SSI-3 angezweifelt werden (Guitar 1998, McCauley 1996, Hansen & Iven 2010). Ferner „bestehen erhebliche Zweifel an der Durchführungsobjektivität. (...) Es fragt sich, was ein derart oberflächliches Instrument so populär macht, dass es auch im deutschsprachigen Raum recht unkritisch zur

Diagnose des Schweregrades (...) empfohlen wird“ (Hansen & Iven 2010, S. 75).

Therapieeinstimmung

Im Rahmen der vorbereitenden Maßnahmen ist eine umfassende Einstimmung immer Bestandteil der Bonner Stottertherapie, da diese einen erfolgreichen Therapieverlauf maßgeblich unterstützt. Wie alle Erfahrungen zeigen, wirkt sich die Einsicht in die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit anstehender therapeutischer Schritte auf Faktoren wie intrinsische Motivation, aktive Eigenarbeit sowie Selbstverantwortlichkeit aus, die wiederum entscheidende Einflussgrößen für den Therapieerfolg sind. Aus diesem Grunde ist die Vermittlung von stotterspezifischen und therapielevanten Informationen Gegenstand der Therapieeinstimmung. Dies umfasst folgende Themenbereiche: Allgemeine Informationen zum Stottern, Pathogenese des Stotterns, Entwicklung und Ausformung der psychosozialen Folgeproblematik, Nichtheilbarkeit des Stotterns im Jugend- und Erwachsenenalter, aber hohes Maß an Veränderbarkeit der Stottersymptomatik, sowie den Punkt Stottertherapie als „Do-it-Yourself-Projekt“ (Starbuck 1993, S. 119).

Abbau der psychosozialen Folgeproblematik des Stotterns

Der von der Bundesvereinigung Stottern und Selbsthilfe formulierte Satz „Das Schlimmste am Stottern ist die Angst davor“ verdeutlicht, dass Stottern häufig sehr viel mehr als nur den gestörten Sprechablauf beinhaltet. Zur Veranschaulichung der Mehrdimensionalität des Stotterns prägte Sheehan bereits 1970 das Bild eines Eisbergs, dessen sichtbarer Teil oberhalb der Wasseroberfläche den meist deutlich kleineren Anteil darstellt. So machen auch für viele Betroffene die hör- und sichtbaren Symptome den vergleichsweise geringeren Teil der Gesamtproblematik aus. Der nicht sichtbare Bestandteil des Eisbergs entspricht den inneren Symptomen des Stotterns wie Emotionen (Ängste, Schamgefühle, Frustrationen u. a.), Kognitionen (negative Wahrnehmungen, Erwartungen und Bewertungen u. a.) und Verhaltensweisen (sprachliche und soziale Vermeidungsformen u. a.), die für Außenstehende nicht unmittelbar wahrnehmbar sind. Unsere Erfahrungen decken sich mit den Ergebnissen vieler Studien, die aufzeigen, dass Betroffene nicht selten Formen

einer sozialen Phobie oder generalisierten Angststörung entwickeln (von Tiling 2010, S. 292; Wendlandt 2010). So entspricht die ausgeprägte Angst etlicher Stotternder vor dem Telefonieren mit Fremden bzw. vor dem Ansprechen Fremder den Kriterien der Sozialen Phobie nach DSM-IV (APA 1994). Baumgartner (2012, S. 8) stellte in diesem Zusammenhang fest, „dass die Prävalenzrate für eine soziale Phobie von 40 % bei erwachsenen Personen, die stottern, gegenüber einer 4 %-Rate bei nichtstotternden Menschen beachtlich ist“. Zudem zeigen sich bei nicht wenigen unserer Patienten psychosomatische Folgeerkrankungen. In diesem Zusammenhang ist es nachvollziehbar,

dass die verdeckten Symptome des Stotterns maßgeblichen Einfluss auf die Lebensgestaltung und Lebensqualität der Betroffenen nehmen können (Natke & Alpermann, 2010). Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, die psychosoziale Problematik in die Therapie des Stotterns umfassend und intensiv mit einzubeziehen.

Dabei ist es u.a. von zentraler Bedeutung, dem Betroffenen zu einem möglichst offenen und selbstbewussten Umgang mit seinem Stottern in sämtlichen relevanten Lebensbereichen zu verhelfen. Dies ist nach unserer Ansicht unabdingbar, da aufgrund der in Fachkreisen anerkannten Nicht-Heilbarkeit des Stotterns im Jugend- und Erwachsenenalter selbst nach einer sehr erfolgreichen Therapie von einer verbleibenden Restsymptomatik auszugehen ist und auch Betroffene mit einer vergleichsweise geringen sprachlichen Symptomatik einen hohen subjektiven Leidensdruck aufweisen können.

Außerdem zeigen die klinischen Erfahrungen, „dass ohne eine Reduzierung der Angstsymptome keine dauerhafte Verbesserung der Sprechflüssigkeit möglich ist“ (von Tiling, 2010, 292). Das traditionellen Fluency-Shaping-Ansätze zugrunde liegende gedankliche Modell „Wer flüssiger spricht, hat keine Angst“ stellt nach Meinung der Autoren eine stark simplifizierte Sichtweise dar, die einer fehlerhaften Logik folgt und der Komplexität der Stotterproblematik nicht gerecht wird.

Von daher muss der Abbau der stotterspezifischen psychosozialen Folgeproblematik auf sprachlich-kommunikativer, emotional-kognitiver, situativ-personenbezogener, verhaltensbezogener und sozialer Ebene Gegenstand der therapeutischen Intervention sein, wobei sich die unterschiedlichen Ebenen wechselseitig beeinflussen und in der therapeutischen Arbeit

nicht immer eindeutig voneinander abzugrenzen sind.

Abbau des verbalen Vermeidungsverhaltens

Um den Therapieteilnehmern zu verdeutlichen, dass Vermeidungsstrategien maßgeblich für die Verstärkung und Aufrechterhaltung von negativen Emotionen und Kognitionen verantwortlich sind, wird ein lerntheoretisches Modell genutzt. Stottern und die Reaktionen darauf sind gewissermaßen über lange Zeit hinweg erlernte Verhaltensweisen. Folgerichtig kann sich der Abbau derselben nur über (möglichst konsequentes) Nicht-mehr-Vermeiden auf verbaler, situativer und personenbezogener Ebenen vollziehen. Dabei ist der Fokus zuerst auf den (möglichst) vollständigen Abbau des sprachlichen Vermeidungsverhaltens im Therapieraum gerichtet.

Im ersten Schritt wird den Therapieteilnehmern verdeutlicht, dass Betroffene in diesem Altersbereich in aller Regel über die generelle Fähigkeit verfügen, Stotterereignisse im Vorfeld zu antizipieren. Diese auch als vorzeitige Symptomwahrnehmung bezeichnete Fähigkeit nutzen viele Betroffene, um ihr Stottern – oft unbewusst – durch diverse sprachliche Vermeidungsformen so weit wie möglich zu verbergen. Hierzu zählen das Ersetzen, Auslassen und Umschreiben von stottergefährdeten Wörtern sowie auch diverse Aufschubformen, die darauf abzielen, die Realisierung des Zielwortes so lange hinauszögern, bis es (zumeist) flüssig gesprochen werden kann. Füllwörter, Wort- und Satzteilerwiederholungen, ungefüllte Pausen, Atemvorschub oder Schlucken sind Beispiele für Aufschubformen, die u. a. auf einer im Rahmen der Bonner Stottertherapie erstellten Identifikations-DVD modellhaft vorgestellt und in ihrer Funktion erläutert werden. Jeder Therapieteilnehmer identifiziert auf dieser Basis seine individuellen verbalen Vermeidungsstrategien, die er im Folgenden – anfänglich mithilfe der sogenannten Strichliste – konsequent abbaut. Dieses Vorgehen erweist sich als therapeutisch sehr hilfreich zur Schärfung der vorzeitigen Symptomwahrnehmung, indem der Therapieteilnehmer lernt, (möglichst) jedes Stotterereignis bereits im Vorfeld durch einen Strich auf der Liste anzuzeigen.

Parallel hierzu wird das sogenannte Primäre Stottern erarbeitet, das sich u. a. durch Stottern am Artikulationspunkt auszeichnet. Grundlage hierfür ist zunächst einmal

die Identifikation der weiteren relevanten individuellen Sekundärsymptomatik (orofaciale/ gesamtkörperliche Anspannungsreaktionen und Mitbewegungen u. a.) anhand der eigenen Video-Erstaufnahme.

Die Identifikation zielt vor allem darauf ab, eine größtmögliche Sensibilität für sprech- und stottermotorische Abläufe zu erarbeiten, die Funktionalität des eigenen Stotterverhaltens verständlich zu machen, die Eigenverantwortlichkeit herauszustellen („Selbst wenn Du nicht die Wahl hast, ob Du stotterst oder nicht, so hast Du doch die Wahl, ob Du stotterst oder nicht, so hast Du doch die Wahl, wie Du stotterst“; Murray 1993, S. 38) sowie das Stottern zu versachlichen.

Des Weiteren werden als Grundlage des Primären Stotterns basale phonetische Kenntnisse vermittelt, die unter taktil-kinästhetischen und propriozeptiven Aspekten sofort sprechmotorisch umgesetzt werden. Beim Primären Stottern ist es nunmehr das Ziel, jedes Stotterereignis im Vorfeld wahrzunehmen, durch einen Strich anzuzeigen und sofort – ohne jegliches Vermeiden oder Aufschieben – am Artikulationspunkt mit Blickkontakt zu stottern. Dies führt dazu, dass bei vielen Therapieteilnehmern die Zahl an offen gezeigten Stotterereignissen deutlich zunimmt. Dies wirkt sich positiv auf die Desensibilisierung aus; Ferner wird ein weitgehender bis vollständiger Abbau von orofacialen und gesamtkörperlichen Anspannungsreaktionen und Mitbewegungen vollzogen, sowie eine (zumindest situativ) lockerere Form des Stotterns in Form von Silbenwiederholungen möglich. Unsere Erfahrungen zeigen jedoch, dass etliche Betroffene aufgrund hoher stottermotorischer Grundspannung eine spannungsarme Form häufig nicht realisieren können. Somit erweist sich das Primäre Stottern im Wesentlichen als Desensibilisierungstechnik, da es aufgrund mangelnder Kontrollsicherheit keine zuverlässige Modifikationstechnik darstellt. Dies ist im Rahmen des Abbaus der psychosozialen Folgeproblematik aber auch nicht das gewünschte Ziel.

Offenheit

Häufig wird Stottern durch die oft damit einhergehenden negativen Emotionen und Kognitionen tabuisiert, wodurch ein konstruktiver Umgang damit für alle Beteiligten erschwert wird. Von daher besteht ein zentrales Therapieziel darin, dass jeder Patient mit seinen wichtigen Sozialpartnern offen über die eigene Stotterproblematik und die Therapie spricht. Denn

Enttabuisierung schafft Klärung und Entlastung. Vor allem aber ist eine derartige Offenheit als grundlegende Voraussetzung für einen langfristig erfolgreichen Therapieverlauf anzusehen. Denn sämtliche angestrebten sprachlichen Veränderungen – sei es „Stottern zeigen“ oder die Anwendung von Sprechtechniken – gehen zumindest anfangs mit einer deutlichen Auffälligkeit einher. Ein erfolgreicher Transfer derselben ist meist nur durch offenes Thematisieren möglich. Somit kann Offenheit als grundlegend für eine erfolgreiche Transferleistung angesehen werden. Wesentliche Bereiche für das Training eines offenen Umgangs mit dem Stottern und dessen Therapie ist das private Umfeld, aber insbesondere auch der Bereich Schule / Ausbildung & Beruf. Hierfür werden die Sozialpartner oder Lehrer, Mitschüler, Arbeitskollegen durch den Betroffenen und seinen Therapeuten in den therapeutischen Prozess so gut wie möglich eingebunden (Aufklärung, Informationsvermittlung, Klärung offener Fragen, etc.). Im beruflichen und schulischen Umfeld kann dies beispielsweise durch einen Schul- und Berufsvortrag erfolgen, der vom Betroffenen mit dem Therapeuten erarbeitet und dann vorgestellt wird.

Abbau von negativen Emotionen und Kognitionen sowie von Vermeidungsverhalten bei fremden Personen

Da für Betroffene die stotterspezifische Angst sicherlich als die zentrale negative Emotion angesehen werden kann, wird diese im Folgenden stellvertretend für andere genannt. Die Reduzierung von Scham und anderen Emotionen verläuft therapeutisch nach den gleichen Prinzipien, erstreckt sich aber nach den Erfahrungen der Patienten oft über einen längeren Zeitraum.

Da Vermeidung aus lerntheoretischer Sicht eine angstverstärkende und aufrechterhaltende Bedingung ist, wird der Patient in der sogenannten Konfrontationstherapie mit den angstausslösenden Reizen konfrontiert. Dieses auch als Expositionsbehandlung bezeichnete Vorgehen gehört zu den klassischen Verfahren der Verhaltenstherapie, das sich neben der unterschiedlichen Modalität – in sensu (in der Vorstellung) und in vivo (in der Realität) – in der Art der Herangehensweise unterscheidet: Während bei der graduellen

Methode ein abgestuftes Vorgehen in kleinen Schritten praktiziert wird, werden bei der massierten Konfrontation (auch Flooding/(Reiz)Überflutung) nach einer gezielten Vorbereitung Kommunikationssituationen mit einem (sehr) hohen Angstwert in einem klar strukturierten Ablauf so lange durchlaufen, bis ein deutlicher Abbau der negativen Emotionen eingetreten ist (Walter 2004–2009).

Die massierte Konfrontationstherapie in vivo hat sich u.a. bei sozialen Phobien sehr bewährt und ist häufiger Bestandteil in psychotherapeutischen Behandlungen von Angststörungen (Walter, 2004–2009, Fehm & Wittchen, 2005) und kommt auch im Rahmen der Bonner Stottertherapie seit langer Zeit zur Anwendung. Ein zwar therapeutisch geradliniges und konsequentes, aber behutsames und einfühlsames Vorgehen erachten wir dabei als unabdingbar.

Modifikationstechnik: Stotterkontrolle

Grundlegende Gedanken

Bei der Stotterkontrolle handelt es sich um eine lokale Technik, die wie alle Modifikationstechniken darauf abzielt, das einzelne Stotterereignis gezielt zu bearbeiten. Die nicht vom Stottern betroffenen Sprechanteile können spontan gesprochen werden. Im Gegensatz zu Blocklösetechniken, bei denen ein bereits eingetretenes Symptom kontrolliert beendet werden soll, hat die Stotterkontrolle das Ziel, das Stotterereignis bereits im Vorfeld zu antizipieren und vor seinem eigentlichen Auftreten mithilfe der Technik kontrolliert flüssig zu gestalten.

Bei der Konzeptfindung der Bonner Stottertherapie wurde seinerzeit mit unterschiedlichen Modifikationstechniken gearbeitet, woraus vor fast drei Jahrzehnten die Stotterkontrolle entwickelt wurde. Sie basiert auf dem leisen und weichen Stimm-einsatz, bei dem die Stimmbänder sanft und kontrolliert in Schwingung versetzt werden, wodurch die Auftrittswahrscheinlichkeit stottermotorischer Spannung sehr deutlich reduziert wird. Nach unseren Erfahrungen mit über 1000 stotternden Patienten erweist sich die Stotterkontrolle als sehr effiziente Modifikationstechnik, da sie viele Vorteile vereint.

Als flüssige Kontrolltechnik bietet sie den meisten Stotternden auch in anspruchsvollen Kommunikationssituationen ein hohes Kontrollgefühl. Für sämtliche Altersbereiche wie auch für Menschen mit besonderem Förderbedarf

stellt sie als leicht erlernbare Methode eine einfach anzuwendende Kontrolltechnik dar. Durch ihre Individualisierbarkeit und Alltagstauglichkeit findet sie zudem eine sehr hohe Akzeptanz bei den Therapie-teteilnehmern. Die positive Beurteilung des Wirkmechanismus der Stotterkontrolle teilen auch andere Stottertherapeuten und berücksichtigen diesen im Rahmen von lokalen und globalen Techniken in ihren Konzepten (Zückner, 2008, Thum, 2013).

Regeln

Die Stotterkontrolle stellt eine leicht operationalisierbare Kontrolltechnik dar, die lautübergreifend aus wenigen und einfachen Regeln besteht:

- *Pause vor jedem Stotterereignis*
Diese dient der Vorbereitung auf den neuen Bewegungsablauf und der bewussten Phonation mit einer leisen und weichen Stimme.
- *Leiser und weicher Stimm-einsatz*
Die Stimmbänder werden mit kleinstmöglicher Amplitude in Schwingungen versetzt.
- *Dehnung des entsprechenden Vokals (anfangs eine Sekunde)*
Die anfangs leise Stimme wird gleichmäßig bis zur normalen Lautstärke gesteigert.
- *Leichte und weiche Artikulationskontakte mit stotterantizipierten Konsonanten(verbindungen)*

Weiterführende Gedanken

Stottermodifikation ist nach Auffassung der Autoren als der grundlegende Ansatz in der Therapie des Stotterns im Jugend- und Erwachsenenalter zu verstehen, da er in seinem umfassenden Verständnis der Gesamtproblematik sowohl auf den Abbau der psychosozialen (Folge-)problematik als auch auf die flüssige(re) Gestaltung von antizipierten und real auftretenden Stotterereignissen ausge richtet ist. Nach unseren klinischen Erfahrungen sind die im Rahmen der Stottermodifikation vermittelten Inhalte für etliche Betroffene ausreichend, um zu einem langfristig guten Behandlungserfolg zu gelangen.

Doch wie jeder Ansatz hat auch dieser seine Grenzen. Gerade für Betroffene mit einer hohen Stotterrate erweisen sich Modifikationstechniken als unzureichend, vermitteln sie doch lediglich die Möglichkeit, jedes einzelne der gehäuft auftretenden Stotterereignisse zu bearbeiten. Die fortwährende Bearbeitung derselben gestaltet sich sprechmotorisch sehr mühsam, erweist sich kaum alltagstauglich und lässt kein Gefühl von Sprechfluss aufkommen.

Auch Stotternde mit einer nicht ausreichenden Symptomwahrnehmung finden über Modifikationstechniken wenig Kontrolle (wie sollen sie auch, wenn sie Stottern kaum bemerken). So finden sich etliche Therapie-teteilnehmer, die sich bei Vorliegen einer derartigen Ausgangslage am Ende der Stottermodifikationsphase hinsichtlich der erreichten Sprechflüssigkeit nachvollziehbar unzufrieden äußern. Gerade für dieses Klientel stellen Fluency-Shaping-Techniken nach Auffassung der Autoren eine unerlässliche Ergänzung dar.

Fluency Shaping: Sprechkontrolle

Wie alle globalen Techniken verfolgt die Sprechkontrolle – als Fluency-Shaping-Technik der Bonner Stottertherapie – das Ziel, das Auftreten von Stotterantizipationen und Stotterereignissen durch Modifikation des gesamten Sprechmusters möglichst zu unterbinden und ein kontrolliert flüssig(er)es Sprechen zu ermöglichen. Die Fluency-Shaping-Richtung wird häufig dahingehend kritisiert, dass

- der Stotterer nicht zu lernen braucht, wie man flüssig spricht, da ihm dies bereits häufig möglich ist; von Bedeutung ist vielmehr, was er Sinnvolles tun kann, wenn er stottert (Van Riper, 1986);
- „der Preis, diese flüssigen Anteile durch eine Sprechtechnik (Fluency Shaping) zu überlagern, (...) unverhältnismäßig hoch zu sein [scheint], zumal das Ergebnis sehr auffällig ist (...)“ (Rauschan & Welsch, 2008, 6);
- eine individuelle Therapie nicht möglich ist, da alle Betroffenen nach einem festgelegten Programm behandelt werden (Decher, 2011);
- „(...) die in nahezu allen Therapien auftretenden Rückfälle bei den rein auf Sprechflüssigkeit abzielenden Therapien oft einen Kreislauf von Selbstabwertung und von Vertrauensverlust in die Sprechtechnik in Gang setzen, der einen langfristigen Therapieerfolg verhindert“ (Zückner, 2012, S. 65);
- es im Wesentlichen um die Anzahl der gestotterten Wörter pro Zeiteinheit geht und unerheblich erscheint, wie zufrieden der Patient ist (Decher, 2011);
- das Bemühen um ein möglichst flüssiges Sprechen das verbale Vermeidungsverhalten fördern und hierdurch die psychosoziale Belastung zunehmen kann (Prüß, 1996);

- › „(...) die in nahezu allen Therapien auftretenden Rückfälle bei den rein auf Sprechflüssigkeit abzielenden Therapien oft einen Kreislauf von Selbstabwertung und von Vertrauensverlust in die Sprechtechnik in Gang setzen, der einen langfristigen Therapieerfolg verhindert“ (Zückner, 2012, S. 65).

Wir sehen diese Kritikpunkte bezogen auf klassische Fluency-Shaping-Ansätze, wie sie auch in Deutschland vertreten werden, weitgehend als berechtigt an. In derartigen rein sprechtechnisch orientierten Programmen durchlaufen alle Therapie Teilnehmer gleichermaßen dasselbe festgelegte Programm, „egal ob sie schwer stottern oder leicht, ob sie häufig stottern oder selten“ (Decher, 2011, S. 31). Als besonders kritikwürdig erscheint uns in derartigen Konzepten auch, dass die individuelle Problematik – beispielsweise auf psychosozialer Ebene – nicht die notwendige therapeutische Berücksichtigung findet. Ein patientenorientiertes Vorgehen ist somit bei diesen Ansätzen nahezu ausgeschlossen.

Die Philosophie klassischer Fluency-Shaping- Vertreter, dass sich aus einer Steigerung der Sprechflüssigkeit automatisch eine Verbesserung der Lebensqualität ergibt, missachtet durch eine stark simplifizierte Sichtweise die Komplexität des Störungsbildes Stottern. Schon 1984 stellte Sheehan fest: „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).

Integriert man allerdings – wie die Bonner Stottertherapie – die Fluency-Shaping-Technik in ein entsprechendes Gesamtkonzept, kommen die genannten Kritikpunkte nicht zur Geltung. Vielmehr zeigen unsere Erfahrungen, dass die Sprechkontrolle als Fluency-Shaping-Technik für zahlreiche Therapie Teilnehmer sehr positive Effekte hat: Neben Betroffenen mit einer hohen Stotterrate bzw. nicht ausreichender Symptomwahrnehmung profitieren auch Therapie Teilnehmer mit einer geringeren Symptommhäufigkeit in einem hohen Maße von der Fluency-Shaping-Technik, da sie ihnen ein zuvor nicht erlebtes Gefühl von Flüssigkeit, Kontrolle und Entspannung im Sprechen ermöglicht. So erlebt ein großer Teil der Patienten die Sprechkontrolle nach Therapieende als zentrale Kontrolltechnik.

In dem Konzept der Bonner Stottertherapie erfolgt die Vermittlung der Fluency-Shaping-Technik erst nach der Bearbeitung der psychosozialen Folgeproblematik und

dem Erwerb der Modifikationstechniken, sodass zuvor sowohl ein selbstbewusster Umgang mit der Stotterproblematik als auch die Fähigkeit zur Verflüssigung von Stotterereignissen erarbeitet wurde. Wie auch Thum (2013, S. 96) sind wir grundlegend davon überzeugt, „dass Sprechtechniken nur dann nachhaltig wirken, wenn dem Patienten eine umfassende Phase der Desensibilisierung zum Abbau von Sprechängsten und Schamgefühlen angeboten wurde.“

Unsere Erfahrungen belegen, dass nicht alle Betroffenen von der Fluency-Shaping-Technik profitieren oder diese sogar kontraindiziert sein kann, weswegen wir im Gegensatz zu anderen Therapiekonzepten nicht allen Therapie Teilnehmern eine solche Technik vermitteln. Die Frage nach der Indikation wird in gemeinsamen Gesprächen zwischen Therapeut und Patient diskutiert und entschieden.

Regeln

Der Aufbau der Sprechkontrolle erfolgt von einem anfangs stark verlangsamten Sprechen über mehrere Stufen hin zu einem möglichst natürlichen Sprechtempo. Folgende Regeln gelten gleichsam für alle Stufen (Abb. 6):

- › **Strukturiertes Sprechen** Die geplante Äußerung wird in inhaltlich sinnvolle Abschnitte (Sinnabschnitte) aufgeteilt, wobei über den Verlauf der Stufen die Anzahl der Wörter pro Sinnabschnitt von anfänglich einem Wort zu einer beliebigen Wortanzahl erhöht wird. Für die Gestaltung jedes einzelnen Sinnabschnitts gelten folgende Regeln:
- › **Weicher Stimmeinsatz** Die erste Silbe eines jeden Sinnabschnitts wird mit einem weichen Stimmeinsatz gebildet, um einen kontrollierten und flüssigen Einstieg zu finden.
- › **Prolongiertes Sprechen** Neben der ersten Silbe wird im weiteren Sinnabschnitt auch der gesamte Rest unter Berücksichtigung eines möglichst natürlichen Betonungsmusters gedehnt. Im Verlauf der Stufen wird diese Dehnung zunehmend verringert.
- › **Durchgängige Phonation** Ziel ist ein gebundenes Sprechen ohne Pausen zwischen den einzelnen Silben und Worten. Im Sinne größtmöglicher Natürlichkeit ist es uns dabei u.a. wichtig, dass stimmlose Frikative und Plosive weiterhin stimmlos gesprochen werden.

- › **Leichte Artikulationskontakte** Um dem Stottern möglichst keine Angriffsfläche zu bieten, werden die Konsonanten, insbesondere die Plosive, mit reduziertem Artikulationsdruck gebildet.

Weiterführende Gedanken

Die nach Therapieende erarbeitete Verfügbarkeit von selbstbewusstem Umgang mit dem Stottern, Modifikationstechniken und der Fluency-Shaping-Technik eröffnet dem Therapie Teilnehmer eine Vielzahl von Möglichkeiten. So verwenden einige in der Alltagskommunikation schwerpunktmäßig die Sprechkontrolle, andere vor allem die Stotterkontrolle und wieder andere finden ihren primären Zugang in einem selbstbewussten Stottern. Die Mehrzahl allerdings findet ihren optimalen Weg in einem Wechsel zwischen den einzelnen Sprechformen – abhängig beispielsweise von Situation, Gesprächspartner und Kontrollbedürfnis.

Rückfallprophylaxe

Da sich Stottern durch eine sehr hohe Rezidivgefährdung auszeichnet (Wendlandt, 2010), kommt der Stabilisierung der neuen Sprech-, Erlebens-, Denk- und Verhaltensweisen eine besondere Bedeutung zu. Von daher ist auch diese Thematik ein zentraler Baustein der Bonner Stottertherapie, dem durch die zwei Nachbehandlungen von jeweils einer Woche Rechnung getragen wird. Innerhalb sämtlicher vier Behandlungsmodule erhalten die Therapie Teilnehmer umfassende Informationen zur Rückfallthematik. Zudem werden individuelle Strategien zur Rückfallprophylaxe sowie Rezidivbewältigung erarbeitet, die durch diverse unterstützende Materialien zur Fortführung der eigentherapeutischen Arbeit ergänzt werden.

Nach Beendigung der stationären Maßnahme besteht außerdem für jeden Therapie Teilnehmer die Möglichkeit, durch Telefonkontakte, zusätzliche Auffrischungstage oder durch die Teilnahme an teletherapeutischen Treffen innerhalb eines mittlerweile bundesweiten Netzwerks Unterstützung zu finden. Auch die Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen am Heimatort wird individuell angeregt.

Fazit

Aufgrund der hohen Individualität und Komplexität des Störungsbildes Stottern sehen die Autoren die Notwendigkeit eines Kombinationsansatzes gegeben, der die beiden bewährtesten Therapierichtungen

Stottermodifikation und Fluency Shaping in einem Gesamtkonzept vereint. Auf dieser Basis stellt die Konzeption der Bonner Stottertherapie einen optimalen Zugang zu einem patientenorientierten Vorgehen dar, da jedem Therapieteilnehmer aus der Vielzahl unterschiedlicher Therapiebausteine, Techniken und Methoden eine individuell auf ihn abgestimmte Behandlung ermöglicht werden kann.

Literatur

- 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. & LOTENZ, 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. & KLEISSENDORF, B. (Hrsg.). *St-t-tt-ttstttern. 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.
-

STOTTERN IM KINDESALTER

CHILDHOOD STUTTERING

Patricia Sandrieser¹

*Překlad tohoto článku do češtiny
si můžete přečíst zde.*



Patricia Sandrieser

Abstract

Der Artikel gibt einen Überblick über die historische Betrachtung und den aktuellen Stand der Forschung zum Thema Stottern und beschäftigt sich mit den etablierten und empfohlenen Methoden zur Behandlung des Stotterns und zu den Formen der Elternberatung. In Anlehnung an die ICF sollen Leserinnen in die Lage versetzt werden, die zweistufige Diagnostik, die Beratung und gegebenenfalls die Therapieplanung ableiten zu können. In Anlehnung an die deutsche S3-Leitlinie werden auch Therapieverfahren genannt, die sich nicht bewährt haben. Der aktuelle Stand der Therapieforschung wird kritisch diskutiert.

Abstract

The article gives a historical overview and the state of the art concerning childhood stuttering. It deals with the well-established and recommended methods of treating stuttering and of advising parents. According to the ICF model, the reader should be enabled to deduce the two-step diagnostic procedure, the counselling and - if necessary - the scheduling of therapy. According to the German guidelines, recommended therapeutic methods are mentioned. The state of the art concerning research into therapy is critically discussed.

Schlüsselwörter

Kindheit, Stottern, Vorurteile, Ätiologie, Therapie, Beratung, Therapieentscheidung

Keywords

childhood, stuttering, prejudices, aetiology, therapy, counselling, therapy decision

Einführung

Stottern gehört mit einer Inzidenz von mindestens 5 Prozent im Kindesalter (Andrews and Harris, 1964, Mannson, 2002) zu den häufigen logopädischen Störungsbildern. Viele Jahre lang galt Stottern als geheimnisvoll und schwer zu behandeln. Nicht nur in Europa wurde Stottern lange indirekt durch Elternberatung oder Psychotherapie behandelt. Stotternden Kindern und ihren Eltern wurden besondere Eigenschaften nahgesagt – sie galten lange als psychisch wenig belastbar; als Ursache wurden fälschlicherweise elterliche Erziehungsfehler oder traumatische Erlebnisse angenommen (Boberg, 1995). Aufgrund der situationsabhängigen Schwankungen der Symptomatik galt Stottern als „Quecksilberstörung“ (Dell, 1993), was Laien häufig zur Annahme verleitete, die Kinder müssten sich besser konzentrieren, länger über das Gesagte nachdenken, sich beruhigen oder langsamer sprechen, da ihr Denken schneller als ihr Sprechen sei.

Heute gilt Stottern als eine der am besten erforschten Störungsbilder in der Logopädie, was mit daran liegt, dass die Kernsymptome des Stotterns unabhängig von der gesprochenen Sprache und sogar unabhängig von der Modalität des Gesprochenen auftritt – in Gebärdensprachen wird mit den gleichen Symptomen gestottert (Poizner et al., 1987). Das bedeutet, dass die Grundlagenforschung nicht für jede Sprache repliziert werden muss, wie es in der sprachsystematischen Forschung üblich ist, z. B. in der Erforschung der Syntax der Verbstellung. Wir wissen, dass Stottern eine Sprechablaufstörung ist, weswegen Logopädinnen mit ihrer Grundausbildung in den Bereichen Sprachentwicklung, Kommunikation und Phonetik und ihrem Wissen über Spontansprachanalysen und therapeutisches Vorgehen

¹ Dr. phil. Patricia Sandrieser, Katholisches Klinikum Koblenz Montabaur, Rudolf-Virchow-Straße 7–9, D - 56073 Koblenz, Bundesrepublik Deutschland.
E-Mail: patricia@sandrieser.de, p.sandrieser@kk-km.de.

die Fachleute sind, um stotternde Kinder zu diagnostizieren, die Eltern zu beraten und ein Therapieangebot zu machen. Uns liegen evaluierte und gut strukturierte Therapiekonzepte vor, die bereits im Alter von 2 Jahren angewandt werden können. Durch die hohe Rate an Spontanremissionen genügt in vielen Fällen, eine Beratung der Eltern mit Hinweisen zu einem günstigen Umgang mit dem stotternden Kind.

Definition

Stottern bedeutet unfreiwillige Wiederholungen von Lauten oder Silben, Dehnungen von Lauten oder Blockierungen vor oder in einem Wort (Bloodstein and Bernstein Ratner, 2008). Die Diagnose Stottern kann gestellt werden, wenn in einer repräsentativen Sprechprobe mindestens 3 % der gesprochenen Silben diese Unflüssigkeiten aufweisen (Sandrieser, 2005). Wiederholungen, Dehnungen und Blockierungen werden auch Kernsymptome des Stotterns genannt. Sie können einzeln, zu zweit oder alle drei im Sprechen einer Person auftreten. Diese Kernsymptome definieren in der ICD-10 die Diagnose Stottern (F98.5). Als Begleitsymptome bezeichnet man ungünstige Coping-Strategien, die entweder aus dem Versuch resultieren, aus einem Stotterereignis zu fliehen (z. B. in Form von Tonuserhöhung im Symptom oder Mitbewegungen der Augen, des Kopfes oder der Extremitäten) oder die den Versuch darstellen, dem Stottern vorzubeugen (z. B. durch das Ersetzen eines gefürchteten Wortes oder die Veränderung der Sprechweise, z. B. durch Flüstern oder Sprechen im Singsang). (WHO, 2019). Im Verlauf des Stotterns kann es mitunter schon nach kurzer Zeit durch Sprechängste und die Beeinträchtigung der effektiven Kommunikation zu psychischen Beeinträchtigungen kommen, die im DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015) im Zusammenhang mit Stottern hinsichtlich auftretender negativer Gefühle wie Angst oder Scham codiert werden. In der Diagnostik und Therapie, aber auch in der ersten Beratung ist es daher wichtig, alle Beteiligten zu informieren, dass das Stottern alleine durch die Kernsymptome (Wiederholungen, Dehnungen, Blockierungen) definiert ist. Bei den Begleitsymptomen und der eventuell resultierenden psychischen Belastung handelt es sich um Folgen des Stotterns. Im Sinne der ICF (WHO, 2001) ist unabhängig vom Alter des Kindes und vom Zeitpunkt seit Stotterbeginn eine logopädische Diagnostik und Beratung sinnvoll, wenn durch das Stottern eine

Einschränkung in der Partizipation im Alltag besteht (Sandrieser und Schneider, 2015). In vielen Fällen wird die Begleitsymptomatik oder Verhaltensänderungen, die aus der psychischen Belastung resultieren, als sozial auffälliger bewertet als das Stottern selbst.

Historische Betrachtung

Der Nimbus des Geheimnisvollen, der Stottern viele Jahre umgab und das Bestehen von wirkungslosen Ratschlägen und Interventionen kann erklärt werden, wenn man die international zugängliche Literatur sichtet und erkennt, dass fehlende Grundlagenforschung und die Interpretation einer Studie vor fast 100 Jahren lange zu Fehlinterpretationen in drei Bereichen geführt haben:

- Die Ähnlichkeit von Stotterereignissen und normalen Unflüssigkeiten führte zur Annahme, dass das Stottern ein Phänomen sei, dass in der Sprachentwicklung üblich und daher kein Grund zur Sorge sei.
- Die hohe Rate an Spontanremissionen schien die Befürworterinnen der Strategie, erst einmal abzuwarten, zu bestätigen und führte oft dazu, dass besorgte Eltern nicht ernst genommen wurden. Außerdem ist zu befürchten, dass sich dadurch bis heute Anbieterinnen unwirksamer Therapiemethoden bestätigt sehen, wenn Kinder zum Zeitpunkt ihrer Intervention eine Remission haben.
- Die sogenannte „Diagnosogene Theorie des Stotterns“ von Wendell Johnson (1942) führte zur Annahme, dass es für Kinder schädlich sei, auf ihr Stottern angesprochen zu werden. Der daraus resultierende Ratschlag an die Eltern, nur auf den Inhalt des Gesprochenen zu achten und das Stottern zu ignorieren, hatte zur Folge, dass sich in der Logopädie über lange Zeit keine direkten Ansätze zur Behandlung des Stotterns etablierten.

Stottertypische und normale Unflüssigkeiten

Bei den drei möglichen Kernsymptomen des Stotterns (Wiederholungen von Lauten und Silben, Dehnungen von Lauten und Blockierungen vor oder in einem Wort) handelt es sich um unfreiwillige Unflüssigkeiten des Sprechens, die bei nichtstotternden Menschen sehr selten auftreten und die diagnostisch relevante Schwelle von 3 Prozent nicht überschreiten (Sandrieser,

1995). Alle Menschen, Kinder wie Erwachsene, machen normale Unflüssigkeiten, die Starkweather „funktionelle Unflüssigkeiten“ nennt (Starkweather, 1987). Diese Unflüssigkeiten haben eine Funktion: sie verschaffen dem Sprecher Zeit für die Sprechplanung oder helfen, Fehler zu korrigieren. Funktionelle Unflüssigkeiten werden daher strategisch eingesetzt, um zu verhindern, dass die Aufmerksamkeit des Zuhörers nachlässt oder um einen Sprecherwechsel zu vermeiden (Kowal et al., 1975). Im Gegensatz zu Laien-Meinung sind sie nicht Zeichen von unreifer Sprachentwicklung, sondern werden mit zunehmendem Alter mit immer größer werdenden zeitlichen Anteilen im Sprechen eingesetzt (Sandrieser, 2005). Als typische funktionelle Unflüssigkeiten im Kindergartenalter gelten Wiederholungen von Wörtern (Kowal et al., 1975). In dieser Zeit beginnen die meisten der betroffenen Kinder zu stottern (Guitar, 2014). Da auch bei stotternden Kindern Wiederholungen als Kernsymptome auftreten können, wurden diese schon früh und sehr lange als eine Entität mit den normalen Unflüssigkeiten betrachtet (Fröschels, 1931). Funktionelle Unflüssigkeiten lassen sich jedoch sowohl anhand des Ortes ihres Auftretens (oft am Ende einer Phrase) und aufgrund ihrer Struktur (mehrsilbige Wörter, Phrasenwiederholungen oder Betonungsdehnungen) von Stotterereignissen unterscheiden (Sandrieser, 2005).

Das Fazit ist, dass Eltern ernst genommen werden müssen, die in Sorge sind, dass ihr Kind stottert. Wenn vermeintliche Fachleute sie fälschlicherweise dahin gehend beraten, dass ihre Sorge unbegründet sei, werden sie in ihrer elterlichen Kompetenz verunsichert.

Remissionen

Die Rate an Remissionen wird für stotternde Kinder auf 70 bis 80 Prozent geschätzt (Neumann et al., 2016). Die größte Chance besteht in den ersten zwei Jahren nach Stotterbeginn. Wenn Therapeutinnen mit Kindern dieser Altersgruppe arbeiten, müssen ihre Interventionen noch mehr Kindern zu einer Remission verhelfen, wenn sie sich in Bezug auf Heilung als Effektiv bezeichnen möchten.

Fazit: Seriöse Therapeutinnen machen Eltern stotternder Kinder darauf aufmerksam, dass es sich um einen zeitlichen Zufall handeln könnte, wenn zeitgleich zur Therapie eine Remission eintritt. In einer Therapiestudie muss entweder eine ausreichend große Gruppe von Kindern oder

eine vergleichbare Kontrollgruppe eingeschlossen sein, um Effekte nachweisen zu können.

Da phasenweise Schwankungen der Symptomatik bekannt sind und auch Zeiten mit Symptombfreiheit beschrieben werden, muss eine vermeintlich erfolgreiche Therapie zudem eine follow-up-Untersuchung beinhalten, die frühestens 12 Monate nach Therapieende durchgeführt wird.

Fazit: Die hohen Remissionsraten dürfen nicht die Begründung sein, jungen Kindern eine logopädische Diagnostik und Beratung vorzuenthalten – da Begleitsymptome und psychische Belastung auch schon bald nach Stotterbeginn auftreten können, kann auch eine später remittierte Symptomatik zu einem ungünstigen Selbstbild und Einschränkungen in der Partizipation im Alltag führen (Sandrieser und Schneider, 2015).

W. Johnsons „Diagnosogene Theorie des Stotterns“

Als W. Johnson Eltern stotternder Kinder nach Unflüssigkeiten befragte, die ihnen zu Beginn der Störung aufgefallen seien und eine Kontrollgruppe von Eltern, deren Kinder nicht stotterten, befragte, welche Unflüssigkeiten sie im Sprechen ihrer Kinder hörten, ergab eine quantitative Analyse das Ergebnis, dass nichtstotternde Kinder manchmal sogar mehr Unflüssigkeiten hatten (Johnson et al., 1942). Er leitete daraus die sogenannte diagnosogene Theorie des Stotterns ab, die besagte, dass stotternde Kinder Unflüssigkeiten wie alle anderen Kinder machten. Ihre Eltern würden aber negativ darauf reagieren und die Kinder dadurch ins Stottern treiben. Seine therapeutische Konsequenz bestand darin, das Thema Stottern gegenüber Kindern nicht zu thematisieren, sie keinesfalls zu therapieren, sondern Eltern zu beraten, wie sie auf Unflüssigkeiten fortan nicht mehr reagieren sollten.

Eine spätere Durchsicht seiner Studiendaten ergab, dass die angegebenen Unflüssigkeiten in den beiden Gruppen einen qualitativen Unterschied aufwiesen – die Eltern der stotternden Kinder hatten angegeben, dass ihnen die Unflüssigkeiten aufgefallen seien, die wir heute als Kernsymptome des Stotterns bezeichnen. Die Eltern der nichtstotternden Kinder hatten hingegen vor allem normale, funktionelle Unflüssigkeiten im Sprechen ihrer Kinder beschrieben (Johnson, 1959). Die Publikation der erneuten Durchsicht der

Daten führte jedoch noch lange Zeit nicht zu einer Veränderung im Beratungs- und Therapie-Angebot. Auch hier könnte die hohe Rate an Spontanremissionen im therapeutischen Alltag dazu geführt haben, dass Therapeutinnen sich darin bestärkt sahen, Kinder nicht direkt zu behandeln und stattdessen die Eltern zu beraten, das Stottern zu ignorieren.

Fazit: Da wir heute wissen, dass das elterliche Verhalten keine erhebliche Rolle in der Entstehung des Stotterns spielt (Neumann et al, 2016, S. 31) ist es ethisch bedenklich, Eltern das Gefühl zu geben, am Stottern des Kindes Schuld zu sein. Da wir aus Studien in mehreren Sprachen wissen, dass auch junge Kinder sich zu Stotterbeginn gewahr sind, dass ihr Sprechen sich verändert (auch wenn sie den Begriff "Stottern" nicht immer kennen), kann es den Kindern nicht schaden, wenn sie angemessen und wohlwollend auf ihr Stottern angesprochen werden (Boey et al. 2009, Langevin 2009). Sandrieser und Schneider (2015) weisen zudem darauf hin, das Tabuisieren dazu führen kann, dass belastete Kinder sich nicht hilfe- und trostsuchend an die Erwachsenen in ihrer Umgebung wenden.

Aktueller Stand der Forschung

Stottern ist eine Sprechablaufstörung, die genetisch bedingt ist (Felsenfeld et al., 2000; Kraft and Yairi 2011). Stottern beginnt typischerweise zwischen dem 2. und 5. Lebensjahr, der durchschnittliche Beginn ist mit 2,8 Jahren (Guitar, 2014). Der etwas höhere Anteil von stotternden Jungen zu Beginn verschiebt sich bis zum Jugendalter noch, da mehr Mädchen eine Remission erfahren. (Andrews and Harris 1964; Mansson, 2000). Die Inzidenz, also die Anzahl an Neuerkrankungen in einer Population wird auf mindestens 5 % geschätzt (Mansson, 2000), während die Prävalenz, also der Anteil der Personen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt stottern, in der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen auf etwas mehr als 1,7 % geschätzt wird (Bloodstein and Bernstein Ratner 2008). Heute geht man davon aus, dass genetische Ursachen die Erklärung für Geschlechtsdifferenzen zu Beginn und bei den Remissionswahrscheinlichkeiten sind (Neumann et al, 2016, S. 23). Die Gehirne stotternder Menschen zeigen strukturelle Veränderungen (z. B. Sommer et al., 2002), aber auch neurofunktionelle Veränderungen konnten nachgewiesen werden

(für einen Überblick siehe Neumann et al., 2016, S. 41ff).

Empfohlene Diagnostik

Die 2016 in Deutschland veröffentlichte S3-Leitlinie "Redeflussstörungen" (Neumann et al., 2016) empfiehlt eine logopädische Diagnostik, indem in einer Spontansprachanalyse neben den stottertypischen Unflüssigkeiten auch die Begleitsymptome und die vermuteten psychischen Reaktionen auf das Stottern erfasst werden sollen. Als geeignet hat sich hier das Stuttering Severity Instrument, SSI-4 von Riley (2009) erwiesen. Neben dieser standardisierten Analyse der Kernsymptome in Quantität und Qualität ist die anamnестische Erhebung der möglichen kommunikativen Einschränkungen und die Reaktionen aus der Umgebung ebenso wichtig, wie die Einschätzung der Sprechnaturalität und bei älteren Kindern deren eigene Einschätzung des Grads der Belastung durch das Stottern. Sandrieser und Schneider (2015) empfehlen eine zweistufige Diagnostik, in dem im ersten Schritt festgestellt wird, ob Stottern vorliegt und im zweiten Schritt alle Informationen erhoben werden, die notwendig sind, um die Eltern zu beraten. Da in den ersten zwei Jahren nach Stotterbeginn die Wahrscheinlichkeit einer spontanen Remission am höchsten ist, kann bei Kindern, die durch ihre Kernsymptome nicht belastet sind und die keine auffälligen Begleitsymptome entwickeln die Option abzuwarten eine zielführende Maßnahme sein. Das setzt aber voraus, dass die Eltern gut über mögliche Verläufe informiert sind und wissen, dass sie ihr Kind wieder vorstellen können, falls sich etwas verändert.

Im Verlauf der Diagnostik muss die Logopädin außerdem eine Einschätzung vornehmen, ob Komorbiditäten vorliegen, die beratungs- oder behandlungsbedürftig sind wie z. B. eine spezifische Sprachentwicklungsstörung.

Differentialdiagnostik

Neben dem „originären Stottern“ – also dem Stottern, dass in der frühen Kindheit ohne erkennbare Ursache entsteht und auf ein zentrales Defizit der Sprechsteuerung zurückzuführen ist, gibt es noch weitere Formen von Stottern. Die Leitlinie „Redeflussstörungen“ schlägt folgende Nomenklatur zur Abgrenzung vor:

Erworbenes Stottern oder angeborenes Stottern.

Erworbenes Stottern:

➤ neurogenes Stottern,

› psychogenes Stottern.

Angeborenes Stottern:

› originäres Stottern

› syndromales Stottern (bei

Personen mit Trisomie 23).

Als weitere Redeflussstörung noch Poltern.

Ein Überblick über die Einteilung der Redeflussstörungen, ihrer Ätiologie und Symptomatik findet sich in der Leitlinie (Neumann et al., 2016, S. 54ff).

Auch bei Kindern mit Verdacht auf einen elektiven Mutismus sollte anamnestisch erfragt werden, ob in der häuslichen Umgebung eine Stottersymptomatik zu beobachten ist, die erklären könnte, warum das Kind z. B. im Kindergarten als Vermeideverhalten die verbale Kommunikation aussetzt.

Beratung und Therapie-Ableitung

Indikationen für eine Therapie

Im Sinne der ICF-Nomenklatur sollte neben der Anzahl und der Qualität der hörbaren Stotterereignisse auch festgestellt werden, ob Begleitsymptomatik oder Beeinträchtigungen in der Kommunikation oder im Selbstbild als kompetenter Sprecher vorliegen. Eine Therapie ist indiziert, wenn durch die Störung Beeinträchtigungen in der Partizipation am Alltagsleben bestehen. Dies kann z. B. bedeuten, dass Kinder gefürchtete Wörter vermeiden oder in bestimmten Situationen lieber nicht sprechen – aus Angst zu Stottern. Die Kunst liegt darin, bei vorliegenden Beeinträchtigungen schnell zu reagieren und auch bei jungen Kindern Therapie anzubieten, um zu verhindern, dass aus der Störung eine Behinderung entsteht. Andererseits gilt es abzuwägen, welche Kinder von einer Therapie profitieren, da auch eine kindgerechte, spielerische Therapie für die Familie mit Aufwand verbunden ist (regelmäßige Termine, häusliches Üben, ggf. finanzieller Aufwand) und Kinder durch ein Therapienangebot verdeutlicht wird, dass sie nicht der Norm entsprechen. Zur aktuellen Studienlage besteht das Dilemma, dass wir Prädiktoren kennen, die eine Remission wahrscheinlicher machen (für einen Überblick siehe Lattermann, 2011), dass aber für ein bestimmtes Kind keine zuverlässige Vorhersage möglich ist, ob eine Remission eintreten wird. Die Eltern² sollen nach

der Diagnostik und einer fundierten Beratung über mögliche Verläufe und die angebotenen Therapiekonzepte informiert sein und dann im Sinne eines „informed consent“ (Neumann et al, 2016, S. 140) für ihr Kind entscheiden können, ob sie Therapie wünschen und möglichst auch mit welcher Methode.

Eine mögliche elterliche Entscheidung ist auch, keine Therapie für das Kind zu wünschen, aber noch dezidierte Beratung zum Umgang mit dem stotternden Kind zu erfragen.

Therapieziele

Für junge Kinder ist eine Remission, also eine vollständige Heilung, verständlicherweise das gewünschte Ziel. Mit zunehmender Dauer seit Stotterbeginn und vor allem nach Abschluss der Pubertät wird eine echte Remission immer unwahrscheinlicher. Dann liegt das Ziel einer erfolgreichen Therapie in einem guten Umgang mit dem Stottern und der Etablierung einer Sprechtechnik. Aktuell kann keine Therapiemethode für sich in Anspruch nehmen, jedes stotternde Kind zu heilen. Es gibt Hinweise darauf, dass auch die Remissionswahrscheinlichkeit genetisch determiniert ist (Kraft, 2015). Heilungsversprechen gelten daher als unseriös (Sandrieser und Schneider, 2015; Neumann et al., 2016, S. 2010).

Bereits vor einer Therapie müssen Eltern darüber informiert werden, dass eine Heilung nicht versprochen werden kann. Um die Therapieziele besprechen zu können hat es sich bewährt, die Eltern (und ggf. das Kind) zu befragen, was ihre Anliegen sind. Viele Eltern sorgen sich, dass ihr Kind im Kindergarten oder in der Schule gehänselt wird und aufgrund einer auffälligen Begleitsymptomatik zum Außenseiter wird und Nachteile in der Entwicklung hat. Wie schon in der Diagnostik und Erstberatung ist es auch hier wichtig, die Kernsymptomatik trennt von der Begleitsymptomatik zu betrachten: Stotternde werden nicht durch kurze und unangestregte Kernsymptome von anderen Kindern gemieden oder ausgelacht, sondern durch sozial auffällige Begleitsymptome oder Änderungen im (Sprech-)Verhalten, die aus der emotionalen Belastung entstehen können (z. B. Abbruch des Blickkontakts im Symptom, Sprechängste oder Zeichen von Scham). Der Abbau von Begleitsymptomen und die Bearbeitung von ungünstigen psychischen Reaktionen auf das Stottern sind damit ebenso wichtige Ziele in der

Stottertherapie, wie die Reduktion der Stotterereignisse. Falls das Stottern nicht überwunden wird, sollte ein stotterndes Kind in der Lage sein, den Kontrollverlust im Stotterereignis zu überwinden und sich selbst als kompetenter Sprecher oder kompetente Sprecherin zu erleben, die in angemessener Zeit in der Lage ist, die kommunikativen Wünsche zu äußern.

Neben der Arbeit am Symptom spielt die Elternberatung in der Stottertherapie eine zentrale Rolle. Da Stottern nach wie vor ein vorurteilsbehaftetes Störungsbild ist, ist es wichtig, dass die Familie eines stotternden Kindes genug über das Phänomen Stottern weiß, um die nähere Umgebung (Großeltern, Freunde und Freundinnen, Erzieherinnen) darüber zu informieren.

Kriterien einer guten Stottertherapie

Wie oben beschrieben, erschwert die hohe Rate an Spontanremissionen die Einschätzung, ob eine Heilung

› durch eine Therapie,
› zufällig gleichzeitig während einer Therapie oder

› trotz einer unwirksamen Therapie stattgefunden hat. Oliver Bloodstein und Nan Bernstein Ratner (2008, S. 338-343; für eine detaillierte Diskussion siehe Neumann et al., 2016, S. 98ff) formulierten 12 Kriterien, anhand derer, eine gute und nachgewiesen wirksame Stottertherapie gemessen werden kann. Dazu gehört zum Beispiel, dass die Wirksamkeitsnachweise an einer ausreichend großen Gruppe unter Messung objektiv erfassbarer Kriterien auch in alltagsnahen Situationen erfasst wurden; dass die Stabilität der Ergebnisse erneut frühestens 12 Monaten nach der letzten therapeutischen Intervention nachgewiesen wird und dass neben der Reduktion des Stotterns auch Ängste, Vermeideverhalten und das Selbstbild berücksichtigt und positiv beeinflusst werden. Für die Therapie mit Kindern gilt zusätzlich, dass die positiven Effekte flüssigen Sprechens nicht dadurch erzielt werden dürfen, dass das linguistische Niveau des Sprechens gesenkt wird.

Empfohlene Therapiemethoden

In der Therapie von jugendlichen und erwachsenen Stotternden sind schon seit vielen Jahren zwei Therapiekonzepte bekannt, die evaluiert sind und gleichberechtigt

² Mit „Eltern“ sind die verantwortlichen Erziehungsberechtigten gemeint. Dies können die leiblichen Eltern, aber auch Pflege- oder Adoptiveltern, Co-Eltern, die leiblichen Eltern mit neuen PartnerInnen etc. sein.

nebeneinander stehen (Sandrieser und Schneider, 2015): das sind zum Einen Konzepte der Stottermodifikation, die darauf abzielen, in ein Stotterereignis einzugreifen, den Kontrollverlust zu überwinden und die vom Stottern betroffene Silbe mit einer erlernten Sprechtechnik zu realisieren. Der bekannteste Vertreter dieser Methoden ist sicher Charles Van Riper; die von ihm favorisierte Sprechtechnik die Prolongation und die Anwendung der Technik auf eine gestotterte Silbe wird Pull-Out genannt. Zum Anderen gibt es Methoden der Sprech-Restrukturierung, das so genannte Fluency Shaping, bei dem eine Sprechtechnik angewandt wird, die hilft, das Stotterereignis zu unterdrücken. Das Erste gut beschriebene Fluency Shaping Konzept war das GILCU-Programm von Ryan (Nippold, 2011), heute ist das Camperdown-Programm für die Therapie von Jugendlichen (University of Technology Sydney, 2018) weit verbreitet.

In der Leitlinie Stottern wurden für die Empfehlungen nur Therapiemethoden berücksichtigt, die entsprechend den Standards der Leitlinienkommission die notwendigen Gütekriterien erfüllten (Neumann et al., 2016, S. 10), z. B. einen Re-Test frühestens 12 Monate nach Therapie-Ende, um die Stabilität der Effekte zu überprüfen oder die beschriebene Erfassung von objektivierbaren Parametern wie die Anzahl der gestotterten Silben.

Für die Altersgruppe der 2 bis 7jährigen Kinder, mit denen sich Logopädinnen am häufigsten konfrontiert sehen, ergaben sich drei Methoden, die mit unterschiedlich starken Empfehlungen ausgestattet wurden:

➤ Das Lidcombe-Programm (Onslow et al., 2003) mit den meisten verfügbaren Studien – zumeist aus Australien und den USA – das die höchste Evidenz aufweist. Es handelt sich um eine verhaltenstherapeutische Intervention unter Einbeziehung eines Elternteils (im Folgenden „Mutter“ genannt), die als Co-Therapeutin angeleitet wird. Die wöchentlichen Therapiestunden werden genutzt, die Übungen einzuführen. In strukturierten täglichen Übungen werden in der ersten Phase von der Mutter Spiele angeboten, bei denen das linguistische Niveau kontrolliert wird und zu Beginn sehr niedrig ist, z. B. Ein-Wort-Äußerungen wie bei Memory oder Lotto. Damit soll erreicht werden, dass es in der Übung viele flüssige Äußerungen des Kindes gibt. Die therapeutische Herausforderung

besteht darin, die Mutter anzuleiten, flüssiges Sprechen und gestotterte Silben zuverlässig unterscheiden zu können. Damit soll sie in dieser Übungssituation jede flüssig gesprochene Äußerung des Kindes verlässlich und kontingent mit einer verbalen positiven Verstärkung rückmelden. Wenn das Kind in diesen Übungen wenig stottert, wird das linguistische Niveau in den Übungen gesteigert. Parallel wird täglich von den Eltern dokumentiert, wie der Schweregrad des Stotterns im Alltag auf einer 10-stufigen Skala eingeschätzt wird. Wenn ein Kind in den ersten 15 bis 20 Stunden keine Tendenz zeigt, dass die Stotter schwere im Alltag abnimmt, gilt es als nicht-responsiv und das Programm wird beendet. Bei einer Abnahme des Stotterns werden die täglichen Übungen bis auf Spontansprachebene gesteigert und in einer zweiten Therapiephase die verbale positive Verstärkung in vorher abgesprochenen Alltagssituationen von der Mutter angewandt. Das Ziel der Therapie ist Symptombefreiheit, auch nach Beendigung der Therapie und dem Aussetzen der positiven Verstärkung.

➤ Die zweite Therapiemethode, die durch eine deutlich geringere Studienlage eine entsprechend schwächere Empfehlung bekommen hat, ist das Programm KIDS, „Kinder dürfen Stottern“ (Sandrieser und Schneider, 2001 bis 2015), einer Adaptation der Stottermodifikation. Die Kinder lernen am Modell und ab dem Vorschulalter durch strukturierte Übungen, Stotterereignisse, die mit Begleitsymptomen wie Tonuserhöhung, Mitbewegungen oder vegetativen Symptomen angereichert sind, mit einer Sprechtechnik aufzulösen und weiter zu sprechen. Dabei spielt die Technik des Pseudostotterns eine wichtige Rolle. Bei diesem absichtlichen, unangestregten und lockeren „Stottern“ handelt es sich sowohl um eine artikulationsmotorische Übung (damit das Kind lernt, die Kontrolle über das Sprechen wieder zu erlangen), als auch um eine paradoxe Intervention. Die logopädisch vorgestellten Kinder haben oft ungünstige Coping-Strategien etabliert, die aus dem Versuch resultieren, das Stotterereignis mit Kraft und Anstrengung zu überwinden. Das Pseudostottern, dass zuerst spielerisch in der Therapie und dann in steigenden Schwierigkeitsgrad bis zur Spontansprachebene eingesetzt

wird, kann hier als Methode der Desensibilisierung dienen. Damit soll die Tendenz, gegen das Stottern anzukämpfen abgebaut werden. Auch in diesem Konzept ist die Anwesenheit eines Elternteils in der wöchentlich stattfindenden Therapie und kontinuierliches Üben notwendig. Falls Kinder durch die Therapie keine Remission erfahren, soll die Technik helfen, Stotterereignisse aufzulösen. Als Nahziel wird der Abbau der Begleitsymptomatik beschrieben. Das Fernziel bei persistierendem Stottern ist die Reduktion der Stotterereignisse, da die Kontrollüberzeugung das Arousal und damit einen der wichtigen Triggerfaktoren des Stotterns senkt. Parallel zur Etablierung der Symptumlösetechnik werden den Eltern und ab dem Vorschulalter auch dem Kind Informationen über die Entstehung und die möglichen Verläufe des Stotterns vermittelt. Dadurch soll die Resilienz des Kindes gegenüber unwirksamen und schädlichen Ratschlägen aus der Umgebung erhöht werden. Den möglichen Einschränkungen an der Partizipation im Alltagsleben soll dadurch vorgebeugt oder bereits vorhandene Einschränkungen rückgängig gemacht werden.

➤ PCI wurde in London am Michael Palin Centre for Stammering Children von Kelman und Nicholas (2008, 2014) veröffentlicht. Da die Datenlage ebenfalls nicht so umfangreich ist wie für die Lidcombe Therapie, hat es ebenfalls eine schwache Empfehlung bekommen. Es handelt sich um ein indirektes Verfahren, bei dem nach einer Interaktionsanalyse von jedem Elternteil mit ihrem Kind ressourcenorientiert gearbeitet wird. In einem strukturierten Programm erhalten die Eltern die Aufgabe, eine kommunikative Eigenschaft, die Ihnen in der analysierten Situation leicht gefallen ist, in Übungssituationen vermehrt einzusetzen. In umfangreichen Protokollbögen, reflektiert jedes Elternteil den Erfolg der Bemühungen, die Reaktionen und die möglichen Effekte auf die Stotterersymptomatik. In der folgenden Stunde erhält jedes Elternteil aufgrund der Auswertung der Beobachtungsbögen eine neue Aufgabe. Die Therapie beginnt mit wöchentlichen Sitzungen und die Intervalle zwischen den Terminen vergrößern sich.

Dieser Therapieansatz wird höchstens 6 Monate angeboten. Falls es bis dann keine Hinweise auf eine deutliche Reduktion des Stotterns oder eine Tendenz zur Remission gibt, wird zu einem direkten Programm gewechselt.

Therapien, von denen abgeraten wird

Die Leitlinie Stottern (Neumann et al, 2016) gibt auch negative Empfehlungen ab, d. h. sie rät explizit davon ab, Methoden anzuwenden, deren Effekte entweder nicht nachweisbar sind oder schnell wieder nachlassen oder die zu viele unerwünschte Nebenwirkungen haben. Dazu gehören Konzepte, bei denen rhythmisiertes Sprechen, Entspannungs- oder Atemtechniken als einziger oder wichtigster Bestandteil der Therapie eingesetzt werden. Außerdem wird von medikamentösen Therapien abgeraten und von Therapiekonzepten, die nicht angeben können, was ihre spezifischen Wirkungsweisen sind. Für psychotherapeutische Verfahren wie psychoanalytische oder tiefenpsychologisch orientierte gesprächspsychotherapeutische Konzepte und Hypnose gibt es ebenfalls keine Wirkungsnachweise. Sogenannte Alternative Heilmethoden wie Homöopathie oder Bachblüten werden abgelehnt, obwohl sie häufig mit dem Hinweis angeboten würden, sie könnten ja nicht schaden. Da in der Zeit ihrer unwirksamen Anwendung aber keine Therapie angeboten wird, die Evidenzen aufweist, kann die verstreichende Zeit als negativer Effekt bezeichnet werden.

Generell gilt, dass Konzepte, die eine Schuldzuweisung hinsichtlich der Entstehung des Stotterns vornehmen oder welche die Betroffenen alleine für den Erfolg oder Misserfolg der Therapie verantwortlich machen oder die keine Rückfall-Prophylaxe anbieten, abzulehnen sind. (Neumann et al, 2016, S. 110f)

Diskussion

Logopädinnen verfügen über alle Voraussetzungen, um stotternde Kinder und ihre Familien gut zu betreuen. Notwendig sind dafür spezifische Kenntnisse über die Entstehung des Stotterns und mögliche Verläufe. Die Therapeutin muss sich Fachwissen über das angebotene Therapiekonzept aneignen und ihr Wissen nutzen, um Angebote zu machen, mit denen die stotternden Kinder mehr Sprechflüssigkeit erlangen können und sie und ihre Familien wieder zu mehr Lebensqualität finden.

Eine Stottersymptomatik sollte nicht dazu führen, dass ein Kind in seiner Entwicklung beeinträchtigt wird. Über den konkreten therapeutischen Auftrag hinaus sollten Logopädinnen in diesem Bereich ihr Wissen und ihre Erfahrung nutzen, um Eltern, aber auch Pädagoginnen zu Multiplikatorinnen zu machen: nach wie vor gilt Stottern als vorurteilsbehaftet und Attributionseffekte können dazu führen, dass Stotternde die ihnen zugeschriebenen Eigenschaften wie psychische Labilität, Nervosität, ungeeignet für Sprecherberufe, Kontaktscheu etc., deshalb irgendwann internalisieren und sich entsprechend verhalten. Der Welttag des Stotterns am 22. Oktober ist jedes Jahr eine gute Gelegenheit, um in den Medien auf die Situation stotternder Menschen aufmerksam zu machen. Wünschenswert wäre neben der Arbeit der Selbsthilfegruppen das Engagement von prominenten Stotternden, die ihren Einfluss geltend machen um zu zeigen, dass es sich um eine Störung des Sprechablaufs handelt und nicht die Folge ungünstigen Erziehungsverhaltens oder Überforderung (Der amtierende US-amerikanische Präsident J. Biden spricht offen über sein Stottern und die negativen Erfahrungen, die er damit machen musste.).

Ausblick

Wünschenswert wäre die Vermittlung von Therapiekonzepten für stotternde Kinder schon in der Grundausbildung von Logopädinnen. Auch Pädagoginnen im Elementar- und Primarbereich sollten über ausreichende Grundlagen verfügen, um besorgte Eltern schnell und umfassend zu beraten. Folgende Fakten sollten allen Erwachsenen, die mit Kindern arbeiten, bekannt sein:

- › Stottern ist genetisch bedingt. Eltern sind nicht schuld am Stottern ihrer Kinder aber sie können bei guter Beratung durch ihr eigenes Verhalten sehr dazu beitragen, dass ihr Kind weniger unter seinem Stottern leidet.
- › Einschneidende Erlebnisse zum Zeitpunkt des Stotterbeginns (Geburt eines Geschwisterkindes, Trennung der Eltern, Todesfall in der Familie, Umzug, Krankenhausaufenthalt etc.) sind nicht die Ursache des Stotterns, sie können höchstens als auslösenden Faktor bezeichnet werden.
- › Die Gruppe der stotternden Kinder unterscheidet sich lediglich hinsichtlich der Kernsymptome des Stotterns von der Gruppe der nichtstotternden Kinder. Intelligenz

ist normalverteilt und es gibt keine charakteristischen Verhaltensweisen oder Temperamente, in denen sich alle stotternden Kinder von ihren nichtstotternden Peers unterscheiden.

- › Mehrsprachigkeit ist kein Risikofaktor für Stottern.
 - › Stotternde Kinder wissen, dass sich in ihrem Sprechen etwas verändert hat. Es ist daher nicht sinnvoll, das Thema Stottern in ihrer Gegenwart nicht zu verbalisieren oder zu bagatellisieren. Wenn sie behutsam und angemessen angesprochen werden, können sie Trost und Schutz finden.
 - › Komorbiditäten (z. B. spezifische Sprachentwicklungsstörungen, Angststörungen) müssen ggf. abgeklärt und zusätzlich zum Stottern therapiert werden. Beispielsweise gilt die Erhöhung des linguistischen Niveaus als Triggerfaktor für Stottererereignisse. Verbesserungen in sprachsystematischen Bereichen können sich daher positiv auf die Anzahl der Stottererereignisse auswirken.
 - › Die Schwere des Stotterns muss nicht mit dem Grad der subjektiven Belastung korrelieren.
 - › Aktuell ist es nicht möglich, für ein spezifisches Kind eine sichere Prognose zu machen, ob es eine Remission haben wird.
 - › Der Schweregrad des Stotterns ist kein prädiktiver Faktor für die Wahrscheinlichkeit einer Remission.
 - › Stotternden Kinder sollte alles zugetraut werden, was nichtstotternde Kinder auch können. Mitleids- und Schonungsreaktionen können zu einem ungünstigem Selbstbild und Einschränkungen in der Entwicklung führen.
 - › Wenn ein stotterndes Kind in die Schule kommt, ist es die Verantwortung der Erwachsenen (Eltern und Lehrerinnen), das Thema vorzubereiten und das Kind zu unterstützen.
 - › Nicht alle stotternden Kinder haben eine Remission. Therapieangebote sollten daher das Szenario eines persistierenden Stotterns ansprechen und das Kind darauf vorbereiten.
- Therapieforschung ist weiterhin dringend notwendig. Insbesondere sollte geklärt werden, ob Therapieangebote in Abhängigkeit des Therapiesettings oder in Abhängigkeit des Kulturkreises unterschiedlich erfolgreich sind.

Literatur

- 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 Wiliam & 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 Phoniatrica 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 SYDNEY, 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 Worls 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&tag=G6C15N1234D010116A316A5D3C6E&form=CONBDF&conlogo=CT3210127>

VÝVOJOVÁ PORUCHA PLYNULOSTI ŘEČI V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU – PŘÍPADOVÁ STUDIE

DEVELOPMENTAL SPEECH FLUENCY DISORDER IN PRESCHOOL AGE – A CASE STUDY

Barbora Richtrová¹



Barbora Richtrová

Abstrakt

Předložená kazuistika se věnuje chlapci s neurovývojovou poruchou plynulosti řeči. Cílem sdělení je poukázat na důležitost holistického pojetí diagnostiky a terapie u malých dětí se symptomatickým vývojovým koktavostí. Zároveň stručně představíme senzomotorickou arteterapeutickou metodu Práce v hliněném poli[®]. Tato metoda patří do tzv. „the bottom-up approach“, a tedy vhodně doplňuje klinicko-logopedickou terapii o senzomotorický, emocionální a sociální kontext, který je v logopedické, dominantně kognitivní, terapii často nedostatečný.

Abstract

The presented case report is focused on a boy with a developmental speech fluency disorder. The main aim of the case study is to point out the importance of a holistic approach to the diagnosis and therapy in young children with symptomatic developmental stuttering. At the same time, we briefly introduce the Sensorimotor Art Therapy method, Work at the Clay Field[®]. This method is one of the “bottom-up” approaches and thus suitably complements Clinical Speech Therapy in the sensorimotor, emotional and social contexts, which are often inadequate in the dominantly Cognitive Speech Therapy area.

Klíčová slova

vývojová porucha plynulosti řeči, předškolní věk, celostní terapie, Práce v hliněném poli[®], případová studie

Keywords

developmental speech fluency disorder, preschool age, holistic therapy, Work at the Clay Field[®], case study

Neurovývojová porucha plynulosti řeči (dále NPPŘ) u dětí předškolního věku

Vývojová koktavost je multifaktoriální polygenetická porucha, u které faktor hereditary představuje 60–80 % (Rautakoski et al., 2012) a zbylá část je přisuzována environmentálním faktorům (Sandrieser a Schneider, 2015). Vědecké studie dokládají, že mozek lidí s poruchou plynulosti řeči se funkčně i morfologicky liší (např. Vanhoutte, 2015, Watkins, 2008). Vývojová koktavost je charakterizována změnami jak v kortikálních, tak subkortikálních strukturách, které se zapojují při plánování mluvy, iniciaci, průběhu a sledování mluvy. Neurologické zobrazovací metody ukazují, že interakce mezi sluchovou a motorickou kůrou je abnormální během produkce řeči. Etiopatogeneze je evidována zejména v oblasti bazálních ganglií, mozečku a nedostatečnou aktivitou kortikálních motorických a premotorických oblastí spojených s artikulací a produkcí řeči. Studie dokládá také strukturální abnormality bílé hmoty ve ventrální premotorické kůře, což je zásadní oblast pro integraci senzorických a motorických informací (Watkins, 2008). U dětí předškolního věku se neplynulosti mohou objevovat mezi 2 až 5 lety (Guitar, 2013). Vývojová koktavost se může objevit až u 95 % dětí ve věku 4 let, z toho u 40–53,2 % dochází k poměrně náhlému nástupu (Yairi a Ambrose, 1999). Kolem třetího roku věku se může jednat o fyziologické dysfluency, které souvisí s vývojově náročným obdobím kvůli intenzivní maturaci kognice, psychologické stránky člověka a emočně-sociálních kompetencí. Ve většině případů fyziologické neplynulosti spontánně odezní, avšak je vhodné tomuto jevu věnovat pozornost, aby se nenápadná fyziologická dysfluency neproměnila

¹ Mgr. et Mgr. Barbora Richtrová, Klinická logopedie a poradenství, Na Náměstí 395, 252 05 Davle, Česká republika. E-mail: barbora.richtrova@gmail.com.

v NPPŘ. Je vhodné reflektovat interakci v rodinném a školním prostředí, zejména je nežádoucí výrazný tlak na výkon a rychlost. Zároveň je vhodné absolvovat alespoň jednu nezávaznou konzultaci u odborníka, aby se vyloučila NPPŘ a komorbidita se suspektní neurovývojovou poruchou jazyka, syndromem ADHD, senzomotorickou nezralostí, obtížemi v praxi, případně emočně-sociálními deficity (např. úzkostnými poruchami).

Vývojová koktavost u většiny dětí spontánně odezní bez jakékoli léčby. Bylo zjištěno několik faktorů, které pozitivně ovlivňují remisi, a to: ženské pohlaví, dřívější věk počátku neplynulosti, žádná genetická zátěž v rodině a expresivní jazykové dovednosti na vysoké úrovni, zejména fonologické dovednosti (Vanhoutte, 2015).

Koktavost může být diagnostikována nezávisle na věku dítěte a době vzniku, avšak minimálně 3 % ze 100 vyslovených slov by měla nést známky neplynulosti. Vedle anamnézy se diagnostika skládá z vyhodnocení reprezentativní zkoušky spontánní řeči, z analýzy doprovodných symptomů, tj. psychosomatických projevů a vlivu na kvalitu života v sociálním kontextu (Sandrieser a Schneider, 2015). Mezi jádrové symptomy se počítá: repetice slov/slabik/hlásek, prolongace, interjekce, přerušování slova, oprava. Doprovodné symptomy, jako jsou nadměrná námaha, psychická tenze a různé coping strategie, jsou v mnoha případech důležitější než samotné jádrové symptomy. Zkušenost z naší klinické praxe vede k hypotéze, že děti s minimální nebo obtížně postřehnutelnou jádrovou symptomatologií koktavosti mohou mít výraznější doprovodné symptomy.

Terapeutické postupy použité při NPPŘ

Vývojová koktavost je neurovývojová porucha řeči zasahující v různé variabilitě a míře nejen do řečové oblasti, ale také do psychického, emocionálního a sociálního vývoje. Z toho důvodu je vhodné vést terapii celostně. Terapie by měla být nastavena dle individuálních potřeb dítěte a rodiny. Ideální je kombinace různých terapeutických metod, aby byly v intervenci zahrnuty všechny dotčené oblasti.

Pro odbourání jádrových symptomů používáme mírnou modifikaci **fonograforytmiky** dle Lechty (Lechta et al., 2004) a prvky z **konceptu KIDS** (Sandrieser a Schneider, 2015), který je postaven na modifikaci koktavosti a je určen pro děti

od 2 do 14 let věku. Všechny zvolené postupy provádíme vždy hravou formou a s maximálním zapojením do funkční komunikace.

Výraznou částí terapie je použití **prvků psychoterapie**. Dítěti dopřejeme tzv. **korektivní zkušenost**. Dítě je tedy plně přijímáno a reflektováno tak, jak je, tzn. s neplynulostí, s nadměrnou námahou, s copingovými strategiemi. Vzájemná komunikace vyplývá z respektu k aktuálnímu stavu dítěte, jeho potřebám a prožívání. Zároveň využíváme tzv. **zrcadlení**, kdy terapeut mluví klidně s mírně zpomaleným, a přitom přirozeným mluvním tempem. Naše zkušenost s dětmi mezi 2,5–5 lety věku ukazuje, že velká touha po vzájemném sdílení, která je limitována obtížemi v expresi a vnímání těchto obtíží, vede děti buď k akceleraci mluvního tempa, nebo ke zvýšení nadměrné námahy či psychické tenze.

Mezi prvky psychoterapie řadíme i cílený dialog s pečovateli. Frekvence **setkání s rodiči** je nabízena individuálně podle aktuální situace. Ve většině případů je v prvním půlroce dialog s pečovateli čtenější. Hlavním cílem těchto setkání je stabilizovat prožívání rodičů, podpořit přijetí dítěte takové, jaké aktuálně je, a nabídnout možné strategie komunikace a vzájemného vztahování k dítěti. Velmi častým jevem v rámci konzultací je téma viny, kdy rodiče intenzivně hledají viníka nebo se obviňují, dalším velkým tématem je situace v širší rodině a ve škole. Rodiče na prvním setkání vyplňují dotazník², který je dobrým nástrojem pro získání důležitých informací.

U většiny dětí s NPPŘ používáme i senzomotorickou arteterapeutickou metodu **Práce v hliněném poli**[®] (dále jen PHP), která patří mezi „the bottom-up approach“, tedy terapie od „zdola nahoru“, založené na senzoričké a regulační integraci (Elbrecht a Antcliff, 2014). Tento typ intervencí podporuje polyvagální teorie neurologa Stevena Porgese (Hastings a Miller, 2014), který dokládá, že mozek se vyvíjí hierarchicky přes mozkový kmen, limbický systém až po komplexní funkce kortexu (Elbrecht a Antcliff, 2014, Heller a LaPierre, 2016).

Pokud jsou při terapii reflektovány aktuální potřeby dítěte, lze ovlivnit regulaci autonomního systému, a tedy i sebevědomí a sebejistotu (Heller a LaPierre,

2016; Siegel a Paynová-Brysonová, 2015). I nízká míra dysregulace může vést k zvýšení stresu, který vede ke zvýšené aktivitě autonomního systému. Zvýšení aktivity podkorových center na podkladě stresu může negativně ovlivnit fungování kortexu (Elbrecht a Antcliff, 2014).

Metoda PHP[®] vznikla v Německu díky profesorovi H. Deuserovi. Teoretický základ vychází především z prací Donalda Winnicotta, V. von Weiseckera, J. Piageta a fenomenologické Gestalt terapie. Cílem metody PHP je nedirektivní podpora vývoje člověka bez analýzy či hodnocení. Hlavní tezí této metody je, že „*skrze dotýkání jsme dotýkáni*“. My se něčeho dotkneme, uděláme otisk a naše konání vnímáme smysly. Toto vnímání nás vede k emocionálnímu prožívání a mentálnímu zpracování zažitého, tj. senzomotorické integraci. Díky tomu „zatoužíme“ znovu něco pohybově vykonat a uvolníme další pohybový impuls. Vzniká nám opakující se cyklus vedoucí k dosycení individuálních pohybových potřeb. Jde o stabilizaci tělesné organizace – stimulaci senzomotoriky a jádrových haptických smyslů (dotekové čítí, propriocepce a rovnováha) (Deuser, 2018). Skrze senzomotorické konání, zažívání a následnou mentální integraci může docházet k sycení vývojových potřeb pacienta, případně k léčbě traumatu (Elbrecht a Antcliff, 2014, Višková, 2017). Terapeut díky haptické diagnostice oslovuje právě tu tělesnou potřebu dítěte, kterou je vhodné podpořit (Tschachler-Nagy, Fleck, 2007). Terapeut má roli průvodce a je oporou tím, že komentuje faktické konání, aby nevědomě či vědomě dávalo člověku smysl, nebo fenomenologicky nabídne možnost pokračování pohybu, který by mohl být člověku přínosný. Dotýčný se díky tomu může spontánně a autenticky rozhodnout v pokračování vlastního pohybového impulsu (Deuser, 2018). PHP[®] vnímáme jako vhodnou pro děti s NPPŘ z důvodu komplexity této metody, kdy dochází ke stimulaci senzomotorické oblasti, dosycení vývojových potřeb pohybem, k podpoře sebevědomí a sebejistoty, tedy psychické stránky člověka. Integraci senzomotoriky, emočně-psychické oblasti a kognitivnímu zpracování posilujeme harmonií bytí a zlepšujeme obecně kvalitu života.

Metodu PHP[®] doplňujeme o obecně známá cvičení na **podporu motoriky**. Zejména stimulujeme rovnováhu a dynamickou koordinaci využitím balančních kamenů, obrubníků, gumy a švihadla. U dětí předškolního věku s NPPŘ jsou znatelné motorické deficity, zejména v rovnováze,

² Ke stažení na www.klinickalogopedie.cz, článek info o: II. Klinicko-logopedickém sympoziu. Dostupné z: <https://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=aktuality&aid=1297>. Dotazník vytvořili: Richtrová B., Hladilová T., 2017.

koordinaci a časování, což je dobře kompatibilní s neurálním popisem koktavosti (Vanhouthe, 2015).

Případová studie

Jedná se o studii chlapce M. (dále v textu M.) v předškolním věku. Zahájení vzájemné spolupráce iniciovala matka a začalo, když chlapci byly 4 roky a 4 měsíce. Nyní je chlapec 5 let a 2 měsíce. Doposud proběhlo 16 terapeutických sezení.

Anamnéza

M. je prvorozený syn. Matka mluví slovensky a mluvní tempo má mírně zrychlené, ale ne patologicky. Otec mluví česky a v dětství řešil poruchu artikulace, jeho mluvní tempo je přiměřené. V rodině není žádná uvědomovaná hereditární zálež neurovývojových jazykových poruch či poruch koncentrace pozornosti. Poruchu plynulosti řeči měl pouze bratr babičky z matčiny strany.

Těhotenství probíhalo v normě, porod byl v termínu a přirozenou cestou. Komplikace nastaly po porodu, kdy došlo k asfyxii. Apgar skóre bylo 5-9-10. M. do 10 měsíců reabilitoval Vojtovou metodou pro obtíže v motorickém vývoji. M. začal aktivně sedět v 9. měsíci věku a spontánní chůze bez opory začala v 17. měsíci věku dítěte. M. měl opakované otitidy oboustranně, vždy zaléčené kapkami. Nyní je dlouhodobě bez problémů se středním. Ve dvou a půl letech věku se mu narodil bratr a od té doby matka vnímá poruchu hlasu ve smyslu hyperkinetické dysfonie.

Vstupní vyšetření

Jazykové kompetence jsou intaktní. M. má velmi bohatou slovní zásobu, až nadstandardní, věty i souvětí tvoří bez dysgramatismů, velmi ojediněle se objevuje chybné skloňování u těžkých slov. Rozumění je zcela bez obtíží. Výraznou nápadností je „překotnost“ projevu, zejména jde o přeskokování z tématu na téma, neudržení kauzality při spontánním vyprávění, takže pragmatická stránka řeči je mírně deficitní. Jsme toho názoru, že tento lehký deficit nepramení z neurovývojové poruchy jazyka, i když neuronální motorické deficity mohou mít vliv na plánování výpovědi, ale velkou měrou z psychosomatického prožívání. M. má velkou potřebu sebeupravení, strhávání pozornosti na svou osobu, a proto je vyprávění překotné, aby posluchače upoutal a překvapil. Řeč je diferenciována, pouze ojediněle se objevují záměny sykavek, což odpovídá věku. Artikulace

odpovídá věku, ale již od začátku spolupráce je fixované velární R a Ř. Orofaciální motorika je v normě. Zraková i sluchová percepce také odpovídají normě.

Zajímavá je oblast hrubé a jemné motoriky, kdy pozorujeme nezralost v oblasti rovnováhy a propriocepce, nezralost zejména v dynamické koordinaci a nezralost v grafomotorice (viz obrázek č. 1) a uvědomujeme si výraznou diskrepanci mezi motorickým zráním a kognitivním zráním. Tento nesoulad často pozorujeme v klinické praxi u dětí ve věkovém intervalu od 2,6 do 4 let. Jedná se o velmi chytré a sdílné děti, které mají viditelné deficity zejména v rovnováze a motorické koordinaci. Tato dysharmonie vývoje často vede k výraznému přetížení neurálního systému a ještě k větší desenzitizaci těla a prožívání.



Obrázek 1: Projevy nezralosti v grafomotorice

Dominantní v klinickém obrazu M. je porucha plynulosti řeči a hyperkinetická dysfonie. Jádrové symptomy jsou u M. typické, nejvýrazněji jsou zastoupeny repetice slabik a slov, občas lze zaznamenat interjekce při domýšlení vět a spontánní produkci (viz obrázek č. 2).

Obrázek 2: Balbutiogram 1

Pozorujeme narušené koverbální chování, tj. vegetativní příznaky a napětí v těle, zejména v oblasti hrudníku je znatelné stažení, zvednutí ramen. Psychická tenze typicky evidovaná u lidí s neplnulosťou není přítomná, ale je zřejmá emočně-sociální nezralost. Ve vzájemném dialogu je znát zvýšené emoční prožívání, které ovšem není vědomé ani uvědomované. M. často skáče do řeči dospělým, snaží se být více viděn a slyšen, a tak akceleruje své řečové tempo, brunátní, dech má výrazně mělčí, hlas je výrazněji tlačný, a tím i více dysfonický. Pozornost směrem k sobě se snaží strhnout i ve spontánním projevu. Záměrně užívá složitá slova, komplikované příběhy, snaží se v příběhu šokovat, takže se nakonec vytrácí význam sdíleného. „Zavalující“ výpověď, proud slov a vět postrádající kauzální logiku neodráží skutečnou podstatu mezilidského sdílení, proto vede k vyčerpání, frustraci a pocitu bezradě.

Při vstupním vyšetření byl také proveden podrobný rozhovor s matkou, vyplnění dotazníku. Matce byl důkladně vysvětlen terapeutický plán vyplývající z komplexního vyšetření a vysvětlena nutnost individuálních konzultací s rodiči.

Terapeutické intervence

Terapeutické lekce trvají vždy jednu hodinu. V prvních třiceti minutách pracujeme metodou PHP®, kdy hlavním cílem je přirozenou cestou, dotýkáním se hlíny a manipulací s ní, dosytit zejména bazální haptické smysly, tzn. dotek, rovnováhu a propriocepci, a podpořit senzomotorickou integraci. Hliněné pole tvoří dřevěná bedýnka se dnem naplněná cca 10 kg keramické hlíny, miska s příjemně teplou vodou a houbičky. M. při práci na poli projektivně prozrazuje, že je v běžném životě

přetížený – komentuje dění schválně šokujícími komentáři, čím víc je unavený svou bezradností, tím více jeho konání nedává smysl. Nedokončí žádný svůj záměr, i když zdánlivě má plán, motorické konání nemá žádné zacílení. M. není koncentrovaný na své konání/pohyby a veškerou svou energii spíše směřuje k terapeutovi, aby ho „bavil“. Snaží se vehementně verbálně dokázat, že zná spoustu věcí. Zároveň jsou znatelné známky manipulace, kdy záměrně překračuje hranice, dává terapeutovi velmi dominantní příkazy. Z toho pro nás vyplývá, že M. má výrazně dysharmonický vývoj motoriky, vnímání těla a kognitivních schopností. Z pohledu psychoterapie bychom mohli uvažovat v první řadě o zvýšení egotismu, jelikož M. blokuje v projevu svou skutečnou spontaneitu tím, že musí mít vše neustále pod kontrolou. V tom případě dochází k přetížení mentální úrovně člověka a tělesně-emoční prožívání je ignorováno. Zároveň u M. reflektujeme zvýšení desenzitizace, kdy tento obranný mechanismus vede k vyhýbání se prožívání, přehlížení tělesných pocitů a informací z prostředí, jelikož je to z nějakého důvodu pro něj nebezpečné. Tendence k manipulaci a rozkazování často pramení z nedostatku vlastní sebe-podpory a jde vlastně o snahu získat podporu od prostředí. Pokud člověk používá manipulativní chování, můžeme uvažovat o neurotizaci.

Naše hlavní intervence při PHP® proto směřujeme ke snížení těchto projevů. Například tím, že na rozkazy reagujeme neutrálně, tj. nesplníme M. přání, ale ani nereagujeme negativní konsekvencí. Se zájmem komentujeme faktické dění na poli, čímž se snažíme navést pozornost k poli, tělu a pohybovému konání. V neposlední řadě na neskutečné příběhy reagujeme zvědavým doptáváním otázkami typu: „*Jak je to možné? Proč to tak je?*“, nebo komentáři typu: „*Takže když je něco tak, pak se stane toto, chápu to správně?*“ Touto strategií vedeme M. ke zpomalení projevu, k zamyšlení nad tím, co říká, a k domýšlení reálných kauzálních vazeb v příbězích. M. potřebuje podpořit v celkovém zpomalení, aby měl možnost vyznat se v tom, co dělá, a jaké to je, a tím zprostředkovaně dochází ke zklidnění celého systému.

V druhé polovině setkání se věnujeme cíleně poruchám plynulosti řeči. Stimulujeme dynamickou koordinaci a rovnováhu skrze balanční pomůcky, skákací gumy apod. Následně pracujeme u stolu s obrazovým materiálem, kdy používáme prvky z fonografytmiky a modifikace koktavosti.

Setkání s rodiči

V průběhu téměř roční spolupráce došlo ke třem setkáním s matkou. Cílem setkávání bylo podrobné vysvětlení etiologie symptomů, z toho vyplývajících hypotéz a nastavení terapeutické intervence tak, aby došlo ke vzájemnému pochopení, zpracování a přijetí informací. První dvě setkání byla více zaměřena na téma senzomotoriky, bazálních haptických smyslů, dysbalance motorického a kognitivního vývoje, neurotizace a vývojové koktavosti. Hlavním cílem bylo najít společně možnosti, jak tyto oblasti podpořit v domácím prostředí. Poslední konzultace proběhla telefonicky z důvodu epidemiologické situace. Téma rozhovoru bylo veskrze psychoterapeutické, kdy jsme hledali možnosti, jak u M. podpořit tělesné a emoční prožívání, jelikož to je v současné době jádrový problém a symptomatologie neplynulosti téměř vymizela. Výraznou výhodou při tomto rozhovoru byla skutečnost, že matka je psychoterapeutka pro dospělé, takže došlo k rychlému porozumění a velmi nosnému spoluvedení, jak u M. posílit projevení a prožití emocí a vnímání potřeb a impulsů vlastního těla.

Současný stav

Nyní je chlapec 5 let a 3 měsíce. Symptomatologie vývojové poruchy plynulosti řeči se prakticky neobjevuje. Velmi sporadicky se ve spontánní produkci objeví repetice prvních slabik (viz obrázek č. 3).

Obrázek 3: Balbutiogram 2

Nadměrnou námahu nereflektujeme a psychická tenze vázaná na produkci řeči není žádná. V průběhu roku jsme provedli testy na fonematický sluch, jazykový cit a percepční zralost a všechny výsledky odpovídaly normě. V současnosti je terapie stále zacílená na sebe-vnímání, senzomotoriku

a podporu emočního prožívání. Při PHP® je znát, že došlo k dosycení rovnováhy, nyní je více v popředí propriocepce. Bohužel od 15. setkání evidujeme jemný projev přechodné tikové poruchy ve formě očního tiků a motorického tiků hlavou. Najít harmonii těla, emocí a kognice, umět vnímat své skutečné potřeby a „dost dobře“ se vztahovat k sobě a světu je vždy dlouhodobější proces. Pokračujeme tedy v Práci v hliněném poli a v druhé části setkávání hravou formou a velmi jemně podporujeme správnou artikulaci vibrancí a diferenciaci sykavek.

Závěr

Neurovývojová porucha plynulosti řeči je velmi složitá multifaktoriální diagnóza a klinický logoped by měl mít alespoň základní povědomí o celé šíři etiopatogeneze NPPŘ. Pro úspěšnou terapii je kladen na terapeuta velký nárok. Jednak je vystaven diagnostické výzvě – maximálně přiléhavě zachytit jádrové symptomy, ale také psychickou, emoční, sociální a senzomotorickou oblast. Měl by umět zachytit možné komorbidity, pracovat s rodinou. Druhou náročnou výzvou je stanovit adekvátní terapeutický plán, aby byl maximálně v souladu s potřebami dítěte s NPPŘ, a ještě navíc tento postup vysvětlit rodičům, ko-terapeutům, tak, aby to bylo pochopitelné a přijatelné. Zcela jistě by nejvýhodnější variantou byla situace, kdy by o osoby s NPPŘ pečoval systematicky multidisciplinární tým složený z klinického logopeda, psychiatra či klinického psychologa, neurologa, ergoterapeuta a dětského psychoterapeuta. Víceoborová intervence většinou není možná, a tak mnoho klinických logopedů volí variantu návstevního vzdělávání, zejména v oblasti psychoterapie a senzomotorické integrace. Klinicky docházíme k přesvědčení, že pokud u dětí s NPPŘ v předškolním věku kombinujeme klinickologopedické, psychoterapeutické postupy a stimulujeme senzomotorickou integraci, dochází k významnému snížení až eliminaci symptomů NPPŘ. Toto zjištění není zatím možné vědecky podložit.

Obrazová dokumentace PHP®

Prezentované obrázky jsou pouze ilustrativní a v žádném případě nemohou zprostředkovat plnohodnotně terapeutický proces. Nabízí alespoň vizuální sledování tělesných projevů při konání na PHP®. Rodiče dali souhlas se zveřejněním těchto obrázků pouze pro tento článek. Jakékoliv kopírování bez výslovného souhlasu rodičů není možné.



1. lekce

Co lze sledovat na tělesné úrovni?

1. nabírání hlíny - necláží se do celé dlaně, prsty jsou napjaté, zápěstí povolené
2. výrazné povolené zápěstí
3. napětí v čelisti
4. sed není stabilní, jako by padal do pole, otázka rovnováhy
5. zvednutí ramena, blokáce hrudníku



1. lekce

po 20 min.

Co lze sledovat na tělesné úrovni?

1. prsty jsou více uvolněné, zápěstí stabilnější, nutná opora jednou rukou o hranu pole pro udržení rovnováhy
2. s přidáním vody pevnější zápěstí, kroužek v celé dlaně
3. uvolnění napětí v čelisti
4. sed více stabilní, podpora vertikály
5. povolená ramena, uvolnění hrudníku



1. lekce

po 30 min.

Co lze sledovat na tělesné úrovni?

1. prsty jsou uvolněné, zápěstí stabilní, oživené v celé ploše „vodním buňkem“
2. kooperace obou rukou, není potřeba se přidržovat, posílená rovnováha
3. uvolnění napětí v čelisti, otevřená ústa - uvolnění dechu
4. sed stabilní, podpora vertikály
5. povolená ramena, uvolnění hrudníku

Obrázek 4-6: Lekce 1 a, b, c



9. lekce

po 2 min.

Co lze sledovat na tělesné úrovni?

1. prsty jsou uvolněné, zápěstí stabilní, úchop pouze do špiček prstů, menší náraz do celé dlaně, koná blízko terapeuta - touha být viděn
2. pasivní paže, koná pouze l. paží, opření o hranu mísky - opět téma rovnováhy
3. uvolnění čelisti
4. sed nestabilní, jaloby padal do pole
5. napětí ramen, blokovány hrudník - dech



9. lekce

po 15 min.

Co lze sledovat na tělesné úrovni?

1. prsty jsou uvolněné, zápěstí méně pevné, úchop pouze do špiček prstů
2. dynamická koordinace obou paží, rytmické pohyby, ohnutí loktů konání u sebe - dosycuje vlastní potřeby
3. uvolnění čelisti, otevřená ústa - volný dech
4. sed stabilní, posílená vertikála
5. napětí ramen minimální, uvolnění hrudníku - dech

Obrázek 7 a 8: Lekce 9 a, b



16. lekce

po 2 min.

Co lze sledovat na tělesné úrovni?

1. prsty jsou uvolněné, zápěstí pevné, nabírání hlíny do celé dlaně
2. dynamická koordinace obou paží, rytmické pohyby, ohnutí loktů konání u sebe - dosycuje vlastní potřeby
3. uvolnění čelisti, otevřená ústa - volný dech
4. sed stabilní, posílená vertikála
5. napětí ramen minimální, uvolnění hrudníku - dech



16. lekce

po 15 min.

Co lze sledovat na tělesné úrovni?

1. prsty jsou uvolněné, zápěstí pevné, centrování, stabilizace rovnováhy, práce s tlakem - propriocepce
2. dynamická koordinace obou paží, rytmické pohyby, ohnutí loktů konání u sebe - dosycuje vlastní potřeby
3. uvolnění čelisti, otevřená ústa - volný dech
4. sed stabilní, posílená vertikála
5. napětí ramen minimální, uvolnění hrudníku - dech

Obrázek 9 a 10: Lekce 16 a, b

Literatura

- DEUSER, Heinz, 2018. *Arbeit am Tonfeld: Der haptische Weg zu uns selbst*. Gießen: Psychosozial Verlag. ISBN 978-3-8379-2791-7.
- ELBRECHT, Cornelia, ANTCLIFF, Liz R., 2014. Being touched through touch. Trauma treatment through haptic perception at the Clay Field: A sensorimotor art therapy. *International Journal of Art Therapy*, **19**(1), s. 19-30. DOI:10.1080/17454832.2014.880932.
- ELBRECHT, Cornelia, 2013. *Trauma healing at the Clay field*. London: Jessica Kingsley Publishers. ISBN 978-1849053457.
- HASTINGS, Paul D., MILLER, Jonas G., 2014. Autonomic regulation, polyvagal theory and children's prosocial development. In: PRADILLA-WALKER, L. M., CARLO, G. (ed.) *Prosocial development: A multidimensional approach*. 6, s. 112-127. New York: Oxford University Press. DOI: 10.1093/acprof:oso/9780199964772.003.0006.
- GUITAR, Barry, 2013. *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*. Fourth Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer / Lippincott Williams and Wilkins. ISBN 978-1-60831-004-3.
- HELLER, Laurence, LAPIERRE, Aline, 2016. *Uzdravení vývojového traumatu*. Olomouc: Fontána. ISBN 978-80-7336-836-4.
- LECHTA, Viktor a kol., 2004. *Diagnostika a terapie koktavosti*. Praha: Asociace klinických logopedů České republiky. ISBN 80-903312-1-1.
- RAUTAKOSKI, Pirkko, HANNUS, Therese, SIMBERG, Susanna, SNADNABBA, N. Kenneth, SANTILLA, Pekka, 2012. Genetic and environmental effects on stuttering: a twin study from Finland. *Journal of Fluency Disorders*, **37**(3), s. 202-210. DOI: 10.1016/j.jfludis.2011.12.003.
- SANDRIESER, Patricia, SCHNEIDER, Peter, 2015. *Stottern im Kindesalter*. Stuttgart: Thieme. ISBN 978-3-13-118454-2.
- SIEGEL, Daniel J.; PAYNEOVÁ-BRYSONOVÁ, Tina, 2015. *Klidná výchova k disciplíně*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-848-1.
- SMITH, Anne, WEBER, Christine 2017. How Stuttering Develops: The Multifactorial Dynamic Pathways Tudory. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, **18**, **60**(9), s. 2483-2505. DOI: 10.1044/2017_JSLHR-S-16-0343.
- VANHOUTTE, Sarah, 2015. Neurophysiological aspects of speech perception and production in stuttering. [online] *Logopedics & Audiology*, s. 37-46. Dostupné z: <https://biblio.ugent.be/publication/7033510/file/7033532.pdf>
- TSCHACHLER-NAGY, Gerhild, FLECK, Annemarie et. al., 2007. *Im Greifen sich begreifen: Die Arbeit am Tonfeld nach Heinz Deuser*. Bayreuth: Verlag Tonfeld. ISBN 978-3-00-021329-8.
- VÍŠKOVÁ, Anna, 2017. Senzomotorický přístup v léčbě traumatu. Představení metody Práce v hliněném poli*. *Psychoterapie*, **11**(1), s. 6-17. ISSN 2695-0200.
- YAIRI, Ehud, AMBROSE, Nicoline G., 1999. Early Childhood Stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, **42**(5), s. 1097-1112. DOI: 10.1044/jslhr.4205.1097.

TUMULTUS SERMONIS A SOUČASNÁ KLINICKÁ LOGOPEDIE

TUMULTUS SERMONIS AND CONTEMPORARY CLINICAL SPEECH THERAPY

Karel Neubauer¹



Karel Neubauer

Abstrakt

Tumultus sermonis (TS), breptavost, je vysoce specifickým fenoménem v oblasti poruch řečové fluence. Vývoj poznatků v této oblasti je charakterizován dlouho-trvajícími obtížemi v oblasti stanovení adekvátní terminologie, diagnostických a terapeutických postupů, ale je i vysoce inspirativní pro dosažení hlubšího poznání procesu řečové komunikace a jejích poruch. Příspěvek přibližuje současný stav poznání této komunikační poruchy z pohledu klinické logopedie a perspektivu klinicko-logopedické diagnostiky a terapie pro osoby s TS.

Abstract

Tumultus sermonis (TS), cluttering, is a highly specific phenomenon in the field of speech fluency disorders. The development of knowledge in this area is characterised by long-standing difficulties in determining the adequate terminology, diagnostic and therapeutic procedures. The knowledge of TS is also extremely inspirational in the acquisition of a deeper understanding of the process of speech communication and its disorders. The paper presents the current state of knowledge of this communication disorder from the perspective of Clinical Speech Therapy and the perspective of clinical assessment and therapy for people with TS.

Klíčová slova

Tumultus sermonis, klinická logopedie, terminologie, diagnostika, terapie.

Keywords

Tumultus sermonis, Clinical Speech Therapy, terminology, diagnostics, therapy.

Úvod – současná cesta od okraje do centra zájmu, nové poznatky

International Cluttering Association (ICA), první mezinárodní organizace, věnující se problematice komunikační poruchy nazývané v českém jazykovém prostředí tradičně breptavost či tumultus sermonis (TS), vznikla v roce 2007. Bylo to v souvislosti s 1. mezinárodním kongresem specializovaným na tuto oblast, First World Congress on Cluttering, který se konal v resortu Katarino v bulharském Razlogu (Bakker, Raphael, Myers, 2010). Primárním cílem ICA je přispět k rozvoji povědomí a porozumění této komunikační poruše a k zlepšení léčby a kvality života osob s TS. Vznik, vývoj a činnost této aktivní organizace, zahrnující řadu publikačních, kongresových a informativně-osvětových aktivit, dokládá významné a neustávající zapojení části odborníků na problematiku poruch plynulosti řeči do rozvoje výzkumných, klinických a mezioborových poznatků o TS (www.icacuttering.com).

Specifické postavení TS mezi komunikačními poruchami je dlouhodobou realitou. Zahrnuje přetrvávající terminologické, diagnostické a terapeutické obtíže, které Joseph Dewey, člověk s projevy TS, poeticky nazval „neobjevenou zemí pro obor klinická logopedie“ („cluttering is the undiscovered country of speech pathology“, Bakker, Raphael, Myers, 2010), a pro které američtí řečovní terapeuti 60. a 80. let minulého století obdobnou poetikou užili výraz „sirotek“ klinické logopedie („orphan of speech-language pathology“, St. Louis, Myers, Bakker, Raphael, 2006, s. 297). Diskuze v průběhu 2. poloviny 20. století o tom, zda jde o samostatný diagnostický syndrom, jednoznačně oddělitelný od balbuties, či jaké jsou základní

¹ Doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D., Foniatrická klinika 1-LF UK a VFN v Praze, Žitná 24, 120 00 Praha 2; NZZ klinická logopedie, nám. Osvobození 451, 470 01 Česká Lípa, Česká republika. E-mail: karel.neubauer@post.cz.

diagnostické a terapeutické charakteristiky pro TS (Meyers, St. Louis, 1992), přinesly odborně akceptované odpovědi. Význam této oblasti dokládá i zařazení pojmu TS (cluttering) do názvů světových kongresů uznávané mezinárodní asociace pro poruchy fluence mluvy (IFA – International Fluency Association) od roku 2015.

Společně s výše uvedenými skutečnostmi lze vyzdvihnout další důležitou součást problematiky TS, které vede k stále se zvyšujícímu zájmu o tuto komunikační poruchu mezi odborníky z celého světa. TS je komplexním jevem, který prostupuje celým procesem řečové komunikace člověka. Diskuze o etiologických, diagnostických a terapeutických východiscích této komunikační poruchy je stále neuzavřená a souvisí s dosud přítomnými obtížemi ve vývoji adekvátní terminologie, diferenciální diagnostiky a postupů terapeutické pomoci osobám s projevy TS. Zároveň ukazuje současné limity v integraci víceoborového pole poznatků o oblasti kognitivních, senzorických, jazykových a motorických vlivů na řečový projev člověka a poruchy fluence mluvy. Překonávání těchto limitů staví problematiku TS do středu současného rozvoje poznatků, především v souvislosti s oblastí rozvoje konceptu neurovývojových poruch i oblastí získaných neurogenních poruch komunikace.

Terminologická východiska TS

Do současnosti přítomná diskuze k definování této komunikační poruchy a terminologie přináší ozřejnění významu původní terminologie a pojetí TS, jak je

uvádí v roce 1964 Deso Weiss, autor první komplexní publikace věnované TS (Weiss, 1964), která byla podkladem pro půl století trvající dialog o přítomnosti poruch jazykového systému či kognitivního deficitu související s projevy TS. V současném pojetí zdůrazňuje Ward (2018) existující rozpor v původní definici TS od Weisse, který uvádí TS jako řečovou poruchu a zároveň i jako poruchu kognitivních, myšlenkových procesů, které ovlivňují řeč, tedy poruchy pozornosti a povědomí o deficitu v mluvě, přičemž nedochází k vyjasnění toho, co je příčinou a co je sekundárním následkem přítomného komunikačního deficitu. Následný vývoj snah o ujasnění obsahu pojmu TS vyúsťuje v řadu pracovních souborných definic (blíže Neubauer, 2018). V současnosti je akceptovaným východiskem tzv. uvedení shodných společných jmenovatelů (lowest common denominator) v souhrnné definici:

„TS je porucha plynulosti, při níž jsou segmenty konverzace (a) v rodném jazyce mluvího, (b) obvykle vnímány jako celkově příliš rychlé, (c) příliš nepravidelné, (d) nebo obojí. Segmenty rychlé a/nebo nepravidelné rychlosti řeči musí být dále doprovázeny jedním nebo více z následujících prvků: a) neintaktní frekvence dysfluencí; b) neintaktní frekvence odchylek či eliminace hlásek a slabik; a/nebo (c) abnormální pauzy, zdůrazňování slabik či částí slova nebo abnormální řečový rytmus.“ (St. Louis, Schulte, 2011, s. 241-242)

Výše uvedené definiční snahy reprezentují spíše symptomatologické než etiologické východisko, které zahrnuje jak

pojetí TS jako řečové motorické poruchy, zahrnující i jazykové deficity (Daly, 1992, Ward, 2006), tak není v přímém rozporu ani k pojetí TS jako poruchy jazykového systému (Van Zaalen, Reichel, 2015), přičemž tachyfemie (tachyfrázie, tachylalie, zrychlená mluva) či přítomnost monotónního zrychleného hlasového projevu (monopitch, monoloudness) bez další symptomatologie není vyjádřením této diagnostické jednotky. Tedy nelze spojovat nadměrné vysoké tempo mluvy (excessively rapid speakers – ERS) s diagnostikou TS, pokud není provázen další symptomatologií. Ward (2018) upozorňuje právě na výše zmíněná omezení uvedené definice, vzhledem k její symptomatologické popisnosti, nejasnosti v uvedení přítomnosti jazykových deficitů spojených s TS a širokému rozptylu stanovených kritérií. Zároveň ale upozorňuje na hodnotu jejího obsahu a obtíže v možném stanovování dalších kritérií diagnostiky TS (str. 147).

Multifaktoriální model dle Warda a symptomatologie TS

Názorné zobrazení přehledu vlivů na výslednou diagnostiku TS v souvislosti s přítomnými komorbiditami a poruchami, které ovlivňují diagnostiku symptomů a jsou uvedeny ve výše popsaném definičním souhrnu tzv. shodných společných jmenovatelů přítomnosti TS (dle Ward, 2018, str. 167), lze přehledně uvést v následující tabulce.

Tumultus sermonis (TS)								
Nadměrné tempo, rychlost řečového projevu								
Potenciální deficit	frekventované pauzy, inkompletní věty a fráze	omezená slovní zásoba a syntax vedoucí k častým dysfluencím	zpomalení, přerušení motoriky řeči	porušeno tempo a rytmus řeči	dezinhibice a akcelerace řečového projevu	motorická řeč. porucha, koartikulace, akcelerace, dysartrie	poruchy rytmu řeči, dysartrie	snížená kontrola tempa řeči, řečové a jazykové dysfunkce
Porucha	dyslexie	poruchy vývoje jazykového systému	balbuties	porucha autistického spektra	ADD/ADHD	Parkinsonova choroba	RS roztroušená skleróza mozkomíšní	TS bez komorbidit

Tabulka 1: Přehled vlivů na výslednou diagnostiku TS v souvislosti s přítomnými komorbiditami a poruchami

Tabulka uvádí soubor frekventovaných potenciálních koexistujících poruch a deficitů (vývojových i získaných), které mohou naplňovat kritéria současné definice projevů TS. Vychází z preferování přístupu, který uznává jak přítomnost TS v pozici komunikační poruchy bez přítomných komorbidit, tak i frekventovanou přítomnost poruch a souvisejících deficitů, jež naplňují symptomatologické znaky TS. Prezentovaný model může dobře ilustrovat význam etiologicky zaměřené diagnostiky a limitace při preferování pouze symptomatologického hlediska popisujícího příznaky, bez ohledu na jejich zařazení do příčinné souvislosti s komorbiditami a koexistujícími deficity (blíže Neubauer, 2018). Přičemž vřazení syndromu TS do systému především neurovývojových poruch, které dosud naráží jak na obtíže v diagnostice přítomnosti TS v předškolním věku dětí, tak i na rozvoj diferenciální diagnostiky v této oblasti, souvisí s rozvojem poznatků o prevalenci a etiologii TS (Neubauer, 2018).

K problematice procesu diagnostiky a diferenciální diagnostiky (blíže Neubauer, 2018) lze na tomto místě připomenout skutečnost, že výše uvedené schéma akcentuje také přítomnost postupujícího symptomatologického znaku breptavosti – nadměrně zrychleného tempa řeči, při kterém se zhoršuje srozumitelnost projevu a může vyústit až do nesrozumitelné řeči. Podrobnější souhrn příznaků je spíše v souladu s výše uvedenou symptomatologií breptavosti, s možným vlivem specifík českého jazykového prostředí:

- Typickým příznakem je nejen rychlé, ale i nerovnoměrné tempo řeči.
- Jsou přítomny akcelerace (zrychlení), a to interverbální (mezi slovy) a intraverbální (uprostřed jednoho slova). Při intraverbálních akceleracích dochází až k redukci prostředních slabik v delších slovech.
- V překotném tempu mluvy se obtížně realizují rychle za sebou navazující artikulační pohyby a klesá schopnost korektní výslovnosti. Důsledkem bývají nekonstantní nepřesnosti artikulace hlásek a redukce délky samohlásek.
- Symptomatologie je nejnápadnější v dlouhých slovech a větách a méně nápadná v krátkých slovech a větách.
- Překotnost v mluvené řeči způsobuje vynechávání slabik (většinou první slabiky nebo významové slabiky uvnitř slova), nebo někdy i jejich opakování, aby se vyplnila zvuková mezera v mluveném projevu.

- Vlivem překotného a nerovnoměrného tempa mluvy na koordinaci respirace a fonace mohou vznikat nepravidelnosti v dechovém rytmu, časté vdechy s inspiračními šelesty a sklon k užití zastřeného a málo rezonujícího hlasu.
- Je sníženo (až nepřítomno) vědomí vlastního nadměrného tempa mluvy (diferenciálně od vnímání obtíží při koktavosti).
- Při snaze je osoba s breptavostí schopna tempo mluvy korigovat.
- Bývá přítomná dysmúzie či dysprozódie. Z prozodických faktorů řeči je typická porušená melodie řeči (pro kterou je charakteristická monotónnost), kolísavý rytmus a porušený dynamický přízvuk. Monotónnost mluvy bývá frekventovaně výrazně vyjádřena.
- Frekventované je přítomen motorický neklid, ale neřečové obtíže mohou být minimální. Pokud jsou více vyjádřeny, zahrnují především oblast chování (extrovertnost, unáhlenost, neschopnost naslouchat druhému ad.), motoriky (časté projevy instability v motorice těla, chůzi, spánku) a čtení a psaní (především nápadnosti v písemném projevu) (Neubauer, 2018).

Závěr – zásadní terapeutické zaměření pro oblast TS

Pro klinickou logopedii jako pomáhající profesi a nelékařský zdravotnický obor je významným měřítkem uplatnění poznatků pro oblast rozvoje adekvátní a efektivní terapeutické pomoci osobám s poruchami řečové komunikace. Z tohoto hlediska je význam výše uvedených poznatků a přístupů zásadní pro změnu přístupu k rozsahu, obsahu i zaměření terapie pro osoby s TS. Současný přístup k rozvoji pomoci těmto osobám by měl akceptovat především:

- rozvoj přístupů se zapojením specifických postupů poradenství a podpůrné psychoterapie, především kognitivně-behaviorální terapie, pozitivní psychoterapie a také využití tzv. Mindfulness přístupu (Holland, 2007). Tyto postupy vyžadují také specifické kompetence klinického logopeda a změnu postoje k poruchám plynulosti, od přístupu k ovlivňování poruch motorické realizace řeči ke komplexnějšímu pohledu na příčiny vzniku a přetrvávání poruch plynulosti mluvy;

- poznání, že postupy terapie TS a balbuties se ve významném rozsahu překrývají a doplňují, týkají se také významného počtu osob, které vykazují příznaky obou poruch plynulosti mluvy (Ward, 2018);
- změnu užívaných metod, ale především postoje k osobám s TS, tedy od vnímání jejich deficitů a nedostatku motivace k pochopení životní, emocionální a komunikační situace těchto osob a tvorbě přiměřeného programu terapeutické pomoci (Neubauer, 2018).

Současný pohled na uznávané koncepty terapie TS, jejich obsah a spojení s klinickou praxí u dětí i dospělých osob uvádí Neubauer (2018). Ward (2018) zdůrazňuje několik zásadních bodů pro hodnocení efektivity diagnostiky a terapeutické pomoci osobám s TS:

- Charakter projevů TS výrazně zvyšuje obtížnost dospět k objektivněji měřitelným výsledkům diagnostické rozvahy a obdobné obtíže vykazuje i snaha o postižení komorbidit vedoucích k projevům TS. To ztěžuje vhodné zacílení terapeutické pomoci.
- Absentují studie s objektivními údaji dokládajícími spontánní vymizení symptomatologie TS u dětí nebo dospělých osob, ale i údaje o vlivu terapeutických programů v procesu ovlivnění symptomatologie TS.
- Většina osob s TS vykazuje v terapii významné zlepšení, ale absentují poznatky o faktorech udržení příznivého stavu v dlouhodobém horizontu.
- Terapie TS zahrnuje frekventovaně snahu o zlepšení sebeuvědomění a seberegulaci, především v oblasti řečového projevu.
- Regulace rychlosti mluvy zůstává ústředním bodem mnoha přístupů, které mají synergický pohled na problematiku; například přiměřené tempo mluvy rychlosti často pomáhá zvládat problémy v souvisejících oblastech (srozumitelnost, intaktní artikulaci ad.).
- Významným prvkem terapeutického programu může být i užití změněné (zesílené, opožděné, modulované) sluchové zpětné vazby.
- Poradenské přístupy, především užití mindfulness, mohou při nepřímém zaměření na autoregulaci vykazovat příznivou odezvu pro osoby s TS (Ward, 2018, str. 411).

Současný přístup k rozvoji komplexní terapeutické pomoci v oblasti komunikačních poruch, nejen TS, je charakterizován dlouhodobým zapojením postupů poradenství

a podpůrné psychoterapie do tohoto procesu. Současné publikace z provenience anglické a americké SLT (Speech-Language Therapy) dokládají již dlouhodobý a rozšiřující se význam poradenských dovedností pro klinické logopedy (Holland, 2007,

Ward, 2018) Také současné souborné monografie, zacílené na pomáhající profese, vykazují trvalý trend propojení postupů poradenství a psychoterapie. Jedná se zejména o rozvoj kompetencí těchto povolání (Reeves, 2018, Corey, 2020). Vývoj

vzdělávání a postgraduálního i specializačního vzdělávání klinických logopedů v ČR by měl tuto skutečnost reflektovat ve prospěch rozvoje terapeutické pomoci osobám s TS i dalšími komunikačními poruchami.

Literatura

BAKKER, K., RAPHAEL, L., MYERS, F. (eds.) (2010). *Proceeding of the First Word Conference on Cluttering*. [online] [cit. 15. 4. 2021] Dostupné z: <https://associations.missouristate.edu/ica/Resources/Books%20Manuscripts/Katarino%20Proceedings%20Final%204-14-2010.pdf>

COREY, G. (2020). *Theory and Practice of Counselling and Psychotherapy*. Boston: Cengage Learning, Ltd.

DALY, D. (1992). Helping the clutterer therapy considerations. In: MYERS, F., St. Louis, K. (eds.) *Cluttering: a clinical perspectives*. Kibworth: Far Communication.

HOLLAND, A. (2007). *Counselling in Communication Disorders*. San Diego: Plural Publishibg, Inc.

MYERS, F., ST. LOUIS, K. (eds.) (1992). *Cluttering: a clinical perspectives*. Kibworth: Far Communication.

NEUBAUER, K. (2018). Breptavost (tumultus sermonis) In: NEUBAUER a kol. *Kompendium klinické logopedie*. S. 402-415. Praha: Portál.

REEVES, A. (2018). *An Introduction to Counselling and Psychotherapy*. London: Sage Publications, Ltd.

ST. LOUIS, K., MYERS, F., BAKKER, K., RAPHAEL, L. (2006). Understanding and Treating of Cluttering. In Conture, E., Curlee, E. (eds.) *Stuttering and Related Disorders of Fluency*. S. 297-325. New York: Thieme Medical Publishers, Inc.

ST. LOUIS, K., SCHULTE, K. (2011). Defining cluttering: the lowest common denominator. In WARD, D., SCOTT, K. (eds.) *Cluttering: a handbook of research, intervention and education*. S. 233-254. Hove: Psychology Press.

VAN ZAALEN, Y., REICHEL, I. (2015). *Cluttering: Current views on its nature, assessment and treatment*. New York: iUniverse.

WARD, D. (2006). *Stuttering and Cluttering: frameworks for understanding and intervention*. Hove. Psychology Press.

WARD, D. (2018). *Stuttering and Cluttering: Frameworks for Understanding and Treatment*. London: Routledge.

WEISS, D. (1964). *Cluttering*. Engleed Clifs: Prestige Hall.

VYHÝBAVÉ CHOVÁNÍ V KOMUNIKACI DOSPĚLÝCH OSOB S KOKTAVOSTÍ

AVOID BEHAVIOUR IN COMMUNICATION IN ADULTS WITH STUTTERING

Hlavní autor:Renata Mlčáková¹ **Další autoři:**Filip Mikeska²Vendula Hurtová³Karel Tlamycha⁴

Renata Mlčáková



Filip Mikeska



Vendula Hurtová



Karel Tlamycha

Abstrakt

Článek upozorňuje na projevy vyhýbavého chování u dospělých osob s koktavostí. Představeny jsou některé možnosti logopedické práce v rámci terapeutických přístupů tvarování plynulosti a modifikace koktavosti u dospělých osob s koktavostí. Seznámíme s aktivitami, které jsou nabízeny a realizovány v rámci terapeutického programu studentům s koktavostí v Centru podpory studentů se specifickými potřebami na Univerzitě Palackého v Olomouci. Tři osoby, které se s koktavostí samy potýkají, 26letá žena (Vendula), 26letý muž (Filip) a 38letý muž (Karel), pojmenovaly pro ně obtížné situace spojené se studiem na vysoké škole i v běžném životě a podělily se o své zkušenosti, prožité změny i pocity na své životní cestě směrem k úspěšné modifikaci koktavosti.

Abstract

The aim of this article is to present the symptoms of Avoid Behaviour in adults who stutter. The article describes the possibilities of Speech and Language Therapy within Fluency Shaping Therapy and Stuttering Modification Therapy approaches in adults who stutter. The author also describes activities that are offered and implemented in the therapeutic programme for students with stuttering in The Support Centre for Students with Special Needs at Palacký University Olomouc. Three persons who stutter – a 26-year-old female (Vendula), a 26-year-old male (Filip) and a 38-year-old male (Karel) – described

¹ PhDr. Renata Mlčáková, Ph.D., Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Ústav speciálněpedagogických studií – Oddělení logopedie a studií komunikačního procesu, Centrum podpory studentů se specifickými potřebami, Žižkovo nám. 5, 779 00 Olomouc, Česká republika. Tel.: + 420 585 635 318, mobil: + 420 605 107 943, e-mail: renata.mlcakova@upol.cz, ORCID: 0000-0002-4051-2866.

² Mgr. Filip Mikeska, Meopta – optika, s.r.o. Přerov.

³ Vendula Hurtová, OMEGA centrum zdraví a sportu Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury, studentka studijního oboru Aplikované pohybové aktivity.

⁴ Mgr. Karel Tlamycha, Základní škola a mateřská škola Jana Železného Prostějov.

the challenging situations in their studies at university and in everyday life. They described their experiences, changes and emotions on their journey towards a successful modification of stuttering.

Klíčová slova

koktavost, vyhýbavé chování, terapie tvarování plynulosti, terapie modifikace koktavosti, komunikace, dospělost

Keywords

stuttering, Avoid Behaviour, Fluency Shaping Therapy, Stuttering Modification Therapy, communication, adulthood

Dedikace (zdroje financování)

Článek byl podpořen projektem Studentské grantové soutěže Univerzity Palackého v Olomouci IGA_PdF_2019_017 Výzkum edukace osob s narušenou komunikační schopností a dětí se sluchovým postižením – vybrané otázky a projektem ESF OPVVV, CZ.02.2.69/0.0/0.0/16_015/0002337, období 2017–2021.

Úvod do problematiky

Jakmile koktavost přetrvává do dospělosti, je velmi nepravděpodobná úplná remise (vymizení všech příznaků), s terapií nebo bez ní. Lidé s koktavostí však hledají pomoc a mají zájem na zlepšení své řeči v jakémkoli věku. Dospělí ve svých dvacátých a třicátých letech mnohdy přicházejí na terapii, chtějí zlepšit svou plynulost řeči, aby měli lepší kariérní vyhlídky. Starší dospělí mohou vyhledat logopeda z podobných důvodů, ale stále častěji to může být snaha osvojit si techniky naučené v dřívější terapii, jejichž účinky se začaly vytrácet, nebo chtějí zkusit nové terapeutické přístupy. Lidé s koktavostí, kteří vyhledají odbornou pomoc, mají rozdílné cíle a očekávání, například někteří si přejí mluvit stoprocentně plynule, jiní hledají způsob, jak překonat své větší bloky, někteří se chtějí vyvarovat vyhýbavého chování, někdo jiný si přeje bez obtíží vyslovit své jméno, má-li se představit do telefonu. K řešení této rozmanitosti jsou zapotřebí flexibilní terapeutické přístupy. V logopedické terapii můžeme kombinovat terapeutické přístupy modifikace koktavosti (*angl. Stuttering Modification Therapy*), techniky tvarování plynulosti (*angl. Fluency Shaping Therapy*) s kognitivními a behaviorálními faktory (Ward, 2018).

Pravděpodobně nejvlivnější a nejpožívanější ze všech přístupů **modifikace koktavosti** vyvinul **Charles Van Riper**, čestný emeritní profesor, vedoucí

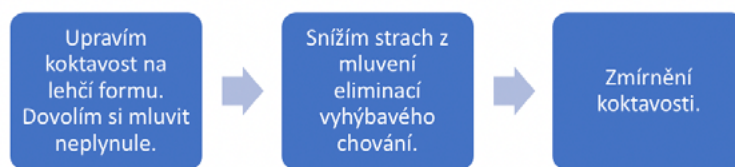
katedry logopedie a audiologie na Western Michigan University (Fraser, 2011), logoped, uznávaný vědec v oblasti poruch plynulosti a člověk, který se s koktavostí sám potýkal. Jeho program Koktat plynuleji, terapie úpravy bloku je popsán v knize *The Treatment of Stuttering* a má čtyři etapy: identifikace, desenzibilizace, modifikace a stabilizace. Van Riperův přístup zdůrazňuje cíl upravit moment zakoktání tak, aby bylo méně náročné, a také do určité míry modifikovat negativní myšlení, které může jít ruku v ruce s koktáním (Van Riper, 1973 in Ward, 2018).

Hlavním cílem Van Riperova programu úpravy koktavosti je **redukovat**

strach, obavu před zakoktáním eliminací vyhýbavého chování. Lidé s koktavostí často sdělují, že ze strachu z koktání, z neplynulé řeči se mluvení vyhýbají a pociťují zvýšenou úzkost, což na druhou stranu vede ke zhoršení plynulosti řeči (obrázek 1). Van Riperův přístup spočívá v tom, že úprava koktavosti na lehčí formu s menším úsilím povede ke snížení strachu a nižšímu výskytu vyhýbání se mluvení, což povede ke zmírnění koktavosti (Ward, 2018). Významná je eliminace **vyhýbavého chování** (obrázek 2).



Obrázek 1: Provázanost strachu ze zakoktání a zhoršení neplynulosti



Obrázek 2: Význam eliminace vyhýbavého chování

Lechta s Vaňharou (in Lechta, 2010) zkoumali faktory působící na plynulost řeči dospělých osob s koktavostí a zjistili, že psychická tenze, resp. z ní vyplývající dysfluence se zhoršovala v situacích, v nichž člověk s koktavostí už dopředu anticipoval komunikační problémy, poněvadž v analogických situacích měl obtíže s realizací komunikačního záměru. V souvislosti s těmito situacemi a psychickou tenzí, která se na ně váže, často dochází k **vyhýbavému chování** (*angl. avoid behavior*): snaže raději se takovým komunikačním situacím vyhnout. Škrabáková (2008, 2009 in Lechta, 2010) popisuje v rámci vyhýbavého chování i „oddálení“ (*z angl. postponement*): při přiblížení se k obávanému slovu nebo hláске je často evidentní u člověka s koktavostí moment zaváhání, případně pokus o vytvoření dojmu, že přemýšlí nebo zapomněl, co chtěl říct; přitom ve skutečnosti může právě vyhledávat alternativní slovo

nebo myslet na odlišnou strukturu věty za účelem vyhnout se obávanému slovu. Wirth (in Lechta, 2010) hovoří v této souvislosti o specifických „*cue*“ (*angl. náznaky, signály*), což je specifický znak, který je signálem pro určité chování, v tomto případě vyvolává psychickou tenzi, strach. Specifické hlásky, slova, situace působí jako signály strachu, jako podněty pro dysfluenci.

Mnozí dospělí jedinci s koktavostí se s pro ně komunikačně náročnějšími situacemi velmi osobně potýkají na vysoké škole, např. při jednání na studijním oddělení, při prezentaci před spolužáky, při argumentaci svého návrhu řešení, při přípravě na pohovor u potenciálního zaměstnavatele. Do té doby jim v některých případech byly na základní či střední škole upravovány podmínky tak, aby mohli upřednostnit psanou formu řeči, nemuseli prezentovat před skupinou spolužáků, byli

zkoušení písemně, zkoušení ústně spíše bez přítomnosti spolužáků (Mlčáková, 2019 in Jirsová, 2020). Je výhodou, pokud student s koktavostí na vysoké škole má zvládnuty efektivní strategie komunikace mluvenou formou řeči, což u některých ne vždy bývá. Snížit citlivost k prožívání komunikačně obtížných situací můžeme, pokud těmto situacím budeme klienty s koktavostí záměrně vystavovat **reálným životním situacím**, avšak vždy s garancí a podporou odborníků, kteří se specializují na problematiku koktavosti (Mlčáková, online sdělení, 1. dubna 2020 in Jirsová, 2020).

Podle Hurley (2020) děti musejí zažít nepříjemné pocity, aby se s nimi naučily pracovat a naučily se řešit problémy. Dále doporučuje riskovat „zdravá rizika“. „Tlačit“ dítě, aby vyšlo ze své komfortní zóny (zóny pohodlí), ale v případě neúspěchu zažilo jen velmi malou újmu. Když se děti vyhnou riziku, signalizujeme, že nejsou dostatečně silné, aby zvládly problémy. Když přijmou rizika, učí se pracovat na sobě. Hurley (2020) nabádá: naučte děti, že **všechny pocity jsou důležité** a označování pocitů jim pomůže pochopit, co prožívají. Řekněte jim, že je v pořádku cítit úzkost, smutek, žárlivost atd. Ujistěte je, že špatné pocity obvykle odcházejí. Vždy **pojmenujte své emoce a mluďte během řešení problému**. Podporujte sport, pohyb, fyzickou aktivitu u svého dítěte. Pokud se dítěti nelíbí týmové sporty, zvolte jízdu na kole, houpání na houpačce apod. Hra zvyšuje odolnost. Odolnost pomáhá dětem orientovat se v překážkách, s nimiž se ve svém růstu setkávají. Být odolný je způsob, jak se se stresem vypořádat (Hurley, 2020). Podporujeme tato doporučení nejen pro děti, ale i pro adolescenty, dospělé či seniory (nejen) s koktavostí.

Logopedická intervence u studentů s koktavostí

Na Univerzitě Palackého v Olomouci funguje celouniverzitní zařízení **Centrum podpory studentů se specifickými potřebami** (dále též CPSSP nebo centrum). Centrum poskytuje odborný poradenský, technický a terapeutický servis studentům se specifickými potřebami s cílem zvýšit studijní komfort studentů se specifickými potřebami a zmírnit případné obtíže při studiu. Služeb centra využívají také studenti Univerzity Palackého v Olomouci (dále též UP v Olomouci), kteří se potýkají s koktavostí. Jednou z nabízených služeb pro studenty s koktavostí je **terapeutický**

program, na jeho tvorbě a realizaci se podílí koordinátorka studentů s koktavostí, speciální pedagožka a logopedka Mlčáková, ve spolupráci se studenty s koktavostí. V programu propojují a kombinují různé logopedické terapeutické postupy s kognitivními a behaviorálními faktory. Jedná se o dynamický program, který je pružně adaptován dle potřeb studenta v procesu úpravy obtíží. Předpokladem cílené intervence je co nejpřesnější speciálněpedagogická logopedická diagnostika koktavosti. Při koncepci logopedické intervence Mlčáková vychází z otevřených rozhovorů s klienty, jejich životních příběhů, postojů a zkušeností s koktavostí, z výsledků speciálněpedagogické logopedické diagnostiky, ze studia výzkumných statí, odborných publikací a zdrojů, např. Lechty (2010, 2013, 2016), Škodové a Jedličky (2007), Peutelschmiedové (2000, 2005), Lechty a Králikové (2011), Lechty a Lacikové (2002), Fraserova (2011), Fraserové (2010), Della (2004), de Geuse (2002), Murray a Edwardse (2006), Koktavosti v kazuistikách: úspěchy a nezdary terapie (2008), Mlčákové a Vitáskové (2013, 2014), Neubauera (2018), Pospíšilové (2018), Dezorta (2019), Warda (2018), Shapira (2010) i z vlastních zkušeností z logopedické a pedagogické práce s klienty s koktavostí (dětského, adolescentního i dospělého věku) a jejich rodinami. V uvedených publikačních zdrojích lze nalézt cenná východiska pro práci s osobami s koktavostí i terapeutické, výzkumné programy proslulých autorit v oblasti terapie koktavosti. Jsou to např. Van Riper, Fraser, Bryngelson, Guitar, Bloodstein, Conture, Ramig, Manning, Fraser, Sheehan, Webster, Onslow a mnoho dalších.

Logopedická terapie s klienty s koktavostí v CPSSP probíhá především individuálně a kontaktně, jedno setkání s klientem trvá zpravidla 60 minut, s frekvencí během prvních dvou měsíců terapie jednou za týden, pak obvykle jednou za 14 dní. Skupinová setkávání (v počtu 3 až 4 studentů) jsou zatím nepravidelná, obvykle před připravovanou společnou akcí typu přednášky nebo semináře, avšak jsou ze strany studentů s koktavostí považována za velmi přínosná. Nebyl-li možný osobní kontakt, probíhala individuální i skupinová setkání v on-line režimu. V logopedické práci v CPSSP jsou kombinovány terapeutické přístupy modifikace koktavosti (*angl. Stuttering Modification Therapy*) a techniky tvarování plynulosti (*angl. Fluency Shaping Therapy*) s kognitivními

a behaviorálními faktory, přitom jsou respektovány Guidelines for Practice in Stuttering Treatment (1995).

Klienti CPSSP, **studentka Vendy a absolventi UP v Olomouci, Filip a Karel**, kteří se s koktavostí potýkají, pojmenovali pro ně obtížné situace spojené se studiem a sdílejí zkušenosti, změny i pocity na své životní cestě nakročené směrem k úspěšné intervenci koktavosti.

„**Fluency Shaping Therapy**“, terapie tvarování plynulosti, se věnuje navozování plynulého způsobu řeči, který postupně fixujeme a operačním podmiňováním rozšiřujeme do každodenního života. Primárním cílem je nahradit dysfluence plynulejší řečí. Jedná se o behaviorální terapii, pocitům člověka s koktavostí, jeho postojům a vyhubému chování je věnována malá pozornost.

Z aktivit, které jsou v terapeutickém programu CPSSP realizovány, jde např. o tyto:

- ▶ **Technika zpomaleného tempa** řeči, lehký hlasový začátek, hladké přechody mezi slovy.
 - ▶ **Měkké hlasité čtení** nebo **společné čtení** ve dvojici 5–10 minut denně.
 - ▶ **Vlastní výběr a zpěv oblíbených písní** s podporou melodie a zpěváková zpěvu písně z [youtube.cz](https://www.youtube.cz).
 - ▶ **Rytmické a grafické prvky** při mluvení, např. při úpravě podmínek během státních závěrečných zkoušek máme dobré reference a doporučujeme, v případě potřeby a zájmu studenta, umožnit studentovi uplatnit 2. etapu fonograforytmiky (Lechta, 2010) v podobě přičlenění grafiky na úrovni slabik, grafické znázorňování obloučků jako ekvivalentů slabik a současnou ústní promluvu apod. Těto podpory u státní závěrečné zkoušky, která představuje náročnou komunikační situaci (situační „cue“), s úspěchem využil Karel.
 - ▶ **Méně často využíváme D.A.F. (Delayed auditory feedback, Lee-effekt)**, neboť studenti (např. Karel a další 3) sdělovali, že při aplikaci D.A.F. pociťují určitý psychický dyskomfort, zvýšené nároky na pozornost a přesné koncipování složitější odpovědi v časovém limitu.
- „**Stuttering Modification Therapy**“, modifikace koktavosti, směřuje k modifikaci stávající formy koktavosti na relaxovanější koktavost. Snahou je pomoci člověku s koktavostí upravit, modifikovat okamžik zakoktání směrem k fluenci. Jde o práci na symptomech koktavosti a cíleně se zaměřujeme na pocity a postoje člověka s koktavostí při mluvení v různých

komunikačních situacích (Lechta, 2010, 2016; Ward, 2018; Pospíšilová, 2018; Škodová a Jedlička, 2007).

Představíme některé strategie, které jsou v terapeutickém přístupu CPSSP zařazovány:

- ▶ Studentům s koktavostí jsou nabídnuty a vytvářeny příležitosti, aby **otevřeně vyjadřovali své pocity a postoje k mluvené komunikaci**, mluvili o své koktavosti, o svých pocitech i před jinými lidmi.
- ▶ Studenti jsou např. dotazováni: „Co vám v souvislosti s komunikačními obtížemi nejvíce vadí?“, „Napište, prosím, kdy se vám lépe mluví?“, „Povězte, prosím, ve kterých situacích se vám mluví dobře/hůře?“, „Jak se chováte ve výuce z hlediska příležitosti promluvit?“, „Jaké pocity máte při hlasitém čtení?“, „Jak překonáváte bloky?“, „Napište, prosím, kterým hláskám a slovům se vyhýbáte?“, „Přečtěte, prosím, kterým slovům se vyhýbáte?“, „Uveďte příklady vět, v nichž nejčastěji měníte pořádek slov?“.
- ▶ Pozornost je věnována **eliminaci vyhýbavého chování**. Studenti jsou podporováni, aby si dovolili mluvit nepřetržitě, vyslovili slova, která mají na mysli, i nepřetržitě nebo záměrně nepřetržitě s lehkým opakováním náslovné hlásky nebo slabik (technika tzv. „bouncing words“), nevyhýbali se problémovým hláskám a slovům, neměnili pořádek slov ve větě, zprvu alespoň před logopedkou, koordinátorkou centra. Pro mnohé studenty je náročné např. vyslovit skutečnou stanici, do které chtějí cestovat vlakem, koupit si jízdenku u řidiče v autobusu / u přepážky na nádraží, nakupovat u pultového prodejce, vystoupit před skupinou spolužáků a těmto situacím se vyhýbají.
- ▶ Pracuje se na desenzibilizaci, snížení citlivosti k prožívání nepřetržitosti a strachu ze zakoktání. V určité fázi terapie je studentům navrženo a **umožněno vstupovat do pro ně komunikačně náročných situací**. Pokud jsou studenti **exponováni do komunikačně obtížných situací**, je to vždy za osobní účasti, podpory a monitorování celé situace logopedkou, koordinátorkou studentů R. Mlčákovou. Předpokladem je souhlas studenta, jeho odvaha a touha vystoupit ze své „komfortní zóny“. Akcím mimo pracovní koordinátorky vždy předchází osvěžení strategií tvarování plynulosti, zejména klidné tempo řeči s lehkým prodloužováním vokálů i konsonantů, zařazování pauz tak,

aby studenti dokázali tyto techniky použít „tváří v tvář“ komunikačnímu partnerovi/partnerům v reálných komunikačních situacích.

- ▶ Se souhlasem studentů jsou **pořizovány audionahrávky a videonahrávky jejich promluvy**. Komunikace je dle audiozáznamu/videozáznamu **analyzována** v oblasti **dysfluencí** (např. prolongací, repetice, tichých pauz, vkládání hlásky schwa, přerušovaných slov, bloků), **nadměrné námahy** (např. únikové chování, vývoj **narušeného koverbálního chování**, které je opakovaně zaznamenáváno do záznamového archu dle Lechty, 2010, s. 124), **psychické tenze**: zjišťuje se anticipační chování, pocity při mluvení: „Co vám přináší to, že se některým slovům vyhýbáte?“, je **pojmenováno konkrétní vyhýbavé chování**, např. změna pořádku slov ve větě nebo pocity při variantách „cue“ (Wirth in Lechta, 2010), specifika vnímání „percepčního návyku“ (Sabol in Lechta, 2010) apod.
- ▶ Při každém logopedickém setkání, vystoupení, prezentaci před cizími lidmi, **street contacts** student orientačně sdělí své pocity, svoji psychickou tenzi v dané situaci, na jejím začátku, v průběhu i na konci. Uplatňují **škálu 1–5** (1 představuje **velmi snadnou komunikační situaci** a 5 znamená **velmi obtížnou komunikační situaci**, které by se člověk s koktavostí nejraději vyhnul), na níž student vyjádří – zvolené číslo zvýrazní, zakroužkuje, zakreslí křížek – aktuální míru obtížnosti konkrétní prožívané situace. Tak je možné sledovat změny a vývoj v hodnocení/prožívání obtížnosti dané situace v čase. Na této škále student hodnotí také plynulost své řeči, kdy 1 znamená velmi plynulá a 5 velmi neplynulá řeč.
- ▶ **Celkový čas, po který student během dne mluvil**, je sledován. Studentovi je navrženo, aby si denně zapisoval do sešitu, **kolik minut, kde, s kým mluvil**, jaké měl při mluvení **pocity**. Chceme získat přehled, **kolik minut za den člověk mluvil**. Cílem je, aby se čas strávený mluvenou komunikací pozvolna přiměřeně prodloužil, udržoval a komunikace přinášela uspokojení a radost.
- ▶ Studenti jsou podporováni, aby vyhledávali komunikačně obtížné situace, aktivně do nich vstupovali a v komunikaci, **bude-li to pro ně možné, upřednostňovali mluvení před psaním**.

- ▶ Studentům s koktavostí jsou nabídnuty **příležitosti aktivně se účastnit akcí, na nichž mohou mluvit o svých potížích s řečí, vstupovat do komunikačně těžkých situací**. Tyto akce probíhají zpravidla mimo pracovní koordinátorky, např. formou diskuse se studentkami logopedie, společné prezentace s koordinátorkou (i on-line) o koktavosti před auditoriem různého počtu posluchačů, konkrétní ukázky speciálněpedagogické logopedické diagnostiky a intervence ve výuce studentů nebo na kurzech, **„street contacts“**, tj. zahájení komunikace a pokračování v komunikaci s cizími lidmi v reálných situacích, např. na ulici se zeptat na cestu na nádraží, asistovaný nákup jízdenky na vlak apod.
- ▶ Na základě důkladné speciálněpedagogické logopedické diagnostiky je společně se studentem **koncepován plán**, jaká jsou jeho očekávání, co si přeje změnit a jakou cestou ke snížení komunikačních obtíží je možné jít. Navrhovaná řešení jsou ověřována a upravována dle potřeb studenta a vždy se zřetelem, aby požadavky a plány byly přiměřené a nepřestoupily určitou mez.

V jisté fázi logopedické práce s klientem s koktavostí (je-li připraven, má-li zájem, je to pro něj vhodné), a je-li to pro logopedu možné, považujeme za efektivnější jít na 20–25 minut mimo logopedickou ambulanci a vytvořit klientovi příležitost navazovat komunikaci s neznámými lidmi, např. formou „street contacts“. Během posledních deseti let autorka obohacuje tímto přístupem logopedickou intervenci u svých dospělých klientů s koktavostí a dětí středního a staršího školního věku s koktavostí. Možností je mnoho, např. nákup jízdenek na nádraží, nákup u pultového prodejce, objednání lístků do divadla, rezervace míst v restauraci, telefonování do knihovny. Klienti v těchto činnostech později pokračují samostatně nebo se svými rodiči.

Logopedická intervence (Filip)

Filip je 26letý muž, u něhož se počátky koktavosti, dle sdělení rodičů, objevily kolem jeho čtvrtých narozenin, a koktavost jej životem provází již 22 let. Filip z důvodu svých komunikačních obtíží v listopadu 2016 požádal o služby Centra podpory studentů se specifickými potřebami a projevil zájem o logopedickou intervenci.

Aktivně chtěl pracovat na zlepšení své řeči, úpravě koktavosti s přáním dosáhnout plynulejší promluvy. Od listopadu 2016 byla Filipovi nabídnuta a poskytována speciálněpedagogická logopedická intervence. Logopedická setkání probíhala během semestru pravidelně v intervalu jednou za 14 dní v časovém rozsahu obvykle 60 minut, ve zkouškovém období zpravidla jednou za měsíc a během letních prázdnin byla pauza. Podrobnější informace k logopedické intervenci popsala Mlčáková

(2019). Muž v červnu 2020 úspěšně dokončil magisterské studium Digitální a přístrojové optiky na Přírodovědecké fakultě Univerzity Palackého v Olomouci a pracuje jako samostatný vývojový pracovník optiky, optický designer a konstruktér ve společnosti Meopta – optika, s. r. o., Přerov. Spolupráce s Filipem pokračuje nadále, muž se aktivně účastní společných přednášek o koktavosti.

Na počátku logopedické práce byl posuzován **stupeň závažnosti symptomů**

koktavosti u Filipa v oblastech dysfluencí, nadměrné námahy a psychické tenze metodou rozhovoru, spontánní promluvy, hlasitého čtení v jazyce českém i anglickém, zpěvu, čtení v průběhu vyplňování dotazníku zaměřeného na rozličné komunikační situace. Symptomy koktavosti a jejich závažnost jsme hodnotili na škále hodnocení symptomů koktavosti podle Lechty (2010, s. 125) – viz tabulka 1. Vybrané symptomy koktavosti u Filipa a jejich závažnost dokumentuje tabulka 2.

Škála	Závažnost symptomu
0	Symptom se nevyskytuje; to je maximální cíl terapie.
1	Lehký stupeň (laikem je obvykle nepostřehnutelný, logoped jej při diagnostice identifikuje): obvykle si tohoto stupně všimnou jen profesionálové (logopedi, příp. psychologové, lékaři); často si obtíží na tomto stupni není vědom ani člověk s koktavostí.
2	Střední stupeň (je nápadný do té míry, že ho postřehne i laik): zde už jde o nápadný projev, jehož rušivý vliv ještě více znásobuje vliv zakoktání, a je třeba ho akutně korigovat.
3	Těžký stupeň (interferuje s komunikačním záměrem až do té míry, že dostane posluchače do rozpaků): běžný komunikační partner má dilema, jak správně zareagovat.
4	Velmi těžký stupeň (příznak je tak vystupňován, že může znemožnit realizaci komunikačního záměru mluvčího nebo znemožnit dekodování informace ze strany posluchače). Opakovaná nerealizace komunikačního záměru může vést k velmi vážné frustraci člověka s koktavostí, ale i jeho nejbližšího okolí.

Tabulka 1: Škála hodnocení symptomů koktavosti (Lechta, 2010, s. 125)

Symptom koktavosti	Stupeň závažnosti listopad 2016	Stupeň závažnosti březen 2021
Prolongace vokálů a konsonantů	3	1
Repetice vokálů, konsonantů a slabik	3–4	1–2
Obavy, strach z komunikace	4	1–2
Vyhýbání se obtížným slovům a situacím	3–4	1–2
Změny pořádku slov ve větě (dle situace, s kým mluvil)	4	1–2

Tabulka 2: Závažnost symptomů koktavosti u Filipa

Z projevů **vyhýbavého chování** se u Filipa objevovaly zejména **změny pořádku slov ve větě** (viz tabulka 3), tento jev Filip u sebe hodnotil jako velmi těžký, a to stupněm 4.

Původní věta:	Změněno na:
<i>Dobrý den, u telefonu Filip Mikeska. Rád bych si u vás zarezervoval stůl na ...</i>	<i>Zdravím, tady Filip Mikeska. Bylo by možné si u vás udělat rezervaci na ...</i>
<i>Jmenuji se Filip.</i>	<i>No, já jsem Filip.</i>
<i>Poprosím Vás o 15 dkg dušené šunky.</i>	<i>Vezmu si 12 dkg tady této šunky.</i>

Tabulka 3: Příklady změn pořádku slov ve větě

Na každém logopedickém setkání jsme hodnotili a zaznamenali aktuální **obtížnost komunikačních situací**, které Filip považoval za problematické v souvislosti s jeho studijní prací na přednáškách a seminářích na univerzitě. Autorka uplatnila pětibodovou škálu: **1, 2, 3, 4, 5** (1 představuje **snadnou komunikační situaci** a 5 znamená

velmi obtížnou komunikační situaci, které by se člověk s koktavostí nejraději vyhnul). Připravila dotazník s 28 komunikačními situacemi, vycházela z dotazníku a modifikovala jej: „Adolescent Communication Questionnaire“ (in Shipley a McAfee, 2008, s. 383), který je adaptací „The Relationship of Self-Efficacy and Depression to Stuttering,“

(Bray, Kehle, Lawless a Theodore, 2003 in Shipley a McAfee, 2008, s. 383). Úroveň obtížnosti některých situací (na začátku logopedické intervence v listopadu 2016 a v březnu 2021) dokumentuje tabulka 4. Pozorujeme zlepšení, všechny sledované komunikační situace Filip vnímá jako snazší než na začátku logopedické intervence.

Situace	Stupeň obtížnosti listopad 2016	Stupeň obtížnosti březen 2021
Říct informaci pedagogovi/spolužákovi	2–3	1
Položit pedagogovi otázku před spolužáky	3–4	1–2
Mluvit v cizím jazyce	2–3	1
Přihlásit se a říct odpověď během přednášky/cvičení	4	1–2
Prezentovat	3–4	1–2
Pedagog nebo jiná osoba za mě dokončuje slova	3	2–3

Tabulka 4: Úroveň obtížnosti komunikační situace spojené se studiem na univerzitě

Filip se vyjádřil k situacím v tabulce 5: „Všechny tyto situace spojuje nutnost okamžité odpovědi, není prostor s odpovědí otálet. Požadavkem na okamžitou odpověď

se zvyšuje míra stresu, tedy i náročnost situace. V hlavě jsem měl připraven plán, co řeknu, ale při prvním zadrhnutí byla pro mě subjektivně každá sekunda třikrát

delší, proto jsem dříve volil změnu pořádku slov větě.“

Situace	Stupeň obtížnosti listopad 2016	Stupeň obtížnosti březen 2021
Komunikace ve skupině (neformální s blízkými lidmi)	2–3	1–2
Situace pod časovým tlakem (např. zavolat záchranku)	3–4	3
Nákup jízdenky u řidiče autobusu / u přepážky na nádraží	4–5	2–3
Objednávka/rezervace přes telefon	3–4	2
Výběr přílohy v menze nebo v restauraci	3–4	2
Street contacts – zahájení komunikace s cizími lidmi na ulici	5	2–3

Tabulka 5: Nejobtížnější situace pro Filipa

Přepis audionahrávky nákupu jízdenky Filipa a e-mail z 1. 11. 2019 (strach 3; pocit 2,5) (obrázek 3):

Filip: „Ee budu platit kartou. E student Huštěnovice. Student student Huštěnovice nad osmnáct.“

Prodavačka u přepážky na nádraží: „Student Huštěnovice nad osmnáct a kartou, ano?“

Filip: „Ehm kartou.“

Prodavačka u přepážky na nádraží: „Dvacet čtyři kartou.“

Filip: „V pořádku. Jo, děkuju. Nashle. Pěkný den.“



Obrázek 3: E-mail s nahrávkou nákupu jízdenky a vyjádřením pocitů při mluvení

Během logopedické terapie v CPSSP byly Filipovi nabídnuty **aktivity**, jejichž výběr předkládáme v tabulce 6. Filip neváhal, všech příležitostí se iniciativně s pokorou chopil a velmi si jich považoval.

Aktivita	Počet
Záměrné vystavování se komunikačním situacím (při souběžném klidném tempu řeči, hladkých přechodech mezi slovy, měkkém hlasovém začátku, dovolit si mluvit neplynule, zařazovat častěji pauzy)	denně
Diskuse o koktavosti se studentkami logopedie během přednášek a cvičení	10
Společná prezentace na Dni dobrovolnictví na Univerzitě Palackého v Olomouci	1
Společná prezentace na téma „Podpora studentů s koktavostí na Univerzitě Palackého v Olomouci“ pro vysokoškolské poradenské pracovníky z center podpory studentů se specifickými potřebami z České republiky	1
Společné prezentace „Student s koktavostí na Univerzitě Palackého v Olomouci“ na dvou mezinárodních vědeckých konferencích (1 prezenční a 1 videokonference) Olomoucké speciálněpedagogické dny	2
Audionahrávky a videonahrávky Filipa z logopedické diagnostiky a intervence připravované do výuky, kurzů, přednášek	průběžně
Společné vedení kurzu „Student s narušenou komunikační schopností“ pro studenty a zaměstnance Univerzity Palackého v Olomouci	3
Společná prezentace v anglickém jazyce „Support of Communication with Pupils and Students with Stuttering“ pro studenty z Youngstown State University z USA	1
Praktický asistovaný trénink nákupu jízdenky na vlak. Filip si na nádraží kupoval jízdenku na vlak a logopedka stála vedle něj. Po dokončení nákupu proběhla ihned před nádražím analýza Filipovy promluvy, a to např. jak se cítil během mluvení, zda měnil pořádek slov ve větě, zda se vyhýbal některým slovům, jak mu odpovídala prodávačka za okýnkem, zda se prodávačka pozastavovala či vůbec nepozastavovala nad plynulostí jeho promluvy, co může upravit směrem k plynulosti (např. klidnější tempo promluvy, hladší přechody mezi slovy, neměnit pořádek slov ve větě apod.)	2
Praktický samostatný nákup jízdenky na vlak nebo na autobus. Filip si kupoval jízdenku a při tom si nahrával svoji promluvu na mobilní telefon. Pak na stupnici 1–5 analyzoval úroveň svého strachu z mluvení při nákupu jízdenky a pocity z mluvení, jak se mu mluvilo, co činilo potíže a proč. Nahrávku i vyhodnocení strachu a pocitu na stupnicích 1–5 zaslal R. Mlčákové e-mailem a společně vše vyhodnotili a diskutovali o možnosti úpravy. Ukázku přepisu Filipovy promluvy ze dvou nákupů jízdenky a text e-mailu jsme uvedli výše.	2× týdně
Společné „street contacts“ – trénink zahájení a pokračování v komunikaci s cizími lidmi na ulici. Při společné pěší cestě Olomoucí s logopedkou měl Filip za úkol oslovit jednoho cizího člověka, později dvě osoby jdoucí společně a také skupinky větší než dvě osoby. Filip se měl dotázat např.: „Prosím, jak se dostaneme na nádraží?“, „Prosím, mohli byste nám poradit, jak se dostaneme k Šantovce / na Dolní náměstí?“. V průběhu jedné pěší vycházky v délce 30 minut se nám podařilo obvykle navázat cca 5 „street contacts“. Ihned po každém „street contact“ jsme analyzovali komunikační situaci, strach, pocity, úspěch či případný neúspěch, možnosti další úpravy směrem k lepšímu pocitu i plynulosti. Některé „street contacts“ jsme si nahrávali na mobilní telefon, abychom měli přesný záznam komunikace k diagnostické analýze.	30
Skupinové „street contacts“ Filipa a Vendy za doprovodu logopedky a 4 studentek logopedie (60 minut).	7
Aktivní účast (společně s Vendy, další studentkou a studentem s koktavostí) na celodenní vyžádané přednášce R. Mlčákové „Možnosti speciálněpedagogické logopedické intervence koktavosti“ pro krajské koordinátory logopedické péče ve školství organizované Národním ústavem pro vzdělávání v Praze (04/2019)	1
Aktivní účast (Filip společně s Vendy, Karlem a Říšou – žákem 6. třídy ZŠ) na vyžádané přednášce R. Mlčákové „Koktavost – vybrané otázky k logopedické intervenci“ pořádané Asociací logopedů ve školství na MŠMT ČR (11/2019) (obrázek 4)	1
Společná on-line prezentace formou videokonference v anglickém jazyce „Support of Communication with Pupils and Students with Stuttering in Inclusion“ pro studenty a pedagogy z gruzínských univerzit	1

Tabulka 6: Přehled aktivit, které byly Filipovi nabídnuty a realizovány během terapie v CPSSP od 11/2016 do 02/2021

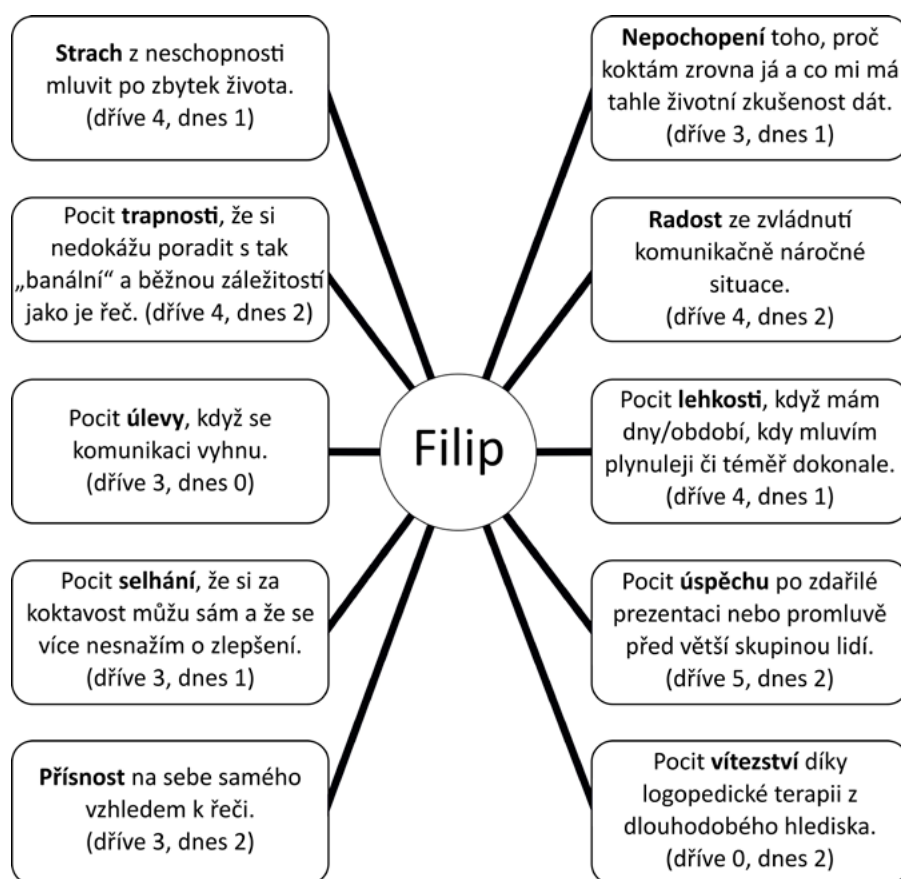
Obdobná nabídka byla učiněna i Karlovi a Vendy. Karel nabídku ihned přijal. Vendy odmítla se sdělením, že ne, že je to pro ni velmi těžké, že nedokáže nyní vystoupit ze své komfortní zóny a mluvit o svých obtížích s řečí před studentkami logopedie nebo před cizími lidmi, exponovat se do komunikačně obtížných situací. Logopedka samozřejmě respektovala studentčino rozhodnutí, avšak upozornila Vendy, že v případě jejího zájmu je připravena s Vendy pracovat na úpravě

jejích obtíží s řečí. Po půl roce Vendy napsala e-mail, projevila zájem a aktuálně (od ledna 2018) je aktivní v terapeutickém programu.



Obrázek 4: Odborná vyžádaná přednáška pro logopedy ve školství. Praha, MŠMT – listopad 2019 (zprava Filip, Vendy, Karel, R. Mlčáková a Ríša)

Jak se vyvíjely pocity u Filipa na jeho cestě kóktavostí představujeme na obrázku 5.



Obrázek 5: Pocity na mé cestě kóktavostí (Filip; 1 znamená nejmírnější, 5 nejsilnější stupeň a 0 tato situace nenastává, není pro ni důvod)

Sdělení logopedům (Filip): „Za svůj život jsem byl klientem pouze jednoho klinického logopeda. Vyhledala ho má matka, když mi bylo asi 13 nebo 14 let. V té době byla má kóktavost už skutečně nezanedbatelným problémem, který se od mých 4 let postupně jen zhoršoval. Terapie, kterou se mnou logoped praktikoval, stála zpravidla

na měkkých hlasových začátcích a rytmi- zaci řeči. Snad poprvé jsem tehdy okusil, jaké to je záměrně mluvit plynule. Zdálo se to jednoduché, jenže se ukázalo, že nebude. Praktikované metody fungovaly, avšak bohužel mnohdy pouze v rámci ordinace. Jakmile jsem překročil práh a ocitl se zpět ve „skutečném světě“ a v situacích s ním

spojených, logopedické praktiky bylo ve- lice obtížné aplikovat a mnohdy se to jed- noduše nedařilo. Měkké hlasové začátky i rytmi- zaci většinou hravě přebila psychic- ká tenze, navíc když jsem tušil, že některé slovo nedokážu vyslovit, a o to víc jsem se to ze sebe snažil na sílu „vyhrknout“. Napětí vítězilo a nedovolovalo mi dát si více času na vyslovení problémových slov. Navíc mi vadilo, že kvůli rytmi- zaci řeči mluvím sko- ro jako robot, bez emocí, a cítil jsem se tak před cizími lidmi divně. Neustále jsem si domýšlel, co všechno si o mně musí my- slet, když mluvím takto mechanicky, a že určitě působím jako někdo s psychickou poruchou. Připadalo mi, že logoped to celé vidí mnohem jednodušeji, než to ve sku- tečnosti u mě bylo. V odbornou pomoc jsem postupně ztrácel víru, až jsem nako- nec s touto terapií po roce skončil, jelikož jsem cítil, že se nikam neposouvám a že mi už možná není pomoci.

Rád bych vyzdvihnul tzv. „tvrdou terapii“, která konkrétně u mě znamenala velký po- sun v dlouhodobém zlepšení řeči v běžných každodenních situacích. Čím více jsem byl exponován do komunikačně obtížných si- tuací, tím více jsem si na ně zvykl a mohl jsem si říct např.: „Když jsem tehdy zvládl prezentaci před desítkami cizích lidí, zvlád- nu si i koupit jízdenku na vlak u okýnka.“ Psychická tenze klesla a obtížnost komu- nikační situace jsem vnímal o něco méně. Jakmile tedy budete mít pocit, že je váš kli- ent připraven, zkuste mu nabídnout, že se např. půjдете projít ven a oslovíte náhodné kolemjdoucí či zavoláte na nějakou infolin- ku. I když to napoprvé nemusí dopadnout nejlépe, může klient zjistit, že i to ho někam v terapii posouvá, a časem to přinese plody v podobě zmírnění strachu z obdobných situací. U mě přišla „tvrdá terapie“ s dok- torkou Mlčákovou v pravý čas a jsem za to dodnes velice vděčný.“

Život s kóktavostí očima Vendy

„Je mi 26 let a studuji bakalářský stu- dijní obor Aplikované pohybové aktivi- ty na Fakultě tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci (4. ročník kombi- novaného studia) a v současné době pra- cuji na pozici obsluha kavárny v OMEGA centru sportu a zdraví v Olomouci.

Podle rodičů jsem začala kóktat asi ve čtyřech letech, ale tuto skutečnost jsem si začala uvědomovat až zhruba ve čtvrté třídě základní školy. S jistotou můžu tvrdit, že do té doby mi nijak nevadilo, že kóktám. Kóktavost mě neomezovala, a i tak

jsem měla spoustu kamarádů, čtení mi šlo dobře a recitování básniček také. Nedávalo mi tehdy smysl trávit minimálně hodinu týdně v logopedické ambulanci, když mi nevadilo, že koktám. Ale zjevně mé okolí si myslelo, že trpím a jsem na tom psychicky špatně. Vlastně se mě nikdo nezeptal, jestli mi koktavost vadí nebo ne. Se snahou rodiny moji koktavost eliminovat se mi více a více vkrádala do hlavy myšlenka na to, že koktavost je velký problém.

V mých sedmnácti letech jsem na popud rodiny zahájila farmakologickou léčbu. Užívala jsem lék proti úzkosti, ovšem ve větší dávce, než bylo potřeba. Myslela jsem si, že psychoterapeut je člověk, který se mnou bude mluvit otevřeně o koktavosti a o tom, jak s ní lépe žít. Bylo pro mě zklamáním, když jsem byla za deset minut venku z ordinace s receptem na anxiolytika. Pamatuji si, že po léčích mi bylo hodně špatně. Měla jsem asi týden závratě, nemohla jsem se trefit do dveří a nemohla jsem chodit do školy. Při této léčbě jsem nepocítila žádnou změnu. Mluvila jsem pořád stejně a můj psychický stav se naopak ještě zhoršil, protože jsem začala být hodně unavená a špatně se mi přemýšlelo. Trvalo další čtyři měsíce, než jsem léky pod dohledem doktorky postupně vysadila.

Postupně jsem vystřídala tři logopedky, než mi byla doporučena paní doktorka Mlčáková. Byla jsem nadšená z jejího jiného přístupu, ze zajímavých a pro mě nových technik, i když jsem zprvu intervenci

vzhledem k náročnosti odmítla. Její přístup je, podle mě, ojedinělý a může se zdát, že osobu s koktavostí často i zaskočí. Ale je efektivní, účinný a smysluplný. Také jsem si mohla o své koktavosti konečně s někým otevřeně popovídat a něco se o ní dozvědět. Měla jsem spoustu otázek, na které jsem díky paní doktorce našla odpověď.

Při studiu na střední škole jsem si neustále kladla otázku, jaké zaměstnání budu moci s koktavostí vykonávat. Porucha řeči mě dříve opravdu hodně omezovala ve výběru povolání a v utváření budoucnosti. Mé první zaměstnání, které mě následně přesvědčilo o skutečnosti, že nechci pracovat mimo sociální kontakt, bylo ve skladu. K zaměstnání v kavárně vedla dlouhá cesta a zpočátku nebylo jednoduché překonat strach a poslat alespoň životopis. Zjistila jsem, že intenzita a náročnost komunikace znamená pomalé zlepšování se v komunikaci.

Jaké mám plány do budoucna? Velký problém mi dělá komunikace v cizím jazyce, hlavně tedy v anglickém. Proto bych chtěla jít těmto obtížím vstříc a zapracovat na sobě i po téhle jazykové stránce. Už v minulosti jsem vážně uvažovala o zaměstnání v zahraničí a nyní máme stejné plány i s přítelem. Vlastně bych se chtěla vypracovat na úroveň kvalitního řečníka, naučit se lépe formulovat myšlenky, mluvit srozumitelně a pomalu a umět lépe navazovat kontakt s lidmi.

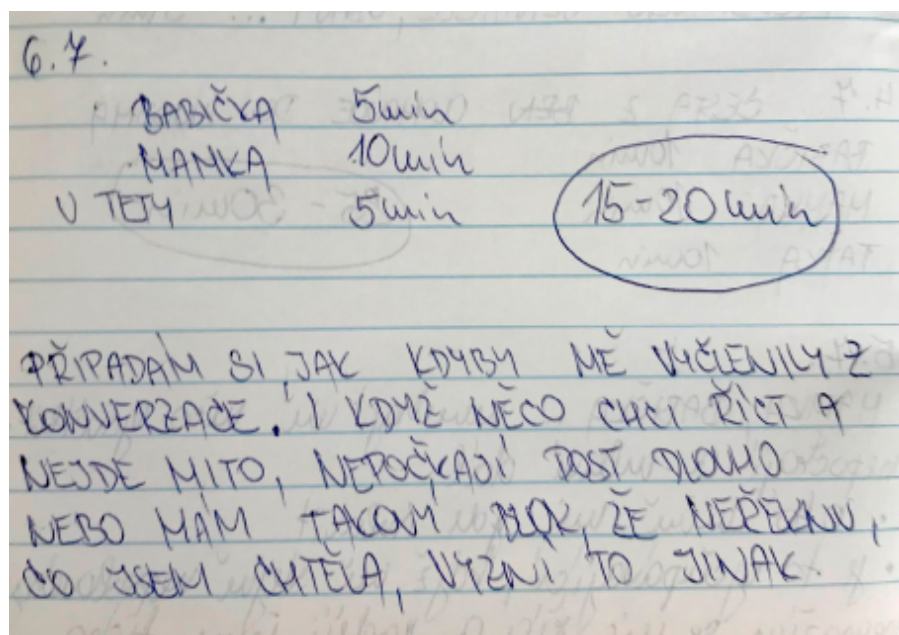
Jaké pocity při mluvení prožívala Vendy:

»Pamatuji se na období, kdy jsem při každém svém bloku předstírala, že přemýšlím nad svým sdělením a zrovna si nemůžu vzpomenout na slovo nebo nějakou skutečnost. Moje známá zareagovala doporučením, abych si zašla k lékaři, protože na svůj věk opravdu hodně zapomínám.«

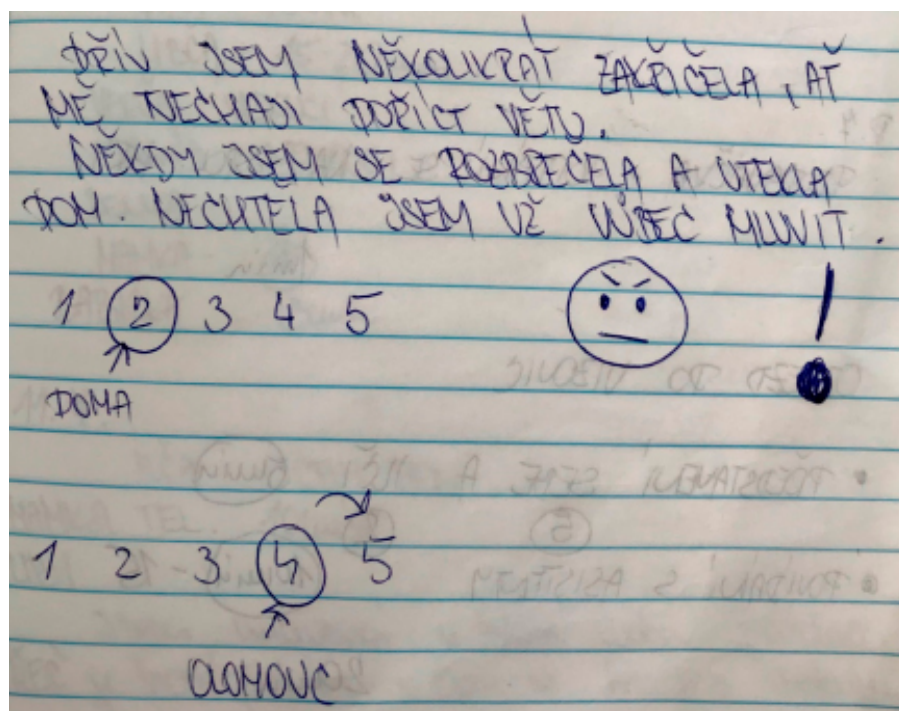
»Pamatuji si, když jsem jezdila na střední internátní školu. Téměř každou neděli večer jsem měla stažený žaludek z kupování jízdenky následujícího rána. Název cílové zastávky Strážnice se mi snad nikdy nepodařilo vyslovit. Vždy jsem ukázala studentskou kartičku s nadepsanou cílovou stanicí.«

»Myslím si, že kdyby koktavost byla viditelná, ohromně by se nám ulevilo.«

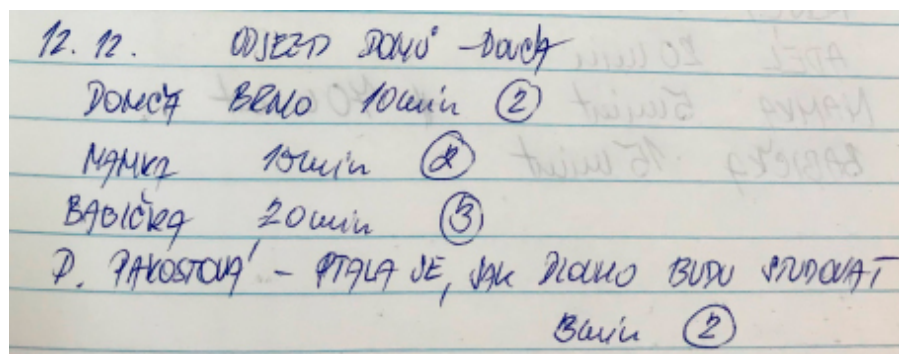
Vendy projevila zájem aktivně vstoupit do terapeutického programu v lednu 2018. Logopedická setkání probíhala po dobu 60 minut dvakrát do měsíce s pauzou během letních prázdnin. Na obrázcích 6–9 jsou ukázky záznamů z deníku. Vendy souhlasila s návrhem logopedky a denně si zapisovala komunikační situace, **kolik minut, kde, s kým mluvila**, jaké měla při mluvení **pocity**, jak se jí mluvilo. Zpočátku Vendy během dne mluvila krátce, např. 10 až 20 minut denně, postupně i hodinu nebo několik hodin denně. Méně komunikačních příležitostí mimo domov přinesla protiepidemická opatření v roce 2020 a 2021 v souvislosti s epidemií onemocnění COVID-19.



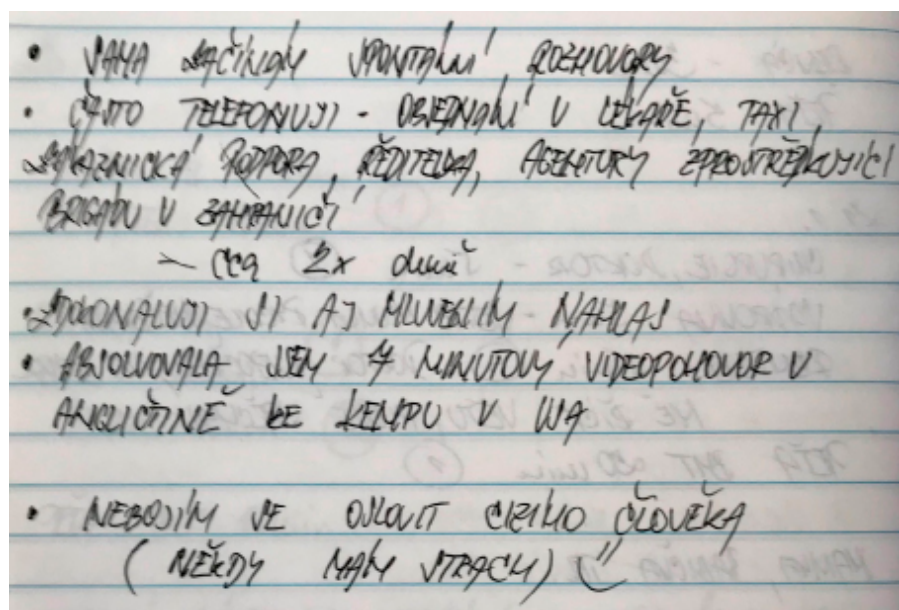
Obrázek 6: Deník Vendy, zápis z 6. 7. 2018



Obrázek 7: Deník Vendy, zápis z 6. 7. 2018 a záznam pocitů z mluvení na stupnici 1–5 (pokračování)



Obrázek 8: Deník Vendy, zápis z 12. 12. 2019, délka promluvy v minutách a pocity při mluvení 1–5

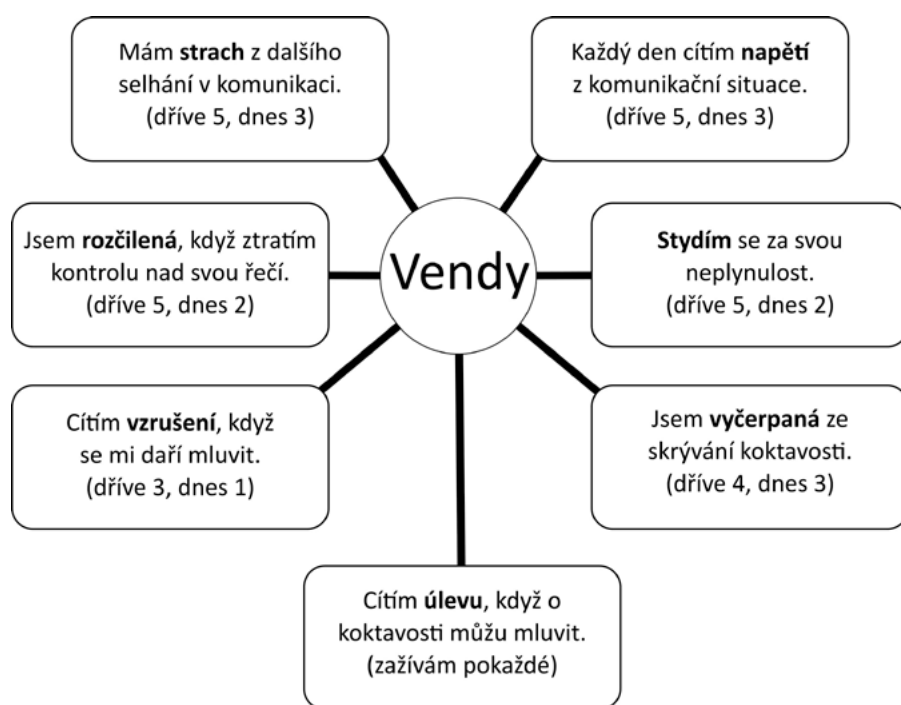


Obrázek 9: Deník Vendy, zápis z 3. 2. 2020

Nejobtížnější situace pro Vendy, tak jak je sama pojmenovala, stejně jako u Filipa i Karla, představují ty, je-li vyžadována okamžitá odpověď „teď hned“ (tabulka 7).

Situace	Stupeň obtížnosti leden 2018	Stupeň obtížnosti březen 2021
Komunikace ve skupině (neformální s kamarády)	3–4	1–2
Situace pod časovým tlakem (např. zavolat záchranku)	4	2
Nákup jízdenky u řidiče autobusu / u přepážky na nádraží	4–5	1
Komunikace s nadřízenými	4–5	3
Výběr přílohy v menze nebo v restauraci	4	1
Street contacts – zahájení komunikace s cizími lidmi na ulici	4	2
Telefonování	5	2–3

Tabulka 7: Nejobtížnější situace pro Vendy



Obrázek 11: Jaké pocity nejčastěji prožívá Vendy v souvislosti s koktavostí? (1 znamená nejmírnější a 5 nejsilnější stupeň)

Karel a jeho cesta životem s koktavostí

Karel je 38letý muž, osmým rokem pracuje jako učitel matematiky a výpočetní techniky na 2. stupni základní školy běžného typu a jako koordinátor ICT (informačních a komunikačních technologií). Počátky koktavosti se u něj objevily kolem sedmého roku věku. V průběhu života byl muž v péči sedmi logopedů. Komunikační obtíže ve smyslu koktavosti má Karlova matka, starší bratr a mladší dcera Karlovy sestry.

Své komunikační potíže Karel na základní, střední škole i během bakalářského studia řešil tím, že převážně mlčel a vyhýbal se mluvení. Rodina se v průběhu

základní školy dvakrát stěhovala. Po nástupu na novou školu někteří učitelé Karlovy komunikační obtíže vůbec nezjistili. Půl roku až celý školní rok skrýval koktavost, u ústního zkoušení mlčel, často byl hodnocen známkou 5, což bylo pro něj přijatelnější než projevovat výrazné potíže s řečí.

V 15 letech byl Karel po dobu šesti týdnů hospitalizován na Foniatrické klinice v Praze v Žitné ulici. Logopedické činnosti, které Karel uvedl a činil na foniatrické klinice, bychom mohli zařadit do klasického přístupu tzv. cvičné terapie podle Alberta Gutzmana, již dále rozvíjeli např. Seeman, Sovák, Bubeníčková, a šlo např. o: pomalé dýchání vsedě i vleže, zpěv písní, četbu básní, měkké čtení příběhů, spojování slov napsaných na kartičkách

do věty, komentované třídění kartiček se slovy dle kategorií. Mladý muž vypověděl, že při cestě z kliniky domů byl jeho mluvní projev s otcem plynulý. Po týdnu se potíže pozvolna začaly vracet. Ve 27 letech muž podstoupil medikamentózní léčbu, inhaloval lék Formoterol, bez trvalého efektu (Mlčáková, 2013).

Karel studoval na Západočeské univerzitě v Plzni bakalářský studijní obor Kybernetika a řídicí technika, avšak pod psychickým tlakem z komunikačních potíží studium nedokončil. Ke studiu téhož oboru se přihlásil podruhé, obor úspěšně vystudoval, ale navazující magisterské studium z důvodu komunikačních obtíží nedokončil. Svá vysokoškolská studia nevzdal a v roce 2013 úspěšně vystudoval navazující obor učitelství matematiky pro 2. stupeň základních škol a učitelství technické a informační výchovy pro 2. stupeň základních škol a pro střední školy na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Důvodem volby učitelského oboru byla skutečnost, že při komunikaci s dětmi se u muže komunikační problémy téměř nevyskytovaly. Původně měl zájem studovat obor logopedie, ale vzhledem k těžkému stupni koktavosti mu studium nebylo doporučeno.

Během studia na Pedagogické fakultě UP v Olomouci se muž rozhodl změnit své řešení obtíží s řečí, kterým bylo mlčení a vyhýbání se mluvení. Oslovil autorku a po dobu **17 měsíců** podstupoval integrativní logopedickou terapii jednou týdně nebo jednou za 14 dní obvykle v délce 60–90 minut, s pauzou během letních prázdnin. Podrobnější anamnestická data, informace ke koncepci, průběhu, obsahu, hodnocení výsledků logopedické diagnostiky a intervence popisuje Mlčáková (2013). Některé okolnosti, které u Karla

ovlivňovaly plynulost řeči, uvádí Mlčáková (2014).

Karel byl např. v rámci diagnostické terapie požádán, zda by si mohl napsat problémová slova, která mu činí potíže. Na dalším setkání slova přečetl a logopedka nahrála jeho promluvu na diktafon. Muž vyslovoval problémová slova s prolongacemi, repetice, interjekcemi hlásky schwa, bloky, s projevy nadměrné námahy a narušeného koverbálního chování doprovázeného neobvyklým rytmem řeči, zvýšením hlasitosti, tremorem rtů, spasmy

dolní čelisti. Karel sám uvedl, že problémy mu činí slova víceslabičná, se shluky souhlásek, přičemž neplynulosti v těchto slovech dopředu očekává. Na otázku, jaká cítí pozitiva a negativa vyhýbání se problémovým slovům, Karel odpověděl, že pozitivní dopad vnímá takto: „mám klidnější pocit z řeči, méně komunikačních problémů, aktuální dobrý pocit nad plynulejší řečí“. Negativa popsal takto: „neřeknu vše, v budoucnu budu mít problémy s nepoužívanými slovy“ (Mlčáková, 2013).

Rozhodovali jsme se, jak přistoupíme k problémovým slovům, a dohodli jsme se, že na logopedických setkáních se Karel problémovým slovům nebude vyhýbat. Trvalo rok, než muž sdělil, že se na setkáních s logopedkou problémovým slovům téměř nevyhýbá a zjišťuje, že jejich vyslovení se mu daří snáze.

Transkripci a analýzu Karlova čtení problémových slov z audiozáznamu z ledna 2012 a srovnání se čtením stejných slov v dubnu 2021 dokumentuje tabulka 8.

	Slovo	Realizace leden 2012	Dysfluence leden 2012	Realizace duben 2021
1	protože	protože	bez dysfluence	protože
2	který	kkkterý	P P	který
3	krajíc	kkkkk-kkrajíc	P P P P R	krajíc
4	pastva	pastva	bez dysfluence	pastva
5	cvrček	sssvrček	P P	cvrček
6	Praha	Praha	bez dysfluence	Praha
7	křižovatka	kkřižovatka	P P	křižovatka
8	Karel	____ákákákákákarel	b I I I I I	Karel
9	auto	au-auto	R	auto
10	europoslanec	eu-europoslanec	R P	europoslanec
11	břicho	pp-p-p-pbřicho	P R P	břicho
12	strouhat	ststtrouhat	P P P P	strouhat
13	dveře	dd-dveře	P R	dveře
14	králík	kkkkkkkkkkkrálík	P P P P P P P P P P	králík
15	hloupost	ahlahahahahahloupost	I I I I I I I	hloupost
16	skrz	skrz	bez dysfluence	skrz
Počet prolongací			28	0
Počet repetice			4	0
Počet interjekcí			12	0
Počet všech dysfluencí			44	0
Počet bloků			1	0
Stupeň závažnosti dysfluencí			3–4	0
Čas čtení			85 sekund	24 sekund

Tabulka 8: Transkripce a analýza čtení problémových slov z audiozáznamu (Karel)

Legenda k tabulce 8:

P prolongace hlásky (v trvání minimálně 1 sekundu)

R repetice hlásky/slabiky

I interjekce hlásek/slabik

b blok

Podle škály hodnocení symptomů koktavosti (tabulka 1) (Lechta, 2010, s. 125) byly symptomy koktavosti u mladého muže na začátku terapie (leden 2012) hodnoceny stupněm 3 (těžký stupeň)

(tabulka 9), na konci terapie (červen 2013) stupni 1–2 (lehký až střední stupeň). Aktuálně (březen 2021) symptomy koktavosti hodnotíme průměrně stupněm 1 (lehký) a Karlova promluva má charakter

spontánní fluence, ojediněle akceptovatelné dysfluence bez nadměrné námahy a psychické tenze.

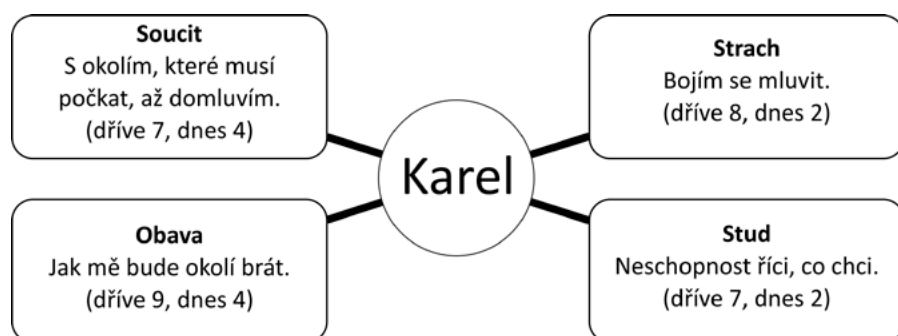
Symptom koktavosti	Stupeň závažnosti leden 2012	Stupeň závažnosti březen 2021
Prolongace vokálů a konsonantů	3–4	0–1
Repetice vokálů, konsonantů a slabik	3	0–1
Interjekce hlásky schwa	3	0
Obavy, strach z komunikace	3–4	1–2
Vyhýbání se obtížným slovům a situacím	3–4	1–2
Narušené koverbální chování – tremor rtů, přetrvávání otevřených úst během prolongací, spasmy dolní čelisti	3–4	0–1

Tabulka 9: Závažnost symptomů koktavosti u Karla

V tabulce 10 uvádíme situace, které Karel sám pojmenoval a zhodnotil ze svého pohledu jako nejobtížnější.

Situace	Stupeň obtížnosti listopad 2012	Stupeň obtížnosti březen 2021
Komunikace ve skupině (neformální s kamarády)	2–3	1–2
Situace pod časovým tlakem (např. zavolat záchranku)	zřejmě 5	zřejmě 3–4
Nákup jízdenky na autobus u řidiče autobusu	4–5	2
Nákup jízdenky na vlak u přepážky na nádraží	4–5	2–3
Telefonování telefonem (audiohovor)	4–5	2
Street contacts – zahájení komunikace s cizími lidmi na ulici	4	2

Tabulka 10: Nejobtížnější situace pro Karla



Obrázek 12: Příklady emocí, které Karel cítí v souvislosti s koktavostí (1 znamená nejmírnější a 10 nejintenzivnější stupeň)

Poselství (Karel): „Já jsem postupně navštívil sedm logopedů, zejména z důvodu častého stěhování. Teprve poslední logoped porušil komfortní zónu uzavřeného prostředí. Vlastně jsme byli na nejhorší možné startovní pozici, kdy se koktavost po desetiletí udržovala a prohlubovala. V dospělosti se s koktavostí bojuje velmi těžko, a my ji přesto porazili. Díky aktivní spolupráci s využitím moderních postupů a metod v **reálném prostředí**. Umím si představit, jak snadno by se podobné postupy využily již v mém mládí, a na to je potřeba upozornit. Ze mě je dnes učitel na základní škole, což považuji za jedno z nejtěžších povolání z pohledu člověka s koktavostí. Mluví každý den před větším počtem osob, před žáky, dalšími učiteli, rodiči žáků, což bych si před 10 lety nedokázal vůbec představit, že jednou zvládnou, a jsem tomu velmi rád. Bylo by dobré, kdybychom tímto článkem alespoň

náznačkem přispěli k osvětě mezi logopedy. Věřím, že práce s dětmi mimo logopedickou ordinaci má obrovský smysl, a hlavně čas hraje v boji s koktavostí velkou roli.“

Co vzkázat závěrem lidem s koktavostí?

› Filip (26 let): „Práce s koktavostí je zpravidla velice dlouhodobá záležitost. Jakmile začnete s terapií i vy, může ze začátku přijít prudké zlepšení a je to velice hezký pocit, avšak není třeba se zaleknout, pokud přijde i období zhoršení, je to normální. Někdy vám může připadat, že se ta období střídají skoro ve vlnách. Důležité ale je neztrácet naději a s terapií a s prací sám na sobě i přesto pokračovat. S několikaletým ohlédnutím se zpět zjistíte, že vaše nynější špatné období řeči je i tak o poznání lepší než to,

které jste zažívali v minulosti.“

- › Vendy (26 let): „Není třeba ztrácet motivaci nebo naději, pokud se vaše řeč zhorší, protože vždy je šance na zlepšení. Terapie je dlouhodobým procesem na celý život.“
- › Karel (38 let): „Receptem na spokojený život je překonávání překážek. Náš problém boje s koktavostí vyžaduje soustavnou komunikaci a získávání pozitivních zkušeností s mluvením v reálném prostředí. Člověk musí počítat s faktem, že se i přes jeho veškerou snahu budou střídát období s lepšími a horšími projevy komunikace. Po letech ovšem přichází skvělý pocit, že dlouhodobá práce na zlepšení komunikace přináší své ovoce a boří všechny předsudky vůči vlastní neschopnosti běžné řeči, které jsme jako mladí měli.“

Závěr

Koktavost je komplexní a komplikovaná porucha komunikace. Ke skutečnému úspěchu a zmírnění potíží v dospělosti může kromě jiného vést soustavná práce, velké úsilí i přijetí potíží. Každý člověk s koktavostí se vyrovnává se svými obtížemi jiným způsobem, mimo jiné záleží na závažnosti koktavosti, délce trvání obtíží a v neposlední řadě také na náplni a intenzitě odborné logopedické pomoci, případně na podpoře okolí. Co je však skutečnou podporou okolí pro člověka s koktavostí? K podpoře okolí se vyjádřila Vendy: „Alespoň z mého pohledu je podpora okolí poměrně komplikovanou skutečností. Jsem si jistá, že mě okolí

podporuje, ale podle mého to není tak důležité jako vlastní pocit vítězství, když se mi něco podaří plynule vyslovit. Další skutečností je, že okolí, které nežije s koktavostí, mnohdy neví nic o samotné problematice a neví, jak správně podpořit osobu s koktavostí. V mém případě jsem se, doslovně, s podporou od okolí, jakou bych potřebovala, snad nesetkala.“

Domníváme se, že přístup k dětem s koktavostí na základní škole by mohl více směřovat ke snížení vyhýbavého chování a vytváření příležitostí k ústní promluvě, neboť preference písemného zkoušení a zkoušení bez přítomnosti spolužáků z dlouhodobého hlediska může přinášet

žákům s koktavostí i negativa v podobě narůstajícího vyhýbavého chování.

V logopedické práci s dospělými lidmi s koktavostí se snažíme komplexně proměnit všechny oblasti syndromu koktavosti, **vyhýbavé chování**, přístup k prožívání potíží, psychickou tenzi, nadměrnou námahu, dysfluenci, zapojit člověka s koktavostí aktivně do rozhodování a procesu své terapie. Snažíme se flexibilně propojovat terapeutické techniky tvarování plynulosti i modifikace koktavosti při mluvení **v reálných životních situacích**. Máme radost, je-li výsledkem spontánní fluence a akceptovatelná dysfluence, kdy se může vyskytnout občasné lehké zakoktání, ale bez nadměrné námahy a psychické tenze.

Literatura

American Speech-Language Hearing Association, 1995. *Guidelines for Practice in Stuttering Treatment. Special Interest on Fluency and Fluency Disorders*. [online]. [cit. 27.3.2021]. Dostupné z: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/guia_de_tm.pdf

DELL, C. W., 2004. *Koktavost u dětí školního věku: manuál pro logopedickou intervenci*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-075-1.

DEZORT, J., 2019. *Koktavost – návrh komplexního diagnostického a terapeutického programu pro dospělé s koktavostí s důrazem na desenzibilizaci, recidivu a následnou péči*. Disertační práce. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. Školitel doc. PaedDr. Jiřina Klenková, Ph.D. [online]. [cit. 27.3.2021]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/169872/?lang=cs>

FRASER, J. H., ed., 2010. *Účinné poradenství při terapii koktavosti*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-689-6.

FRASER, M., 2011. *Svépomocný program při koktavosti: informace, zásady, postupy*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-899-9.

DE GEUS, E., 2002. *Někdy koktám: knížka pro děti ve věku 7–12 let*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-018-2.

HURLEY, K., 2020. Resilience in Children: Strategies to Strengthen Your Kids. *Psychom.* [online]. [cit. 27.3.2021] Dostupné z: https://www.psychom.net/build-resilience-children?ic=psychomrelatedcontent&utm_medium=germane&utm_campaign=germane_5dc299b87a999968d2108981_10722

JIRSOVÁ, T., 2020. *Životní zkušenost dospělých jedinců s koktavostí*. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého, Filozofická fakulta, Katedra psychologie. Vedoucí práce PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D. [online]. [cit. 27.3.2021]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/5kyevd/37168269>

Kolektiv autorů., 2008. *Koktavost v kazuistikách: úspěchy a nezdary terapie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2478-2.

LECHTA, V., 2010. *Koktavost: integrativní přístup*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-643-8.

LECHTA, V., 2013. Diagnostika poruch fluence. In: CSÉFALVAY, Z. a LECHTA, V. et al. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál, s. 23-55. ISBN 978-80-262-0364-3.

LECHTA, V., 2016. Koktavost. In: LECHTA, V., ed. *Inkluzivní pedagogika*. Praha: Portál, s. 339-342. ISBN 978-80-262-1123-5.

LECHTA, V. a KRÁLIKOVÁ, B., 2011. *Když naše dítě nemluví plynule: koktavost a jiné neplynulosti řeči*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-849-4.

LECHTA, V. a LACIKOVÁ, H., 2002. Terapie zajakavosti. In: LECHTA, V. et al. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Martin: Osveta, s. 171-200. ISBN 80-8063-092-5.

MLČÁKOVÁ, R., 2013. Logopedická kazuistika muže s koktavostí. Bratislava: *Efeta*, roč. XXIII, č. 3, s. 21 (1. část), č. 4, s. 15-18 (2. část). ISSN 1335-1397.

MLČÁKOVÁ, R. a VITÁSKOVÁ, K. 2013. *Narušení plynulosti řeči – vstup do problematiky*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013. ISBN 978-80-244-3719-4.

MLČÁKOVÁ, R., 2014. Koktavost, breptavost a kombinované formy narušení plynulosti řeči. In VITÁSKOVÁ, K. a MLČÁKOVÁ, R. *Student s narušenou komunikační schopností na vysoké škole*. Olomouc: Univerzita Palackého, s. 12-22. ISBN 978-80-244-4213-6.

MLČÁKOVÁ, R. (2019, listopad). *Koktavost – vybrané otázky k logopedické intervenci*. Odborná nepublikovaná přednáška přednesená na 13. sněmu Asociace logopedů ve školství, MŠMT Praha.

- MLČÁKOVÁ, R., 2019. The Case Study of the University Student Who Stutters. In *5th International Conference on Lifelong Education and Leadership for All-ICLEL 2019 Conference Proceeding Book*. [online]. Sakarya: Sakarya University Faculty of Education, s. 773-780. [cit. 27.3.2021]. ISBN: 978-605-66495-7-8. Dostupné z: https://faf348ef-5904-4b29-9cf9-98b675786628.filesusr.com/ugd/d546b1_f41890cc64204060b07dc34405e47250.pdf
- MURRAY, F. P. a EDWARDS, S. G., 2006. *Příběh jednoho koktavého*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-116-2.
- NEUBAUER, K., 2018. Přetrvávající, akcelerovaná a získaná koktavost u dospělých osob. In: NEUBAUER, K. et al. *Kompendium klinické logopedie. Diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, s. 390-401. ISBN 978-80-262-1390-1.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A., 2000. *Aktuální problémy balbutiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0050-2
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A., 2005. *Techniky práce s balbutiky*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1234-9.
- POSPÍŠILOVÁ, L., 2018. Vývojová koktavost. In: NEUBAUER, K. et al. *Kompendium klinické logopedie. Diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, s. 372-390. ISBN 978-80-262-1390-1.
- SHAPIRO, D., 2010. Ukázky práce prof. Davida Shapiro se studenty s koktavostí včetně teorie a výzkumů, z nichž vychází. *Mezinárodní den porozumění koktavosti v České republice*. Brno. Hlavní organizátoři Občanské sdružení Logo, Soukromá klinika LOGO, s.r.o.
- SHIPLEY, K. G. a McAFEE, J. G., 2008. Assessment of Stuttering and Cluttering. In SHIPLEY, K. G., McAFEE, J. G., *Assessment in Speech-Language Pathology*. Delmar: Cengage Learning, 356-387. ISBN 978-1-4240-6425-0.
- ŠKODOVÁ, E. a JEDLIČKA, I., 2007. Narušení plynulosti řeči. In: ŠKODOVÁ, E. et al. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, s. 257-301. ISBN 978-80-7367-340-6.
- WARD, D., 2018. *Stuttering and Cluttering. Frameworks for Understanding and Treatment*. Second Edition. London and New York: Routledge. ISBN 978-1-84872-201-9.

ODKAZY NA ZAJÍMAVÉ ZÁVĚREČNÉ PRÁCE S TEMATIKOU PORUCH PLYNULOSTI ŘEČI

Na tomto místě přinášíme čtenářům výběr závěrečných prací věnujících se problematice koktavosti. Uvedené závěrečné práce se zabývají koktavostí jak z pohledu logopedie, tak psychologie, a mohou odborníkům poskytnout doplňující informace k rozšíření povědomí o této narušené komunikační schopnosti ovlivňující mnoho oblastí života osob s balbuties.

DROZDOVÁ, Monika, 2020. *Pragmatická rovina u jedinců s balbuties*. Diplomová práce. [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Adéla Hanáková, Ph.D. [cit. 2021-06-09].

Dostupné z: <https://theses.cz/id/r5lvyq/>

FABÍKOVÁ, Andrea, 2016. *Terapeutické přístupy k rozvoji pragmatické jazykové roviny u dospělých osob s koktavostí*. Diplomová práce. [online]. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Petr KOPEČNÝ. [cit. 2021-05-08].

Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/h0reo/>

HOLEŇOVÁ, Eliška, 2020. *Tvorba terapeutického materiálu k poruchám plynulosti řeči u dospělé klientely*. Diplomová práce. [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Renata Mlčáková, Ph.D. [cit. 2021-06-09].

Dostupné z: <https://theses.cz/id/8fe97s/>

KUJALOVÁ, Lenka, 2018. *Vytvoření výukového materiálu logopedického video/audio slovníku na téma koktavost*. Diplomová práce. [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Renata Mlčáková, Ph.D. [cit. 2021-06-09].

Dostupné z: <https://theses.cz/id/kbkzix/>

LIBÁNSKÁ, Eva, 2017. *Sebepojetí u jedinců trpících koktavostí ve vymořující se dospělosti*. Diplomová práce. [online]. Brno: Masarykova univerzita, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Katarína MILLOVÁ. [cit. 2021-05-08].

Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/ztg06/>

MARŠÍKOVÁ, Eliška, 2020. *Skupinová terapie u dospělých osob s koktavostí*. Bakalářská práce. [online]. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Sandra SZEWCZYKOVÁ. [cit. 2021-05-08].

Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/yhfsb/>

NOVOTNÁ, Kamila, 2020. *Využití prvků muzikoterapie v terapii balbuties*. Bakalářská práce. [online]. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Tomáš KOHOUTEK. [cit. 2021-05-08].

Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/knnqc/>

OŠLEJŠKOVÁ, Lenka, 2016. *Koktavost a sociální fobie*. Diplomová práce. [online]. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Barbora CHLEBORADOVÁ. [cit. 2021-05-08].

Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/r4pyi/>

PRÁŠKOVÁ, Lucie, 2020. *Koktavost z pohledu dospělé osoby s balbuties*. Bakalářská práce [online]. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Petr KOPEČNÝ. [cit. 2021-05-08].

Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/uhula/>

VĚMOLOVÁ, Jana, 2017. *Koktavost v kontextu duševního zdraví a sociálních vztahů*. Bakalářská práce. [online]. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Lucie PROCHÁZKOVÁ. [cit. 2021-05-08].

Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/a0j58/>

NÁŠ PŘÍSTUP JAKO RODIČŮ JE KLÍČOVÝ

ROZHOVOR O ZKUŠENOSTECH S LOGOPEDICKOU PÉČÍ

Barbora Lichorobiec¹



Barbora Lichorobiec



Eva a Kamil Vašicovi s dcerou a synem

Může nekvalitní mikrofon v době lockdownu přispět ke kýženému zpomalení tempa řeči? Je bonbon dobrá odměna za terapii? Může rodičům při přijetí diagnózy jejich dětí pomoci blízký člověk? Pozvání k rozhovoru pro náš časopis přijali manželé Eva a Kamil Vašicovi z Brna, rodiče dvou dětí – dcerky Mii, která má poruchu plynulosti řeči, a syna Jana, jenž má diagnostikovaný Aspergerův syndrom.

Jak změnil komunikaci u vás v rodině současný lockdown?

K: Je to pro nás velký rozdíl a jsme vyčerpaní. Komunikujeme tady u nás doma všichni čtyři a někdy dost nahlas. V každé rodině je takhle situace obtížná. Ani si nemyslím, že Jendův Asperger a Miuščíno zadržávání jsou něco extra. Všude je to přeci náročné. A musím uznat, že na Evu je kladena ještě větší zátěž, já můžu chodit do práce, změním tak prostředí a trochu upustím páru. Eva je stále zde doma s oběma dětmi a ještě učí.

E: Vedu z domu distanční výuku, která mi zabírá více času než výuka klasická. Náš Jenda je už demotivovaný. Chvilí docházel na rotační výuku, ale to bylo pro nás ještě více zatěžující vzhledem ke specifikům plynoucím z jeho Aspergerova syndromu. Teď se ho snažím motivovat, aby se vůbec převlékl z pyžama. Snažím se držet. Našla jsem si vlastní možnost k upuštění páry. Provozují kondiční chůzi, pomáhá mi hlavně k psychické kondici, denně se snažím nachodit 11 tisíc kroků, což je 8 km. Navíc mi studenti (E. učí na střední škole) na mě také leccos vychrlí. Jsou z téhle doby a situace smutní, zmatení, a navíc to nemohou probrat se svými vrstevníky, a tak mít svou vlastní psychohygienu je pro mě nezbytné.

Ovlivňuje současná intenzivní komunikace doma a vztah mezi sourozenci řeč dcer?

Určitě ano. Mia velmi reaguje na nápetí. I když Jendovy záchvaty jsou už teď v mnohém lepší a jsou méně časté. Každopádně vztahy sourozenců jsou kapitola sama o sobě a kombinace sedmnáctiletého mladíka a malé sedmileté holky v jednom pokoji je prostě náročná. Navíc Mia je perfekcionistka. Je na sebe velmi tvrdá, chce se vyrovnat dospělým, staršímu bratrovi. Zrovna nedávno jsme hráli šibenici. Mia celou hru vzdala mnoho kol

dopředu jen při představě, že by mohla prohrát. Snažíme se jí vysvětlit, že nemusí být ve všem nejlepší.

Kdy obtíže s plynulostí řeči u dcer začaly?

E: V pěti letech, po úpravě výslovnosti R, Ř, která šla velice rychle a snadno. Poté se začalo objevovat zadržávání.

K: Na logopedii docházím s dcerou já. Mia byla vždycky rychlejší na hlavu než na tělo. Čekali jsme, zda se vývoj sladí a neplynulosti ustoupí. Začali jsme chodit na logopedii, kde jsme hráli hry a pořizovali videonahrávky z domácího trénování.

E: Střídají se různá období. Nejvíce se dceru zadržává před nástupem nemoci. Vždy, když se jí výrazněji hůře mluví, se do dvou dnů dostaví horečky. Jako menší trpěla také periodickými horečkami, a to jsme pak z řeči poznali, kdy se horečky dostaví.

Byly a jsou návštěvy na logopedii pro Miu přínosné?

K: Na logopedii v ordinaci se jí daří navodit tempo a plynulost řeči. Je schopna se zklidnit, aby se věnovala tomu, co říká. V sedmi letech toho ale není schopna v přirozeném rozhovoru doma s námi nebo s kýmkoli jiným. Progres v takové té normální běžné řeči jsme zatím nezaznamenali. Zaznamenal jsem, že se Miuška velmi často zadržává, když chce sdělit něco vtipného. Začne se smát, ztratí kontrolu. Jinak jsem na logopedii pochopil, že dítě v terapii potřebuje především hru. Hra je opravdovým klíčem k tomu, jak řeč zkoušet a případně i změnit její stav.

Je něco, co se vám na terapiích nelíbilo?

K: Bonbony jako odměna. Na první logopedii byl výběr z možností bonbon nebo nálepka. Dcera si vykomunikovala nako-

¹ Mgr. Barbora Lichorobiec, e-mail: baralich@seznam.cz.

vždy bonbon. Nemyslím si, že je bonbon dobrá forma odměny z různých důvodů. Třeba u naší Mii je mnohem lepší motivace, že může na příští logopedii přinést obrázek, který si paní logopedka vyvěsí.

E: Chybí mi tam větší domluva, a ano, příklad s odměnou je příhodný. Uvítala bych, kdyby se dalo domluvit, jestli je odměna potřebná, a případně jakou formu zvolit.

Co jste si z terapií vzali pro sebe vy rodiče?

K: Že jsme tady u nás doma všichni „kulometi“ (smích). Že se to týká nás, rodičů.

E: Že to jádro pudla můžeme být skutečně i my. A že náš přístup jako rodičů je klíčový. Přistupovali jsme k terapii, že řešíme Miin problém. Že naše dcera má problém. Teď se na to díváme jako na náš společný problém a s tím souvisí i to, že se na tom musíme společně podílet.

Je něco, co vám pomohlo být menším „kulometem“?

E: Dříve mě hodně rozčilovalo, když mě chtěl někdo v řeči zastavovat, jakkoli mě brzdil. Časem jsem si začala vše skládat více dohromady a v konečném důsledku třeba i ona vyčerpávající distanční výuka mě nakonec také hodně naučila. Špatná kvalita mikrofону nebo slabé internetové připojení při distanční výuce mě vyloženě donutilo v řeči zpomalit.

Jaká doporučení, která zazněla na logopedii, byla nejtěžší?

K: Tak to je bezpochyby doporučení, aby měla dcera během dne třebas jen půl hodiny hlavní slovo. To jsme zjistili, že je pro naše povahy v rodině velmi těžké. A mě i trochu obtěžovala ta videa. Paradoxně ta videa, která nám ale hodně ukázala. Třeba první video jsem dodal na logopedii až natočtvrté.

Čím jste se překvapili během doby, kdy společně pracujete na změnách v plynulosti řeči vaší dcerky? Je něco, čím jste se překvapili navzájem, třeba i jako partneři?

K: Třeba tím, že potřebujeme k řešení sporu někoho třetího. Začali jsme docházet na párovou terapii. Hodně nás to doma všechny zklidnilo. Bubáků je mezi námi méně. Já si vždycky myslel, že jsme na problém dva a že si to musíme umět probrat jen my dva mezi sebou. Dlouho jsem tomu věřil a taky věřím, že si na to musí přijít každý sám. Třeba i tím, že už je úplně dole a neví, jak by si jinak pomohl. Občas naši terapeutce popisují náš partnerský rozpor.

A při tomto popisu někomu třetímu, neutrálnímu, sám začnu vnímat, že to, co jsem vnímal jako velký problém, najednou takovou váhu nemá, anebo dokonce dojdou k tomu, že jde vlastně o banalitu. Rozhodně vztahovou terapii doporučujeme.

E: Udělala jsem na sobě kus práce i se svou terapeutkou. Jsem na sebe hrdá. Odlehčila jsem si. Lépe se mi dýchá.

Jak na neplynulosti reaguje vaše širší rodina nebo přátelé? Respektují vaše doporučení, jak ke komunikaci s dcerou přistupovat? Máte jejich podporu?

K: Snahu jim nemohu upřít, ale obecně nám dodržování doporučení z logopedie v širší rodině nefunguje. Například doporučení „Nechte ji domluvit“, „Dejte jí prostor“ se nedaří u mých rodičů. Uvědomil jsem si, že se jim to nedařilo ani u mě, když jsem byl malý, a to jsem s řečí problém neměl. Snaží se ji opravovat, my už víme, že to není ten správný přístup. Ale prarodiče se nám ukočírovat nedaří.

E: Za sebe mám pocit, že jsou naši rodiče zvyklí na to, že když se situace nevyvíjí podle jejich očekávání, začnou situaci jakoby opravovat, třeba tím, že dělají věci za děti. V případě Mii ji doplňují, když má v řeči neplynulost. Ten prostor nedávají ani Mie, ani Jeníkovi, který má specifické projevy a svůj prostor také potřebuje. Vypozorovala jsem, že naše babi je trpělivější. U dědy je lepší, když je s Miou někde bokem. Ale pokoušíme se o změnu v přístupu širší rodiny každou návštěvou. Přerušim je, připomenu jim, co Mia potřebuje. Někdy se to potká s úspěchem, někdy ne.

Měli byste pro nás terapeuty nějaká doporučení?

E: Myslím si, že přirozenou součástí terapie by mělo být občasné sezení jen s rodiči, aby si mohli doporučovanou techniku sami nerušeně vyzkoušet. Pochopit blíže, jaký to má vliv na řeč. Často jsem nechápala smysl zadaného. Rozumím tomu základnímu, že to bude ku prospěchu Mii, ale chtěla bych tomu rozumět víc do hloubky.

K: Abyste nebrali jako automatismus, že dítě půjde samotné do ordinace, bez rodiče. Ale jinak je radost vidět, jak se k vám logopedům děti těší. Jak se těší, že budou mít prostor se třeba pochlubit, sdělit vám, co je pro ně zrovna důležité.

Je něco, na co jsem se měla zeptat a nezeptala se?

E: Ano, na to, co je pro nás rodiče nejhorší. Pro mě nejhorší u této diagnózy je, že nevím, jaký bude časový horizont a vývoj. Mám zkušenosti už u prvního dítěte s přjetím diagnózy Aspergerova syndromu. Prošla jsem všemi pěti fázemi smutku. A prošla jsem si je opravdu všechny. Teď s odstupem několika let jsem smířená, že Jeník nikdy nebude běžně navazovat a prožívat sociální vztahy. U Miuščiny koktavosti... když nevím, jak se stav řeči bude vyvíjet, tak ani nevím, kdy k fázi smíření dojdou. Jsem ráda, že to mohu řešit s terapeutkou a že společnost začala přijímat, že chodit k terapeutovi není nic extra. Jak říkává má terapeutka: „Necháme si starat se o vlasy, auto... proč by to mělo být jinak u naší duše?“

Myslíte, že v těžké chvíli, třeba při řešení diagnózy dítěte, může pomoci blízký člověk?

E: Asi může u některých lidí, ale já tu zkušenost nemám. Tvůj blízký člověk na tebe v rámci toho, že ti chce pomoci, přenáší své emoce, a to může být vlastně matoucí i zatěžující. Také ti pravděpodobně navrhne řešení či cestu, jak z problému ven, podle toho, co myslí, že by ti asi vyhovovalo, a jaké si myslí, že máš možnosti. Při pomoci terapeuta, tedy člověka, který mě nezná, si dost často najdu cestu sama. Díky němu můžu nahlížet na daný problém různými způsoby, a to mi nakonec ukáže třeba i více možností. To jen tak někdo neumí. Ten, kdo mě zná, bude doporučovat cestu podle mě, a ta tou pravou být nemusí.

Je to vlastně takové kouzlo, vidíte?

Ano, je to kouzlo.

LIDEM KOKTÁNÍ NEVADÍ TAK MOC, JAK SI NĚKDY MYSLÍME

ROZHOVOR O ŽIVOTĚ ČLOVĚKA S KOKTAVOSTÍ

Mgr. Petr Šmíd, DiS.¹



Petr Šmíd



Štěpán Kotek

Bc. Štěpán Kotek je programátor, který se ve volném čase věnuje dobrovolnické práci, v poslední době strávil několik měsíců v uprchlickém táboře ve Vídni. Sám o sobě říká, že koktá od narození, ale zas tak moc mu to nevadí. Prošel několika terapiemi kóktavosti, převážně v dětství, následně ještě při studiu na vysoké škole. V současnosti již logopedickou péči nevyhledává.

Celé toto číslo LKL se věnuje poruchám plynulosti řeči. Neplynulost, která se projevuje ve tvém případě, má více pojmenování. Které pojmenování preferuješ ty?

Kóktavost, každý hned ví, o čem to je.

Známe se už mnoho let a prakticky celou dobu se potýkáš s nějakou formou neplynulosti řeči. Pamatuješ si nějaký moment, který neplynulost způsobil?

Ne, mám to už od narození.

Jsi velice komunikativní a společenský člověk, jak se s neplynulou řečí vyrovnáváš?

Osobně mně kóktání nevadí, pokud se na jednom místě nezadržávám až moc. Většinou když to okolí neřeší, tak já to taky neřeším.

S jakými reakcemi okolí se setkáváš nejčastěji?

Většinou to lidé ignorují, buď ze zdvořilosti, nebo jim to nevadí.

Chodil jsi někdy na terapii ke klinické logopedce?

Ano, hlavně když jsem byl dítě.

Pamatuješ si, jak terapie probíhala, případně jak ti pomohla?

Těch terapií jsem zkoušel víc, buď šlo o zpívané mluvení, nebo o vázání slov k sobě, a byly tam i další. Pokaždé jsem se dočasně zlepšil, jenom nevím, jestli to bylo kvůli terapii, nebo proto, že jsem se soustředil na mluvení.

Absolvoval jsi nějaký vícedenní, dlouhodobý diagnosticko-terapeutický pobyt v nějakém zařízení?

Byl jsem několik měsíců ve foniatrické klinice na Žitné.

Máš za sebou více typů terapií, se kterou jsi byl nejspokojenější?

Nejlepší mi přišla poslední, kde jsme se soustředili na správnou výslovnost c, s, z a podobných hlásek. Nekóktavost byla vlastně jenom vedlejší projev.

Pracuješ hodně s lidmi nebo mezi lidmi, vnímáš kóktání jako nějaký handicap?

Ne.

Co tobě osobně nejvíce pomáhá vyrovnávat se s kóktáním?

Lidem to nevadí tak moc, jak si někdy myslíme.

Byla kóktavost nějakou překážkou při tvém studiu? Co je tvým oborem?

Věnuju se informačním technologiím, takže mi to nijak nepřekáželo.

Co teď děláš a čím se živíš?

Jsem programátor.

Vím, že máš velký smysl pro humor, vybavíš si nějakou úsměvnou příhodu s kóktáním?

Rád sbírám vtipy o kóktání.

Můžeš nějaký uvést?

„Ahoj Karle, jak žiješ?“ „Ále, do-do-dobře.“ „Čím se teď živíš?“ „Ále, prodávám bi-bible.“ „Ty prodáváš bible? A to ti vynáší?“ „Ja-ja-jasně! Mám p-plné ka-ka-kapsy pe-peněz!“ „Vážně?! A jak je prodáváš?“ „No-normálně! P-p-přijdu, za-za-zazvoním a po-povídám: Do-do-dobrý den! Já pro-pro-dávám bi-bibli! Ko-koupíte si je-jednu, ne-ne-nebo vám ji p-p-přečtu!“

A nějakou méně úsměvnou?

Asi ne.

¹ Mgr. Petr Šmíd, DiS., pracoviště klinické logopedie, Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé, Košumberk 80, 538 54 Luže, Česká republika. E-mail: smid@hamzova-lecebna.cz.

DOSPĚLÍ JEDINCI S CHRONICKOU KOKTAVOSTÍ ČASTO REZIGNUJÍ NA SVOU SITUACI, POMOCI JIM MOHOU MOTIVAČNÍ ROZHOVORY

ROZHOVOR S PSYCHIATREM MICHALEM RASZKOU

Markéta Zatloukalová¹



Markéta Zatloukalová



Michal Raszka

MUDr. Michal Raszka, Ph.D. působí jako psychiatr na akutním psychiatrickém oddělení CNS-Centra Třinec, s. r. o., a také jako psychoterapeut v soukromé psychoterapeutické praxi. Jako psychoterapeut se zabývá úzkostnými poruchami, tématem traumatu, disociace, propojením neurobiologie a psychoterapie. Zabývá se také lektorskou činností, absolvoval výcvik v metodě motivačních rozhovorů.

Pane doktore, jaké psychické poruchy jsou u osob s kocktavostí nejčastější?

Obecně se jedná o úzkostné poruchy. Prevalence výskytu úzkostných poruch u lidí s kocktavostí vyhledávajících terapii je v případě sociální fobie 16krát vyšší ve srovnání s běžnou populací, 6krát vyšší u panické poruchy a 4krát u generalizované úzkostné poruchy. Nejčastější komorbidita u kocktavosti je asi sociální fobie. Studie zaměřená na tuto problematiku prokázala její výskyt až u 46 % dospělých s kocktavostí.

Jaké jsou vaše osobní zkušenosti s pacienty s kocktavostí?

Ve své dosavadní praxi jsem se setkal jen s dvěma takovými pacienty. Jedním z nich byla žena, která trpěla právě sociální fobií a depresí. Docházela k nám na skupinovou terapii. Byla nadprůměrně inteligentní a chtěla se dostat ze svých úzkostných a depresivních stavů, aby mohla přednášet. Pracovala na svém sebevědomí, které bylo dost poznamenáno. Ne však pouze samotnou kocktavostí, ale celkovým rodinným prostředím.

To není příliš vysoké číslo vzhledem k tomu, jak často se úzkostné poruchy u jedinců s kocktavostí vyskytují. Máte nějaké vysvětlení, proč lidé s kocktavostí tak málo vyhledávají psychiatrickou péči?

Mám několik hypotéz. Jednou z nich je, že dospělí s kocktavostí spojují svoje nepříjemné pocity pravděpodobně především s mluvením a vkládají proto naděje do logopedické terapie s cílem zmírnit příznaky v řeči. Spolu s eliminací projevů kocktavosti pak očekávají také eliminaci úzkostných stavů. Pokud pacient neví, že trpí úzkostnou poruchou, tak nemá důvod navštívit psychiatra.

Dalším důvodem pak může být přetrvávající stigmatizace psychiatrické péče. Kocktavost sama o sobě může pro člověka být velké stigma. Natož aby se ještě odvážil jít na psychiatrii.

Samozřejmě je také možné, že si už jedinec vytvořil určité mechanismy, které mu pomáhají se na danou situaci adaptovat, takže psychiatrickou péčí ani psychoterapii již nepotřebuje.

Existuje nějaký nástroj, kterým by bylo možné snadno zjistit, zda pacient trpí úzkostnou poruchou?

Ano. V praxi je používán Liebowitzův dotazník sociální fobie, pomocí kterého velmi rychle zjistíme, jak na tom pacient je.

Uvedl jste, že jste měl v péči asi dva pacienty s kocktavostí. Spolupracovali jste v rámci jejich terapie s klinickým logopedem?

Ne, nesetkal jsem se doposud s pacientem, kterému by byla psychiatrická péče doporučena klinickým logopedem, ani s žádným nespolečným. Naopak z příkladu pacientky uvedené výše lze usoudit, že pacienti s kocktavostí, kteří psychiatrickou péčí vyhledávají, přicházejí spíše z důvodu nepříjemných úzkostných stavů způsobených jinými příčinami a kocktavost je jen další z nepříjemných věcí, která se jim děje.

Může podle vás samotná psychiatrická léčba či psychoterapie vést ke zlepšení kocktavosti?

Z dostupných dat je zřejmé, že samotná psychoterapie ke zlepšení projevů v řeči nevede.

¹ Mgr. Markéta Zatloukalová, Rehabilitační ústav Kladruby, Kladruby 30, 257 62 Kladruby u Vlašimi, Česká republika. E-mail: marketa.zat@email.cz.

U dospělých chronickým balbutiků, kteří již prošli řadou terapií, se jako logopedi můžeme setkat s určitou rezignací na situaci. Můžeme i těmto pacientům nějak pomoci, aby u terapie setrvali?

Dospělí pacienti opravdu mohou mít pocit, že vyzkoušeli už všechno možné, a přesto jim nikdo nedokázal pomoci. Ztrácejí pak motivaci se situací cokoliv dělat a vyhledat dalšího terapeuta. Jednou z možností, kterou používám i já v rámci psychoterapie, jsou motivační rozhovory.

Můžete nám tuto metodu představit?

Motivační rozhovory vycházejí z rogeriánské psychoterapie, tedy terapie zaměřené na člověka. Její podstatou je důvěra v člověka. Pomocí afirmací člověku zrcadlíme jeho hodnotu, a tím mu pomáháme získat sebevědomí. Zdůrazníme například, co dokázal i přesto, že koktá. Oceníme také to, že k nám chodí a pracuje na sobě, i když je to pro něj náročné. Tím ho také motivujeme k tomu, aby pokračoval dál, i když se výsledky nedostavují hned.

V čem konkrétně by motivační rozhovory mohly být klinickým logopedům nápomocné?

Například právě v tom, jak pacienty přimět k využití i jiných terapeutických služeb. V rámci výcviku motivačních rozhovorů se učí různé techniky, jak navázat s pacientem vztah, jak zmapovat jeho potřeby, nabídnout mu různé alternativy nebo jakým způsobem reflektovat to, co říká. Techniku lze využít také u dětí při práci s jejich rodinou. Dále může být tato technika využitelná při snaze vrátit balbutikům jejich sebevědomí.

Je výcvik v metodě motivačních rozhovorů náročný?

Vůbec ne. Tato technika je velmi jednoduchá, a přesto funkční. Já osobně mám právě proto motivační rozhovory jako psychoterapeut moc rád. Je to technika, která se dá snadno naučit, je srozumitelná, strukturovaná a základní výcvik trvá tři víkendy. Bližší informace je možné zjistit na webu Motivacnirozhovory.cz.

RECENZE KNIHY

MÝTY A FAKTA O AUTISMU

Lucie Nohová¹ 



Lucie Nohová

Autismus je neurovývojová porucha charakterizovaná deficitem v sociální interakci a komunikaci. Přítomné jsou též omezené, opakující se vzorce chování, zájmů či aktivit. (Raboch a kol., 2015) Publikací na téma poruch autistického spektra (PAS) vznikla v tuzemsku již celá řada. Některé z nich jsou zaměřené na problematiku autismu v celé šíři (např. Thorová, 2016; Šporclová, 2018; Hrdlička, Komárek, 2014; Nesnídalová, 1994), jiné se věnují konkrétní oblasti a jsou určeny odborníkům z řad pedagogů, speciálních pedagogů a psychologů (např. Šarközyová, 2020; Žampachová a kol., 2020; Bazalová, 2017; Bittmanová, Bittman, 2017; Vitásková, Kytarňarová, 2017; Čadilová, Žampachová, 2016; Říhová, Vitásková, 2012). Rozrůstá se též řada (nejen) biografických publikací věnující se příběhům osob s poruchou autistického spektra (např. Hošková, 2020; Selner, 2019; Selner, 2017; Schovanec, 2017; Pátá, Hájek, 2016; Votyová a kol., 2015; Schovanec, 2014; Makovcová, 2013; Pátá, 2008; Pátá, 2007).

Publikace *Mýty a fakta o autismu* je jiného zaměření a název zcela vystihuje její obsah. Autor se snaží o předložení faktů (spíše než primárně o vyvrácení mýtů), a to na základě studia výzkumů, často typu

systematických review a metaanalýz, které jsou v rámci vědy založené na důkazech na nejvyšší úrovni. (ASHA, 2021) Většinou jsou tato fakta prezentována pochopitelnou formou, a tak odpovídají cílové skupině rodičů a populárně-naučnému zaměření publikace. V některých případech je však patrná tendence uchylovat se k příliš vědeckému stylu psaní, bez vysvětlení odborných termínů, které nemusí být pro laika srozumitelné. Například „*Bilaterální destrukce způsobuje...*“ (s. 86), „...*skrze extenzivní perceptuální trénink.*“ (s. 118), „*Studie byla koncipována jako follow-up...*“ (s. 126) a jiné. V kapitole o lécích užívaných k léčbě nejrozličnějších symptomů přítomných u osob s PAS se vyskytuje velké množství lékařských termínů, které mohou být i pro jiné než lékařské odbornosti výzvou, např. „*Risperidon nepůsobí... ani prokonvulzivně, nemá anticholinergní nežádoucí účinky ani nepůsobí hematotoxicky. Naopak má větší afinitu k extrapyramidovému systému, ...*“ (s. 131).

Kniha není učebnicí, proto nemá standardní členění kapitol, byť vnitřní logiku lze v jejich uspořádání nalézt. Každá jednotlivá kapitola (bez úvodu celkem 38) se zabývá konkrétním tématem (např. vlivem oxytocinu na léčbu autismu, screeningem autismu či ošetřením osob s autismem v praxi lékařů). Prezentována jsou témata málo známá: v kapitole *Historie jedné krádeže* se dovídáme o příslušnosti prvenství objevu autismu – unikátní; v kapitole *Máme dětem s autismem rutinně snímkovat mozek?* je obhajován přínos užití magnetické rezonance v komplexní diagnostice dětí s autismem – společensky „rezonující“; v kapitole *Spory a podvody kolem očkování* je vyvrácen a vysvětlen vztah autismu a očkování pomocí vakcín MMR – i tato kapitola je s okamžitým praktickým přesahem; v kapitole *Mají děti*

s autismem odlišný čich? je prezentován výzkum s výsledkem doporučení, kterým vůním dětí s autismem nevystavovat, „*aby nedošlo k nepředvídatelným reakcím...*“ (s. 78). Zajímavé jsou též kapitoly odkazující na osobnosti či publikace vztahující se k autismu s přímými citacemi i hodnocením (např. *Autobiografie lidí s autismem*, *Dětský psychiatr povýšený do šlechtického stavu*, *Magie Catherine Lordová*, *Antropoložka na Marsu*).

Pro klinické logopedy mohou být zajímavá témata vztahující se k vysvětlení nárůstu prevalence PAS (*Proč narůstá počet případů autismu?*), etiologii autismu (*Předčasně narozené děti a autismus*), diferenciální diagnostice z pohledu psychiatra (*Umění diferenciální diagnostiky*) či vlivu internetu a informovanosti rodičů v problematice PAS na jeho časnou diagnostiku (*Jak internet ovlivňuje diagnostiku autismu?*). Neméně přínosné je nastínění problematiky alternativních přístupů k autismu, včetně diet a imunologické problematiky (*Česká lékařská komora varuje*) a stručně též behaviorální a speciálněpedagogické intervence (*Účinné behaviorální intervence*). Poslední zmíněné může sloužit jako zdroj a odkaz na další možné formy intervence, včetně aplikované behaviorální analýzy a programu Early Start Denver Model.

Na závěr knihy autor nabízí psané rozhovory s některými osobnostmi (např. zakladatelkou občanského sdružení AUTISTIK Miroslavou Jelínkovou, zakladatelkou občanského sdružení Asociace pomáhající lidem s autismem APLA Kateřinou Thorovou či neuroložkou Hanou Ošlejškovou).

I přes některé výše zmíněné nedostatky, týkající se zejména srozumitelnosti vědeckých a medicínských termínů, je kniha vhodná pro všechny zájemce

¹ Lucie Nohová, Mgr. Ústav speciálněpedagogických studií, Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Žižkovo nám. 5, 779 00 Olomouc, Česká republika.
E-mail: lucie.nohova01@upol.cz. ORCID: 0000-0002-5110-3347.

o problematiku PAS. Kliničtí logopedi z ní mohou čerpat relativně aktuální poznatky o této problematice z různých oblastí. Těž na ni mohou odkazovat rodiče dětí s autismem, kteří v ní naleznou nejnovější informace i tipy na publikace a další podněty

k následnému studiu. Nejedná se o publikaci, která by podávala vyloženě základní informace o PAS, hlubší poznatky z jedné oblasti ani metodické postupy práce s osobami s autismem. Spíše jde o knihu s širším, více či méně rozpracovaným záběrem

do různých oblastí s cílem nabídnout fakta. Každý čtenář v ní může najít svůj zájem a rozšířit si tak vědomosti z oblasti poruch autistického spektra.

Literatura

ASHA [American Speech-Hearing-Association], 2020. *Bias, Appraisal Tools, and Levels of Evidence*. [online]. Rockville, USA: ASHA [cit. 15. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.asha.org/research/ebp/bias-appraisal-tools-and-levels-of-evidence/>

BAZALOVÁ, B., 2017. *Autismus v edukační praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1195-2.

BITTMANOVÁ, L., BITTMAN, J., 2017. *Podpora začlenění žáka s autismem do třídního kolektivu*. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88163-53-4.

ČADILOVÁ, V., ŽAMPACHOVÁ, Z., 2016. *Tvorba individuálních vzdělávacích plánů: Pro žáky s poruchou autistického spektra*. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88163-39-8.

HOŠKOVÁ, M., 2020. *Matěj maluje mapy*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1645-2.

HRDLIČKA, M., 2020. *Mýty a fakta o autismu*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1648-3.

HRDLIČKA, M., ed., KOMÁREK, V., ed., 2014. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0686-6.

MAKOVCOVÁ, J., 2013. *Maminko, nezpívej*. Blansko: ALMI. ISBN 978-80-87494-11-0.

NESNÍDALOVÁ, R., 1994. *Extrémní osamělost*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-024-3.

PÁTÁ, P. K., 2007. *Mé dítě má autismus*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2185-9.

PÁTÁ, P. K., 2008. *Mé dítě má autismus: příběh pokračuje*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2683-0.

PÁTÁ, P. K., HÁJEK, P. M., 2016. *Svět očima dítěte s autismem*. Praha: Beletris. ISBN 978-80-7520-086-0.

RABOCH, J., ed. et al., 2015. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum. ISBN 978-80-86471-52-5.

ŘÍHOVÁ, A., VITÁSKOVÁ, K., 2012. *Logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra: odborná publikace pro logopedy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2908-3.

SELNER, M., 2019. *Autismus & Chardonnay. Pozdní sběr*. Praha: Paseka. ISBN 978-80-7432-975-3.

SELNER, M., 2017. *Autismus & Chardonnay*. Praha: Paseka. ISBN 978-80-7432-862-6.

SCHOVANEK, J., 2014. *O kolečko míř: můj život s autismem*. Praha: Paseka. ISBN 978-80-7432-497-0.

SCHOVANEK, J., 2017. *Vítejte v Autistánu: výpravy do lidské mysli a na nejpřekvapivější místa světa*. Praha: Paseka. ISBN 978-80-7432-789-6.

ŠARKÖZIOVÁ, L., 2020. *Jak pracovat s dítětem s poruchou autistického spektra (PAS)*. Praha: Powerprint. ISBN 978-80-7568-241-3.

ŠPORCLOVÁ, V., 2018. *Autismus od A do Z*. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88163-98-5.

THOROVÁ, K., 2016. *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0768-9.

VITÁSKOVÁ, K., KYTNAROVÁ, L., 2017. *Pragmatická jazyková rovina u osob s poruchami autistického spektra: (hodnocení pragmatické jazykové roviny u osob s poruchami autistického spektra z pohledu logopeda)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5214-2.

VOTYOVÁ, S., ed. et al., 2015. *Nedávejte do hrobu motýla živého: příběhy lidí s autismem*. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-260-2801-7.

ŽAMPACHOVÁ, Z. et al., 2020. *Katalog podpůrných opatření: dílčí část: pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu poruchy autistického spektra nebo vybraných psychických onemocnění*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5713-0.

RECENZE KNIHY

HRY NA ROZVOJ VERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Petra Křížkovská¹



Petra Křížkovská

Autorem recenzované knihy je klinický logoped Petr Staníček. Obsah knihy koresponduje s jejím názvem. Čtenáře seznámí se širokým repertoárem her, které je možné využít v podpoře cíleného rozvoje verbální komunikace. Některé z her jsou již známé a téměř tradiční, jiné jsou upraveny a další jsou inspirované praxí autora.

Publikace je velmi přehledně koncipována. Obsah knihy je členěný do čtyř

hlavních částí, kterým předchází krátká kapitola věnovaná motivaci. Zájemci (především z řad rodičů) úvodní kapitolu o motivaci a přínosu her obecně ocení. Petr Staníček zde popisuje význam motivace, kterou současně chápe jako nedílnou součást každé herní aktivity. Jednotlivé hry jsou v knize jasně a stručně popsány. V příloze knihy mají čtenáři k dispozici obrázkové a textové materiály k některým hrám. Pokud jsou ke hře potřebné pomůcky, je u popisu hry uveden jejich seznam.

První kapitolu autor věnuje záměrně seznamovacím hrám, protože prvotní kontakt s dalšími účastníky ve skupině je v počáteční fázi skupinových aktivit sťěžejní. Tématem druhé kapitoly jsou hry vhodné k rozřazení hráčů do skupin. Tato část zaslouží pozornost především pedagogů, vychovatelů, rodičů a mnoha dalších. Cílem je jakési „přirozené“ rozdělení hráčů, čímž odpadá mnohdy nepříjemné dělení dle pokynů organizátora hry. Hry, které lze hrát ve dvou a více hráčích, zařadil

Petr Staníček do předposlední kapitoly. Poslední kapitola popisuje skupinové hry. Ty jsou výhodné zejména pro nastolení spolupráce v kolektivu hráčů.

Všechny hry v publikaci se zaměřují na rozvoj verbální komunikace. Podporují rozvoj slovní zásoby, vyjadřovací dovednosti, utváření souvislosti a zároveň představují vhodnou formu relaxace. Svým zaměřením jsou určeny všem věkovým skupinám. V praxi ji mohou využít nejen logopedi, ale i psychologové, speciální pedagogové, rodiče, aktivizační pracovníci atd. Vzhledem k nenáročným pomůckám lze hry využít také v online setkávání (i když osobní kontakt je výhodnější). V knize autor uvedl dva cíle, které by měla publikace plnit. Jde o rozšíření nabídky komunikačních her a snahu sblížit osoby v kolektivu prostřednictvím mezilidské komunikace. Oba tyto cíle publikace naplnila.

Literatura

STANÍČEK, Petr, 2020. *Hry na rozvoj verbální komunikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2429-9.

¹ Mgr. et Mgr. Petra Křížkovská, Ph.D., Ambulance klinické logopedie, Peškova 6, 779 00 Olomouc, Česká republika. E-mail: Petra.Krizkovska@seznam.cz.

MOJÍ MOTIVACÍ JE ZÁKLADNÍ LIDSKÁ POTŘEBA MÍT MOŽNOST VĚCI OVLIVNIT

ROZHOVOR S MUDR. LIBOREM ČERNÝM (NEJEN) O JEHO PRÁCI V IPVZ

Barbora Richtrová¹



Barbora Richtrová



Libor Černý

MUDr. Libor Černý, Ph.D. je foniatr a člen Sekce pro foniatrii a audiologii České společnosti otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku. Je vedoucí subkatedry Foniatrie, pedaudiologie a klinické logopedie při IPVZ. Dlouhodobě pracuje na Foniatrické klinice 1.LF UK a VFN v Praze. Intenzivně se věnuje přednáškové a publikační činnosti. Má rád četbu, hudbu a dobrodružství.

Libore, jsi vedoucí subkatedry na IPVZ, která je určená i pro klinické logopedy. Víš, že dochází k určité proměně vzdělávání pro foniatry a klinické logopedy. O jaké změny jde?

U foniatrů se nijak nemění náplň, jen je v jednání míra zkrácení doby specializační přípravy. A to především pod tlakem MZ ČR a některých členů ORL společnosti. U klinické logopedie je plánovaných změn více – příprava novějšího vzdělávacího programu se teď diskutuje s profesní organizací, potom bude začleněna do programu IPVZ. Z dlouhodobého hlediska se pracuje především na kvalitnějších propojení s medicínskými znalostmi. Hodně se v tom angažuje doc. Neubauer.

Je něco, co ty bys rád sám změnil nebo dělal jinak?

Toho je hodně a nechci nudit dlouhými úvahami. Pokud bych měl vybrat něco, co vidím jako společný a zásadní moment obojího, potom je to potírání formalismu. Asi je to u nás trochu celopopulační problém: snaha věci obejít, ošidit, splnit jen formálně... Potom můžou být pravidla nastavena jakkoli, a stejně to nebude fungovat dobře. Týká se to garantů vzdělávání, akreditací, někdy i vlastní praxe. Chci tyhle věci měnit, ale připadá mi to stále složitější – civilizačně se vždy s vývojem společnosti její chod stále více byrokratizuje, a tím se zmenšuje prostor pro „zdravý rozum“ a cit.

Co se týká seminářů na IPVZ pro foniatry a klinické logopedy – zajímalo by mě, jaký je klíč pro volbu témat a frekvenci pořádání seminářů?

Frekvence je nastavená historicky a kapacitou. Společné semináře bývaly dvakrát ročně a při existenci osmdesáti kateder a subkateder IPVZ bývá složité vybrat termíny s volnou kapacitou prostor v ILF a nekolidující s jinými vzdělávacími akcemi foniatrů a logopedů. Témata jsou volena jednak jako základní okruhy, ke kterým lze zajistit relevantní přednášející, jednak jsou doplňována témata podle přání posluchačů.

Jak ty osobně vnímáš týdenní Specializační kurz na IPVZ pro logopedy ve zdravotnictví?

Týdenní kurzy Základního kmene slouží k posunu absolventů pedagogických fakult blíže k medicínské úrovni. Specializační kurz dává možnost soustředit vzdělávání ve více tématech. Oba kurzy jsou požadovány současným obecným systémem dvouúrovňové přípravy. Jejich náplň obměňujeme podle zkušeností s opakovanými nedostatky v přípravě, zjištěnými při

¹ Mgr. et Mgr. Barbora Richtrová, Klinická logopedie a poradenství, Na Náměstí 395, 252 06 Davle, Česká republika. E-mail: barbora.richtrova@gmail.com.

specializačních stážích a při atestacích, a není dogmatem. Celková náročnost je tak částečně určována výsledky těch slabších. Mně osobně by více vyhovoval systém většího nároku na kvalitu přípravy vlastním garantem. Potom by centrálně organizované kurzy mohly být určeny pro specializovanější témata, aniž by narůstal jejich celkový objem.

Jsi zaměstnancem IPVZ velmi dlouho, co je pro tebe motivací tuto funkci zastávat?

Motivace je pochopitelná – základní lidská potřeba mít možnost věci ovlivnit. Zpočátku to vlastně byla snaha nezklamat svého učitele, prof. MUDr. Milana Laštovku, který mi kdysi dal najevo, že mi věří a byl by rád, kdybych to dělal. Později jsem si postupně uvědomoval, že je mnohem příjemnější mít možnost se na věci aktivně podílet, než pasivně sledovat, co život přináší. Většinou víc mrzí, o co se člověk aspoň nepokusil, než co udělal, i když třeba ne vždy úplně bez chyby.

Jsi také dlouhodobým členem atestační komise pro klinické logopedy. Vnímáš nějaké rozdíly v připravenosti nastupující generace a těch předchozích?

Asi to nedokážu úplně odpovědně posoudit – jednak nevím, jak přesně si pamatuji atestace před 10 až 20 lety, zároveň nevím, jestli jsem schopný posoudit, jak se posunuly moje nároky. Celkově mám pocit, že se dříve i nyní střídají velmi dobří i slabí adepti atestace. Myslím, že je to většinou dané osobností, ne vzdělávacím programem. Možná mám pocit, že se zhoršuje (nebo jsem na to citlivější) schopnost vyjadřování – formulovat myšlenku s vědomím skutečného obsahu použitých termínů.

Proměnil se nějak způsob zkoušení a nároky na znalosti budoucích klinických logopedů?

Způsob zkoušení se v základu nezměnil – samostatná písemná práce, praktická zkouška, tři teoretické otázky. Došlo k přeformulování zkušebních otázek tak, jak se vyvíjí obor. Nároky na znalosti se přirozeně mění, protože přibývá dobře dostupných a kvalitních zdrojů informací. Přirozeně chceme vidět, že se je budoucí kolegové snažili využít a pochopit.

Na Foniatrické klinice VFN a 1. LF UK Praha probíhají také specializační stáže, na kterých jsi přítomen. Jak je vnímáš?

Při stážích budoucích klinických logopedů se s účastníky potkáváme celkem krátce. Jsem rád, že mají možnost aspoň nahlédnout na náplň práce v ordinaci tak blízké spolupracující profese. Zároveň se snažím tohle setkání využít k doplnění jejich vědomostí v oblastech, kde se častěji setkávám s nepřesnostmi v porozumění.

Od října 2020 probíhá první ročník Akreditovaného kvalifikačního kurzu Logoped ve zdravotnictví na 1. lékařské fakultě UK, bude realizován především na Foniatrické klinice 1. LF UK a VFN Praha. Co to pro vás na klinice znamená? A bude nějaké propojení kurzu s IPVZ?

Pro Foniatrickou kliniku to znamená zvýšení zátěže některých lidí, komplikaci v organizaci času a místa. Ale každá změna systému nese příležitost k uvědomění si nedostatků a pozitivnímu posunu. Navíc cítím, jak je tahle forma vzdělávání potřebná. Podařilo se to zahájit jedině díky péči a cílevědomosti docenta Karla Neubauera. S IPVZ je propojení jen minimální.

Vím, že v ambulanci pracuješ s velmi širokým spektrem diagnóz. Je nějaká diagnóza, která je ti nejbližší?

Jednu určit neumím. Asi nejvíc času, a rád, trávím péčí o miminka s vadou sluchu. To vidím jako věc s nejvýznamnějším dopadem na další život. Je potřeba být rychlý, efektivní a zároveň vybalancovat spolupráci s rodiči. Taky rád odkrývám tajemství – a diagnostika sluchu v raném věku bývá trochu jako řešení logických hádanek. Stejnou hádankou bývá někdy i diagnostika poruch hlasu. Hlavně v případech, kde se do poruchy promítá psychika.

Nedávno jsi úspěšně získal doktorský titul a v disertační práci ses věnoval presbykuzii. Proč toto téma?

Jednak senioři s vadou sluchu jsou významnou částí mojí klientely, takže je snadno dostupný opravdu velký soubor pro sběr dat z vyšetření. A zároveň výzkum presbyakuze má zase zajímavé přesahy do neurologie, centrálních nervových procesů i psychosociálních problémů.

Co bys do budoucna přál foniatrii a klinické logopedii?

Co nejvíce zvědavých a poctivých zájemců o obor. A co nejméně reorganizačních

centrálních zásahů, kde se snaha o seberealizaci někoho od úředního stolu může stát důvodem ke ztrátám funkčních mechanismů. Ať se věci vyvíjí přirozeně.

Co tě čeká v nejbližší budoucnosti?

Znáš někoho, kdo ví, co ho čeká? Chceš, aby se zase Bůh smál, až uslyší naše plány? Mám rád Nohavicův text písničky Těšínská („Kdybych se narodil před sto lety...“).

Když si uvědomím, co vše děláš, napadá mě na závěr otázka, jak relaxuješ? Co tě nabíjí a dodává ti elán pokračovat v tom, co děláš?

Toho je hodně. Super věc k odreagování je fyzická práce. Taky beletrie. Emočně jsem závislý na hudbě. Ideálně s texty jako od Cohena. Vztahy s blízkými. Lyže, hory, lezení, cestování. Příroda – podzimní zahrada nebo les. V přírodě je nejsnazší uvědomit si, jak je život fajn...

NAZÁLNÍ A ORÁLNÍ RESPIRACE V LOGOPEDICKÉ PÉČI A KONTEXTU ADENOTOMIE

NASAL AND ORAL RESPIRATION IN SPEECH – LANGUAGE THERAPY WITHIN THE CONTEXT OF ADENOTOMY

Eliška Šlesingrová¹, Kateřina Vitásková², Alena Korpová³



Eliška Šlesingrová



Kateřina Vitásková



Alena Korpová

Abstrakt

Príspevok popisuje dôležitosť sledovania spôsobu dýchaní u detí (nejčastejšie predškolského veku), s dôrazom na bráničnú nazálnu respiráciu v logopedickej péči; zamieňuje sa podrobne na dôsledky neadekvátnej dlhodobé a zafixované orálnej respirácie, vrátane prechodu do rôznych vedných oblastí a v kontextu hlbších súvislostí. Ďalej prináša shrnutie dôležitých dosavadných zistení v oblasti prístupu najbližšieho okolia dieťa (zejména rodičov). V závere nastiňuje ďalší možný vývoj tématu a oblastí, ktoré by mohli pri hlbšom bádání priniesť nový pohľad na problematiku s cieľom čo najefektívnejšie zabrániť negatívnym dopadom či zatěžujúcim riešením, ktoré sú pre dieťa raného veku náročné.

Abstract

The paper describes the importance of monitoring the method of breathing in children (mostly of preschool age), with the emphasis on diaphragmatic nasal respiration in speech – Language Therapy. It focuses in detail on the consequences of inadequate long-term and fixed oral respiration, including overlaps into various disciplines and within the context of deeper contexts. It also summarises some of the existing findings in the area of access to the child's immediate surroundings. Parents and their awareness are specifically focused on with regard to this topic. In conclusion, the paper further outlines the possible development of the topic and area, which could provide a deeper insight into the issue in order to prevent the negative impacts or burdensome solutions that are difficult for an early age child.

Klíčová slova

porucha zvuku řeči, nazální respirace, orální respirace, adenotomie, orofaciální oblast, adenoidní vegetace

Keywords

resonance disorder, nasal respiration; oral respiration; adenotomy; orofacial area, adenoid vegetation

Úvod do problematiky

Navození adekvátní nazální brániční respirace představuje v logopedické problematice nejčastěji spíše pomyslnou podkategorii zájmu v rámci jednotlivých okruhů narušené komunikační schopnosti (dle Lechtovy klasifikace; Lechta, 1990). Z tohoto důvodu nebývá proto primárním zaměřením terapie, ale spíše jejím dílčím krokem (například u narušení článkování řeči, u poruch hlasu či u poruch plynulosti řeči apod.), jak uvádí třeba i Neubauer (2007) ve svém postupu posloupnosti logopedické terapie u dysartrie, kde přímo jeden z kroků vymezuje směrem k dechovým a fonačním cvičením:

„Lepší dýchání má vliv na zlepšení a stabilizaci fonace, artikulace i prozodie mluvy.“ (Neubauer, 2007, s. 131).

Adekvátní nazální brániční respirace se nicméně prolíná s mnoha dalšími oblastmi, na první pohled třeba ne tak zřejmými, ale propojuje směr medicínský, psychologický, fyzioterapeutický i logopedický. Jak uvádí Kučera (2011), pro adekvátní tvorbu hlasu je respirace naprosto zásadním faktorem. Sama o sobě také znamená jednu z nejčastějších přirozených každodenních aktivit člověka (podobně jako mluvení či

¹ Mgr. Eliška Šlesingrová, Oddělení logopedie a studií komunikačního procesu, Ústav speciálněpedagogických studií, Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Žižkovo náměstí 5, 779 00 Olomouc, Česká republika. E-mail: eliska.slesingrova01@upol.cz, tel. 737 327 883.

² Prof. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D., Oddělení logopedie a studií komunikačního procesu, Ústav speciálněpedagogických studií, Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Žižkovo náměstí 5, 779 00 Olomouc, Česká republika. E-mail: katerina.vitaskova@upol.cz.

³ MUDr. Alena Korpová, Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Fakultní nemocnice Olomouc, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, I. P. Pavlova 185/6, Nová Ulice, 779 00 Olomouc, Česká republika. E-mail: alena.korpova@upol.cz.

polykání), ale právě její četnost představuje určité riziko, zvláště pokud dochází k respiraci neadekvátní, typicky v podobě převážně orálního dýchání, které se vlivem tak častého opakování velice snadno fixuje, zejména u mladších dětí.

Pokud se k tomu ještě připojí pravidelnější nemocnost daného dítěte – například v podobě infekce horních cest dýchacích a dítě je tedy „uměle“ nuceno dýchat ústy – bývá obtížné zase zpátky navodit respiraci nazální, přestože jsou již horní cesty dýchací po vyléčení průchozí. Dýchání ústy je dětmi považováno za do jisté míry jednodušší způsob, a proto u něj mnohdy zůstává i po ukončení nemoci. V takovém případě by mělo do situace vstoupit nejbližší okolí dítěte (rodina, terapeut či logoped, k němuž dítě dochází, pokud dochází, či pedagog v mateřské nebo základní škole a tak podobně), povšimnout si změny a následně se zasadit o návrat k původní adekvátní nazální brániční respiraci, což je klíčový okamžik.

Pokud se totiž situace nezmění, a naopak ještě dojde k jejímu upevnění ve vzorci chování dítěte, prohloubí se rovněž negativní dopady takové změny na vývoj (včetně psychického vývoje dítěte). Důsledky takového dlouhodobého stavu mohou být o to nebezpečnější, jestliže k nim u dítěte dojde v raném věku.

V kontextu komplexní intervence zasahují negativní důsledky celé spektrum odborností – od logopedů, přes lékaře, fyzioterapeuty, psychology až k pedagogům a speciálním pedagogům. Proto je zapotřebí na tuto problematiku nahlížet multidisciplinárně s ideálním cílem takovým situacím předcházet, zejména pomocí včasné kvalitní diagnostiky a povšimnutí ze strany okolí dítěte.

Důsledky dlouhodobé převážně orální respirace

Negativní důsledky, kdy dítě dlouhodobě dýchá především ústy, v souvislosti s hypertrofií adenoidních vegetací, popisovala Vitásková (2005), přičemž dle jejích závěrů je převážující dýchání ústy typickým příznakem tzv. zadního zavřeného typu hlučivosti – rhinolalia⁴ clausa posterior (dg. R49.2) neboli hyponazality – a doprovázen specifickým výrazem ve tváři – tzv. „facies adenoidea“.

Mezi nejdominantnějšími důsledky pak uvádí například malookluze či tzv. tongue thrust („jazykový lis“) – patologický tlak jazyka. Sekundárně se mohou objevovat deformity páteře, které narušují hrudní dýchání. Podobná situace pak může vést ke sníženému okysličení organismu a ke kardiovaskulárním problémům. Dále vede k nedostatečné výživě tkání, zvýšené unavitelnosti – fyzické i psychické (aproxexii). Převažující orální dýchání způsobuje i poruchy příjmu potravy a poruchy polykání.

Následně může dojít ke zpomalení růstu obličeje a mohou se vyskytovat deformity patra v podobě patologického snížení jeho výšky, nebo naopak patra gotického. V neposlední řadě sem také patří somatické dopady jako poruchy spánku či neurózy, které u dítěte mohly být vyvolány prožívanými pocity dušení (Finkelstein et al., 1996; Sovák, 1978; Vokurka, Hugo, 2004 in Vitásková, 2005). Nebezpečí vnímání pocitu dušení nastínil také Castillo-Morales (2006).

Charakteristická je i změna klidové polohy jazyka, konkrétně v oblasti jeho hrotu, který v důsledku chronicky otevřených či pootevřených úst klesá ke spodině ústní za dolní řezáky. Správně by se měl nacházet naopak nahoře, za horními řezáky v blízkosti alveolárního výběžku. Z důvodu změny klidové polohy jazyka dochází ke stagnaci či regresi vývoje polykání, fixuje se raný polykací vzor (touto problematikou se zabývá např. Červenková, 2019). To ovlivňuje rovněž kvalitu a charakter artikulace.

Nezřídka se u dlouhodobě převážně orálně dýchajících dětí také objevuje oslabenější svalový tonus v orofaciální oblasti a souhyby v důsledku nesprávné ventilace a zejména patologické změny klidové polohy jazyka, a tudíž je nedostatečně rozvíjena elevace a rychlejší cílené pohyby jazyka (nezbytné například pro vibranty). Proto se u dětí s neadekvátní klidovou polohou jazyka často objevuje při pokusu o elevaci tendence k souhybům a snaha dopomoci si k uskutečnění pohybu nadměrným zapojením pohybu dolní čelisti. „Pokud svaly nemají dostatečnou schopnost nezávislého pohybu, musí využít větší svalové skupiny, aby pomohly menším svalovým skupinám provést pohyb. Tento nedostatek vlastně zabraňuje jedné svalové skupině pracovat nezávisle na druhé.“ (Dzidová, 2017, s. 36).

K důsledkům dlouhodobé orální respirace patří i poruchy v oblasti dentice. Ty jsou časté v důsledku změny morfologického vývoje čelisti a orofaciálních struktur

obecně, z důvodu změněného způsobu ventilace v raném věku dítěte, kdy se dentice teprve vyvíjí. Patologická klidová poloha jazyka vytváří tlak na zubní oblouk, čímž se mění charakter skusu. Všechny tyto změny se rovněž projevují na fyzickém vzhledu daného jedince, což sekundárně souvisí i s psychickým rozvojem osobnosti.

Mlčáková (2015) k negativním důsledkům zafixované orální respirace dodává, že se mohou objevovat také deformity páteře, poruchy vývoje hrudníku, deformace celkového držení těla či opakované rinosinusitidy.

Naopak adekvátní brániční nazální dýchání vede k přirozenému růstu orofaciální oblasti a skeletu obličejové části (splanchnocranium), zejména mandibuly a maxily. Podporuje také adekvátní funkčnost mimických a žvýkacích svalů.

Ze zahraničních autorů je s danou problematikou úzce spojena například lékařka zabývající se osteopatií a dechová terapeutka Courtney. „Bylo také prokázáno, že převážně orální respirace zhoršuje stavy související s dýchacími cestami, jako je astma a spánková apnoe. Orální dýchání způsobuje snížení plicní funkce u mírných astmatických jedinců. Naproti tomu některé výzkumy ukázaly, že zlepšení dýchání nosem může snížit závažnost astma.“ (Courtney, s. 22, 2013).

Hypertrofie adenoidních vegetací

V souvislosti se zafixovanou převážně orální respirací jsou popisovány typické příznaky související s hypertrofií adenoidních vegetací, které blíže rozvádí Vitásková (2005; 2013) – zejména zkřížený skus a interdentalní sigmatismus.

Adenoidní vegetace tvoří součást Waldeyerova lymfoepitelového okruhu nacházejícího se v hltanu. Tkáň v nosohltanu (tonsilla pharyngea) v raném věku dítěte roste a zvětšuje se, nejspíše vlivem reakce imunitního systému na objevující se bakterie (což je také důvodem, proč při nachlazení dochází ke zvětšení tkáně, a tudíž i ztížení dýchání nosem), a největšího objemu by měla dosáhnout okolo tří let dítěte. Pak by měl nastat proces postupného zmenšování. Pokud dojde k jejich hypertrofii, projeví se to rovněž zřetelnou – převážně orální – respirací.

Evangelisti a Villa (2019) předkládají, že zvětšení adenoidních vegetací (tonsilla pharyngea) může znamenat mimo jiné i příčinu vzniku syndromu obstrukční spánkové apnoe. Jak uvádí Kuchynková et

⁴ Nutno odlišit od termínu (hyper)rhinophonia, který se týká fonace (ne artikulace v užším slova smyslu) a někdy může být chápán jako přídatný symptom palatolálie.

al. (2015), je pro tento syndrom charakteristické chrápání a zejména tzv. apnoické pauzy, které narušují spánek a vedou k dalším příznakům. Z dalších příznaků lze jmenovat např. ranní bolest hlavy, mrzutost, neklid, poruchy chování, agresivitu, poruchy soustředění, deprese, hypertenzi či poruchy kognitivních funkcí a závažná onemocnění kardiovaskulárního systému.

Typická je také nadměrná únava i během vcelku nenáročného dne vlivem nedostatečného okysličení mozku a dalších tkání. „Vzhledem k nekvalitnímu spánku a recidivujícím infekcím dochází i ke změně celkového stavu dítěte – únavě, nechutenství, zhoršené schopnosti koncentrace a často i ke zhoršení prospěchu ve škole.“ (Muntau, 2014, s. 330). Kromě selhávání v oblasti školního výkonu (v případech, že již dítě dochází na první stupeň základní školy) se u dítěte projevuje i zvýšení vlivu stresových faktorů z důvodu opakovaných neúspěchů a nesoustředění během výuky. Taková situace velmi úzce souvisí s psychickými dopady problematiky a umocňuje její prolínání napříč vědními obory.

V některých situacích mohou být adenoidní vegetace infekčním fokusem a tím příčinou recidivujících rinosinusitid, které bývají provázeny hypo či anosmií. Dlouhá (2012) dodává, že hypertrofie adenoidních vegetací v nosohltanu může způsobovat převodní poruchu sluchu. Typickým důsledkem hypertrofie je u dítěte také dobře patrná převažující orální respirace.

Zhoršení se objeví i v mluveném projevu. Zbytečné adenoidní vegetace zabraňují průchodu vzduchu nosní dutinou při artikulaci nazálních hlásek. V řeči se zabránění

projeví jako hyponazalita a nazální hlásky budou znít jako orální (Kerekrétiová, 2003, 2008).

Tuto patologickou změnu, kdy dochází k narušení běžné nosní rezonance, dovede postřehnout už na první poslech dokonce i laik (Škodová, 2018). Názor na diagnostiku nosní rezonance lze v tomto směru srovnat např. s Oravkinovou (2018), která ji považuje za mnohem komplikovanější. Důvodem je velká subjektivita při diagnostikování, dále nejednotnost posuzovacích škál a nejednotnost odborné terminologie.

K hypertrofii adenoidních vegetací mohou vést časté záněty horních cest dýchacích. Tyto infekce horních cest dýchacích může způsobovat nesprávná orální respirace, v jejímž důsledku do organismu proniká větší množství bakterií než skrze nazální respiraci. „Nazální prostory působí jako pomyslný filtr a podílí se na imunitní reakci proti virům, bakteriím a plísním. Chemické látky produkované v nose, jako je oxid dusnatý a lysozym, rozkládají patogeny, jako jsou bakterie, viry a houby v nosní a ústní sliznici. Orální dýchání proto snižuje využitelnost těchto látek, čímž narušuje imunitní obranný systém dítěte. Hlavní nevýhodou dýchání ústy je to, že vzduch prochází do plic a horních cest dýchacích, aniž by podstoupil očištění, zvlhčení a zahřátí, ke kterému obvykle dochází, když prochází nosní cestou. Výsledkem je orální dysbióza, zvýšený výskyt zubního kazu a onemocnění dásní a zvýšená infekce horních cest dýchacích.“ (Courtney, 2013, s. 21). Záněty se pak mohou dále šířit i do dolních cest dýchacích, případně cestou Eustachovy tuby do oblasti středouší.

Díky odlišným anatomickým poměrům Eustachovy tuby u dětí dochází ke snadnějšímu průniku infekce do oblasti středouší z horních cest dýchacích a tím k rozvoji otitis media acuta. Pokud se adenoidní vegetace stanou infekčním fokusem, dochází k recidivujícím akutním středoušním zánětům. Jako následek dlouhodobé obstrukce ústí Eustachovy tuby v nosohltanu vzniká chronický středoušní zánět se sekrecí a tím převodní porucha sluchu.

„Mnoho rodičů uvádí, že když jejich dítě přestane používat převážně orální způsob dýchání, sníží se frekvence nachlazení a infekcí horních cest dýchacích. Také se dětem zmenšují jejich zvětšené lymfatické uzliny. Rodiče rovněž uvádějí, že jejich děti mají méně středoušních infekcí, a to potvrzuje výzkum, který ukazuje, že zánět středního ucha se zhoršuje převažující orální respirací a dalšími návyky, jako např. nesprávným vzorem polykání.“ (Courtney, 2013, s. 21).

Skřivan (2000) k tomuto tématu dodává, že se tak stane, protože vznikne podtlak, bubínek se vpácí a dojde k útlumu přenosu vibrací přes kůstky středního ucha, což způsobí dočasnou převodní poruchu sluchu.

Riziková může být i přítomnost tzv. velofaryngální insuficience – podkategorie obecnějšího termínu velofaryngální dysfunkce (patrohltanová nedostatečnost) –, kterou lze v této obecné rovině chápat jako stav, při němž struktury měkkého patra a svalovina hltanu nemohou vytvářet optimální uzavěr mezi nazofaryngem a orofaryngem, což narušuje realizaci řady klíčových činností, jako je např. řeč, foukání, pískání, polykání, dýchání apod.

Velofaryngeální dysfunkce

Velofaryngeální insuficience	anatomické a strukturální příčiny →	rofaciální rozštěpy	palatofaryngální disproporce – zkrácené měkké patro, hluboký nosohltan	mechanické obstrukce	pooperační stavy – po adenotomii či tonsilektomii
Velofaryngeální inkompetence	funkční a neurologické příčiny →	nedostatečná pohyblivost velofaryngeálních struktur	oromotorická dysfunkce při dysartrii		
Velofaryngeální inadekvátnost	vzniká v důsledku nesprávně naučených rezonančních, artikulačních, fonačních a dýchacích vzorů →	porucha sluchu, kompenzační artikulace, mentální postižení	naučená reakce na nějakou silně stresující událost (např. po provedené adenotomii či tonsilektomii)		

Tabulka 1: Velofaryngeální dysfunkce (dělení dle etiologie) podle Kerekrétiové (2008)

Velofaryngální insuficience se z hlediska zvuku řeči projevuje střední až těžkou hypernazalitou, typický je nosní únik, přičemž také dochází k oslabení všech souhlásek citlivých na tlak (Kerekrétiová, 2008).

Dlouhá (2012) uvádí, že při velofaryngální insuficienci dochází k narušení funkce Eustachovy trubice, objevují se časté záněty středouší, které mohou nést až chronický charakter.

„Příčinou vzniku zánětu středního ucha je nejčastěji nosní mandle, zbytnělá tkáň v nosohltanu, která narušuje průchodnost Eustachovy trubice a bývá zdrojem trvalé infekce. V rámci prevence operujeme nosní mandli.“ (Skřivan, 2000, s. 25, 26, 27). Tato skutečnost je také důvodem, proč dochází u dětí při hypertrofii adenoidních vegetací ke zhoršení sluchu a po provedené adenotomii (odstranění mandle hltanové) naopak k jeho zlepšení; respektive k návratu do původního stavu před vzniklou převodní poruchou sluchu.

Problematika adenotomie v kontextu logopedie

Kuchynková et al. (2015, s. 91) definují: „Adenotomie je chirurgické odstranění lymfatické tkáně z nosohltanu, ať je užíván kovový řezný nástroj, radiofrekvence, kauterizační sání nebo shaver. V naší literatuře se používá většinou termín adenotomie, v zahraniční literatuře více adenoidektomie.“

Právě logoped může být tou osobou, která si prvotně povšimne příznaků hypertrofie adenoidních vegetací a doporučí návštěvu ORL lékaře. Jelikož ale mohou rodiče na takové vyzvání a zejména indikaci k adenotomii ze strany lékaře reagovat obavami, je výhodou, když může i logoped podat rodině dítěte hned v úvodu některé základní informace. I ze zkušeností vyplývá, že se rodiče dětí na tuto problematiku logopedů ptají, a proto ji zde níže uvádíme.

Logoped může rodině nejprve objasnit, že operace za účelem odstranění adenoidních vegetací patří mezi jeden z nejčastějších ORL výkonů. V současné době se provádí buď pomocí tzv. studených technik (např. shaver, kyreta), či technik horkých (např. laser, koblace), dítě je před samotným průběhem operace uvedeno do celkové anestézie a rodina by měla být seznámena s možnými riziky a komplikacemi operace.

Mezi nejčastější indikace k operaci nosní mandle patří zejména recidivující akutní otitidy, infekce horních cest dýchacích a převodní nedoslýchavost způsobená chronickou sekretorickou otitidou

při obstrukci Eustachovy tuby. Dále se může jednat o závažnější poruchy dýchání ve spánku, zhruba déle než tři měsíce trvající zhoršená nosní průchodnost ve dne, chrápání většinu času noci či dlouhotrvající hyponazalita (za předpokladu vyloučení jiných příčin). Mezi méně časté pak lze zařadit např. malookluze a poruchy orofaciálního růstu, PFAPA syndrom – syndrom s recidivujícími horečkami, faryngitidou a dalšími příznaky.

Kuchynková et al. (2015) dodává, že v případě, že lékař zvolí adenotomii jakožto nejvhodnější možné řešení, bylo by na místě rovněž určení hlavního příznaku, který by měl být operací ovlivněn (a pokud možno vyřešen), přičemž by měl lékař vždy zvážit benefity operace v poměru s jejími možnými riziky a psychickou zátěží na jedince. Dodává, že se jedná v současné době o bezpečný profesionální a efektivní zákrok, ale navzdory těmto faktům s sebou nese i určitá nízká rizika – zejména v oblasti možného krvácení, dehydratace či rizika spojená s celkovou anestezií. Případně se ojediněle může vyskytnout riziko luxace viklající se dentice, postižení temporomandibulárního kloubu, záněty středouší, infekce operované oblasti či vzácně Griselův syndrom.

Rodiče mají možnost si sami vybrat pracoviště, kde si přejí, aby k provedení operace došlo, a – pokud to dané pracoviště nabízí či umožňuje – případně i formu provedení výkonu (studené či horké techniky), a to s ohledem na své preference či finanční možnosti.

Kuchynková et al. (ibid.) ještě na závěr doplňuje, že ORL lékaři mohou operaci navrhnout a doporučit, nicméně konečné rozhodnutí zůstává v kompetenci a uvážení rodičů.

Klíčová role diagnostiky a pooperačního stavu

Zásadní moment v celé problematice představuje především diagnostika zafixovaného neadekvátního ústního dýchání; a lze obecně určit, že čím dříve dojde k zaregistrování tohoto stavu, tím mírnější budou jeho dopady na zdravotní i psychický stav dítěte. „Verbální komunikace je projevem psychiky i její formující determinantou.“ (Janoušek, 2015, s. 11)

Z hlediska symptomatologie se převážující orální respirace projeví poměrně záhy na zvuku řeči – tedy na rezonanci řeči. Jestliže dítě dýchá především ústy, mohlo již dojít ke zbytnění adenoidních vegetací utlačujících nazální prostory.

Obstrukce nosohltanu následně vyústí v projevy hyponazality – nazální hlásky přicházejí o své charakteristické zvukové zabarvení a proud vzduchu při nich neprochází dutinou nosní.

Může ovšem také dojít k situaci, jak popisovala již Kerekrétiová (2008), kdy dítě dýchá orálně (z důvodu přetrvávajícího návyku) i po již provedené operaci odstranění nosní mandle (adenotomii), jejíž struktura suplovala funkci velofaryngeálního uzávěru, a z toho důvodu se tak u dítěte objevuje hypernazalita, neboť absentující mandle již nebrání proudů vzduchu unikat do nosní dutiny během orálních hlásek, kdy je takový únik z hlediska zvuku řeči nežádoucí a projevuje se stejně onou hypernazalitou.

Jako zlomový bod lze rovněž označit období po provedené operaci nosní mandle, kdy by si dítě mělo co nejdříve osvojit a zafixovat vhodnou brániční nazální respiraci. Může k tomu dojít pomocí nejrůznějších technik či cvičení – ať již v logopedické ambulanci, nebo v prostředí domova – a zapojením rodiny skrze rady logopeda.

Techniky navození správného dýchání (hravou formou) jsou popsány v některých publikacích (např. Šimonovy pracovní listy 10 – Rozvoj obratnosti mluvidel a nácvik dýchání od Markéty Mlčochové), nebo se jim věnují internetové stránky jednotlivých logopedických ambulancí (např. Mgr. Zuzana Blažková). Rovněž lze použít klasický nácvik dechových cvičení pomocí peříček, foukání do papírků, magic ball, foukací fotbal, pískání, dětské dechové hudební nástroje (flétny), píšťalky, bublifuky a další techniky dle uvážení logopeda, čímž současně bude docházet nejenom k zafixování hlubokého bráničního nosního nádechu, ale rovněž i posílení velofaryngeálního závěru, zastředění výdechového proudů pro korektní artikulaci sykavek a nácvik na prodloužení fonace (s pozdějším přidáním hlasu).

Vhodné mohou být rovněž nosní flétny (Kytarová, 2016), jejichž princip funkčnosti sám o sobě zajišťuje nácvik bráničního nazálního dýchání.

Lze využít možnost změny prostředí – horský či lesní vzduch a celkově orientaci na čichové vnímání, které bylo velmi pravděpodobně vlivem operace v oslabení, ale které se právě po operaci vrátilo do původního funkčního stavu. Dítěti lze předkládat nejrůznější čichové podněty s poukázáním na nádech nosem s vyžádáním případné zpětné vazby.

Zejména lze považovat za důležité, aby se nácvik nového nazálního nádechu

posunul z dosavadní nevědomé úrovně u dítěte (kdy si v podstatě neuvědomovalo, že do této doby dýchá nesprávně orálně) na úroveň vědomou, k čemuž lze čichové techniky rovněž využít. Cílem je, aby se dítě naučilo soustředit na vlastní nádechy a směřování výdechového proudu (s možností případného změření vitální kapacity plic či délky fonace – a porovnávat progresi) a tím pádem došlo k ukotvení nového procesu v mozku (plánu a programu) fixujícího již nazální, a nikoli orální způsob, což postupem času opět přejde v proces nevědomý – automatický. Díky tomu, že si dítě začne uvědomovat způsob svého dýchání, preventivně zamezí návratu k stereotypně navyklé orální respiraci, jejíž pokračování by i po provedené adenotomii mohlo stupňovat výše uvedené negativní dopady; případně by mohlo dojít i k recidivám.

V některých případech se pro posílení funkce patrohltanového závěru mohou používat techniky foukání a bublání do vody, nicméně tyto techniky se z našeho pohledu zdají využitelné spíše v případě starších dětí, pod velmi pečlivým dozorem a spíše až v situaci, kdy je již adekvátní nazální brániční respirace plně navozena. Techniky práce s vodou ji tedy pouze upevňují nebo doplňují ve smyslu posílení zmíněného patrohltanového závěru, nebo sledují posílení jiné oblasti než konkrétně vědomého nazálního nádechu. Pokud by byly totiž techniky práce s vodou zařazeny hned na začátku, mohlo by hrozit riziko aspirace, dušení a spíše posilování vytváření patrohltanového závěru kořenem jazyka či nežádoucí stimulace kašlacího a dávivého reflexu.

Důležitým faktorem také zůstává potřeba navození již několikrát zmíněného

bráničního dýchání, kdy se můžeme pomoci palpace v oblasti volných žebér hrudníku přesvědčit, že se dítě skutečně nadechlo adekvátně bráničně, což se projeví oddálením volných žebér od sebe při nádechu a jejich návratem na původní místo při výdechu. Tento posun, spolu s absencí výraznější elevace ramen, je typický právě pro brániční dýchání a lze jej pomoci něj diagnostikovat, což může být i vhodnou zpětnou vazbou pro rodiče dítěte v rámci domácího tréninku. Brániční dýchání se nejlépe trénuje vleže, kdy je dítě v klidu, soustředí se primárně na svůj dech a jako hlavní dýchací sval se projevuje bránice. Ostatní doplňkové dýchací svaly by se měly zapojovat jen minimálně (Kytarová, 2016).

Cvičení	foukání do peříčka či tenkého proužku papíru	foukací fotbal (se zacíleným výdechovým proudem)	sfouknutí (vonné) svíčky (po sfouknutí výdechem nový nádech vůně)	pískání	
Respirační pomůcky	nosní flétny	klasické/dětské flétny	hra Magic Ball	využití bublifuku	píšťalky
Další techniky pracující s přenosem na vědomou úroveň dítěte	přivonění k různým čichovým podnětům s odkazem na nazální respiraci (ukázání na nos)	(taktilní) kontrola abdukce a addukce oblasti žeber při respiraci			

Tabulka 2: Možnosti logopedické intervence – techniky na posílení velofaryngeálního mechanismu a navození adekvátní brániční nazální respirace po provedené adenotomii

Přístup a povědomí nejbližšího okolí dítěte

„Něco odnaučovat nebo přecvičovat dá potom nepoměrně víc práce, než kolik bychom jí na začátku investovali do správného postupu.“ (Matějček, 2005, s. 151).

Přístup nejbližšího okolí dítěte (tedy zejména jeho rodiny) by se dal označit za rozhodující aspekt z hlediska včasného řešení, ale i možné prevence všech výše uvedených důsledků a komplikací. Pokud rodič postřehne, že jeho dítě dýchá převážně orálním způsobem, že bývá

často nachlazené, že se mu už ani nedaří nadechnout se nazálně, či zaznamená, že u dítěte v noci dochází k chrápání a přes den k únavě, dalo by se očekávat, že bude chtít situaci řešit.

V tomto ohledu se ovšem objevuje ještě jedna zásadní otázka, která tento aspekt značně ovlivňuje, a sice, zda rodič považuje či nepovažuje orální dýchání za přirozené – a tudíž, zda dokáže poznat, že dítě dýchá špatným způsobem, nebo ne?

Z výsledků předvýzkumu na toto téma u předškolních dětí a jejich rodičů z různých mateřských škol dvou měst dvou

různých krajů prozatím vyplynulo, že více než 50 % rodičů zkoumaného vzorku dětí na otázku: „Pokud si všimnete, že vaše dítě dýchá častěji ústy (a není zrovna nemocné), jak tuto situaci řešíte?“ odpovědělo, že situaci neřeší, nebo si jí nevšimlo (jednalo se o nejčastější odpověď); 18 % uvedlo, že se snaží zjistit, proč jejich dítě nedýchá nosem, 9 % zvolilo možnost poradit se s odborníkem (nejčastěji s lékařem či logopedem), 8 % pak uvedlo, že orální dýchání považuje za přirozené, a zbytek rodičů volil buď jiné řešení, nebo napomínal dítě, aby dýchalo více nazálně. Na další otázku:

„Všímate si, jestli vaše děti dýchají více ústy, nebo nosem?“, kde byla tentokrát již možnost odpovědět pouze „ano/ne“, odpovědělo 40 % zapojených rodičů, že „ne“ (Šlesingrová, 2019).

Nabízí se tedy polemika ochoty i informovanosti rodičů o tom, jak by mělo probíhat správné dýchání u dětí a zda například dokážou rozeznat i změněnou nosní rezonanci u svých dětí, což by mělo být obsahem dalších zkoumání v této oblasti.

Z výše zmíněného předvýzkumu také vyplynulo, že z celkového sledovaného vzorku náhodně vybraných dětí již pro dětský věk náročnou operaci nosní mandle podstoupilo více než 30 % zkoumaných dětí – nezávisle na lokalitě; a stalo se tak nejčastěji ve velmi nízkém věku: ve 4 letech (28 %), v 6 letech (25 %), v 5 letech (19 %), ve 3 letech (19 %), v méně než 3 letech (3 %), ve více než 7 letech (6 %), což otvírá důležitost osvěty ohledně správného způsobu dýchání, aby se po provedené operaci zafixoval vhodný způsob a dítě nesetrvávalo v režimu navyklé orální ventilace. Pokud totiž nevhodný způsob přetrvává, s největší pravděpodobností dojde k rozvoji dalších nepříznivých důsledků dlouhodobé převážně orální respirace. Na druhou stranu jako pozitivní zjištění předvýzkum přinesl informaci, že okolo 70 % zkoumaných rodičů by uvítalo možnost materiálu, který by jim v této problematice poradil či nastínil, jak mohou oni sami u svých dětí rozeznat nesprávné dýchání a jak v takové situaci rovněž vhodně reagovat (Šlesingrová, *ibid.*).

Do nejbližšího okolí dítěte se bezpochyby řadí i pracovníci mateřských (v pozdějším období i základních) škol. Otevírá se tedy otázka jejich přístupu k problematice, popřípadě schopnosti rozeznat neadekvátní respiraci i nazalitu u dítěte a upozornit na ni rodiče nebo logopeda. I tato polemika by měla být předmětem dalšího zkoumání.

V rámci předvýzkumu, který popisovala Šlesingrová (*ibid.*), byla provedena také vyšetření několika vybraných dětí pomocí vlastní sestavené metodiky. V jednom z cvičení byly děti vždy vyzvány, aby se pomalu zhluboka nadechly, přičemž všechny testované děti v rámci automatické přirozené reakce uskutečnily na tento pokyn nádech nepřírozeně nadměrně orálně; bylo tedy zapotřebí další instrukce, která již upřesňovala, že má jít o hluboký nádech nazální. U těchto sledovaných dětí se tedy prokázal stereotyp, že „hluboký nádech“ (není-li jinak již upřesněn) mají sledované děti spojený s nádechem ústy. I z toho

důvodu je velmi důležité přenést nácvik adekvátní nazální respirace u dětí na vědomou úroveň.

Diskuse

Adenotomie neboli odstranění hltanové mandle stále patří mezi velmi časté ORL zákroky. Polemickou otázkou může být, zda by se mohlo podařit snížit počet zákroků vlivem vhodnějšího způsobu dýchání (včasný přechod z orálního způsobu na nazální). V kontextu předpokladu, že právě při orální ventilaci dochází ke snadnějšímu přenosu infekcí a onemocnění. Častá nemocnost předškolních dětí je způsobena zejména prvním kontaktem imunitně ještě ne zcela připraveného organismu s širším kolektivem, kde k přenosu onemocnění dochází velice snadno. Možnou prevencí tak lze spatřovat v záměrném navození správné nazální brániční respirace a v jejím zafixování i v době po již provedené adenotomii, aby nedocházelo k prohlubování dalších negativních dopadů. Za důležité rovněž považujeme, aby se rozšířila osvěta směrem k rodičům a nejbližšímu okolí dítěte; a to zejména v možnostech včasného rozpoznání varovných signifikantních příznaků neadekvátní respirace. V tomto smyslu vyplývá otázka, nakolik by měla fungovat spolupráce mezi logopedy, pediatry (či dalšími lékaři) a pedagogy. Je možné, že někteří s daným konkrétním dítětem, u kterého bylo zapotřebí v inkriminovanou dobu zasáhnout, buď nemusí přijít do kontaktu, nebo nedisponují časovými možnostmi, či nemusí varovné příznaky (např. v řeči) rozeznat?

Určitou míru polemiky představuje také schopnost samostatného smrkání u dětí předškolního věku, kdy právě vlivem absence této dovednosti dochází ke stagnaci sekretu v dutině nosní, vyššímu riziku rozvoji rinosinuitidy a vzniku infekčního fokusu v nosohltanu s následným ztížením nazální respirace, a proto dochází k následnému zafixování orální respirace z důvodu neprůchodnosti (a tudíž i nemožnosti) té nazální. Měla by se k nácviku této dovednosti upínat větší pozornost, už jen z hlediska možné prevence?

Počátečním důvodem k zbytnění nosohltanové tkáně však může být také déle trvající nachlazení výrazně ztěžující dítěti nadechnout se přirozeně nosem. V tomto případě hraje důležitou roli jednak imunita dítěte a jeho odolnost vůči chronickým rýmám či nachlazením s neprůchodností nosních choan, stejně jako i životní prostředí (viz např. Paleček, 1999 nebo Vyhnanáková, 2006), konkrétně kvalita

ovzduší. Úroveň znečištění ovzduší úzce souvisí se stavem dýchacích cest a frekvencí následných onemocnění. I z toho důvodu je problematika životního prostředí ve vztahu k počtu prováděných adenotomií a četnosti potíží souvisejících s dlouhodobým orálním dýcháním předmětem dalšího zkoumání. Např. z výzkumu, který prováděla Ľapińska et al. (2016) z Kliniky dětské otolaryngologie Lékařské univerzity ve Varšavě, vyplynulo, že téměř 45 % dětí s hypertrofií adenoidních vegetací je vystaveno tabákovému kouři.

Zde předkládáme další otázky, které si můžeme v tomto smyslu jako logopedi klást, např.: Jak značný vliv hraje problematika životního prostředí? Pokud by došlo k provedení předvýzkumu např. v horské krajině, vypadaly by výsledky jinak, nebo by četnost vykonaných operací zůstala nezměněna, a tudíž je zde ještě jiný faktor, silnější než faktor prostředí? A mohl by takovým faktorem být např. zájem a pozornost rodičů k prvotním náznakům zafixování převažující orální respirace? A jak postupovat u dětí, které se vyznačují perzistentním a permanentním nachlazením? Popř. se u nich objevuje velmi silná alergická reakce způsobující velmi častý stav ucpaní horních cest dýchacích?

Lze vůbec detekovat obecný primární spouštěč dýchání ústy, nebo převládá spíše individualita? Zatím chybí možnost porovnat např. věkové skupiny předškolních dětí s dětmi naopak (mladšího) školního věku, popřípadě hlubší možnost detekce projevů v oblasti školního výkonu, aktuálnější dopady v oblasti psychologické a sociální, stejně jako systematický výzkum na poli efektivity logopedické (dechové a fonační) terapie po provedené operaci, a tedy s tím související případné zjištění nejúspěšnějších pomůcek či metod v této oblasti.

Velmi klíčová je ovšem také spolupráce rodičů, kteří se svým dítětem tráví značné množství času a mají tedy možnost dlouhodobě sledovat způsob dýchání dítěte (ať již ve dne, pak ale také i v noci) a v případě, že si povšimnou neadekvátnosti, pak hlavně na toto zjištění reagovat např. poradou s odborníkem.

Stejně tak důležitá je i role zapojení rodičů po již provedeném odstranění hltanové mandle, neboť právě v období navozování pooperační nazální respirace je podstatné pečlivě hlídat, jakým způsobem dítě dýchá a zda neprojevuje po většinu času tendenci návratu k zafixované orální respiraci. Tendence k návratu k ústnímu stylu dýchání je potom o to silnější, o co delší dobu stav do operace trval.

Z hlediska sledování a cílené korekce způsobu dýchání se nabízí polemika míry zapojení pedagogů (např. mateřských) škol, kteří mohou s ukotvením adekvátní respirace po provedené operaci pomoci.

S dítětem totiž rovněž tráví značné množství času a mohou pozorovat způsoby dýchání a případně jejich střídání (např. v klidu a při nadměrné námaze), či zda má dítě tendenci se vracet k původní

zafixované nesprávné orální respiraci. V tom smyslu může dítěti samozřejmě pomoci i cílená logopedická terapie.

Adenotomii již podstoupilo 36 % všech zkoumaných dětí předškolního věku.	40 % rodičů odpovědělo, že si vůbec nevšimá, jakým způsobem jejich dítě dýchá.	43 % rodičů uvedlo, že jejich děti trpí častými infekcemi horních cest dýchacích.
Zkoumané děti podstoupily adenotomii nejčastěji ve věku 4, 6 a 5 let.	20 % rodičů odpovědělo, že se jejich dítě dokáže vysmrkat pouze s dopomocí.	Častější infekce horních cest dýchacích uváděli ti rodiče, jejichž děti navštěvovaly MŠ ve městě s horším ovzduším.
Pouze 9 % rodičů uvedlo, že se poradí s odborníkem, pokud si povšimnou, že jejich dítě dlouhodobě preferuje pouze orální respiraci. 55,5 % rodičů uvedlo, že situaci neřeší.	22 % rodičů uvedlo, že jejich dítě trpí alergií/alergiemi, které dítěti respiraci znesnadňují. Mezi nejčastějšími pak uváděli alergii na pyly.	36 % rodičů uvedlo, že se obtíže jejich dětí zlepšily, pokud došlo k vycestování do jiných oblastí. Mezi jiné oblasti byly nejčastěji uváděny horské a přímořské oblasti.
Rodičům, jejichž děti dýchají převážně nazálně, připadá důležitější sledovat dýchání dětí než rodičům, jejichž děti dýchají převážně orálně.	Rodiče dětí, které byly zařazeny do předvýzkumu a dýchají ústy, tuto situaci považují za přirozenou nebo ji žádným způsobem neřeší.	Mezi jednotlivými zkoumanými mateřskými školami se na procenta neobjevuje rozdíl v počtu dětí, které podstoupily adenotomii.

Tabulka 3: Vybrané výsledky předvýzkumu ze vzorku 90 odpovědí rodičů dětí ze 4 různých mateřských škol dvou různých měst v ČR (Šlesingrová, 2019)

Předmětem dalšího (aktuálního) zkoumání je nyní problematika detekce příznaků hypertrofie adenoidních vegetací ze strany pedagogů v mateřských školách a jejich možné zapojení do včasné diagnostiky, popř. prevence.

Shrnutí

Nazální a orální respirace představují dva výrazné protipóly vedle sebe koexistujících způsobů (vzorů) dýchání. Jeden z nich navozuje správný růst svalů, kostí a celkově struktur tzv. orofaciální oblasti, zatímco ten druhý způsobuje negativní důsledky, komplikace, narušení vývoje jak anatomického, tak psychologického a velmi obtížně se překonává, jestliže již došlo k jeho habitualizaci.

V logopedické péči hraje adekvátní brániční nazální dýchání významnou roli, ačkoliv často spíše v podobě dílčích úkonů samostatných komplexněji zaměřených terapií okruhů narušené komunikační schopnosti.

V případě, že se rozvine většina nepříznivých důsledků dlouhodobé orální respirace, objevuje se po selhání konzervativních možností již jen chirurgické řešení

– adenotomie, které s sebou přináší samozřejmě určitá, i když nízká, rizika (jako každá operace, tím spíše, že se týká dětí, a poměrně často dětí velmi mladého věku), ale na druhou stranu by neřešení situace a její prohlubování v intenzitě a četnosti kumulovaných důsledků (např. rozvoj chronického zánětu středouší s možným vyústěním v situaci, kdy je nutná středoušní chirurgie) bezpochyby vedlo k mnohem horším komplikacím – jak v rovině zdravotní a vývojové, tak i k dopadu na celkovou osobnost dítěte.

Ideálním cílem, k němuž bychom chtěli nadále směřovat další úsilí a výzkumnou činnost, je snížení počtu dětí dýchajících neadekvátním způsobem a tím pádem možné snížení negativních dopadů spojených s dlouhodobou orální ventilací. Budování a konkrétní podoba takové osvěty, zejména směrem k rodičům dětí a k pedagogům v mateřských školách, je předmětem současného i budoucího zkoumání. Výzkumný zájem rovněž směřuje zejména k možnostem rozpoznání a včasné detekci

obtíží u dětí⁵ a k nutnosti vyvrátit u rodičů zažitý stereotyp (pokud se vyskytuje), že je orální dýchání vhodným, běžným způsobem.

Zde se ovšem otevírá polemika poznatelnosti uvedených příznaků a zejména otázka poznatelnosti hyponazality v řeči dítěte, pokud dítě nepřijde do kontaktu s logopedem, který by si podobného aspektu povšiml, ale pokud takové rozpoznání závisí spíše na úsudku rodiny dítěte, jeho nejbližšího okolí, pedagoga, popř. pediatra.

Za důležité lze považovat také zjištění, zda si dítě samo uvědomuje, jakým způsobem dýchá, či zda volí jen fyziologicky jednodušší variantu, a také zjištění, zda dané dítě dýchá nejen adekvátně nazálně, ale také bráničně, což si mohou pomoci jednoduché techniky ověřit jak rodiče, tak terapeut, a díky tomu sledovat možnou progresi.

⁵ Např. noční chrápání, změny v rezonanci řeči (typicky hyponazalita), zhoršení sluchu, projevující se únava i během nenáročného dne, již na první pohled patrné nedýchání nosem, přítomnost tzv. výrazu „facies adenoidea“ charakteristického pro převažující uvyklé dýchání ústy.

Problematika nosního dýchání a prevence negativních dopadů toho orálního nabízí řadu dalších možností pro výzkumné zaměření a případné propojení s dalšími souvislostmi v oblasti logopedie, lékařství, psychologie i pedagogiky.

Dedikace

Dílčí výstupy tohoto výzkumu byly částečně podpořeny projektem specifického výzkumu IGA_PdF_2020_036 „Výzkum poruch verbální a neverbální komunikace, hlasu, řeči a orofaciálních funkcí

v kontextu moderní logopedické diagnostiky a terapie“ (hlavní řešitel: prof. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.).

Literatura

- BETKA, Jaroslav, 2013. *Příručka pro praxi: Ronchopatie a obstrukční spánková apnoe* [online]. Praha: Merck spol. s.r.o. [cit. 2020-10-29]. Dostupné z: <https://www.otorinolaryngologie.cz/content/uploads/2020/02/ppp-osa.pdf>
- CASTILLO-MORALES, Rodolfo, 2006. *Orofaciální regulační terapie: metoda reflexní terapie pro oblast úst a obličeje*. Praha. ISBN 80-736-7105-0.
- COURTNEY, Rosalba, 2013. The Importance of Correct Breathing for Raising Healthy Good Looking Children. *Journal of the Australian Traditional-Medicine Society* [online]. 19(1), 20-27 [cit. 2020-03-20]. ISSN 13263390.
- ČERVENKOVÁ, Barbora, 2019. *Poruchy polykání*. [přednáška]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Žižkovo náměstí, leden 2019 – nepublikovaná přednáška.
- DLOUHÁ, Olga a Libor ČERNÝ, 2012. *Foniatric*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2048-0.
- DZIDOVÁ, Lenka, 2017. Kvalitativně-quantitativní hodnocení orofaciální oblasti – čelist. In VITÁSKOVÁ et al. *Výzkum poruch a odchylek komunikační schopnosti a orofaciálního systému z logopedického hlediska*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5288-3.
- EVANGELISTI, Melania a Maria Pia VILLA, 2019. The importance of screening in children who snore. *Breathe* [online]. 15 [cit. 2020-03-28]. DOI: 10.1183/20734735.0128-2019. ISSN 20734735.
- FORMÁNEK, Martin, MATOUŠEK, Petr a Jan MEJZLÍK, 2014. *Příručka pro praxi: Adenoidektomie* [online]. Praha: Merck spol. s.r.o. [cit. 2020-10-29]. Dostupné z: <https://www.otorinolaryngologie.cz/content/uploads/2020/02/ppp-at.pdf>
- FORMÁNEK, Martin, FORMÁNKOVÁ, Debora a Lukáš ŠKOLOUDÍK, 2019. *Příručka pro praxi: Obstrukce sluchové trubice* [online]. Praha: Merck spol. s.r.o. [cit. 2020-10-29]. Dostupné z: <https://www.otorinolaryngologie.cz/content/uploads/2020/02/ppp-obstrukce-sluchova-trubica.pdf>
- JANOUSEK, Jaromír, 2015. *Psychologické základy verbální komunikace: projevy psychických funkcí ve verbální komunikaci, významová dynamika a struktura komunikačního aktu, komunikace písemná, ženská, mužská, virtuální, vnitřní kooperace a vnitřní řeč ve verbální komunikaci*. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-247-4295-3.
- KEREKRÉTIOVÁ, Aurélia, 2003. Diagnostika poruch zvuku řeči. In LECHTA, Viktor et al. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál. ISBN 80-717-8801-5.
- KEREKRÉTIOVÁ, Aurélia, 2008. *Velofaryngální dysfunkce a palatolalie: [klinicko-logopedický aspekt]*. Praha: Grada Pedagogika. ISBN 978-80-247-2264-1.
- KOMÍNEK, Pavel, ZELENÍK, Karol et al., 2020. *Zimní seminář Kliniky otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku – Adenoidektomie* [přednáška]. Ostrava: Domov sester, Fakultní nemocnice v Ostravě, 18. 2. 2020 – nepublikovaná přednáška.
- KUČERA, Martin, 2011. Hlasová rehabilitace a reedukace. In DRŠATA, Jakub, CHROBOK, Viktor, et al., ed. *Foniatric – hlas*. Havlíčkův Brod: Tobiaš. Medicína hlavy a krku. ISBN 978-80-7311-116-8.
- KUCHYNKOVÁ, Zdeňka et al., 2015. *Dětská otolaryngologie: nejčastější situace v ambulantní praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4177-2.
- KYTNAŘOVÁ, Lucie, 2016. *Narušení zvuku řeči*. [přednáška]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Žižkovo náměstí, duben 2016 – nepublikovaná přednáška.
- ŁAPIŃSKA, Iwona a Lidia ZAWADZKA-GŁOS, 2016. Adenoid and tonsils hypertrophy – symptoms and treatment. *New Medicine* [online]. 20(4), 103-106 [cit. 2020-06-12]. DOI: 10.5604/01.3001.0009.9378. ISSN 14270994.
- LECHTA, Viktor, 1990. *Logopedické repetitorium*. Bratislava: SPN. ISBN 80-08-0047-9.
- MATĚJČEK, Zdeněk, 2005. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte: normy vývoje a vývojové milníky z pohledu psychologa: základní duševní potřeby dítěte: dítě a lidský svět*. Praha: Grada. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-0870-6.
- MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1. 1. 2020. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-7472-168-7.

- MLČÁKOVÁ, Renáta, 2015. Adenoidní vegetace. In VALENTA, Milan et al. *Slovník speciální pedagogiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0937-9.
- MUNTAU, Ania, 2014. *Pediatric*. 2. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4588-6.
- NEUBAUER, Karel, 2007. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: [diagnostika a terapie]*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-159-4.
- ORAVKINOVÁ, Zuzana, 2018. *Logopedická intervencia u detí s rázštepom pery a podnebia*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo – Mladé letá. ISBN 978-80-10-03347-8.
- PALEČEK, František et al. 1999. *Patofyziologie dýchání*. Praha: Academia. ISBN 80-200-0723-7.
- SKŘIVAN, Jiří, 2000. *Záněty středního ucha: Sluch a jeho poruchy; Hluchota*. Praha: Triton. Vím víc. ISBN 80-725-4128-5.
- ŠKODOVÁ, Eva. Poruchy zvuku řeči v důsledku velofaryngeální insuficience. In NEUBAUER, Karel et al., 2018. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1390-1.
- ŠLESINGROVÁ, Eliška, 2019. *Význam nazální respirace v logopedické péči se zaměřením na prevenci adenotomie*. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Ústav speciálněpedagogických studií. Vedoucí práce Kateřina Vitásková.
- VITÁSKOVÁ, Kateřina a Renata MLČÁKOVÁ, 2013. *Narušení fonace a rezonance mluvené řeči – vstup do problematiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-802-4437-200.
- VITÁSKOVÁ, Kateřina, 2005. Fyziologie produkce a percepce orální komunikace s důrazem na orální praxii. In: VITÁSKOVÁ, Kateřina a Alžběta PEUTELSCHMIEDOVÁ. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1088-5.
- VITÁSKOVÁ, Kateřina, 2005. Narušení zvuku řeči. In: VITÁSKOVÁ, Kateřina a Alžběta PEUTELSCHMIEDOVÁ. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1088-5.
- VYHNÁNKOVÁ, Ludmila, 2006. Záněty horních cest dýchacích, rýma. *Pediatric pro praxi* [online]. (5), 258-263 [cit. 2020-03-18]. ISSN 1213-0434. Dostupné z: www.pediatricpropraxi.cz

DEVELOPMENT OF VOCABULARY IN CHILDREN WITH INTELLECTUAL DISABILITIES

Sarmīte Tūbele¹, Evija Landrāte²

Překlad tohoto článku do češtiny si můžete přečíst zde.



Sarmīte Tūbele



Evija Landrāte

Abstract

The article “Development of Vocabulary in Children with Intellectual Disabilities” is intended to reveal some incidences in a Speech Therapist’s work in one of the special schools in Latvia. Individual sessions are held for younger children. Although groups are not large, working with even four students is a challenge for the Speech Therapist. As communication is essential for humans, the Speech Therapist must work towards the enrichment of the vocabulary of every student, even those with moderate or severe intellectual disabilities (or in combination with Autism Spectrum Disorder).

This study aims to determine the possibilities for the enrichment of vocabulary. The results show the effect of the chosen methods used by the Speech Therapist. Nevertheless, these results are not very impressive, taking into account the characteristics of the students.

Keywords

intellectual disability, enrichment of vocabulary, Speech Therapist, Autism Spectrum Disorders

Introduction

Verbal communication is an affirmation of the human essence. The ability to speak is genetically inherited, but the child’s ability to speak is realised only through communication where all the senses and cognitive processes are involved. Despite the great advancements in technology of our century, children with serious health problems, including intellectual disabilities, are still being born. This significantly influences and hinders the child’s overall development, including language development. According to some researchers, disorders

tend to increase (Schwartz, 2017; Da Fonte, & Boesch, 2018; Karveliēne, 2019).

Despite each child being special to his or her family, society also has to be involved in the support to ensure the child’s participation in everyday life. For children with moderate to severe intellectual disabilities, this process is much more complex. Although their general and especially language development is distorted, their possibilities are individually different. Purposeful work with a Speech Therapist can widen the perspective of communication. Enrichment of the vocabulary in children with intellectual disabilities will affect other language skills and will be a prerequisite for a more successful integration into society.

Not a lot of data is available on the intervention and specific vocabulary expansion methods for children with intellectual disabilities. The authors wanted to present the successful teamwork of teachers, parents, a Psychologist, a Physiotherapist, a Social Pedagogue and a Speech Therapist, but on this occasion only the Speech Therapist’s work will be analysed. It is the responsibility of the Speech Therapist to examine, evaluate, and carry out corrective action/intervention to achieve significant improvement in children’s speech and language deficits (Lūse, Miltiņa & Tūbele, 2012). At the same time, the strengths of a child must be taken into account to create a positive and favourable environment for reaching the goal – improvement of communication (Miltiņa, 2008; 2019; Tūbele, 2019).

Aim of the research is to reveal and test the methods of enrichment of the vocabulary of children with moderate and severe intellectual disabilities in Speech Therapy sessions.

¹ Faculty of Education, Psychology and Art, University of Latvia, Imantas 7. līnija 1, Rīga, Latvija.

² Corresponding author: Prof. Dr. paed. Sarmīte Tūbele, Faculty of Education, Psychology and Art, University of Latvia, Imantas 7. līnija 1, Rīga, Latvija. E-mail: tubele@gmail.com.

Research methods used: analysis of scientific literature in the research field; evaluation and testing (self-assessment) vocabulary in children with moderate and severe mental retardation; repeated testing after intervention; quantitative and qualitative data processing and analysis.

Theoretical framework

Speech and Language

By learning a language, a child is able to connect with other people and to express his/her thoughts. With the aid of language, the child acquires knowledge of the world around him and its processes. Speech is considered personal, but language is a system of social signs (F. De Saussure, cited in Kūlis & Kūle, 1998). Both can develop only in human society. The word as a whole is one of the basic elements of language. The word, with its sound and meaning, forms a definite, indivisible unit. As a child enters this world, he slowly begins to master the entirety of a language – sounds, syllables are imitated, then words, their meanings are memorised, and sentences are learned (Laua, 1981). The word has several functions. It can be used to denote objects, phenomena; to evoke their images, to accentuate and classify their essential features (Giles, 2002). A word can be both a conceptual tool and a result of it (Kļaviņa, 1997).

A person acquires language in connection with thinking, memory, perception and other cognitive processes. It has a very close connection with thinking. L. Vygotskis has stated this as the essential way of thought being transformed into words and becoming speech (Vigotskis, 2002). Every human perceptual, mental and motor/physical function is processed by the brain (Giles, 2002). Neuro-imaging studies indicate that distinct brain regions are activated during language processing (Hillis, 2001; Giles, 2002). It is obvious that there is a tight correlation between language acquisition and the development of cognitive processes. If there are signs of underdevelopment in any of these areas, the impact is apparent.

One of the basic features of cognitive development is memory. Psychologists define three main types of memory – sensory memory, short-term or working memory, and long-term memory (Giles, 2002). Short-term memory presents the most problems for children with mental retardation.

Vocabulary development is a process by which children acquire the meaning of things and processes and learn to communicate. Without words, we cannot build sentences, we cannot understand ongoing processes and participate in them. Scientists have stated the typical development and approximate number of words at specific ages (Hemphill & Tivnan, 2008; Miltiņa, 2008; Song, Demuth & Morgan, 2018). There are findings that vocabulary is crucial for later literacy (Marjanovič-Umek, Fekonja-Peklaj & Podlesek, 2012; Zubrick, Taylor & Christensen, 2015; Moody, Hu, Kuo, Jouhar, Xu & Lee, 2018). Therefore, children with intellectual disabilities are in the group at risk.

The most intensive development of language takes place from birth to 4 - 5 years of age. Quantitative and qualitative manifestations are influenced by many factors: environment (Elnebija, 1990), attitude of family and others (Irbe & Lindenberga, 2017), health conditions (Jelliffe-Pawłowski, Shaw, Nelson & Harris, 2003; Korkmaz, 2011), and the development of the child (Liepiņa, 2008; Bornstein, Hahn, Putnick & Pearson, 2018; Short, Eadie & Kemp, 2019). The development of vocabulary is a step-by-step process, with one of the first stages being the comprehension of words. The development of vocabulary is also a task for speech and language therapists, and it is possible to improve the situation with specific exercises and materials.

Intellectual Disability

Intellectual disability is characterised as the condition when individuals show significant deficits in cognitive processes, adaptive functioning (conceptual, social and practical). There are four stages of severity of intellectual disability – mild, moderate, severe, and profound. Children involved in this research suffer from moderate and severe intellectual disabilities. This means that their developmental possibilities are limited. The curriculum for these children is based mainly on an individual approach according to the needs of the children (Liepiņa, 2008; Prudņikova, 2012).

We are still using ICD-10 (International Classification of Diseases), but look forward to using ICD-11. Intellectual disabilities are increasingly being understood as an outcome of adverse influences on the developing brain, and hence as much a biomedical condition as a psychological construct based on intelligence and

adaptive abilities. The developmental nature of intellectual disabilities has also been emphasised, either implicitly, or more explicitly in earlier classifications (Girimaji & Pradeep, 2018).

Practitioners working with these children need to have an in-depth knowledge of all the peculiarities and characteristics of their disabilities.

One of the main problems is disorder in all cognitive processes, and limited capabilities of working, perception and understanding. Memorising is mechanical and very slow. Children with intellectual disabilities cannot concentrate their attention; the attention span is short, and it is difficult to capture the attention. There is no interest in the surrounding objects, or in the environment; weak observational skills, as well as spatial and time perception. There is a lack of interest and understanding of images; poor emotions, will and initiative. Distinct problems concern communication, speech development and language acquisition in general – there is a limited vocabulary and limitations in its usage. As there are difficulties in using acquired knowledge in a new situation, learning vocabulary is an arduous process (Pruthi, 2013; Bornstein, Hahn, Putnick & Pearson, 2018).

There are several common features that characterise children with intellectual disabilities.

- Cognitive dysfunction is comprehensive, with even both verbal and non-verbal tasks being difficult.
- There are very weak generalisation abilities; children are unable to model tasks; they can solve them only in specific situations.
- There are correlations between intellectual disabilities and disabilities in behavioural, emotional, and volitional areas.
- There is a very low cognitive interest and an uncritical attitude towards oneself and towards the result of one's work.
- Difficulties in predicting the consequences of actions; inability to think and plan, lack of focus that hinders development.
- Poor curiosity (Liepiņa, 2008; Korkmaz, 2011; Shree & Shukla, 2016).

The most important factors that can influence the occurrence of intellectual disabilities are: adverse effects of environmental factors; unsuccessful course of pregnancy; birth process; health status (chromosomal abnormalities, brain diseases, foetal malformations or disorders of unknown

origin); health and quality of life in the first years of life (Jelliffe-Pawlowski, Shaw, Nelson & Harris, 2003; Liepiņa, 2008; Shree & Shukla, 2016).

As a result, children with intellectual disabilities develop at a much slower rate, needing support and assistance, especially in the language field. Children with moderate to severe intellectual disabilities have particular difficulties. They need constant help and support. The main task is to teach the skills and abilities needed in everyday life (Geidžs & Berliners, 1998; Prudņikova, 2012).

The condition is usually exacerbated by the fact that intellectual disability is rarely found in its pure form in moderate to severe cases. Visual, hearing, language,

or autistic spectrum features are common, therefore multifunctional disorders are more frequent. In this case, the structure of the interference is complex, and the structural elements interact. Movement disorders that affect motor development can also be found. The intellectual abilities of these children are far behind in their development, with the biological age of these children not matching their cognitive age.

Due to cerebral dysfunction, these children have an inadequate response to sensory irritation. The tactile sensation is underdeveloped, making it difficult to get to know object and the environment; they are unable to perform comparative actions, they cannot differentiate between people, things, different concepts (*here – there;*

now – later; more – less). It is difficult to develop an understanding of abstract items. This must be taken into account when developing vocabulary. Children with moderate and severe intellectual disabilities will always have a limited idea of what is happening around them. The difficulty of expressing themselves in words will also remain.

Based on the findings of various authors (Liepiņa, 2008; Korkmaz, 2011; Shree & Shukla, 2016; Bornstein et al., 2018), a table was compiled that summarises the most common characteristics in several domains for children with moderate to severe intellectual disabilities (see Table 1).

Development indicators	Key features
Feelings and perception	Often the senses do not correspond to the situation, they are disturbed. There may be increased or decreased sensitivity.
Attention	It only develops as a result of vivid impressions. Unintentional attention dominates. Usually only a bright, moving object or significant sound attracts attention.
Memory	Mechanical memory based on associative feelings predominates. Not able to memorise long-term, quickly forgotten.
Emotions, will, social contact, behaviour	Hard-to-find, inherent lack of curiosity, often shows no interest in what is around or what is happening. Does not know how to play, does not understand how to manipulate toys. Can make uniform, irrelevant and aimless movements. Characteristic emotional imbalances tend to be unpredictable. These children can show inadequate disobedience and their behaviour can be challenging. Some of them tend to be aggressive, others – crying, harassing or fearful. They often do not feel the need to communicate with other peers.
Expression of thinking in language	In the learning process, it is only on the basis of demonstrably practical thinking that separate thinking processes are formed. Comparing and classifying objects is problematic. Unable to perform analysis. Language not developed, pronunciation disorders, grammatical problems. Some of them lack language, only different sounds are uttered. Often words are repeated mechanically without understanding their meaning. Often they only partially understand or do not understand the teacher's instructions and are unable to answer questions.

Table 1: Essential Features of Cognitive Process, Emotions, Will, Social Contact, and Behaviour in Children with Moderate to Severe Intellectual Disability (after Liepiņa, 2008; Korkmaz, 2011; Shree & Shukla, 2016; Bornstein et al., 2018)

This table illustrates very clearly that the extent of the general level of development of children with moderate to severe intellectual disabilities, including language and speech development, is below average, when language and speech proficiency

can be compared to approximately normal adult development.

In order to make some insignificant progress in a skill area, professionals working with these children, including the Speech Therapist, need a great deal of

patience. Despite severe developmental disabilities, students with moderate to severe intellectual disabilities can learn a variety of skills. However, this takes a great deal of time, sometimes even years.

Some authors who point out the special features of children with intellectual and language acquisition disabilities, conclude that one of the most important characteristics of intellectual disability is the lack of comprehensive speech and language development (Liepiņa, 2008; Korkmaz, 2011; Pruthi, 2013). Nevertheless, as other authors point out, for students with moderate to severe intellectual disabilities, speech comprehension can be very primitive, preserved only on a social level. The vocabulary of the language is poor, and its development is very limited (Akhtar & Gernsbacher, 2007; Shree & Shukla, 2016; Bornstein et al., 2018).

Difficulties with language acquisition could be due to the specific features of speech and language development, which are well characterised by several authors, emphasising that in these students:

- ▶ Speech and language learning tend to start much later;
- ▶ Adult speech also begins to be delayed;
- ▶ There is difficulty in understanding the meaning of the word;
- ▶ Due to their sluggish nature, they often do not speak “unnecessarily” without naming items in words;
- ▶ There are very poor imitation skills;
- ▶ There is use of autonomous speech that is understood only by those closest to them;
- ▶ Both motor anxiety and motor disorders are observed, which tend to interact with speech disorders;
- ▶ They tend to be very sedentary and passive, which slows down their learning of the environment, which in turn influences the process of learning new words.

Sometimes the psychological barrier formed for various reasons hinders the expression of these children (Liepiņa, 2008; Prudņikova, 2012; Bornstein et al., 2018).

The developmental disability specificity of children with moderate and severe intellectual disabilities limits their effective language development. As a result, these children may never acquire the ability to use verbal means of expression in their communication. However, if they master it, their speech will be vague, with a limited grammatical linguistic structure. These children will also not be able to understand the causal relationships between different processes, and their active functioning will not be regulated through productive language.

The task of a Speech Therapist in dealing with these students is far from simple.

The most important skills needed to be developed by a Speech Therapist when working with these children are the purposeful development of communication and communication processes, which undoubtedly includes the potential for expanding the individual vocabulary.

Autism Spectrum Disorders

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a complicated condition, which is manifested differently in each child (Singletary, 2015). The abilities of children with ASD are often on different levels, so teachers usually face challenges in effectively coping and working with students with ASD (Reagan, 2012). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5) considers ASD in two general domains: as social communication impairment, and as repetitive/restricted behaviours (American Psychiatric Association, 2018). One of the main problems in diagnosing ASD is to have an appropriate early diagnosis while the child is at the school age. Research suggests that assessment of functional skills is crucial in creating an Individual Educational Programme and selecting the necessary services and support, adaptations, and accommodations (Esler & Ruble, 2015). Deficits in social communication for children with ASD are linked to their ability to express themselves. They are misunderstood, hence the teacher needs to find successful strategies for collaboration that will overcome these communication barriers (Perepa, 2014). In mainstream schools, many students with ASD are considered as students with learning disabilities, in need of specific help and support. This is associated with the great impact of Autism on the learning process of a child. Nevertheless, there is good evidence that adaptive behaviour is more severely impaired in individuals with Autism (O'Brien & Pearson, 2004). Learning disability inevitably impacts social communication, which leads to stereotyped behaviour and can result in more complicated problems. Some of these issues are attachment difficulties and the lack of strategies for cooperation in a child with ASD. Studies have shown that children with Autism exhibit more attachment insecurity than typical children, therefore they require specific support (McKenzie & Dallos, 2017). To overcome attachment difficulties, researchers offer different strategies, including manualised interpersonal problem-solving skills (Bonete et al., 2016), observational learning (Taylor &

DeQuizio, 2012), receptive language organisation (Frye & Beuchamp, 2009), assistive technologies to enhance language skills (Fteiha, 2016), and adaptive treatment strategy (Shih, Patterson & Kasari, 2016). Regardless of the strategy, in conditions where students with ASD enjoy full understanding and support, they can develop properly, and can achieve well-being in everyday life and schooling (if they are not hindered by other disabilities or a combination of them). However, a system of elements, containing organisation of the classroom environment, basic instructional strategies and visual aids, individual learning, and behaviour support has to exist in their learning environment (Koenig et al., 2014). Furthermore, if one strategy does not work, another needs to be tested, or the approach needs to combine favourable elements of different strategies (Vivanti, 2017). It is necessary to add that an inclusive setting alone is not enough for the appropriate development of children with ASD (Aller, 2017).

The aim of this article is to demonstrate the actions of a Speech Therapist in a class (group) that includes four pupils with intellectual disabilities. Characteristics of Autism in two of the children define the specifics of the work. However, in this case it is treated as a group with severe intellectual disabilities. This group provides children with the opportunity to develop specific communication abilities (Tübele, 2019; Landrâte & Tübele, 2019).

Research Process

Intervention in children with intellectual disabilities is very complicated, because of cognitive impairment and delayed development in all areas, especially in speech and language acquisition. It is more complicated when the level of intellectual disability is moderate or severe. Children with a moderate intellectual disability can communicate, but only in a simple manner, not on a complex level. In everyday life, they can sometimes live independently, although there are situations when help and support are still needed.

If intellectual disability is on a severe level, there are considerable delays in their development and their ability to communicate is on a very low level; some of them need support and require the use of alternative or augmentative communication tools.

It is complicated to provide a wholesome language acquirement process for students with intellectual disabilities, because of insufficient development of

cognitive processes, weakness of the will, and other characteristics. Many authors suggest that, for the successful development of speech and language, there are prerequisites to be developed: qualitative functioning of peripheral speech apparatus – tongue, lips, soft palate and breathing (Marrus & Hall, 2018; Short, Eadie & Kemp, 2019), as well as other characteristics linked with cognitive processes. Taking into account findings about the development of students with moderate and severe intellectual disabilities, the Speech Therapist must make great efforts. It is a challenge! One of the prerequisites are positive emotions used as an intensifier in Speech Therapy sessions. Every session needs some support points:

- positive emotional support;
- multisensory approach;
- stimuli for the joy of activities;
- possibility of freedom;
- use of technologies;
- development of all cognitive processes;
- promotion of cognitive activity and curiosity (Prudņikova, 2012; Tübele, 2019).

Results will be achieved if the Speech Therapist takes into account all suggestions and evaluates every child's abilities properly. Evaluation is a process where the Speech Therapist, together with other involved persons, stipulates the necessary data to plan intervention activities. It is very important to identify strengths (Tübele, 2019), because this is the starting point of success. We also have to evaluate the possibilities and weaknesses in order to identify the goals for every child – will it be possible for him to speak, or do we have to find other means of communication?

Research was carried out in an educational institution – a developmental centre for children with moderate and severe intellectual disabilities. At first evaluation, children were observed in their activities and existing vocabulary. Later, the intervention plan was worked out with activities to promote the formation of an active and passive vocabulary for each child, using insight into each child's characteristics. Four children participated. Their names have been changed for ethical purposes.

Anna, 14 years old, diagnosed with severe intellectual disability and Autism Spectrum Disorder.

She is positively oriented, few interests. She likes walking, listening to music, handling water. During lessons, activities are possible only together with the

teacher. Concentration of attention for a short period of time; memory is weak and unstable, motivation very low. Anna has no interest in learning, often protests at everything. With help, the girl imitates some movements – grabs and releases objects, transfers them from one container to another. Likes to work with materials of different structure – sand, shells, cones, chestnuts; likes tasks with sounds. She can push the key of synthesizer or sounding toy only with help, but, when done, listens to audible sounds. When she likes these sounds, she shows emotions with her body movements and by hand clapping.

Self-care skills are very poor: unable to dress and self-care, uses Pampers. Eats only food she likes – especially white bread and butter. Anna has no reaction to adults; if they want to draw her attention, the girl does not respond, rarely looks at the speaker; short-term eye contact. Any effort is perceived as discomfort. Often her desires are impatient – with aggressive crying, sometimes self-aggression – biting her hands, twitching her legs.

The girl's language functions are not developing. Language is not used as a means of communication; her needs are expressed by gestures or non-articulated sounds. Understanding of language is poorly developed, rarely responds to her name. It is not clear whether she understands simple phrases that are used in everyday life. She does not respond to questions and shows dissatisfaction.

Maria, 14 years of age; diagnosed with Down's syndrome and moderate intellectual disabilities.

The learning process with Maria is carried out individually. She is happy to carry out all the teaching tasks and suggestions. The girl is poorly mobilised for a task when an adult is not sitting next to her; then she limps, gets up, tries to leave the work space.

Self-care skills are well developed; she takes off outdoor clothes and shoes, uses the toilet, washes her hands. Help is needed when dressing, fastening fasteners, putting on clothes and shoes.

The girl is mostly positive. Communicates freely with classmates, often in an aggressive way – harassing others when they do not want to communicate, stalking them, commanding, pushing, taking away toys, and thus causing a conflict. Maria enjoys attending school events, loves being around people. Demonstrates willingness to participate in all activities without being able to distance herself. Sometimes the girl's behaviour

is influenced by the events and emotions of the moment. Then she starts to stumble and refuses to do any task. In school, the girl's attention is relatively unsteady, and she has difficulty in switching, dividing and concentrating the attention.

She has learned and successfully uses the lesson plan – communication card system in her work; knows daytime activities comparatively well. She knows how to change dates in the calendar, how to move the weekday labels. She has the skills to assemble simple puzzles of up to 20 pieces. Poorly developed fine motor skills of the fingers. Imitates movements well. Communication with Maria is carried out using language, but her vocabulary is limited. Sentences are short, words are not aligned; sometimes she doesn't understand the meaning of the words. Her passive vocabulary has more units than the active vocabulary. Listens to and understands simple instructions and contemplates verbal information for a long time. Questions are answered with one word. Maria is able to learn a short poem, if it is also displayed with movements. The girl is able to repeat simple non-expanded sentences by example. She can name some of the objects in the pictures. Actions and properties are not named; she does not associate colours with their names. The girl has a poor perception of differences in the outline of letters, and sometimes is able to form words from separate block letters in a pattern.

Peter, 10 years old. Diagnosis – severe intellectual disability.

Attention is not stable and the boy loses attention. He switches poorly from one task or activity to another. He is not able to act independently on purpose. Self-care skills are poorly developed; he is accustomed to being cared for and does not want to act on his own, waits for help and encouragement. Visits toilet with help and needs assistance in dressing after a toilet visit. The unbuttoned outerwear can be pulled off independently, but he is unable to dress himself independently.

Learning with the pupil is done individually. His cognitive interests are limited. His work is burdened by his emotional instability and imbalance. The boy is very sensitive and used to constant assistance. When adults talk in a friendly manner during the learning process, Peter perceives the activity as a game and there is no productive learning process. If the teacher speaks louder, the boy is scared, withdraws into himself, and cannot do anything. Therefore, it is good to find a balance

between friendliness and rigour to facilitate the learning process.

With help, the boy is able to group simple objects which are obviously different in shape and size; he cannot differentiate colours. With the help of an adult, simple Segen boards are assembled. Peter has poorly developed fine motor skills. Completing tasks that require grabbing small items is difficult. Sometimes motor anxiety is present.

Peter does not speak, his language understanding is limited. Sometimes simple instructions are perceived, sometimes not. Responds to a change in adult's voice intonation. In order to comprehend what is said, it is necessary to reinforce it with gestures and movements that complement verbal information. Peter simulates facial expressions, gestures, movements. Both the passive and active vocabulary are very limited.

George, 10 years old. Diagnosis – moderate intellectual disability with features of Autism Spectrum Disorder.

During school lessons, the boy's attention is unsteady, and he often has difficulty to switch, divide and concentrate the attention. If the tasks do not require much intellectual effort, the boy becomes more open and participative. Georg has trouble controlling and regulating his behaviour, emotional reactions. Impulsive and inadequate reactions can be predicted. Frequent mood swings: if he is happy – laughs out loud, runs; if he doesn't like something – screams.

Every day he carries a magazine or paper, which he tears up by himself into small pieces. Self-care skills are relatively well developed, he can remove outerwear and shoes, uses the toilet and washes his hands. Help is needed to get dressed and put on his shoes. The boy enjoys attending school events, likes being around people. Emotional involvement in activities is minimal and the boy predominantly looks at his magazines. In relationships with adults, Georg is friendly, sociable, smiling, keen to make eye contact. Sometimes he shows a desire for direct body contact – he wants to sit on the teacher's lap and allows himself to be caressed. There is no communication with classmates and other students at school.

Georg has learned and successfully uses the lesson-plan – communication card system in his work. Good knowledge of daily activities shown with photos. Is always upset and surprised if something different happens.

Poorly developed fine finger muscles; with support can draw stencils, lines. Poorly perceives differences in letter contours. Partially mastered ability to differentiate colours, shapes, sizes. Georg has the skills to assemble simple puzzles of up to 20–30 pieces.

Georg's language is underdeveloped. There are some non-articulated sounds. Limited language understanding. Georg understands only very simple verbal instructions that are used more often in everyday life. Communication with the boy takes place using speech, combined with sign language. The boy imitates gestures very well, being able to relate them to a visible object or image. Georg has mastered the ability to use sign language gestures such as: *thank you, bye, drink, eat, toilet visit, sleep*.

Based on individual differences and observational results, criteria were selected to assess the growth of each student's vocabulary.

Maria will be judged on the process of both active vocabulary development and passive vocabulary development, using individual subject cards and storylines. Total word count: 76 nouns, 13 verbs, and 10 colour names.

Georg will be observed by the development of both active and passive vocabulary, the expressive expression of which will be expected – through the use of sign language gestures to visualise or understand words or actions perceived and understood by a visual analyser. Total word count: 64 nouns, 15 verbs, and 10 colour names.

Peter will also be observed in the process of developing vocabulary, both active and passive, whose expressive expressions will be expected – by perceiving and recognising real objects and simple images with the help of an auditory or visual analyser, using his sign language gestures. Total word count: 31 nouns, 9 verbs, 3 colour names.

Anna will have several criteria for assessing language perception and understanding, as well as passive vocabulary status.

The number of words already learned or to be learned is different for each student, and they were selected according to the principle that each student in the study group should understand or use the words during the year. The selection of these criteria took into account the means of expression that the learner is able to use, is trying to use, or would prefer to use.

For each student, in order to assess vocabulary volume or the criteria contributing

to its impact, the Speech Therapist will use three skill levels to evaluate each criterion, with a score from 1 to 3:

- 1 point (does not recognise; skill is not developed (for Anna)).
- 2 points (recognises, displays, but does not name or display the appropriate gesture; the word dominates in the passive vocabulary; skill is developed partially; sometimes; performed with help (for Anna)).
- 3 points (recognises and names or displays the appropriate gesture; the word dominates in the active vocabulary; the skill is learned (for Anna)).

Methods and activities used in the vocabulary enrichment process

Intervention plans were created, taking into account the strengths and possibilities of each child. As the intellectual (cognitive) abilities of these four children are weak and limited, they have no interest in the world around them. These limitations affect the perception and production of language. Nevertheless, the Speech Therapist can do many things to promote their development.

Children with intellectual disabilities receive information through the senses; therefore, a multisensory approach was used in almost every session. Every Speech Therapy session started with a plan for it, and it was delivered in alternative ways. Photos, symbolic cards, and pictures were used. Firstly, the task or exercise was demonstrated as a cookie, the last activity – pleasant for every child after the main task. Sometimes it was something edible, or a balloon (for games with balloons to be carried out), or soap bubbles. Starting work with a small snack created positive emotions, and this was a stimulus for better involvement in activities. Children could also choose one or two activities to insert in the lesson plan. There was also the possibility to choose a prize. This gave an insight into the language development process; everything was discussed verbally, while also using gestures of sign language, alongside with pictures and photos. It was obvious that children with intellectual disabilities feel safer and more confident when the Speech Therapy sessions are planned and carried out with visual support.

Movement activities are of great importance in general development, as well as in the enrichment of vocabulary. Children with moderate or severe intellectual

disabilities need support in different areas; visual, audial, kinaesthetic stimuli need to be mixed. Therefore, Speech Therapy sessions were reinforced with sign language exercises. Gestures were used to acquire names for objects (real or in pictures), for actions in combination with verbal cues. Children tried to repeat movements and point to the picture or object. When movements were used to indicate objects, actions or colours, small rhymes were used together with movements; later they were transformed into wonderful games promoting not only the development of vocabulary, but also mobility. When observing the production of rhymes by children, it was obvious that activities were performed with pleasure and interest. The Speech Therapist used not only sign language gestures, but also spontaneous movements, expressions, singing. At first, these rhymes were recited very slowly, thus it was easier for every child to follow and imitate the movements and words. At first – without verbal expression, only movements; later verbal expression was added as much as was possible for every child (some of them could only express some sounds). While some children produced sounds, others learned words and even short sentences. Listening is crucial for acquiring words, and this was also a part of the intervention. While listening to stories, children had to produce some movements for words, then they had to give answers by showing gestures, producing words, or pointing at the pictures. When working with children with moderate and severe intellectual disabilities, it is necessary to use all kinds of materials. Well-known examples are interactive books, where the text and information are supported by visual and audial signals. When a child touches a button, he can see a picture or hear a sound, a word or even a sentence. It is an interesting process for them, and listening skills are enhanced.

Although Anna has a severe intellectual disability and is not able to perceive audial information, she was also interested in listening, and therefore language perception was promoted. It was obvious that, when listening to a text, Anna was emotionally attached; the same applied to listening to music and producing movements together with the music. For this purpose, the girl's name was sung out in every Speech Therapy session. During this process, the girl's attention was attracted, she was listening, watching. It is one of the results – at the beginning of intervention,

the girl did not pay attention to her name being pronounced out loud. At the end of the sessions, the girl was responding to her name almost every time. The intervention process for Anna was carefully planned to promote the development of cognitive processes (or at least to activate them), movements and tactile senses. The aim was to enrich the passive vocabulary with the words *take, give, put*.

The Speech Therapist's self-made games were used to manipulate objects and game elements – *to grab, to release, put on, take off, connect, touch*, and so on. The request was formed verbally, together with hand movements. Later Anna started to perform many activities on her own.

One of the most challenging goals of Anna's intervention process was to form the skill to ask for *bread, water* or *music*. As she likes bread very much, it was the first request to learn. The GoTalk communication board was used with a photo of bread. The girl had to push on the picture of bread, and every time she heard the word *bread*. Stimuli was a small piece of bread. Anna learned this very fast – by doing the action (pushing a button), she received something pleasant. The next step was a picture of bread, not on the GoTalk board. It was an attempt to use the acquired knowledge in a new situation. This was a difficult task and took longer, but it was successful anyway. Then the scheme was used to acquire the words *water* and *music*.

To promote the development of vocabulary for Maria and Georg, SymWriter, a symbol system of alternative communication, was used. SymWriter offers Vidgit symbols, where the written word has a visual symbol above it. It also offers the possibility to obtain an image of the whole word in block letters. Maria and Georg became acquainted with words and word combinations (noun and verb, noun and adjective). Using SymWriter, the Speech Therapist created her own games:

- after verbal instruction by the Speech Therapist, the child has to find the appropriate symbol and has to say it, or show it with a sign language gesture;
- a symbol is given to the child (or he chooses it by himself), and he has to name it, try to memorise it and show it with hand movements;
- the Speech Therapist says a word combination of two words, and the child has to find it among different word combinations depicted by the Vidgit symbols;

- a word combination in Vidgit symbols is given to the child, and he has to pronounce each word, or show it by using sign language.

To promote the development of vocabulary as well as cognitive processes, different games and exercises were offered – games of construction, differentiation of colours, skills of visual perception and skills of comparing objects, pictures. It is necessary to change the tasks, to increase the level of difficulty step by step, to create variations of exercises (some elements are the same, but there are small changes). Thus, children can understand the rules of the game, and at the same time it helps to develop the skills to compare, to make a choice, to classify, to notice essential features, and to get the right answer.

For example, using the GoTalk board, different tasks were:

- the Speech Therapist points at similar objects in different colours; the child has to push the appropriate colour button, listen to the verbal name for it, try to pronounce it, or show it with a gesture;
- the Speech Therapist verbally names the word for a colour; the child has to find the visual form of this colour on the GoTalk board and push the appropriate button.

Before the next level of difficulty, the previous one was strengthened.

Finger games were used in every Speech Therapy session. There is a variety of finger games that enhances the agility and precision of movements – tilting, weaving, knotting, working with small objects, mosaics, natural materials, plastic masses, kinetic sand, and more. Nevertheless, children with moderate and severe intellectual disabilities are not able to play games; they need support to understand the essence of the game and its rules.

During the intervention process, different methods were used, and they interacted with one another. These were games and role play, together with alternative means of communication – pictures, photos, objects, Vidgit symbols, signs and gestures, and also different body and hand movements. As the perception of the involved children is limited, it was necessary to make sure that the process was pleasant for every child and adapted to their level of understanding.

Results and Data Analysis

To better assist children with moderate and severe intellectual disabilities to learn language and speech and to expand their

vocabulary, both active and passive, the authors took into consideration all the circumstances that could affect the growth of the particular pupil in this area and devised a clear action plan: the most effective approaches and methods used to validate the effectiveness of the chosen methods between September 2018 and November 2019. Some of the used methods to facilitate the process of expanding the vocabulary of the pupils were specifically selected games, role play and exercises.

In order to positively influence the process of expanding the vocabulary of pupils in any of the Speech Therapy activities, first of all, great attention was paid to the environmental factor. In order to make the pupil feel safe and confident during lessons, every child's activity, whether successful or not, received positive comments, praise, and encouragement prizes, such as small stickers and badges.

Both the strengths and weaknesses of each pupil were identified, and their current and potential opportunities were identified; individual, appropriate requirements for each pupil were set.

In order to make work more productive in Speech Therapy classes, positive

emotions were promoted, taking into account the individual characteristics and needs of each student, both encouraging and supporting their efforts with a variety of small prizes, in an effort to foster collaboration and build trust.

In every Speech Therapy session, in order to reach the set goal, in this case, expand the vocabulary of pupils, the Speech Therapist needs to provide the child with individual assistance. Being able to get help at the right moment created a sense of security in the student and added extra confidence to the Speech Therapist working with them. All these factors positively influenced the child's growth and were some of the factors that helped to achieve a good result in the vocabulary expansion process for all students in the study group.

In November 2019, a re-study was conducted to see how the correction work had progressed and what results had been achieved, using the same criteria as were used to determine the size of the students' vocabulary in the initial research. Data from the final study were compared with the results of the initial study.

When starting the evaluation of the words in **Peter's** active and passive gesture

collection in September 2018, it was stated that the student had a very limited passive vocabulary. Out of the 43 words suggested, Peter did not recognise 36 of them. He could not show them by using gestures, but recognised 7 of them. During the initial research, it was found that the student had not yet understood the meaning of the gestures and their use in communication. There was a very limited understanding of language, but when the Speech Therapist was working, verbal information was accompanied by simple inviting gestures, such as *Come on! Rise!* The boy responded to these invitations.

One of the main tasks of the intervention was to acquire the ability to perceive and understand the meaning of the nouns and verbs that are more commonly heard in everyday life, as well as the ability to express their needs in a way that can be understood by others through sign language. Gestures were learned through various movement games, exercises, and role play (see Fig. 1).

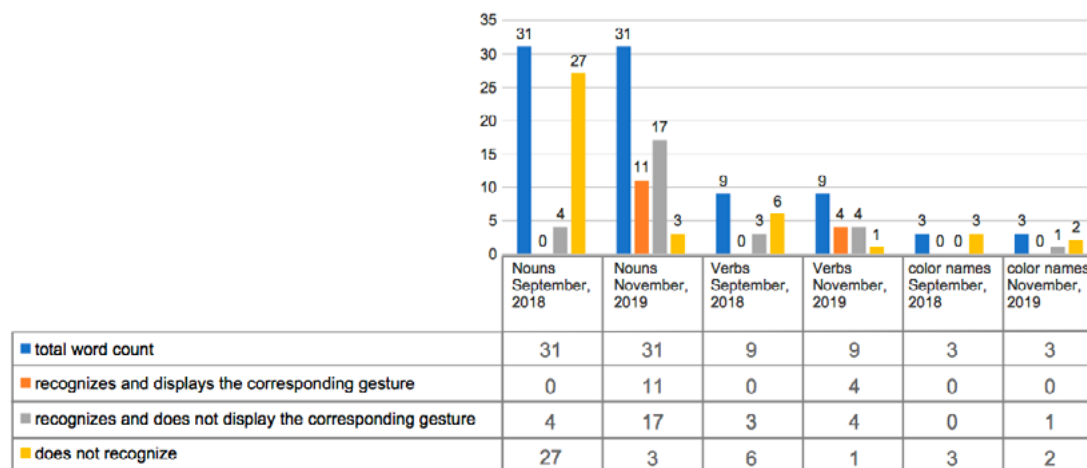


Figure 1: Peter's Active and Passive Gesture Collection and Passive Vocabulary Development Comparison for September 2018 and November 2019

The results of the re-study in November 2019, compared with the first-time data, confirm that the Speech Therapist has made considerable progress in the boy's vocabulary expansion process. Now, out of the 43 suggested words, there were only 6 words which the boy did not recognise. He did not understand the gestures, but understood the meaning of the gestures of 22 words. Not only did the boy recognise the 15 words (11 nouns and 4 verbs), he could display them by using

appropriate gestures. So, as a result of the intervention, the boy has expanded both his passive vocabulary and active vocabulary and is able to understand the meaning of specific gestures, some of which he can show.

Georg's initial vocabulary test found that the boy's passive vocabulary contained 32 words out of 89 suggested words. For 4 verbs, George understood the meaning of the gestures that represented them and knew how to use the appropriate gestures.

With 53 words, the boy did not recognise or associate the audible sound with either the visual image in the pictures or the visual image of the gesture. The intervention with Georg was also intended to help him acquire the ability to perceive and understand the meaning of nouns and verbs commonly heard in everyday life, and to associate verbal signs of different colours with a particular gesture and, of course, to learn to communicate his needs with sign language gestures. In the initial test,

the boy demonstrated not only the ability to imitate gestures, but also the ability to reproduce the 4 actions (*eating, sleeping, drinking, and toileting*) depicted in the pictures with a sign language gesture. In

order to facilitate the development of this knowledge and to apply the acquired skills in everyday communication, the Speech Therapist used toys, games, exercises and Vidgit symbols in the learning process.

Through the active use of these techniques, over the course of the year, the pupil acquired the ability to understand and render most of the words offered by appropriate gestures (see Fig. 2).

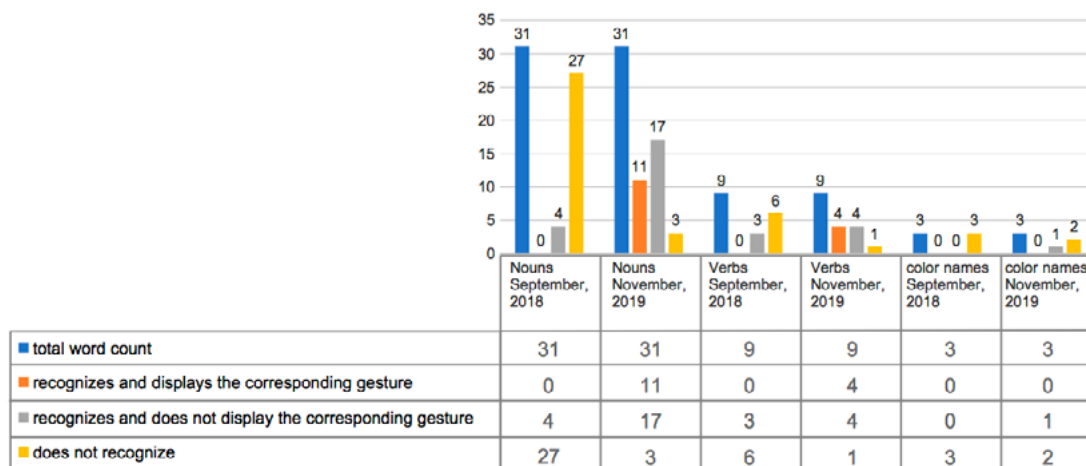


Figure 2: Georg's Active and Passive Gesture Collection and Passive Vocabulary Development Comparison for September 2018 and November 2019

Comparative data confirm that the boy now recognises and displays 66 words out of 89 words, recognises without displaying 22 words (these words are only in the passive vocabulary), but no longer recognises only 1 word. So, as a result of the intervention, Georg has also expanded his passive vocabulary, passive gestures and active gestures. He is able to understand the meaning of a relatively large number of gestures, many of which can also be shown by using hand movements.

Maria is able to use language in the communication process, but despite this, her vocabulary is relatively small, which makes

it difficult for the girl to express herself – to express her wishes qualitatively and to keep the conversation going. As soon as the girl has difficulty expressing herself, she becomes confused and begins to pronounce phrases that are often unrelated to the situation. During the initial research, the Speech Therapist concluded that, out of the 99 words offered, the girl had only 13 in her active vocabulary, 37 in her passive vocabulary, but 49 were not recognised. The girl had not developed the ability to associate the verbal notation of colour with the visual representation of colour perceived by the visual analyser, and

thus she was unable to distinguish them by their names or to say what the name is for a particular colour. In order to promote the process of expanding vocabulary, both active and passive, Maria also chose to use sign language gestures as one of the leading working methods, incorporating them into various movement games, role play, exercises. After repeatedly researching the vocabulary, the Speech Therapist concludes that the chosen methods were a successful solution for the girl's vocabulary and expression skills (see Fig. 3).

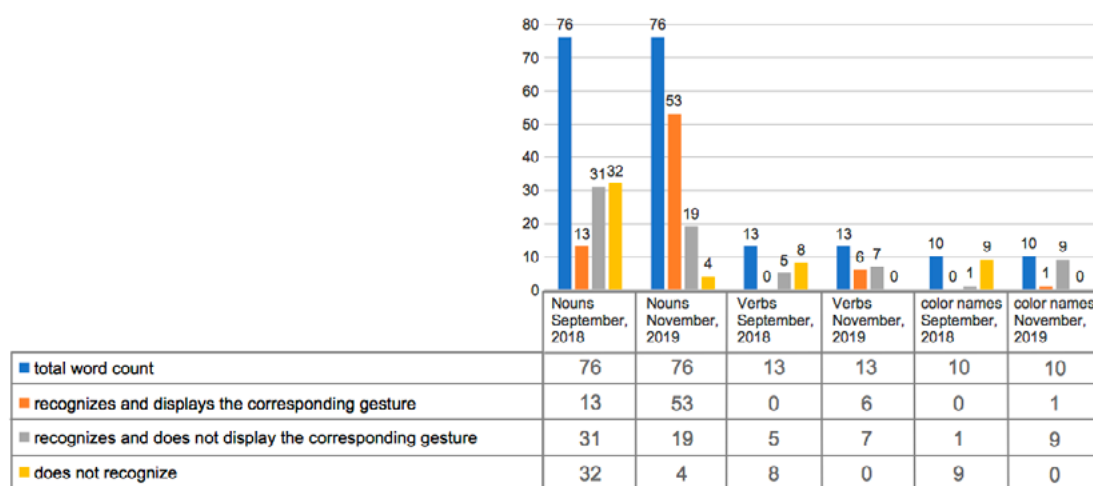


Figure 3: Maria's Comparative Data on the Development of the Active and Passive Vocabulary of Mary in September 2018 and November 2019

In November 2019, after repeating the vocabulary volume research process and comparing the results with the first research data, it was obvious that the girl had made significant developmental progress in the process of active vocabulary development. Out of the 99 words offered, the girl is now able to recognise and name 60, but her passive vocabulary contains 35 words. The girl has not mastered 4 words yet. As a result, both the passive vocabulary and the active vocabulary have expanded as a result of the intervention work. Maria has finally mastered the ability to associate the verbal designation of a colour with a specific gesture of sign language, which is a great achievement for her, as colour names have so far been abstract concepts.

Anna has a severe intellectual disability. Through initial research on language perception, comprehension and passive vocabulary, the Speech Therapist was able to observe how poorly the girl's ability to

perceive and understand language was developed. Her passive vocabulary was very limited, practically non-functional. The girl did not react to the sound of her name, did not understand and did not respond to simple instructions – neither gestures nor words. She could not use any means of expression in communication. Taking into account the girl's poor development and insufficient skills, the Speech Therapist set a goal – to stimulate language perception and comprehension and to try to expand the passive vocabulary with subject and action names important to the girl – *bread, bubbles, music* (referring to a synthesizer), *drink, eat, rise, sit, let's go, take*, and to learn how to ask for bread or a drink. To achieve this goal, the Speech Therapist chose the following methods – use of alternative communication tools (bread, mug and synthesizer images), GoTalk communication board, use of inviting gestures and verbal guidance, movement games, sensory exercises (see Fig. 4).

them to undergo the vocabulary expansion process – according to the type of communication possible for each student. Both active vocabulary and passive vocabulary were enriched, as well as the ability to understand and use sign language gestures in the communication process. These results were achieved by using games, role play and exercises, alternative communication tools and sign language gestures. This study confirms that any language can be represented in a visual way. If necessary, the vocabulary of any language can be expanded through a variety of visually perceived alternative means of communication, both in the form of images and symbols, and the meaning of words in motion, sign language gestures. In the process of enriching vocabulary by acquiring the ability to associate a vocally perceived word with a realistic image, symbol or gesture, the use of specifically selected games, role play and exercises is the most productive method.

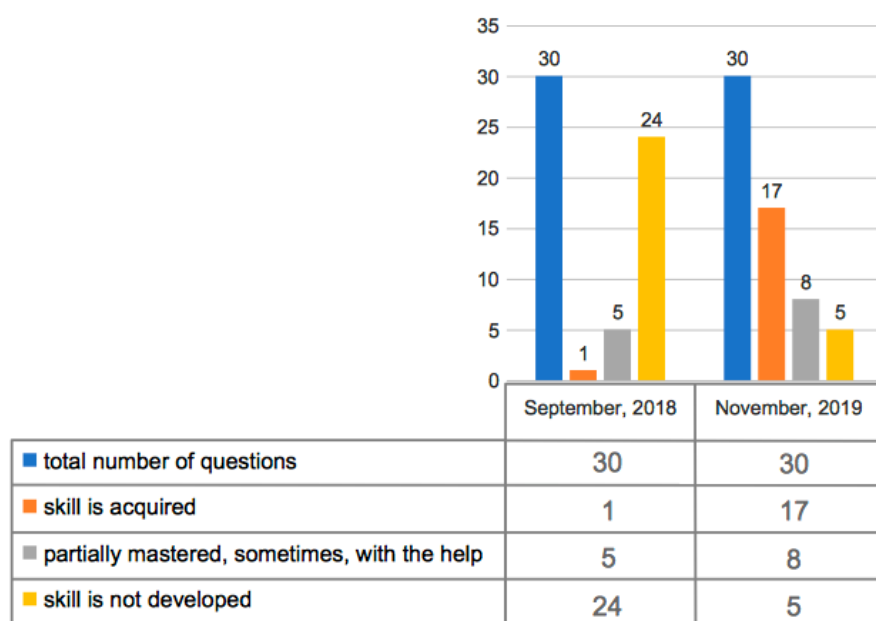


Figure 4: Benchmarking of Anna's Language Perception and Understanding, Communication Process and Passive Vocabulary in September 2018 and November 2019

Comparing the results obtained in November 2019 with those obtained in September 2018, the Speech Therapist concludes that there is also an increase in the development of Anna's language perception, comprehension and passive vocabulary. The initial study found that, out of the 30 suggested questions that testify to the girl's ability to perceive and understand language – with the grade 'skill acquired' – only 1 question could be evaluated, but 17 questions received this grade in November 2019. So, as a result of the

intervention, the girl has mastered the skill of asking for the coveted snack – bread – which is a great achievement in itself. She has an improved ability to understand both simple pointing and inviting gestures and verbal cues.

Conclusions

Despite the extent to which each of these pupils had mastered their language perception and expression skills, this study demonstrated that purposeful and active use of Speech Therapy classes allowed

Speech and language are closely related to human cognitive processes and there is a close interaction. Vocabulary enrichment plays an important role in the development of children (including those with moderate to severe intellectual disabilities); it enhances their intellectual capacity. With the help of language, the child learns about what is happening around him.

The quantitative and qualitative expression of a child's language is significantly influenced not only by the environment in which he grows and develops, but also every moment when the baby is still in his mother's womb. No less important is the moment when a baby announces himself by the first cry in this world, as well as the subsequent years of life until the child is able to begin school. Language disorders have a negative impact on a child's character and behaviour, as only language can express their thoughts, feelings, requests and attitudes towards different forms of behaviour.

Vocabulary volume is very important for a child's ability to communicate fully and to explore the world as he develops. The ability to use language – to understand what others are saying and to be able to express themselves – is a very important component in the communication process. Children, whether they have developmental disabilities or not, are only able to perceive and understand the part of verbal information that is easily perceived, explained or, where necessary, appropriately

formulated. Expanding the vocabulary plays a very important role in the personality development process in students with intellectual disabilities. Even if only slightly enriched, it opens up opportunities for these children to become more active in exploring the world around them and helps them to integrate more easily into social life.

Intellectual disabilities affect the personality as a whole. One of the most prominent features is the lower than average intelligence, whose developmental deficiencies are predominantly seen in everyday life, in communication, in self-care, and in the acquisition of academic skills. Children with intellectual disabilities are able to develop only within the limits of their abilities, which undoubtedly depends on the extent to which the child's mental capacity is impaired, such as impaired thinking, memory, perception and language.

Professionals working with these children, including the Speech Therapist, require a great deal of patience to achieve even insignificant progress in a skill area, because despite moderate or severe developmental disabilities, students can learn different skills. This only requires a very long time.

It is only through practical action that all skills and abilities are developed, and that what is learned is deepened and strengthened. This means that, in order to form and consolidate in the child's mind the new words that denote things and actions, as well as events that take place around him, he needs to taste, smell, touch, look, and listen to the world.

The Speech Therapist as a specialist must be a creative person who is not afraid to experiment with different methods and techniques, nor with the choice of teaching aids. No theorist or practitioner is able to provide a uniform, constant formula of how to expand the vocabulary of pupils who have moderate or severe intellectual disabilities, because each of these pupils is different, each has their own strengths and weaknesses, each develops at his own pace, and the method that suits one of them often turns out to be completely useless for another.

It is the play activity that reveals any deviation, if any, in a child's personality development. With the aid of the toy, it is possible to correct any child's developmental

disorder, any hindrance or lack of skills. The dynamics of language development can be promoted through the direct use of a variety of movement activities, including teaching, play and games. In addition, various types of exercises that promote mobility and coordination of movement, sensory abilities, and language and speech skills would also help to develop constructive interpersonal skills. Through movement, children learn and remember information more easily, because it is memorised through associative perception. Specifically, the word perceived by the hearing analyser is learned through interaction with the movement perceived by the vision analyser.

If the Speech Therapist reinforces the spoken word by some alternative means of communication, it will not only improve the student's vocabulary, but also improve his language perception and ability to express his needs. The Speech Therapist should improve the language of the non-speaking pupil by either the language of images or the language of hand-to-finger movement.

In pupils with moderate to severe intellectual disabilities, language disorders are very severe and widespread. However, the Speech Therapist must do his/her utmost to facilitate the development of these students in this area as well. The richness of passive and active vocabulary in children with moderate to severe intellectual disabilities, who are able to express their needs at least a little with verbal means of expression, and the passive vocabulary of children who have not developed their vocabulary, also influences how they develop their cognitive activity, cognitive abilities, thinking and memory characteristics.

For students with moderate to severe intellectual disabilities, each improvement is accomplished with great effort, including the vocabulary expansion process. Therefore, the Speech Therapist must be supportive of each child's achievement when working with these children. Positive reinforcement of a variety of pleasurable emotions, such as expressing appreciation for a job well done, praise, a fun activity at the end of a Speech Therapy session, treats, etc., should be used regularly to stimulate motivation.

Expanding the vocabulary of pupils through Speech Therapy helps to build children's self-esteem, helps them to believe in their own abilities.

If the language and speech skills of these children are so limited in their expression that they are unable to develop or enhance the communication process, then the primary task of the Speech Therapist is to promote the child's ability to understand the world around him and to express his desires and needs, using an alternative language that is either sign language gestures, pictograms, pictures, photos, or various symbol systems, such as Vidgit images provided by SymWriter. Conversely, if these children have developed or are beginning to develop speech and language, such as individual sounds, syllables, words, then it is highly desirable to improve the process of language and speech development, including vocabulary expansion, by acquiring the ability to use active spoken communication in combination with various means of alternative communication.

Pupils with severe intellectual disabilities feel more confident about their abilities when their life activities, including Speech Therapy activities, are planned in a visual way. Toys, exercises, and games play an important role in the learning process in order for the child to succeed in his developmental growth. Without support, they will not be able to understand the nature of toys, or games and their rules. Therefore, a Speech Therapist working with these children should teach them the play process, how to play games and how to perform exercises.

The vocabulary of any language can be expanded through a variety of visually recognisable alternative means of communication, both in the form of images and symbols, and the meaning of words in motion, the sign language gestures.

Research proves that it is possible to extend the vocabulary in students with moderate to severe intellectual disabilities. On the other hand, the most effective methods to use in this process are games, role play, exercises and alternative communication tools, such as pictures, symbols and sign language gestures.

All students in the study group made significant progress in the vocabulary expansion process. This leads to the conclusion that there is a need to continue to set new goals that will further advance these students' progress in vocabulary development.

References

- AKHTAR, N., & GERNSBACHER, M. A., 2007. Joint Attention and Vocebulary Development: A Critical Look. In: *National Institute of Health Public Access – Lang Linguist Compass*. 2007 May; 1(3): 195-2017. DOI: 10.1111/j.1749-818X.2007.00014.x.
- ALLER, E. E., 2017. *Developmental Impact of Inclusion Classrooms on Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review*. Sophia: St. Catherine University repository. Retrieved from: https://sophia.stkate.edu/msw_papers/697
- American Psychiatric Association. (2018). Retrieved from: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/updates-to-dsm-5/coding-updates>
- BONETE, S., MOLLINERO, C., MATA, S., CALERO, M. D. & GOMEZ-PEREZ, M del M., 2016. Effectiveness of Manualised Interpersonal Problem-solving Skills Intervention for Children with Autism Spectrum Disorder (ASD). In: *Psicothema*. Vol. 28, No. 3, 304-310. DOI: 10.7334/psicothema2015.206.
- BORNSTEIN, M. H., HAHN, C-S., PUTNICK, D. L., & PEARSON, R. M., 2018. Stability of core language skill from infancy to adolescence in typical and atypical development. In: *Sci. Adv*. 2018; 4:eaa7422. 21 November 2018. Available: <http://advances.sciencemag.org/>. Retrieved: 23. 03. 2020.
- DA FONTE, M. A., & BOESCH, M. C., 2018. *Effective augmentative and alternative communication practices: Description*. New York: Routledge.
- ESLER, A. N. & RUBLE, L. A., 2015. DSM-5 Diagnostic Criteria for Autism Spectrum Disorder With Implications for School Psychologists. In: *International Journal of School and Educational Psychology*. Vol. 3, Issue 1. DOI: 10.1080/21683603.2014.890148.
- FRYE, R. E. & BEUCHAMP, M. S., 2009. Receptive Language Organization in High-Functioning Autism. In: *Journal of Child Neurology*. Vol. 24, No. 2, 231-236. DOI: 10.1177/0883073808329572.
- FTEIHA, M. A., 2016. Effectiveness of assistive technology in enhancing language skills for children with autism. In: *International Journal of Developmental Disabilities*. DOI: 10.1080/20473869.2015.1136129.
- GEIDŽS, N. L. & BERLINERS B. C., 1998. *Pedagoģiskā psiholoģija [Pedagogical Psychology]*. Rīga: Zvaigzne ABC.
- GILES, Br. (ed.), 2002. *Thinking and Knowing*. London: Grange Books.
- GIRIMAJI, S. C., & PRADEEP, A. J., 2018. Intellectual Disability in International Classification of Diseases-11: A Developmental Perspective. In: *Indian J Soc Psychiatry*. 2018; 34: S68-74 Available: <http://www.indjsp.org>. Retrieved: 20. 03. 2020.
- HEMPHILL, L., & TIVNAN, T., 2008. The Importance of Early Vocabulary for Literacy Achievement in High-Poverty Schools. In: *Journal of Education for Students Placed at Risk*. November, 2008. DOI: 10.1080/10824660802427710.
- HILLIS, A. E., 2001. The Organization of the Lexical System. In: Brenda Rapp (ed.). *The Handbook of Cognitive Neuropsychology: What Deficits Reveal About the Human Mind*. John Hopkins University. USA: Printed by Edwards Brothers, p. 185-210.
- JELLIFFE-PAWLOWSKI, L. L., SHAW, G. M., NELSON, V., & HARRIS, J. A., 2003. Risk of Mental Retardation Among Children Born With Birth Defects. In: *ARCH Pediatr Adolesc Med*. Vol. 157, June 2003 Available: <https://jamanetwork.com/>. Retrieved: 23. 03. 2020.
- KARVELIENE, R., 2019. *Empowerment of students in disability situation to participate in international activities of higher education*. Šiauliai: Šiauliai University.
- KOENIG, K. P., FELDMAN, J. M., SIEGEL, D., COHEN, Sh. & BLEIWEISS J., 2014. Issues in Implementing a Comprehensive Intervention for Public School Children With Autism Spectrum Disorders. In: *Journal of Prevention & Intervention in the Community*. Vol. 42, Issue 4, 248-263. DOI: 10.1080/10852352.2014.943638.
- KĻAVIŅA, S., 1997. *Valodas daba [The Nature of the Language]*. Rīga: Lielvārds.
- KORKMAZ, B., 2011. Theory of Mind and Neurodevelopmental Disorders of Childhood. In: *Pediatric Research*. Vol. 69, No.5. Pt. 2, 2011 0031-3998/11/6905-0101R.
- KŪLE, M., & KŪLIS, R., 1998. *Filozofija [Philosophy]*. Rīga: Zvaigzne ABC.
- LANDRĀTE, E., & TŪBELE, S., 2019. *Autisms un saskarsme [Autism and Communication]*. Rīga: RaKa.
- LAUA, A., 1981. *Latviešu leksikoloģija [Lexicology of Latvian language]*. Rīga: Zvaigzne.
- LIEPIŅA, S., 2008. *Speciālā psiholoģija [Special Psychology]*. Rīga: RaKa.
- LŪSE, J., MILTIŅA, I., & TŪBELE, S., 2012. *Logopēdijas terminu skaidrojošā vārdnīca [Glossary of Speech Therapy Terms]*. Rīga: RaKa.
- MARJANOVIČ-UMEK, L., FEKONJA-PEKLAJ, U., & PODLESEK, A., 2012. *Characteristics of early vocabulary and grammar development in Slovenian-speaking infants and toddlers: a CDI-adaptation study*. Open Access. DOI: 10.1017/S0305000912000244.
- MARRUS, N., & Hall, L., 2018. Intellectual Disability and Language Disorder. In: *Child Adolesc Psychiatry Clin*. DOI: 10.1016/j.chc.2017.03.001.

- MCKENZIE, R. & DALLOS, R., 2017. Autism and attachment difficulties: overlap of symptoms, implications and innovative solutions. In: *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 22(4) 632-648. DOI: 10.1177/1359104517707323.
- MILTĪŅA, I., 2008. *Skolotāja logopēda darba mape [Portfolio of Teacher Speech Therapist]*. Rīga: RaKa.
- MILTĪŅA, I., 2019. *Saistītās runas pilnveidošana [Development of the Connected Speech]*. Rīga: RaKa.
- MOODY, S., HU, X., KUO, L., JOUHAR, M., XU, Z., & LEE, S., 2018. Vocabulary Instruction: A Critical Analysis of Theories, Research, and Practice. In: *Educational Sciences*. 2018, 8, 180. DOI: 10.3390/educsci8040180.
- O'BRIEN, G. & PEARSON, J., 2004. Autism and learning disability. In: *Sage Publications and The National Autistic Society*. Vol. 8(2) 125-140. Retrieved from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.819.3956&rep=rep1&type=pdf>
- PEREPA, P., 2014. Cultural basis of social 'deficits' in autism spectrum disorders. In: *European Journal of Special Needs Education*. Vol. 29, Issue 3, 313-326. DOI: 10.1080/08856257.2014.908024.
- PRUDŅIKOVA, I., 2012. *Skolēnu ar vidēji smagiem un smagiem garīgās attīstības traucējumiem praktiskās darbības pieredzes veidošanās speciālajā internātpamatskolā [Formation of practical experience of pupils with moderate and severe intellectual disabilities in special boarding school]*. Rēzekne: Rēzeknes augstskola.
- PRUTHI, G., 2013. *Language Development in Children With Mental Retardation*. Available: <http://dynapsyc.org/2013/LanguageDevelopment.pdf>. Retrieved: 29. 02. 2020.
- REAGAN, N., 2012. *Effective Inclusion of Students with Autism Spectrum Disorders*. Education Masters. Paper 276. Retrieved from: https://fisherpub.sjfc.edu/education_ETD_masters/276/
- SHIH, W., PATTERSON, S. Y. & KASARI, C., 2016. Developing an Adaptive Treatment Strategy for Peer-Related Social Skills for Children with Autism Spectrum Disorders. In: *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. Vol. 45, Issue 4, 469-479. DOI: 10.1080/15374416.2014.915549.
- SHREE, A., SHUKLA, P. C., 2016. Intellectual Disability: definition, classification, causes and characteristics. In: *Learning Community*. 7(1) 9-20 April, 2016. DOI: 10.5958/2231-458X.2016.00002.6
- SCHWARTZ, R. G., 2017. *Handbook of child language disorders. Second edition*. New York: Routledge.
- SHORT, K., EADIE, P., & KEMP, L., 2019. Paths to language development in at risk children: a qualitative comparative analysis (QCA). In: *BMC Pediatrics*. (2019) 19:94. DOI: 10.1186/s12887-019-1449-z.
- SINGLETARY, W. M., 2015. An integrative model of autism spectrum disorder: ASD as a neurobiological disorder of experienced environmental deprivation, early life stress and allostatic overload. In: *Neuropsychanalysis: An Interdisciplinary Journal of Psychoanalysis and the Neurosciences*. Vol. 17, Issue 2, 81-119. DOI: 10.1080/15294145.2015.1092334.
- SONG, J. Y., DEMUTH, C., & MORGAN, J., 2018. Input and Processing Factors Affecting Infants Vocabulary Size at 19 and 25 Months. In: *Frontiers in Psychology*. 9:2398. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.02398.
- TAYLOR, B. A. & DEQUINZIO, J. A., 2012. Observational Learning and Children with Autism. In: *Behavior Modification*. 36(3) 341-360. DOI: 10.1177/0145445512443981.
- TŪBELE, S., 2019. *Valodas traucējumu novērtēšana [Evaluation of Speech Disorders]*. Rīga: RaKa.
- VIGOTSKIS, L., 2002. *Domāšana un runa [Thinking and Language]*. Rīga: Eve.
- VIVANTI, G., 2017. Individualizing and Combining Treatments in Autism Spectrum Disorder: Four Elements for a Theory-Driven Research Agenda. In: *Current Directions in Psychological Science*. Vol. 26(2) 114-119. DOI: 10.1177/0963721416680262.
- ZUBRICK, S. R., TAYLOR, C. L., & CHRISTENSEN, D., 2015. Patterns and Predictors of Language and Literacy Abilities 4-10 Years in the Longitudinal Study of Australian Children. In: *PLoS ONE*. 10(9). DOI: 10.1371/journal.pone.0135612.

Redakční rada /Editorial Board:

- doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D. - *koordinátor redakční rady/Head of Editorial Board*, Foniatrická klinika 1. LF UK a VFN, Žitná 24, 120 00, Praha 2; Klinická logopedie, Nám. Osvobození 451, 47001, Česká Lípa
- MUDr. Libor Černý, Ph.D., Foniatrická klinika 1. LF UK a VFN, Žitná 24, 120 00 Praha 2
- prof. dr hab. Jacek Bleszyński, Katedra Podstaw Pedagogiki, Instytut Nauk Pedagogicznych, ul. Lwowska 1, 87 100 Toruń, Polsko
- PaedDr. Adelaida Fabiánová, Ambulancia klinickej logopedie – ADELI s. r. o., Hlboká 45, 921 01 Piešťany, Slovenská republika
- MUDr. Ondřej Fiala, Ph.D., Institut neuropsychiatrické péče, Křižíkova 264/22, 180 00 Praha 8
- doc. PaedDr. Bibiána Hlebová, Ph.D., Prešovská univerzita v Prešove, Pedagogická fakulta, Ul. 17. novembra č. 15, 080 01 Prešov, Slovenská republika
- PhDr. Anna Hrnčiarová, CSc., Annfutura, s. r. o., Klinická logopédia, Malokarpatské námestie 2, 841 03 Bratislava, Slovenská republika
- prof. Dr. Henriette W. Langdon, Ed.D., F-CCC_SPL Communicative Disorders and Sciences at San José State University, San José, CA 95192, USA
- PhDr. Gabriela Seidlová Málková, Ph.D., Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova, U Kříže 8, 158 00 Praha 5
- Mgr. Zuzana Moškurjaková, Klinická logopédia, Banská Bystrica, Kyjevské námestie 7, 974 04 Banská Bystrica, Slovenská republika
- doc. PhDr. Marek Preiss, Ph.D., Oddělení klinické psychologie, Národní ústav duševního zdraví, Topolová 748, 250 67 Klecany
- Isabella Reichel, Ed.D., assoc. professor, Graduate Program in Speech Pathology, School of Health Sciences, Touro College, 320 W 31st St, New York, NY 10001, USA
- Hazel Roddam, Ph.D., MA, University of Central Lancashire, Allied Health Research Unit, School of Health Sciences, Preston, Lancashire PR1 2HE, Velká Británie
- doc. Mgr. Radek Skarnitzl, Ph.D., Fonetický ústav Filozofické fakulty Univerzity Karlovy, Náměstí Jana Palacha 2, 116 38 Praha
- prof. dr. hab. n. hum. Zbigniew Tarkowski, Department of Pathology and Rehabilitation of Speech, Medical University of Lublin, ul. Staszica 4-6, 20-400 Lublin, Polsko
- prof. Dr. paed. Sarmite Tübele, Faculty of Education, Psychology and Art, University of Latvia, Jūrmalas gatve 76-k1, Rīga, LV-1083, Lotyšsko
- PhDr. Mgr. Lenka Vacková, Ambulance klinické logopedie, Wellnerova 1322/3C, 779 00 Olomouc
- prof. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D., Ústav speciálněpedagogických studií, Pedagogická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci, Žižkovo náměstí 5, 779 00 Olomouc
- dr hab. Katarzyna Węsierska, Ph.D. Institute of Linguistics, Faculty of Humanities, University of Silesia in Katowice, Bankowa 12, 40-007 Katowice, Polsko

Šéfredaktorka /Editor-in-Chief:

Mgr. Zuzana Lebedová, Zuzana.lebedova@email.cz

Asistentka redakce / Editorial Assistant:

Mgr. Helena Blažková, hel.gajdosikova@gmail.com

Redakce / Editorial Staff:

Mgr. Barbora Červenková, barbora.cervenkova@post.cz
 Mgr. Naděžda Lasotová, nlasotova@gmail.com
 Mgr. Barbora Lichorobiec, baralich@seznam.cz
 PhDr. Radka Horáková, Ph.D., horakova.radka@gmail.com
 Mgr. et Mgr. Barbora Richtrová, barbora.richtrova@gmail.com
 Mgr. Petr Šmíd, DiS., smid@hamzova-lecebna.cz
 Mgr. Markéta Zatloukalová, marketa.zatloukalova@rehabilitace.cz

Technická editorka/Technical Editor: Mgr. Lucie Peláková, www.pelakova.cz

České korektury/Czech proofreading: Mgr. et Mgr. Veronika Rákocý, rozaarka@seznam.cz

Anglické korektury/English proofreading: Pearl Harris, harrispearl@hotmail.com

Vydává jako e-časopis Asociace klinických logopedů ČR/Published by the Association of Speech-Language

Pathologists of the Czech Republic: AKL ČR, Rumunská 1, 120 00 Praha 2, IČO: 41192303

Číslo/Volume: 1/2021, červen 2021/June 2021

Periodicita/Periodicity: 2× ročně, vždy 14. června a 14. prosince, <https://casopis.aklcr.cz/>

Published biannually electronically – 14 June and 14 December, <https://casopis.aklcr.cz/>

ISSN 2570-6179

Grafický design/Graphic Design: Flashstudio, s.r.o., www.flashstudio.cz

Ilustrace u editoriaľu/Editorial photo: Barbora Lichorobiec

Časopis dodržíje citační normu ISO 690. / The journal complies with the ISO 690 citation standard.

Webarchivováno Národní knihovnou České republiky. / Journal website is archived by National Library of the Czech Republic.

Časopis je indexován v databázích Directory of Open Access Journals (DOAJ) a ERIH PLUS. / The Journal is indexed in the Directory of Open Access Journals (DOAJ) and ERIH PLUS.